GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS,

DIRIGÉE

Par Jules GUÉRIN, D.-M.-P.

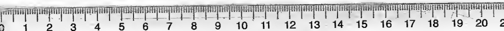
Deuxième Série.

TOME TREIZIÈME. — ANNÉE 1845.

PARIS,

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE,

RUE RACINE, 16.





Typographie et Lithographie de FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18,

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME TREIZIÈME

DE LA DEUXIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

POUR L'ANNÉE 1845.

A

B

C

D

N

O

P

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS DES AUTEURS.

N° 1. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 4 JANVIER 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MALADIE DES ARTICULATIONS COSTO-CHONDRALES ET COSTO-VERTÉBRALES, AVEC OU SANS RAMOLLISSEMENT TUBERCULEUX ET NÉCROSE DES OS DU RACHIS; par A. TOULMOUCHE, docteur-médecin à Rennes, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de la même ville, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Les maladies des os de la colonne rachidienne et celles des articulations costo-vertébrales, avec ou sans destruction de la tête des côtes, que ces dernières soient primitives ou consécutives aux premières, laissent encore beaucoup à désirer sous le rapport du diagnostic et même sous celui de la connaissance exacte des lésions souvent complexes qui les constituent.

Néanmoins les travaux de MM. Nichet, Nélaton, Parise, etc., ont beaucoup avancé la science, et dissipé en partie le vague qui régnait dans les écrits laissés par Pott, Pouteau, Brasdor et plusieurs autres pathologistes du siècle dernier. Mais ils n'ont pas assez mis en garde contre les difficultés du sujet, et surtout contre l'incertitude et l'obscurité qui règnent dans la symptomatologie. En effet, si ordinairement la maladie débutait dans les parties le plus superficiellement situées des vertèbres, il ne serait pas bien difficile de reconnaître des déformations dans les points du rachis atteints par elle, ou au moins des tumeurs ou abcès qui viendraient en faire pressentir l'existence. Mais malheureusement il n'en est pas ainsi, et la plupart du temps, la lésion commence par le corps des vertèbres profondément situé dans les cavités thoracique et abdominale, et donne lieu à des collections de pus ou de matière tuberculeuse ramollie, inaccessibles à tout moyen de reconnaissance primitive ou même tardive; malgré que déjà l'affection morbide ait fait d'immenses progrès, comme plusieurs observations de ce mémoire en fourniront des exemples, ou bien s'il en advient autrement, ce n'est qu'à une période avancée que l'apparition d'une paraplégie ou d'une paralysie de la vessie, rapprochée de la préexistence de douleurs dans une région du rachis, de la perception d'une saillie plus forte, d'une ou plusieurs apophyses épineuses, mettent sur la voie pour aider à reconnaître la maladie.

La marche des altérations organiques des os étant lente, la sensibilité de ces derniers assez obtuse, il en résulte que les lésions les plus graves, telles que les transformations tuberculeuses, la névrose, la carie, peuvent s'y développer et en détruire la trame, sans produire de grandes douleurs : s'il en advient autrement, c'est plutôt par la compression que les collections de pus auxquelles elles donnent lieu, exercent sur des organes voisins doués de plus de sensibilité et par le trouble qu'elles apportent à leurs fonctions, ou même par la désorganisation plus ou moins éten-

Feuilleton.

ESPRIT DES ANCIENNES INSTITUTIONS DE MÉDECINE.

Il est un préjugé qui régna constamment dans le dix-huitième siècle et au commencement du nôtre : c'est que le moyen-âge était tout à fait barbare, et il fut condamné comme tel. Mais à force de recherches, et surtout de justice, nous sommes maintenant convaincus que cette époque fut heureuse et féconde pour l'humanité, que nos ancêtres eurent, sur beaucoup de points, une sagesse, une prévoyance que nous n'avons nullement dépassées. L'histoire bien étudiée et surtout largement conçue est là pour attester la vérité de cette assertion. N'est-ce donc pas dans les siècles du moyen-âge que s'opéra un puissant travail d'organisation morale, de rénovation scientifique, littéraire et artistique, au sein duquel les nationalités furent fondées, ralliées à des centres d'unité et d'action? C'est là le véritable point de départ de la civilisation qui s'étendit et rayonna ensuite de toutes parts. Ainsi, que l'on ne s'y trompe pas, l'intelligence alors, quoique plus restreinte dans le nombre, n'était pas plus stérile que la foi et les croyances. La sphère des idées, de même que le monde des faits, avait ses convictions non moins hardies, non moins brillantes, non moins profondes. En effet, c'est à cette époque que furent fondées les Universités, les Écoles de droit, les Facultés de médecine et une foule d'autres institutions; huit siècles d'existence, d'éclat et de prospérité démontrèrent que les hommes de génie à qui elles sont dues, surent les établir profondément, solidement, sur de larges assises; et ces hommes, aussi prudens que prévoyans, auraient pu dire comme le psalmiste : Nous fondons pour le présent et pour les générations futures. *Hæc scribuntur in generatione alterâ.*

Mais qui l'eût pensé? les signes prédits se confirmèrent, les temps étaient arrivés; une funeste maladie sociale eut lieu, l'ennui de tout ce qui était; les abus seuls frappèrent les esprits, tandis que les avantages restèrent complètement oubliés et méconnus. A une époque où la civilisation était, disait-on, à son *summum* de perfection, on en creuse imprudemment les bases, on ébranle l'édifice par des secousses réitérées. Bientôt, traditions de gouvernement, traditions d'économie sociale, corporations, institutions religieuses, artistiques, scientifiques, rien ne résiste; excitée par les transports d'une imagination séduite par les sophismes d'une raison corrompue, vierge encore de l'expérience d'une révolution, l'opinion publique ne fit grâce à rien. Les institutions scientifiques furent surtout en butte à de violentes attaques; ce n'était pas pour en fortifier le principe, pour en redresser les écarts, pour en régler les développemens, enfin pour les contenir dans les limites de la justice et de la modération, c'était pour les détruire. La tourmente révolutionnaire ne voulait rien laisser debout que ce qu'elle avait semé, et elle passa sur les institutions avec une furie devant laquelle c'était une raison suffisante de ne plus être, parce qu'on avait été. On fit donc table rase de tout ce qui existait, de tout ce qu'on avait reconnu,

due qu'elles leur font subir, laquelle ne peut s'effectuer sans des souffrances ressenties d'une manière variable.

On a lieu réellement de s'étonner en voyant parfois la destruction d'un nombre considérable de vertèbres, l'immersion des enveloppes de la moëlle épinière, ou de cette dernière elle-même dans le pus de vastes collections qui en sont le résultat, la compression ou le ramolissement de cette tige nerveuse, coïncider avec une durée d'existence encore assez prolongée, malgré des désordres aussi effrayans.

C'est que de tous côtés la nature, en lutte avec ces causes de mort, organise des barrières ou moyens de protection pour les organes les plus essentiels à la vie.

Ce mémoire, destiné à prouver la vérité des considérations qui précèdent, comprendra trois ordres de faits : 1° ceux dans lesquels il n'y a en que nécrose de la tête d'un côté dans son articulation avec la colonne vertébrale, destruction de cette partie et abcès symptomatique; 2° ceux où la même lésion avait lieu, mais avec ramollissement tuberculeux et nécrose des vertèbres voisines; 3° enfin ceux comprenant les mêmes affections morbides bornées à la colonne épinière.

PREMIÈRE SECTION.

Cette section, qui comprend les lésions graves des articulations costo-vertébrales, telles que nécrose, épanchement de pus dans celles-ci ou autour, destruction d'une partie de la capsule synoviale et des ligamens, mérite vivement de fixer l'attention, et par la difficulté du sujet, et par la rareté des documens qu'on peut se procurer en parcourant les divers traités de pathologie externe. En effet, on y trouve bien décrites les caries et les nécroses des côtes ou de leurs fibro-cartilages, leurs fractures, mais rien de satisfaisant sur les maladies de leurs articulations avec le rachis.

Dans les cas qui se sont offerts à mon observation, je n'ai pu arriver à découvrir des signes diagnostiques propres à faire reconnaître pendant la vie cette lésion. Ce qui le prouve, c'est que dans les trois cas que j'ai cru devoir citer et dans un certain nombre d'autres, la maladie a été complètement méconnue. Les tumeurs formées par le pus qui enveloppe toujours l'os ou les fibro-cartilages nécrosés, ne venant pas faire de saillies suffisantes pour qu'elles puissent être reconnues au palper (obs. 1), ou bien elles en produisent au contraire de très apparentes, ayant la forme enkystée, qu'on ne manque pas de combattre pendant longtemps par une foule d'applications topiques conseillées routinièrement contre ces sortes de tumeurs, sans se douter de la nature de la cause qui les entretient (obs. 2, 3); puisque même après une ponction explorative, on ne rencontre souvent d'abord qu'une cavité tomenteuse donnant par la sonde la sensation que produit son contact avec la membrane pyogénique qui tapisse les vieux abcès, et plus tard seulement, à l'aide de nouvelles explorations, la nécrose qui y avait donné lieu.

Cependant toutes les fois que chez des sujets scrofuleux ou pendant la durée d'une phthisie pulmonaire, on verra survenir de ces tumeurs sur les côtés du sternum ou vis-à-vis les cartilages costaux, ou enfin dans les espaces intercostaux, on devra en conclure, du moins dans les deux tiers des cas, à l'existence de nécroses peu éloignées, soit d'une certaine étendue de ces arcs osseux, soit de l'articulation de leur extrémité antérieure ou de leurs cartilages.

Le défaut de douleur de ces abcès froids enkystés devra encore venir en aide au diagnostic; car s'ils eussent été le résultat de phlegmons, ils en auraient été précédés et accompagnés, et leur marche aurait été bien moins lente. Aussi peut-on les palper et les comprimer sans occasionner de souffrances; leur nature indolente devrait donc être considérée comme caractéristique.

NÉCROSE DE L'EXTRÉMITÉ ANTÉRIEURE DE LA QUATRIÈME CÔTE; ABCÈS INTERCOSTAUX MULTIPLIÉS; OEDÈME GÉNÉRAL; PÉRICARDITE TERMINÉE PAR UN VASTE ÉPANCHEMENT; INSUFFISANCE DE LA VALVULE TRICUSPIDE OU COEUR; MULTITUDE DE PETITES TUMEURS D'ASPECT DE POIREAUX SUR CELLE MITRALE; PÉRITONITE LATENTE; ULCÉRATIONS DANS L'ILÉON ET LE COLON; MORT.

OBS. 1. — Creulé, femme âgée de 42 ans, entra le 15 janvier 1840 à l'infirmerie, ayant de la diarrhée que je combattis par une application de huit sangsues à l'anus, des tiers de lavement avec 5 centig. d'extrait aqueux d'opium, des cataplasmes anodins et la décoction de riz.

22. Le dévoiement ne cessa guère qu'à cette époque; en sorte que les jours suivans j'accordai le quart et la demi-ration, et la sortie le 24.

2 mars. La malade fut remontée dans les salles. En percutant la poitrine, je trouvai de la matité du côté droit qui offrait, en outre, par la mensuration, plus de 3 centimètres de dilatation de plus que le gauche. Le bruit respiratoire ne s'y entendait nullement, excepté en haut et en avant et vers la racine des bronches. Il y avait de la diarrhée, des coliques. Je fis appliquer un large emplâtre épispastique sur le côté, donner de l'eau de riz et des tiers de lavement narcotique.

6. La fièvre semble revêtir un type quotidien; le dévoiement continuait. Je prescrivis quelques pilules de sulfate de quinine qui furent continuées jusqu'au 11.

13. L'appétit était plus prononcé; la toux encore fréquente. On remarquait un léger œdème autour des malléoles.

15. La matité persistait dans le côté droit; j'y fis appliquer un double cautère. L'appétit devint meilleur; Creulé mangeait la demi-ration.

19. L'infiltration gagna les cuisses et les parties génitales. Le coucher avait lieu en supination; l'oppression était prononcée; le faciès celui des maladies organiques du cœur. Ce dernier examiné présentait des battemens sourds, profonds. Il y avait, en outre, de l'agitation et de l'anxiété. (Frictions sur les extrémités inférieures et le ventre avec un mélange de teinture d'oseille et de digitale pourprée; pour boisson, infusion de pariétaire nitrée.) L'état de la patiente resta le même jusqu'à la fin du mois.

7 avril. La diarrhée continuait, malgré le traitement. Les traits étaient légèrement concentrés. Vers la ligne médiane, la langue rouge, lisse; la position dans le lit presque assise; l'œdème plus considérable; l'orthopnée prononcée. Je soupçonnai la complication d'une légère péritonite. (Lait, limonade nitrée.)

10. La malade se laissait aller involontairement sous elle. Elle éprouvait une douleur fixe au-dessous de l'ombilic. Les yeux étaient brillans, le pouls très fréquent, la peau sèche. (Quart lait, 6 grammes de thériaque, limonade.) Il fallut réduire les alimens au demi-quart.)

13. La langue offrait le même aspect. L'enflure des extrémités inférieures était un peu plus considérable du côté gauche. Les selles étaient d'un blanc jaunâtre, liquides et peu abondantes. Creulé se plaignait d'une douleur dans l'hypochondre gauche, avait une petite toux sèche, fréquente. Le visage était rouge, le pouls petit, fébrile. (Régime particulier, lait, pilules diurétiques, limonade nitrée.)

15. La respiration s'entendait moins en arrière et en bas du col droit; l'œdème augmentait; on ne percevait aucune fluctuation dans le ventre qui était douloureux à la pression. Les battemens du cœur n'offraient rien d'insolite. On remarquait des pétéchies sur la partie gauche de la poitrine. La diarrhée était accompagnée d'élancemens douloureux dans l'abdomen. On distinguait un peu de

---

établi, élevé depuis des siècles. Dieu lui-même fut refait, adopté au scrutin, sous le nom d'Être suprême, à la majorité de quatre voix. Le défaut d'expérience, l'espérance du mieux, l'illusion des mots, la plus terrible de toutes, obscurcissaient le bon sens de la masse. En vain les lois, les mœurs, le pays furent imprégnés de sang, le sacrifice ne fut pas expiatoire. Quel désordre! quels temps néfastes! quel milieu social! dont le bruit, l'éclat, le souvenir ne s'effaceront jamais des contemporains pris même dès la plus tendre jeunesse.

Dans le cataclysme politique de 89 à 93, les institutions médicales, on peut aisément le présumer, n'échappèrent nullement à la ruine générale, et rien depuis n'a pu les faire revivre dans leur ensemble ni leur pleine vigueur. Le travail des siècles ne se refait pas dans quelques années. La même incertitude, la même instabilité se remarque ici comme en toutes choses; sur ce point on a encore acquis la preuve combien il est aisé de démolir, combien fonder est une œuvre difficile. L'Assemblée constituante déclara, au mois d'avril 1791, que toute profession était libre moyennant patente, et que cette disposition était collective et à jamais (tant la langue politique se prête à la plaisanterie). Cet outrage au bon sens, cette insulte à la raison, à l'expérience, fut la première époque de la décadence de notre profession et peut-être la plus désastreuse. Mais bientôt les inconvéniens, les dangers d'un tel régime devinrent si patens, si nombreux, que l'on forma les écoles de santé. *Seconde époque*. Enfin, en 1803, le premier consul fit promulguer la loi actuelle qui nous régit. Ainsi, en douze ans, la médecine, comme profession, avait éprouvé ou subi, si l'on veut, trois organisations différentes. Celle qui existe fut même à peine établie, que ses défauts, ses omissions, ses non sens excitèrent de toutes parts des observations critiques. Et il faut s'y attendre, ces réclamations sont loin de finir; car tout ce qui sait penser, réfléchir, tous ceux qui ont de l'âme et du cœur savent combien cette organisation est vicieuse, peu en rapport avec les idées, avec les intérêts de notre temps, combien elle est sans *esprit de vie* professionnelle et par conséquent sans élémens de stabilité. Les choses portent avec elles leurs conséquences, comme chaque arbre porte son fruit.

Remarquons toutefois que, quand le régime actuel fut établi, on voulut ajuster autant que possible les nouvelles institutions aux anciennes si radicalement détruites. C'est ainsi qu'on tâcha de réchauffer, d'imposer même le zèle pour la *langue latine*; les candidats furent obligés de soutenir une *thèse*, et de la soutenir dans une chaire, revêtus d'une robe quasi doctorale; on a voulu aussi des *bacheliers* ès-sciences, des *bacheliers* ès-lettres. On voit que le lexique des vieilles universités n'a point été oublié; on n'a mis de côté que le rabat et la perruque. Qu'est-ce encore que la robe professorale, que l'hermine, la toque, le massier dans les cérémonies publiques, marchant à pas comptés, *comme un recteur suivi des quatre Facultés*? Ne sont-ce pas là autant d'images effacées, de souvenirs, de symboles de ce qui n'existe plus? Tant les anciennes institutions avaient de force et de permanence! tant leur empreinte avait profondément pénétré dans les masses, dans les esprits, dans les habitudes! C'est au point que, malgré l'égalité des droits et de considération, égalité si heureuse de la médecine et de la chirurgie, sur cent candidats, quatre-vingt-quinze au moins se font recevoir *docteurs en médecine* plutôt qu'en chirurgie. Tout le monde veut être docteur en médecine; or, qui ne reconnaît dans cette prétention, un préjugé de prééminence, absurde il est vrai, mais dont l'influence se fait sentir jusqu'à no-

sang dans les selles. Je crus un moment à l'existence d'ulcérations dans le gros intestin, que je regardai comme une suite de la dysenterie que la malade m'avait dit avoir eue en 1833. (Quart lait, limonade gommeuse.)

Le lendemain, je remplaçai cette dernière par une solution de 2 grammes de chlorure d'oxide de sodium dans 1 kilogramme d'eau, à laquelle je fis ajouter 15 grammes de sirop d'opium.

18. Le pouls était filiforme, la prostration des forces extrême; le coucher avait lieu en supination; mais plus habituellement sur le côté gauche. L'oppression et l'altération étaient extrêmes, la langue rouge et lisse, les évacuations sanguinolentes.

20. Les coliques étaient continnelles; la malade éprouvait un sentiment de froid qui la portait à cacher même sa tête sous les couvertures et à se charger d'oreillers. L'orthopnée était la même. (Le quart, bouillie de froment, même boisson.)

21. Le pouls était presque insensible, la respiration extrêmement courte, la voix soufflée, les extrémités froides ainsi que la langue; la mort paraissait imminente; elle eut lieu le lendemain à dix heures du matin.

Autopsie cadavérique faite 24 heures après la mort.

État extérieur. Les extrémités inférieures étaient fortement œdématiées, de même que les parois abdominales et même un peu le visage. La pâleur était générale et l'amaigrissement peu prononcé.

On remarquait, vis-à-vis de l'extrémité antérieure de la quatrième côte gauche, un abcès limité, contenant un pus épais, caséeux, baignant immédiatement une portion nécrosée de celle-ci, et, dans l'espace intercostal de la cinquième et de la sixième, un second analogue, de même que derrière la plèvre qui tapisse la partie postérieure des deuxième et troisième, et des ganglions convertis en matière blanche, épaisse, ramollie.

On rencontrait également plusieurs abcès circonscrits dans les espaces intercostaux des cinquième, sixième et septième du côté droit, développés entre les muscles intercostaux internes et externes.

Le crâne ne fut pas ouvert par suite d'absence de tout trouble intellectuel pendant la maladie.

Thorax. Le poumon gauche était intimement adhérent au péricarde et aux parois de la poitrine. Il était comprimé; son parenchyme, rouge, renfermait çà et là des tubercules.

Le droit, également adhérent au diaphragme surtout, et en avant et en dedans, par des fausses membranes épaisses, comme fibreuses, dans l'épaisseur desquelles il s'était développé des noyaux blanchâtres, comme tuberculeux, présentait, dans son lobe supérieur, un tissu rouge, infiltré de sérosité spumeuse sanguinolente, qui s'en écoulait assez abondamment à la pression, et qui était en moins grande quantité dans le moyen. Il était infiltré çà et là de tubercules, dont quelques-uns, à sa base et à son sommet, étaient ramollis et déjà excavés.

La muqueuse qui tapisse les bronches était d'un rouge intense, hypérémiée, tapissée d'un mucus spumeux rougeâtre. Les glandes, à leur racine, étaient blanches, dures, tuberculeuses.

Le péricarde était énormément distendu par une sérosité sanguinolente, dans laquelle plongeait le cœur. Il remplissait presque toute la cavité gauche du thorax, en sorte qu'il avait aplati le poumon contre sa paroi externe, en même temps qu'il l'avait refoulé en haut et en dehors. En outre, il avait envahi une notable portion de l'autre côté de la poitrine, de manière que le diamètre transversal de cette poche était d'au moins 14 à 15 centim.

La surface du cœur était rugueuse, inégale, comme mamelonnée, recouverte qu'elle était d'anciennes fausses membranes blanches, dures, épaissies de 5 à 8 millim., d'un aspect rougeâtre, piquetées de points sanguins. (Hydro-péricardite avec exhalation sanguine survenue dans les derniers temps de l'existence.)

Le cœur était d'un volume normal, les parois du ventricule gauche d'une teinte rougeâtre. Sa cavité renfermait un peu de sang en partie liquide et coagulé.

La valvule auriculo-ventriculaire offrait un épaississement de son bord libre, qui était constitué par une multitude de petites tumeurs analogues aux choux-fleurs, ayant la couleur rouge et l'aspect de poireaux vénériens, et s'enlevant et se déchirant facilement par le frottement.

L'oreillette du même côté était distendue par du sang noir concrété. Sa surface interne était d'un rouge vineux, ainsi que celle de l'aorte, dont les valvules présentaient un peu d'endurcissement et d'épaisissement à la partie moyenne de leurs bords flottans.

Le ventricule droit était dans l'état normal, mais il y avait insuffisance des valvules tricuspides, dont le bord était horizontal, légèrement induré, couvert, quoique à un moindre degré, de petites excroissances rougeâtres analogues aux précédentes: la hauteur des valvules était à peine de 4 millim.

L'oreillette était légèrement hypertrophiée. Ses colonnes charnues étaient prononcées; sa cavité renfermait une notable quantité de sang en partie liquide et en partie coagulé.

Le bord inférieur et la portion correspondante du côté droit du cartilage thyroïde étaient érodés, nécrosés, et baignaient dans le pus d'un petit abcès circonscrit.

Abdomen. Il contenait une certaine quantité d'une sérosité trouble, lactescente, dans laquelle nageait, surtout dans l'excavation du petit bassin, beaucoup d'albumine d'aspect puriforme. On remarquait, sur la portion de péritoine qui tapisse la paroi antérieure du ventre, une infinité de piquetures rouges (traces de péritonite).

Les intestins n'étaient nullement agglomérés et le mésentère chargé d'une graisse jaune très ferme.

L'estomac était très vaste, sa cavité contenait un liquide rougeâtre, d'odeur vineuse. Sa muqueuse était saine. Il en était de même de celle du duodénum et du jéjunum, qui renfermait des matières d'un blanc jaunâtre muqueuses. Dans l'iléon, elles prenaient un caractère plus fécal.

La valvule iléo-cœcale offrait, vers sa circonférence, plusieurs ulcérations en voie de cicatrisation. Elle était épaissie du triple et criblée, sur sa face iléale, d'anciennes lésions identiques en partie guéries.

Le colon était très petit, ses tuniques épaissies, sa muqueuse interne comme mamelonnée, colorée çà et là en bleuâtre et en noir. On y remarquait quelques rares ulcérations, à bords découpés, noirâtres, et du diamètre d'un grain de chenevis. Lorsqu'on la coupait suivant son épaisseur, et nettement, on apercevait distinctement d'abord le péritoine, au-dessous une couche diaphane, épaisse d'un millim., remplaçant la tunique musculaire, et enfin la muqueuse épaissie inégalement. Il contenait des matières stercorales d'un blanc jaunâtre, très liquides.

La rate, dont le bord antérieur était en quelque sorte trilobé, était dure et son parenchyme rouge, très ferme.

Le foie n'offrit rien de particulier à noter, de même que les reins.

Les ovaires étaient très allongés, convertis en un tissu fibreux blanc, criant sous le scalpel, très durs.

L'utérus était petit et dense.

Dans cette observation, le travail lent de nécrose des côtes qui donna lieu à une multitude d'abcès intercostaux froids fut tellement négatif et effacé par les symptômes des autres lésions si graves du péricarde, du cœur, du péritoine et des intestins, qu'il ne fut même pas soupçonné. Il en fut de même de celui identique de nécrose d'une partie du cartilage thyroïde.

On a lieu de s'en étonner, lorsque le scalpel tombe sur ces foyers purulens si nombreux et aussi superficiellement placés que l'était celui presque sous-cutané qui existait vis à vis de l'extrémité antérieure de la quatrième côte gauche et moins pour les autres qui l'étaient plus profondément, et cependant, c'est ce qui m'arriva dans le cas de Creulé, et ce qui aura lieu dans bien d'autres, lorsque le malade, faute de douleur locale, n'appellera pas l'attention de l'observateur, détournée par l'existence de

---

tre époque? Cette prééminence a pour ainsi dire un caractère de consécration que le temps a épargné. Cependant, est-il besoin de le dire? rien ne ressemble, dans les institutions médicales d'aujourd'hui, à celles qui furent détruites; il y a ici une immense solution de continuité: le passé vit en nous et nous vivons en lui; mais cette vie est artificielle, son souvenir sacré entoure d'une auréole mensongère un présent qui le rappelle quelquefois sans lui ressembler réellement en quoi que ce soit. Les apparences peuvent exister sur quelques points, mais où est l'esprit qui animait les anciennes institutions? où retrouver cette force de stabilité, cette sève ardente et généreuse qui les a vivifiées et maintenues pendant tant de siècles? Nulle part assurément. Nous avons les mots sans les choses, les formes sans la réalité, les cérémonies sans la foi; c'est un vain simulacre, c'est un calque stérile.

Mais en quoi consistait cet *esprit* des anciennes institutions médicales? Cet esprit inhérent à tous les établissens du moyen-âge n'était autre que celui des corporations, des associations, des compagnies si multipliées à cette époque, c'était la sûreté, la protection de chacun par les efforts de tous. La société était alors essentiellement monarchique et féodale, mais les communes avaient des droits déclarés et reconnus, de là les nombreuses corporations qui se formèrent dans les quinzième et seizième siècles. Personne n'ignore la puissance de l'Université de Paris, espèce de royauté au petit pied, ayant ses lois, ses règlemens, sa juridiction, ses priviléges qu'on n'attaquait jamais impunément. Or, la Faculté de médecine comprise dans cette sphère de pouvoir participait aux mêmes droits. On se tromperait pourtant si l'on croyait que ces institutions, se formant tout à coup, acquéraient aussitôt le haut point de vigueur et d'éclat qu'elles obtinrent dans la suite. Non, sans doute; c'est là un des caractères les plus tranchés, une des différences les plus marquées des institutions d'autrefois, toujours les œuvres du temps et des choses, d'avec celles de notre époque. Comme tout ce qui est grand et fort, les premières eurent un faible commencement et elles ont duré plusieurs siècles. *Crescit occulto velut arbor ævo*, telle est la devise de toute grande création religieuse, politique ou scientifique. En général, les choses humaines s'améliorent par le travail d'une transformation successive, et la multitude des possibles est alors comprise dans leur développement. C'est précisément ce qui arriva aux anciennes institutions de médecine; toujours les mêmes, elles ont traversé les siècles sans changer, et néanmoins en se conformant aux progrès de la civilisation. Le fond restait le même, les racines ne s'altéraient jamais; mais ces institutions, agissant par elles-mêmes, savaient s'approprier, s'assimiler pour ainsi dire les lumières acquises et les idées nouvelles. Après quelque résistance, de nouveaux principes arrachés par le *forceps* du temps, comme le disait Chaussier, venaient s'adapter à la corporation et la fortifier. Qu'on lise le recueil des statuts de l'ancienne Faculté de médecine de Paris, et l'on sera surpris des modifications que cette éminente association sut y apporter en raison des circonstances et des époques. Qu'importe que cette Faculté remonte au onzième ou au douzième siècle, comme il y en a des preuves; on sait seulement qu'ayant peu varié dans sa constitution primitive, elle a su faire alliance avec tous les progrès ultérieurs de la civilisation. C'était un corps tout à la fois souple et vigoureux, comme les plus heureusement constitués. Selon Piganiol de La Force (Descrip. historiq. de la ville de Paris, t. I, p. 17), la Faculté recomposa ses statuts en 67 articles qui furent approuvés en parle-

lésions plus graves sur le point où existe l'empâtement ou la tuméfaction. Il eût été, en effet, difficile chez cette femme, qui était atteinte à la fois d'hydro-péricardite, d'insuffisance de la valvule tricuspide du cœur, de productions morbides sur l'autre, d'ulcérations intestinales, de péritonite, maladies multiples dont la symptomatologie orageuse et irrégulière absorba toute l'attention du praticien, que l'altération lente et probablement sans douleur qui affectait les côtes et les ganglions placés dans les espaces intercostaux et s'accompagnait de petites collections d'un pus grumeleux, comme caséeux, eût pu être reconnue.

NÉCROSE DE L'ARTICULATION CHONDRO-COSTALE ET DE LA TÊTE DE LA CINQUIÈME CÔTE; ABCÈS A LA PARTIE INFÉRIEURE DU COU DU A UNE CARIE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU STERNUM; GLANDES BRONCHIQUES TUBERCULEUSES; ANCIEN ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE A DROITE PRESQUE ENTIÈREMENT RÉSORBÉ; TRACES D'UNE ANCIENNE PÉRICARDITE; SINGULIÈRE DISPOSITION DU VENTRICULE DROIT; CONCRÉTIONS GLOBULIFORMES DANS CE DERNIER; ASCITE AVEC SUBINFLAMMATION DU PÉRITOINE; MORT.

OBS. II. — Lebolzec, détenue, âgée de 37 ans, entra dans les salles de médecine au mois d'août 1832, atteinte de fièvre quotidienne qui céda au sulfate de quinine, mais fut suivie de plusieurs récidives accompagnées de signes ou de symptômes de gastrite qui résistèrent à l'emploi de tout antipériodique. Il y avait une aménorrhée qu'on ne put faire céder; cependant le 4 septembre la malade sortit guérie après plus d'un mois de convalescence.

Elle fut remontée dans les salles le 29 octobre, offrant de l'œdème aux extrémités inférieures; de la tuméfaction au ventre avec fluctuation presque certaine. Elle avait maigri beaucoup; elle urinait un peu moins abondamment que de coutume. Elle fut mise à l'usage de la décoction de pariétaire. Elle sortit, malgré mes conseils le 3 novembre.

J'avais, en outre, constaté que Lebolzec portait une tumeur enkystée, vis-à-vis du sternum, pour laquelle on avait employé les sudorifiques et les frictions mercurielles sans aucun résultat. Cette fille maigrissait lentement. Elle fut transportée, le 18 janvier 1833, dans le service de chirurgie. Une autre tumeur plus petite s'était aussi formée à la partie supérieure du sternum. Il y avait, en outre, un engorgement marqué ou plutôt de la tuméfaction avec empâtement au genou gauche.

La malade séjourna pendant quatre mois dans ce service, durant lesquels il fut prescrit des décoctions de lichen d'Islande, des frictions mercurielles ou autres sur les tumeurs et inutilement appliqué des emplâtres fondans.

Il existait une fièvre hectique et tous les signes d'une gastrite chronique compliquée d'ascite; l'œdème général augmentait chaque jour. Lebolzec s'affaiblit de plus en plus, maigrit rapidement et mourut le 23 mai. Les fièvres intermittentes dont elle avait été atteinte pendant plus d'une année avaient résisté à tous les moyens médicaux. Les rechutes avaient été continuelles et n'avaient cédé qu'à l'administration empirique, faite à mon insu, de 500 grammes de vin d'Espagne qui avait produit une ébriété complète. Depuis elles n'avaient été que rares et de courte durée.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE faite 24 heures après la mort.

ETAT EXTÉRIEUR. Il sortait par la bouche un liquide spumeux et trouble. On remarquait un œdème considérable aux extrémités inférieures, moindre aux supérieures.

Le ventre était volumineux et distendu.

Il existait, vers la partie gauche et supérieure de la face antérieure de la poitrine, une tumeur. En l'incisant je reconnus qu'elle était constituée par une espèce de kyste celluleux contenant un pus blanc, épais, de consistance de fromage mou. On apercevait dans son fond l'extrémité antérieure de la cinquième côte atteinte de nécrose, et son fibro-cartilage érodé baignant dans le pus. Ce dernier offrait une fracture en rave vers sa partie moyenne; qu'elle eût été spontanée ou (ce qui est plus probable) le résultat des secousses brusques imprimées au cadavre, dans l'acte de l'ensevelir et de le transporter. Un épaississement celluleux avait protégé la cavité de la plèvre contre l'irruption de la matière caséeuse.

On observait également, à la partie inférieure de la face antérieure du cou, un second abcès renfermant un liquide analogue au précédent, circonscrit par une espèce de kyste celluleux, borné de chaque côté par les extrémités articulaires des clavicules qu'il laissait en dehors de sa cavité, et inférieurement baignant immédiatement l'extrémité supérieure du sternum atteint de carie.

La tête ne fut pas ouverte, aucun symptôme cérébral n'en ayant indiqué la nécessité.

THORAX. Sa cavité gauche renfermait une petite quantité de sérosité.

Le poumon correspondant était généralement adhérent çà et là par des brides celluleuses anciennes.

Le lobe inférieur était encore crépitant, mais il s'en écoulait à la section de la sérosité spumeuse et légèrement sanguinolente.

Le tissu de l'inférieur était plus flasque et peu perméable à l'air.

Les bronches et leurs premières divisions étaient un peu hypertrophiées, leur membrane muqueuse rouge et hypérémiée.

Le poumon droit était intimement adhérent et difficile à détacher dans ses deux tiers supérieurs. Mais, arrivés à la hauteur de la sixième côte, les doigts, dans les efforts pour l'enlever, pénétrèrent dans un cul-de-sac en suivant la courbure. Elle était attirée plus en dedans que les supérieures, par une sorte de bride cellulo-fibreuse. A travers celle-ci, ils plongèrent brusquement dans une cavité encore pleine d'un liquide séreux, de couleur jaune, bornée en haut par le poumon et la production fibreuse ci-dessus, qui avait bien 5 millim. d'épaisseur; en dehors, par les parois de la poitrine; et en dedans, par la face externe du lobe inférieur du poumon et des pseudo-membranes blanches, comme fibro-cartilagineuses. (Ancien épanchement pleurétique presque complètement guéri.)

Le tissu des lobes supérieur et moyen du poumon était gorgé de sérosité spumeuse et légèrement sanguinolente. Celui de l'inférieur était grisâtre, flasque, analogue à celui de la rate, imperméable à l'air, indice de la compression prolongée à laquelle il avait été soumis par suite de l'épanchement.

Le cœur était difficile à découvrir. Il était comme enseveli au milieu des glandes qui entourent l'origine des gros vaisseaux, devenues tuberculeuses, et d'une sorte d'épaississement de sa propre enveloppe elle-même, due à des pseudo-membranes qui la faisaient intimement adhérer de toutes parts, en sorte qu'on ne parvint à s'en emparer qu'après une laborieuse dissection et en entamant même son tissu. (Traces de péricardite ancienne terminée par adhérences.)

Le ventricule droit offrait comme deux cavités, l'une externe, petite, comme surajoutée à sa partie inférieure et externe, communiquant avec elle au-dessous de la valvule auriculo-ventriculaire, qui, à cause de cette variété anatomique, n'avait pas sa disposition ordinaire; l'autre, beaucoup plus grande, descendait moins bas que la précédente, qui aboutissait à la pointe du cœur. Sa cavité renfermait un corps flottant, de la grosseur d'une forte noisette, mou, réticolé à sa surface, de même que dans son intérieur, où l'on remarquait la même disposition aréolaire. Son tissu était rougeâtre, analogue à de la fibrine en commencement d'organisation. On trouva une autre petite concrétion globuliforme, analogue, mais un peu plus grosse seulement qu'un grain de chenevis. Ce ventricule était distendu, ainsi que l'oreillette correspondante, par une grande quantité de caillots de sang noir. La veine-cave qui y aboutit avait un diamètre plus considérable que de coutume.

Le ventricule gauche, dont les parois étaient peu épaisses et jaunâtres, contenait, ainsi que l'oreillette, du sang en partie liquide et en partie coagulé; en général, le cœur était bien proportionné.

ABDOMEN. Sa capacité renfermait plus de cinq à six litres de sérosité jaune, d'un aspect louche. Il existait, au-devant de l'estomac, une cavité séparée du reste de l'abdomen, bornée inférieurement et postérieurement par l'arc transverse du colon et une portion de l'estomac, antérieurement par l'épiploon épaissi, comme roulé sur lui-même, adhérent à la paroi antérieure abdominale, près de l'ombilic, où il formait une espèce de tampon fibro-cartilagineux et un

---

ment, le 3 septembre 1598; mais un peu plus tard, ces statuts n'étant pas suffisans, la Faculté en ajouta d'autres compris en 24 articles, qui furent adoptés le 18 octobre de l'année 1602. Depuis cette époque, des modifications considérables furent ajoutées, mais sans jamais changer les bases fondamentales. De nos jours, les choses se passent bien différemment. Dans un temps assez court, quelques hommes s'assemblent et font une loi d'un seul jet; ils établissent une organisation telle quelle; la loi faite et adoptée après quelques discussions dans les assemblées législatives, on la déclare obligatoire et éternelle. Qu'arrive-t-il?

Le temps n'épargne pas ce qu'on a fait sans lui.

De pareilles lois formées à la hâte et en bloc, paraissent tout d'abord conçues avec intelligence, elles durent peu et n'obtiennent jamais un brevet de vie historique. On leur dit : *lève toi et marche*, mais leur allure n'est ni solide ni prolongée, car la force vitale manque radicalement. En effet, des obstacles, des difficultés, des cas exceptionnels, des circonstances imprévues, surgissent de toutes parts; les idées, les opinions varient, la civilisation, c'est-à-dire le développement régulier des institutions et des esprits, continue son progrès; dès lors cette loi, cette organisation, si bien cimentée en apparence, devient fausse et caduque en peu d'années; elle a cessé d'être en rapport avec les intérêts, les opinions de l'époque. Comment faire? changer la loi; sans doute, ce serait le mieux, mais il faut un concours de choses extraordinaires pour en venir là. Alors par des règlemens administratifs multipliés, variés, on en altère le sens, on en torture les expressions, on en force l'interprétation, ce qui n'empêche pas la loi de paraître dans toute sa faiblesse, son insuffisance et son incapacité; on finit par trouver qu'à peu de chose près rien n'a été prévu. C'est ainsi que nos lois s'improvisent et ne s'*instituent* pas. Du reste, aucun moyen n'est donné pour les améliorer à ceux mêmes pour qui on les a faites; en sorte qu'un peu de bien est racheté par une infinité de maux, le détriment l'emporte toujours sur l'utile, sur le bon, et l'on arrive parfois à saisir l'effrayante vérité de ce qu'a dit Bacon : *Durum est torquere leges, ad hoc, ut torqueant homines.* Pourquoi ne pas comprendre comme autrefois qu'une bonne et vivace institution est le produit du temps, le fruit de la réflexion, le résultat de l'expérience? De là cette autorité indéfinissable dont se trouve investi tout ce qui a longtemps duré. C'est aussi ce qui explique les emprunts faits aux anciennes institutions, afin d'inoculer un peu de force et de vie aux nouvelles. On a beau faire, quelle que soit la destruction, il y a toujours un peu du *passé* dans le *présent* à quelque distance qu'ils soient l'un de l'autre.

Ainsi un des caractères principaux de l'*esprit* des anciennes institutions médicales était leur perfectionnement successif, selon les temps et les idées. Un autre caractère non moins remarquable de ces institutions consistait dans la solidarité des membres qui les formaient. Qu'était, en effet, l'ancienne Faculté de médecine de Paris? pas autre chose qu'une société d'assurance mutuelle, disposition légale, qui existe encore pour les médecins des autres pays et qui s'en trouvent bien. Ce qui avait lieu pour la Faculté de Paris était aussi le droit des autres Facultés, indépendamment des privilèges particuliers qu'elles pouvaient avoir. Cela est si vrai qu'il fallait soutenir de nouveaux examens et une thèse si l'on voulait exercer dans le ressort d'une nouvelle Faculté. Le savant Astruc, médecin du duc d'Orléans, successeur de Geoffroy au collége de France, célèbre

tissu rouge jaunâtre granulé, et supérieurement par le lobe droit du foie et une partie du diaphragme. Son fond communiquait avec une seconde cavité, qui contenait une sérosité limpide dans une espèce de kyste à parois diaphanes très minces.

Toute la surface du péritoine était comme chagrinée par une innombrable quantité de tubercules miliaires développés à sa surface. Ils étaient presque tous gris, demi-transparens ou avec une légère teinte blanche opaque, ou enfin quelques uns jaunâtres et plus volumineux. Ces productions morbides formaient un relief de trois quarts à un demi-millimètre au moins, et rappelaient au toucher la sensation de certains piqués.

Tous les intestins grêles etaient agglomérés par des pseudo-membranes celluleuses en une espèce de paquet, dont les adhérences pouvaient être détruites par des tractions un peu fortes. En outre, la cavité abdominale était traversée par une multitude de filamens aussi déliés que ceux d'une toile d'araignée. Ils étaient plus ou moins longs et tendus au milieu du liquide, entre des points opposés des parois et des intestins. (Traces d'une péritonite.)

L'estomac contenait un liquide d'un blanc jaunâtre. Sa membrane interne était saine; il en était de même de celle du jéjunum, quoique la muqueuse fût injectée et rouge sur les valvules. Elle était baignée par un mucus d'un blanc jaunâtre. L'iléon en renfermait de plus jaune, qui prenait inférieurement l'odeur et les caractères fécaux.

Le cœcum était occupé par une grande quantité de matières stercorales, d'un jaune verdâtre, molles et presque liquides.

Il en était de même de l'arc transverse du colon, dont la muqueuse était généralement rouge, injectée, comme tomenteuse par points et davantage dans l'S iliaque et la portion descendante.

Le rectum était sain.

Les appendices, graisseuses le long de l'arc transverse, étaient tuberculeuses, et les glandes du mésentère légèrement engorgées.

La rate était de volume ordinaire; son tissu rouge, noirâtre, était assez ferme et gorgé de sang.

Le foie était gros, sa substance formée de petits grains jaunes se détachant sur une trame rouge et de la grosseur de grains de millet très petits.

La vésicule était presqu'entièrement effacée, ses parois blanches épaissies, sa membrane interne tomenteuse, fortement colorée en vert noirâtre. La quantité de bile qu'elle contenait était très petite.

Les reins étaient dans l'état normal, un peu gorgés de sang et la vessie saine.

Les trompes de Fallope et les ovaires transformés en matière tuberculeuse et l'utérus petit.

Dans cette observation, tout devait concourir à tromper. Ainsi, d'abord les signes d'une phlegmasie de l'estomac, s'expliquant par l'abus du sulfate de quinine. Un peu plus tard, tous ceux d'une ascite et d'un œdème symptomatique, qu'on dut rapporter à l'existence de fièvres intermittentes avec de nombreuses récidives; enfin, l'amaigrissement et la fièvre hectique dus à une péritonite latente, et qu'on n'attribua pas à la lésion profonde des côtes, du sternum, et au travail de tuberculisation qui s'était développé dans une foule de ganglions.

Il est vrai que la nécrose de la tête de la cinquième côte et celle de son fibro-cartilage donna lieu à une tumeur fluctuante, que la carie de l'extrémité supérieure du sternum en produisit une identique à la partie inférieure et antérieure du cou. Mais on ne pouvait en préjuger la véritable nature, et on devait les regarder comme formées de ganglions abcédés, sous l'influence d'une phlegmasie d'origine et de nature scrofuleuses.

On voit dans quel but la nature avait épaissi le tissu cellulaire sub-jacent à l'abcès qui répondait au côté gauche supérieur de la poitrine. C'était pour protéger la cavité de la plèvre contre l'irruption, dans cette dernière, de la matière caséeuse qu'il renfermait, de même qu'elle l'avait encore emprisonnée dans celui du cou, en organisant autour une véritable enveloppe kysteuse.

On voit la même tendance du principe conservateur à circonscrire le plus possible les lésions qui attaquaient sur d'autres points l'organisme se déceler : 1° dans la poitrine, par l'adhérence des deux tiers supérieurs du poumon droit aux parois du thorax et la formation d'une bride cellulo-fibreuse de circonscription, vis-à-vis de la sixième côte, destinées à renfermer un épanchement pleurétique dans les limites les plus étroites; 2° dans l'abdomen, pour obtenir le même résultat par rapport à un épanchement de sérosité jaunâtre considérable, par l'organisation d'une sorte de cavité circonscrite au-devant de l'estomac, à l'aide d'adhérences des organes voisins avec les points correspondans du ventre, et inférieurement et en arrière, par un second kyste destiné au même résultat.

Si la nature de la cause de ces abcès froids resta ignorée, c'est qu'on s'abstint de toute ouverture, ce qui était peu rationnel; car, dans le cas où il en eût été pratiqué une explorative, la sonde eût promptement fait reconnaître la carie et la nécrose, qu'on aurait pu combattre par les moyens appropriés.

Enfin, cette observation, intéressante sous le rapport de la multiplicité des lésions co-existantes, ne le fut pas moins sous celui de l'anatomie pathologique. En effet, elle offrit un exemple de guérison, par adhérences, d'une péricardite, un d'une variété singulière et rare de conformation de ventricule droit du cœur, consistant dans la division en deux cavités, par le développement d'une seconde, plus petite, sur-ajoutée à la partie inférieure de sa face externe; et enfin, celui d'une organisation aréolaire ou réticulée, de la fibrine du sang contenue dans celles-ci, et d'une autre petite concrétion globuliforme analogue.

NÉCROSE DU CARTILAGE ET DE L'EXTRÉMITÉ ANTÉRIEURE DE LA CINQUIÈME COTE GAUCHE; ULCÈRE AVEC LARGE DÉCOLLEMENT DE LA PEAU ENTRETENU PAR ELLE; TUBERCULES DANS LES POUMONS; ANCIENNE PLEURÉSIE A GAUCHE GUÉRIE; RÉTRÉCISSEMENT DE CE CÔTÉ; PÉRICARDITE GUÉRIE; ULCÉRATION DANS L'ILÉON; MORT.

OBS. III. — Brail, âgé de 35 ans, qui avait fait un long séjour dans la prison de Vitré, où il avait été atteint d'un épanchement pleurétique, entra, le 6 juin 1839, à l'infirmerie de la maison centrale de détention.

En l'examinant, je constatai un rétrécissement du côté gauche du thorax, avec aplatissement extrême de celui-ci au-dessous de la clavicule, l'abaissement plus considérable du mamelon correspondant et qu'il était de près de 5 centim. et demi. Le malade semblait fortement penché de ce côté, qui était, par la mensuration, de 3 centim. plus étroit que l'autre. Il existait aussi une tumeur enkystée au-devant de l'extrémité antérieure de la cinquième côte.

8. Je fis appliquer sur elle un emplâtre de Vigo et de ciguë mélangés, mais il n'y produisit aucun changement, et vingt jours après j'ouvris cet abcès froid avec la potasse caustique. Il s'écoula une certaine quantité d'un pus séro-albumineux, mal lié. La sonde indiqua un kyste à parois tapissées d'une membrane pyogénique, mais sans dénudation de l'os.

Durant le mois de juillet, il fut fait des injections chlorurées, et la compression fut exercée. Le malade mangeait les trois quarts. On donnait le soir et le matin une tasse de quinquina.

15. Une injection avec 2 grammes de nitrate d'argent pour 60 gr. d'eau fut faite dans le but d'enflammer l'intérieur du trajet fistuleux. On n'y réussit pas; seulement son orifice se rétrécit de plus en plus.

---

par de bons ouvrages et médecin de Montpellier, fut obligé de se conformer à cet usage pour avoir le droit d'exercer la médecine dans la capitale (1). Il y avait en outre dans chaque grande ville un collége de médecins auquel il fallait présenter ses titres, puis s'agréger pour être médecin praticien. On conçoit sans peine qu'il y eût dans une pareille organisation plusieurs inconvéniens, du monopole, un certain despotisme de compagnie, mais aussi que d'avantages! quelle force d'action et de résistance! quelle vigueur dans les décisions! quelle énergie, par cela même d'une grande concentration d'intérêts! il y avait alors et il y aura toujours de la jalousie, des rivalités de profession, de l'intrigue, de petites et basses menées, ces misères tiennent à la pâte humaine. Mais voulait-on attaquer un des priviléges de la Faculté, tout aussitôt la république médicale se remuait, s'agitait, se dressait, comme un homme vigoureux menacé dans ses intérêts, dans ses affections, et cette force multiple devenant *une*, brisait souvent bien des obstacles qu'on aurait crus insurmontables. C'est ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, que la *chambre royale*, sorte de Faculté établie à Paris pour les médecins des provinces, soutenue par les princes et les puissans de l'époque, fut supprimée en avril 1691, sur les poursuites de la Faculté. Aujourd'hui que les charlatans, les empiriques, les médecins-coulissiers, tous ces forbans de notre profession abondent, fourmillent de toutes parts, quels sont nos moyens pour les combattre, pour en neutraliser la malfaisante influence dans le public? on les chercherait en vain dans le code médical et professionnel, ce code n'existant ni dans nos lois ni dans nos mœurs; il n'est que dans notre désir, nous n'osons vraiment dire dans nos espérances.

A la vérité, il existait, selon l'*esprit* des anciennes institutions, une intervention disciplinaire, sans laquelle toute corporation ne peut ni subsister ni prospérer. Chacun comprenait alors combien cette intervention était salutaire à tous; aussi le grand, l'utile, l'éternel principe, *soutenir et contenir*, base des associations, était il accepté et mis en pratique, on n'était médecin de la Faculté qu'à cette condition. Cette intervention est aujourd'hui comprise et admise par un certain nombre de médecins et rejetée par d'autres. Parmi ces derniers, les uns voudraient qu'avant de s'associer, on eût je ne sais quelle perfection morale, comme si cette perfection sous le rapport professionnel ne s'acquiert pas précisément en raison de l'association; les autres craignent de porter une atteinte directe à la liberté de chacun; ce dernier motif, en le supposant toujours de bonne foi, convient à merveille aux prétentions du charlatanisme; celui-ci veut être libre et très libre, toujours libre, et nous répondons nous qu'il ne l'est que trop. Et quand il serait vrai que l'intervention disciplinaire comprimât la tendance de certaines gens à dépasser les limites de l'honnête dans l'exer-

(1) « Le 30 septembre 1743, il répondit assis et en robe aux questions de théorie de la médecine qui lui furent faites par Finot et Procope, les deux plus anciens docteurs présens. Le 2 octobre suivant, Finot et Baron, les deux plus anciens, lui firent quelques questions de médecine pratique. »

« Depuis huit heures du matin jusqu'à midi il soutint sa thèse; elle avait pour titre : AN SYMPATHIA PARTIUM, A CERTA NERVORUM POSITURA IN INTERNO SENSORIO? CONCL. AFF. MM. Bergier, Baron, Louis Vieillard, Ferrein, Chomel, Mery, de l'Epiney, Michel Procope, disputèrent contre lui. »

12 août. Je fis appliquer un cautère au bras gauche. Le malade, qui depuis longtemps mangeait la livre, fut mis aux trois quarts. La plaie fistuleuse restant stationnaire, Brail fut transporté le 19 dans le service chirurgical où elle fut agrandie. La suppuration continua, entretenue qu'elle était par la stagnation du pus dans des trajets fistuleux ou foyers revêtus d'une membrane pyogénique, auxquels on ne fit aucune contr'ouverture, et par la nécrose des cartilages des cinquième et sixième côtes.

Cet homme s'affaiblit de plus en plus et succomba le 2 octobre.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE faite 24 heures après la mort.

ETAT EXTÉRIEUR. Le corps était amaigri, le visage injecté; un liquide sanguinolent s'écoulait par les narines.

Il existait vis-à-vis du cartilage et de l'extrémité antérieure de la cinquième côte gauche, en comptant de bas en haut, une plaie transversale avec décollement de la peau, laquelle communiquait avec un foyer assez vaste tapissé par une membrane rougeâtre. En haut, il s'étendait à près de 3 centim. et demi, en formant au-dessous de la peau un cul-de-sac; en bas et en dedans il se dirigeait vers les parois abdominales, entre les muscles grand et petit oblique, et se terminait également à 9 ou 11 centim., en un cul-de-sac dans lequel croupissait le pus; en bas et en dehors, il avait beaucoup moins d'étendue.

Le fond de cet ulcère ou plaie profonde intéressait toute l'épaisseur du fibro-cartilage qui était sec, cassant et fracturé net et circulairement. Une petite portion adhérait encore à l'extrémité de la cinquième côte, dont le tissu était grisâtre, sec et tuméfié dans l'étendue de 1 décim. 6 millim. Le gonflement cessait insensiblement (nécrose). Il répondait au tissu cellulaire sus-pleural épaissi, et ne communiquait ni avec la cavité du thorax, ni avec celle de l'abdomen.

Le crâne ne fut pas ouvert, aucun symptôme cérébral n'ayant eu lieu.

THORAX. Le côté gauche offrait le rétrécissement décrit. Le poumon était de toutes parts intimement adhérent et refoulé en haut, à cause du volume du cœur. Son lobe supérieur était généralement infiltré de tubercules gris, dont aucun n'était ramolli. Le tissu pulmonaire intermédiaire était rouge, engoué de sérosité sanguinolente; celui du lobe inférieur réduit à une lamelle épaisse de près de 3 centim. et splénifié. Sa surface était recouverte d'anciennes concrétions albumineuses organisées (traces d'un ancien épanchement pleurétique guéri et suivi de rétrécissement du côté correspondant du thorax). La muqueuse bronchique était rouge.

Le poumon droit présentait également des adhérences celluleuses générales, en sorte qu'en l'enlevant il se déchira au sommet et surtout à sa base. Les trois lobes étaient confondus, par suite de l'organisation à la surface de pseudo-membranes anciennes. Son tissu était infiltré de tubercules gris, surtout dans son lobe supérieur, et en bien moindre quantité, dans les autres dont le parenchyme était rouge, engoué de sérosité sanguinolente.

Les tuyaux bronchiques étaient dilatés, leur muqueuse rouge et tapissée d'un mucus rougeâtre.

Le péricarde adhérait intimement à toute la surface du cœur (traces d'une ancienne péricardite). Cet organe était généralement dilaté, surtout dans ses cavités droites dont les colonnes charnues étaient assez fortement prononcées, bien que les parois eussent leur épaisseur ordinaire.

ABDOMEN. Sa cavité renfermait une quantité de sérosité plus considérable que dans l'état normal. Sur un grand nombre de points de l'enveloppe péritonéale des intestins, on apercevait, immédiatement au-dessous d'elle, des tubercules souillés de matière mélanique, un peu plus gros qu'un grain de chenevis, les uns à base large, les autres pédiculés.

L'estomac était assez vaste; sa muqueuse marbrée dans le grand cul-de-sac et rouge et comme légèrement érodée, immédiatement au-dessous du cardia.

Le duodénum était sain, ainsi que le jéjunum. Le commencement de l'iléon offrit une ulcération de 9 millim. d'étendue, à bords coupés à pic, excavés, et à fond noir, ayant détruit presque la couche celluleuse sous-musculeuse, en sorte que le péritoine était presque nu.

Les gros intestins étaient dans l'état normal et contractés sur des matières fécales magdaléonées.

Le foie était très volumineux, et sa vésicule distendue par une bile jaune peu épaisse.

La rate était très grosse; sa membrane propre épaissie sur sa face externe et comme fibro-cartilagineuse, son tissu d'un rouge peu intense et assez ferme.

Le rein gauche était de volume ordinaire; sa substance tubuleuse rouge se détachait fortement sur la corticale. Dans le droit, les mamelons formés par elle étaient encore plus distincts de cette dernière, en sorte que l'aspect de l'organe était celui de certains poudingues, dont les noyaux empâtés, rouges, de forme ronde ou ovale, étaient constitués par la substance tubuleuse et sa pâte représentée par la substance corticale d'un rouge très pâle.

La vessie était un peu distendue par de l'urine.

On voit que, chez ce malade, l'ouverture d'une tumeur enkystée, située vis à vis de l'extrémité antérieure de la cinquième côte, put seule en indiquer la nature et la cause. Car toutes les médications essayées avaient été de tâtonnement. On croyait avoir affaire à un simple kyste, et son incision vint faire connaître que c'était un abcès qui envoyait des embranchemens ou trajets aboutissant à des culs-de-sac plus ou moins éloignés, dans lesquels croupissait le pus qui communiquait par son fonds avec une nécrose d'un fibro-cartilage qui avait été détruit par le pus dans une certaine partie de son étendue. La suppuration n'avait pu être tarie par cela même, malgré les injections les plus variées et la compression.

On put reconnaître également que la nature, comme dans les cas précédens, avait épaissi au-dessous du fond du foyer purulent le tissu cellulaire sus-pleural et sus péritonéal, afin d'empêcher que le pus ne finît par pénétrer dans les cavités thoracique et abdominale.

Cette observation présente encore un bel exemple d'un ancien épanchement pleurétique du côté gauche guéri par adhérences et rétrécissement, reconnaissable aux signes physiques les plus tranchés et tels que le génie observateur de Laënnec, mon vénéré maître, les a fait connaître, et que je les ai représentés dans les planches annexées à son ouvrage, dont il m'avait chargé d'exécuter les dessins d'après nature, à l'époque où il travaillait à son TRAITÉ DE L'AUSCULTATION MÉDIATE. (Voir la préface de la première édition.)

(La suite à un prochain numéro.)

OPHTHALMOLOGIE.

SUR LES TROIS LUMIÈRES DE L'ŒIL; par le docteur MAGNE, élève particulier de Sanson, oculiste des indigens du premier arrondissement.

Depuis la publication du mémoire que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences, relativement à une cataracte noire dont j'ai pratiqué l'abaissement, plusieurs de mes confrères sont venus me trouver pour avoir des explications, tant sur ce sujet que sur la manière d'observer et d'utiliser dans la pratique les trois images de la bougie reflétées dans l'œil. Tout ce que j'ai appris dans cette occasion m'a prouvé que la découverte de Sanson était loin d'être connue et appréciée, et je n'ai pas cru devoir garder le silence.

cice de l'art, il faudrait plutôt s'en féliciter que s'en plaindre. Est-ce donc une chose si respectable que la *liberté* de voler, d'empoisonner le public et de dégrader sa profession ? On l'entendait autrement dans l'*esprit* des anciennes institutions médicales; en général, il y avait toute la liberté désirable, de plus ces institutions étaient l'exemple de l'égalité la plus complete et la plus réelle. La superbe *importance* des individus s'abaissait toujours devant la volonté de la majorité; car nul n'était exempt de l'obligation d'obéir aux statuts, par la grande raison que chacun y trouvait son compte, c'est-à-dire un appui, une protection et une barrière. Selon Montesquieu : « La plus forte république est celle où l'on observe les lois non par raison, mais par passion. » C'est bien autre chose quand on y ajoute son intérêt bien entendu. Et c'est ce qui arrivait dans la république médicale des anciennes institutions. Il y avait un droit commun dont voici la base fondamentale : *chacun pour tous, tous pour chacun*. Qu'est-il besoin de dire maintenant que rien de semblable ne se voit à notre époque, aucune solidarité n'existant, aucun lien direct ou indirect n'étant établi légalement entre les médecins. C'est à peine s'ils se connaissent dans les localités populeuses; eh bien! c'est un malheur dont l'art souffre dans sa dignité, les praticiens dans leurs droits et leurs intérêts. Je l'ai déja dit, on ne saurait croire jusqu'à quel point les liens de confraternité se resserrent quand les médecins se voient, combien s'augmente leur estime mutuelle lorsqu'ils se rapprochent et se serrent la main. A dire vrai, quand on considère la spendeur des anciennes institutions pendant des siècles, et l'état mesquin, mobile, instable des nouvelles, combien il y a de changemens, de modifications à réclamer dans les lois de la veille, on se demande toujours si en démolissant les premières, on n'a pas tué plus de principes sains que d'abus malfaisans. Ah! sans doute, un peuple digne de la liberté la prend avec ses fruits et ses épines; mais n'a-t-il pas à s'en repentir quand celles-ci l'emportent de beaucoup sur les premières; au moins en est-il ainsi pour notre noble profession.

R. P.

(La suite prochainement.)

— M. Coste, professeur au collége de France, ouvrira son cours d'embryogénie comparée le mardi 7 janvier, à une heure et demie, et le continuera les mardis et samedis suivans à la même heure.

— ESSAI SUR LES HARMONIES PHYSIOLOGIQUES, par Baudet-Dulary, docteur en médecine, ancien député. 1 vol. in-8° avec un atlas de 22 planches gravées. Prix : 8 fr.

A Paris, chez J.-B Baillère, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillère, 219, Régent-Street.

— TRAITÉ DE LA NATURE, DES COMPLICATIONS ET DU TRAITEMENT DES PLAIES D'ARMES A FEU; par le docteur L. Serrier, chirurgien sous-aide major, etc. Ouvrage couronné (médaille d'or) par M. le ministre de la guerre, en 1844. (Concours général de chirurgie militaire.)

Un volume in-8. Prix, 4 fr. 50 c.

A Paris, librairie des sciences médicales de Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 8.

Le professeur Sanson commença à observer en 1836 et signala à sa clinique, en 1837, que lorsqu'au devant de l'œil d'un amaurotique dont la pupille a été dilatée, on présente une bougie, l'on distingue toujours trois images de la flamme se succédant d'avant en arrière : la première, l'antérieure, la plus vive, est droite; la seconde ou moyenne, plus pâle, est renversée, et la troisième ou postérieure, la plus pâle des trois, est droite comme la première. Deux élèves de Sanson, MM. Bardinet et Pigné, expliquèrent ce phénomène à l'aide d'expériences sur des verres de montre, tandis que le maître de son côté, faisait construire en verre les pièces dont se compose l'appareil de la vision et imitait, jusqu'à un certain point, les divers degrés de cataractes; je possède cette boîte, dont plusieurs de mes confrères ont pu étudier le curieux travail. Sanson et ses élèves arrivèrent aux mêmes résultats; voici ce qu'ils constatèrent : l'image droite antérieure est produite par la cornée; la moyenne, renversée, par le segment postérieur de la capsule cristalline; la droite postérieure, par le segment antérieur. L'opacité de la cornée détruit les trois images; l'opacité de la capsule antérieure fait disparaître les deux images postérieures; l'opacité de la capsule postérieure empêche la production de l'image renversée. En d'autres termes, dans la cataracte capsulaire postérieure, on ne voit pas la lumière moyenne ou renversée; dans la cataracte capsulaire antérieure, la lumière antérieure droite est seule visible, de même pour la cataracte capsulo-lenticulaire. Les expériences de M. Pasquet, jointes à celles-ci, confirment cette conclusion, qu'une cataracte même commençante peut toujours être distinguée de l'amaurose et du glaucôme.

Comme on le voit, cette découverte des trois lumières était destinée à rendre de grands services à l'ophthalmologie; il semblait que ce moyen de diagnostic dût être de la plus grande utilité; car la pratique étendue du professeur Sanson lui fournit souvent l'occasion de vérifier les résultats de ses premières expérimentations. Comment donc se fait-il qu'aujourd'hui ce moyen soit à peine employé, je dirai presque oublié? Je crois que les difficultés qu'il présente au chirurgien qui n'en a pas l'habitude rebutent pour l'ordinaire, et que plusieurs tentatives infructueuses ne sont pas suivies de nouveaux essais. Il faut bien qu'il en soit ainsi, puisque j'ai entendu dire à un chef de l'ancienne clinique ophthalmique de la Pitié qu'il avait perdu beaucoup de sa confiance dans l'emploi de la bougie, parce que plusieurs fois elle l'avait induit en erreur. Plusieurs praticiens m'ont dit s'être trouvés dans le même cas. Ces faits parlent-ils contre la découverte de Sanson? doivent-ils la faire repousser comme moyen infidèle? Non assurément; ce n'est point le procédé qui a tort, c'est la manière dont on l'emploie, et c'est pourquoi quelques explications sont devenues nécessaires pour compléter le travail de MM. Bardinet et Pigné. Puissent ces explications rendre l'usage des lumières facile à quiconque voudra s'en servir avec attention et persévérance.

Une première précaution est indispensable chaque fois que l'expérience doit être tentée : dilater la pupille (on se rappelle que c'est sur un amaurotique que Sanson fit sa première observation). Le champ de la pupille est en effet d'une étendue très bornée; la bougie présentée à l'iris a pour action de resserrer encore l'espace pupillaire, et il en résulterait qu'on serait forcé de rechercher la marche des bougies dans un cercle de 3 millimètres au plus de diamètre. Le chirurgien le plus exercé à cette expérience peut seul et avec une peine infinie distinguer ce qui a lieu dans un espace aussi rétréci. J'admets qu'un chirurgien se trouve en pareille circonstance, qu'il ne pousse pas plus loin ses recherches, les deux images moyenne et postérieure manquant, il se croira autorisé à conclure que l'œil soumis à son observation est affecté de cataracte; il pourrait avoir tort et plus tard il se croira en droit de rejeter sur l'emploi des lumières l'erreur qui aura été commise et qui ne l'aura été que parce que la pupille n'était pas préablement dilatée. Il est donc essentiel, avant de présenter à l'œil la bougie, d'obtenir un espace pupillaire le plus large possible. Si je m'étends sur cette circonstance, c'est que j'ai été plusieurs fois à même de m'assurer que l'examen avait été fait sans dilatation, quoique Sanson eût indiqué cette nécessité. Chacun connaît l'action de la belladone sur l'iris; par elle le champ de la pupille peut doubler, tripler d'étendue, et le cercle dans lequel se meuvent alors les bougies peut acquérir 7 et 8 millim. de diamètre. Si l'on veut obtenir une dilatation immédiate, on instillera dans l'œil quelques gouttes de l'atropine du docteur Œhler, que l'on emploiera à la dose de 5 centigr. dans une cuillerée d'eau, en quelques minutes la pupille est dilatée. Cette application est suivie, il est vrai, de douleur, d'injection de la conjonctive et d'une augmentation notable dans la sécrétion des larmes; mais la douleur est très supportable, l'injection et l'épiphora sont de très courte durée. Il faut bien recommander au malade de tenir les paupières parfaitement closes; autrement la liqueur délayée par les larmes coulerait avec elles et l'effet n'aurait pas lieu. Voilà quant à la dilatation de la pupille; un autre précepte non moins important à noter, c'est que l'examen de l'œil se fasse dans une obscurité complète; autrement la lumière extérieure produira sur l'œil des reflets qui tantôt pourront simuler les images de la bougie, tantôt aussi empêcher de distinguer ces mêmes images. La pupille étant donc élargie convenablement, le malade, placé dans une chambre noire, on fait mouvoir la bougie suivant que Sanson l'a indiqué. Outre les causes qui se rattachent à l'état de la pupille et à l'action de la lumière extérieure, il en est d'autres encore qui pourraient faire supposer les trois images en défaut. Il existe deux cas de cataracte commençante dans lesquels cependant il arrive de distinguer la triple lumière; je vais les signaler :

1° La cataracte est si peu intense, qu'elle consiste uniquement en un léger nuage, à travers lequel les rayons pénètrent, quoiqu'avec peine.

2° L'opacité a débuté par la circonférence et n'affecte qu'un point limité de la surface du cristallin, le reste demeurant parfaitement intact.

Le chirurgien qui a reconnu les trois lumières dans ces deux cas a dû conclure qu'il n'y avait pas de cataracte, et au bout d'un certain temps, l'opacité étant devenue manifeste, il a rejeté sur l'infidélité du procédé de Sanson l'erreur de son diagnostic. Quoique ces deux cas, je l'avoue, soient très embarrassans, l'observateur peut encore ne pas se tromper. Si l'altération consiste dans un léger nuage, les lumières que l'on remarque ne ressemblent pas à celles que vous voyez dans un œil sain ou amaurotique; l'antérieure seule est brillante et les autres sont tellement pâles, que cette pâleur même est un avertissement, et que, réunie aux autres signes, elle peut déterminer l'opinion du chirurgien. Si l'appareil du cristallin n'est affecté que dans un point limité; si ce point ne se présente pas à la bougie, vous rencontrez toujours trois images, et cependant, d'après votre examen, vous n'avez pu rapporter la diminution de la vue ni à une amaurose, ni à un glaucôme; il faut alors imprimer à l'œil des mouvemens en tous sens et lui présenter un objet qui suive tous ces mouvemens. Quand l'objet se trouvera dans la direction du noyau de cataracte, il ne sera pas aperçu par le malade. Placé ainsi sur la voie, le chirurgien fera mouvoir la bougie en cet endroit qui lui avait échappé d'abord; il ne verra plus qu'une ou deux lumières, suivant que l'opacité sera antérieure ou postérieure, et il pourra alors conclure hardiment que la maladie est une cataracte. J'appelle sur ces points l'attention des médecins peu versés dans la pratique de la chirurgie oculaire; c'est pour ne les avoir point assez étudiés que des hommes même très exercés ont été induits en erreur.

Je citerai à cette occasion deux observations qui se rattachent justement aux faits que je viens d'énoncer :

OBS. I. — Dans le courant de juin 1841, madame la duchesse de M... vint consulter Sanson, qui étant fort souffrant de la longue et cruelle maladie qui nous l'a enlevé, ne put pas la recevoir, et me chargea de l'examiner. Les yeux paraissaient sains; les iris étaient assez mobiles, les pupilles dilatées; je trouvai les deux lumières moyenne et postérieure à peine perceptibles à chacun de mes essais; je présumai, sans oser toutefois me prononcer, qu'il s'agissait de deux cataractes; mais pour plus de certitude je conseillai d'étendre de l'extrait de belladone sur la base des orbites, et je remis au jour suivant un second examen que je fis avec Sanson à qui j'avais communiqué mon opinion. Après beaucoup de tentatives, nous aperçûmes les deux images postérieures d'une pâleur remarquable, telles que je les avais vues la veille. Sanson diagnostiqua comme moi deux cataractes commençantes; le temps a confirmé notre jugement. Plusieurs chirurgiens avaient affirmé que l'appareil du cristallin était sain. Il est juste d'observer que la maladie consistait en un léger trouble nuageux qui avait échappé à des hommes peu habitués à l'usage des lumières ou qui peut-être avaient négligé de les employer.

OBS. II. — Dans cette observation, l'erreur a été commise par un des chirurgiens les plus habitués à voir les maladies de l'œil. C'est la même année et à peu près à la même époque que madame B..., femme d'un membre de l'Institut, fut adressée à Sanson. La vue de cette dame commençait à diminuer de l'œil gauche; l'œil droit était sain. Je ne saurais dire précisément quel fut le résultat de l'examen: nous ne vîmes la malade qu'une seule fois; nous perdîmes le professeur Sanson avant l'époque à laquelle il l'avait engagée à revenir.

Après la mort de mon maître, madame B... fut trouver M. le docteur..., qui lui prescrivit un traitement et écrivit en tête de l'ordonnance son diagnostic: amaurose. Madame B... suivit pendant plusieurs mois les prescriptions de cet oculiste et ne trouva aucun changement dans sa vue. Elle apprit alors que j'étais chargé de continuer les consultations des yeux de Sanson, et vint au mois de décembre me demander de l'examiner de nouveau. Comme je me disposais à regarder l'œil avec une bougie, elle me rappela que devant Sanson j'avais déjà fait cette expérience, et que j'avais cru remarquer *un point où je ne voyais rien*. Ce fut encore le résultat de mon observation ce jour-là; je prescrivis de la belladone, et le lendemain le cristallin me parut intact dans presque toute son étendue; vers l'angle interne, il existait un commencement d'opacité de la capsule, opacité qui me fut alors parfaitement découverte par l'absence des deux lumières profondes d'abord, et que je pus ensuite distinguer au jour; je fis faire des mouvemens en tous sens au globe de l'œil, et mon doigt présenté devant le point opaque restait inaperçu, et devenait visible pour peu que je le rapprochasse de la partie saine. En conséquence, je diagnostiquai une cataracte capsulaire antérieure commençante; je dessinai la forme et la situation du point cataracté,

et j'engageai Mme B..., qui est en relation avec plusieurs médecins, à montrer ce dessin à quelques-uns de mes confrères et à se faire examiner par eux; mon diagnostic a été confirmé. Depuis j'ai revu plusieurs fois madame B..., et, quoique les progrès de la maladie soient très lents, ils permettent de distinguer une affection qui, à son début, m'avait été signalée par le procédé de Sanson.

Les indications qu'on retire de la découverte de mon maître sont donc infaillibles, et je ne saurais trop engager mes confrères à user de cette ressource si utile, quoique difficile parfois à employer, bien difficile puisque un praticien très exercé a pu se tromper malgré son expérience de chaque jour. A quoi bon, ai-je souvent entendu dire, se servir d'un moyen de diagnostic aussi minutieux? il est si facile de reconnaître une cataracte! Erreur! cela prouve ou que vous avez peu vu ou que vous avez mal vu; tous les jours on rencontre des cristallins à reflets métalliques annonçant l'opacité; placez en face une bougie, et les trois lumières vous apprendront que la transparence est parfaite; je connais tel ancien ministre aux cristallins à l'aspect argenté, et qui n'a pas plus de cataracte que moi.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE,

PUBLIÉ PAR LES DOCTEURS ROSER ET WUNDERLICH.

Les troisième et quatrième cahiers de 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Compte-rendu de la clinique chirurgicale de Fribourg* (service de M. le professeur Stromeyer); par le professeur Hecker. 2° *De la formation de la graisse et de son importance dans l'économie animale*; par le docteur Schlossberger. (Esquisse historique et critique.) 3° *Des médicamens narcotiques*; par le docteur Pickford. 4° *Sur la structure des cancers de la lèvre*; par le docteur Ecker. (Recherches microscopiques accompagnées d'une planche.) 5° *Sur les moyens de reconnaître la présence du sucre dans les fluides tirés du règne animal*; par le docteur Budge. (Appréciation de ces différens moyens, qui consistent : 1° dans la saveur; 2° le changement de cristallisation du sel de cuisine uni au sucre; 3° la réduction des sels de cuivre; 4° la carbonisation par l'acide sulfurique; 5° le changement par l'acide hydrochlorique; 6° la réfraction de la lumière polarisée; 7° la fermentation par l'addition du ferment; 8° et la production de globules du ferment.) 6° *Trois observations de maladies du cœur*; par le docteur Scharlau. 7° *Deux cas d'asthme thymique*; par le docteur Kapff. 8° *Recherches sur la périodicité*; par le docteur Schweig. (Premier article. Nous en rendrons compte lorsque tout le travail sera achevé.) 9° *Analyse des fonctions du système nerveux*; par le docteur Natansen. 10° *De la quantité d'acide carbonique expiré dépendant de la fréquence de la respiration*; par le docteur Vierordt. 11° *Observations d'hypertrophie du cœur dans l'enfance*; par le docteur Scuhr. 12° *Sur la présence des tubercules dans les différens organes*; par le docteur Cless. 13° *Esquisse sur les idées régnantes en chimie physiologique et pathologique*; par le docteur Kloss. (Deuxième article.)

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE FRIBOURG (service de M. le professeur Stromeyer); par le professeur HECKER.

Du 1er novembre 1842 à fin octobre 1843 ont été traités 414 malades, dont 326 hommes et 86 femmes, et parmi lesquels il y avait 31 enfans; 245 individus se sont présentés à la consultation.

Des 414 malades, 6 sont morts (fongus médullaire de la glande thyroïde, amputation de la jambe et de la cuisse, ramollissement du cerveau, maladie du cœur compliquée de cataracte et de lésion grave de la tête.) La mortalité a donc été dans la proportion de 1 à 69, et, en déduisant les maladies cutanées, elle est de 1 à 54.

Nous rapportons successivement les observations contenues dans ce compte-rendu :

1° Inflammation de l'articulation de l'épaule et de la hanche; luxation spontanée du fémur et de l'humérus; nécrose de ce dernier os, sequestre de sa tête et de son col de 3 pouces de long; guérison. La fille, âgée de 14 ans, a récupéré en partie les mouvemens de ses membres.

2° Du chlorure de zinc dans la syphilis primitive. Ce médicament, qui est donné à l'intérieur à la dose de 3 à 5, 8 et même 12 grains dans 4 à 6 onces d'eau distillée ou de menthe, à prendre en quatre fois dans la journée, et à l'extérieur en fomentations, a été trouvé aussi efficace que les préparations mercurielles; mais il exige un traitement plus long.

3° Kyste de la glande thyroïde guéri par l'incision.

4° Tumeurs cystiques excisées au-dessous de l'aisselle chez un enfant de 4 ans et demi.

5° Fongus médullaire de la glande thyroïde, des côtes et du fémur; fracture spontanée de cet os; mort.

6° Opération de Chopart chez un garçon âgé de 11 ans, auquel la moitié du pied fut enlevée par une roue de voiture pesamment chargée. La plaie contuse n'a pas été régularisée, elle a suppuré pendant trois ans. Ce n'est qu'au bout de ce temps que le malade fut mis à l'hôpital, où on lui fit l'opération de Chopart. La rétraction des muscles du mollet ayant remonté le talon et ainsi empêché la cicatrisation, on a fait la section sous-cutanée du tendon d'Achille; celle-ci n'étant pas suffisante, il a fallu encore plus tard couper la peau au-dessus du talon. Le malade a complètement guéri et il marche avec sûreté.

7° Excision d'un polype malin du nez. Une femme de 46 ans avait dans le nez un polype charnu, volumineux et douloureux au toucher. Dans le doute sur la nature de cette tumeur, on en excisa une petite portion pour l'examiner au microscope; on n'y trouva pas les corpuscules péticolaux qui, d'après J. Muller, caractérisent le fongus médullaire. On se décida donc pour l'excision suivie de cautérisation. La plaie paraissait déjà guérie, lorsque la maladie s'est reproduite et a envahi plus tard la joue et les lèvres.

8° Opération de cirsocèle d'après la méthode de M. Breschet. Dans un cas où le professeur Stromeyer a eu recours au procédé de M. Breschet pour oblitérer les veines variqueuses, la circulation a été interrompue pendant quelque temps; mais plus tard la maladie s'est reproduite, puisque la compression n'avait été exercée que pendant six jours, temps insuffisant pour amener l'oblitération des vaisseaux.

9° Destruction d'une téléangiectasie du nez par des petits sétons croisés et par l'excision d'une portion de la tumeur.

10° Excision d'un morceau de laine ayant séjourné pendant un an et demi dans la plante du pied.

11° Fausse articulation du métacarpien du pouce produite par une chute.

12° Huit amputations, dont 6 de jambes et 2 de cuisses. Deux individus ont succombé; l'un amputé de la cuisse fut atteint de la fièvre typhoïde; l'autre amputé de la jambe était déjà affecté de marasme lorsqu'on a entrepris l'opération.

13° Trois opérations d'excision de cancer de la lèvre inférieure suivies de succès.

14° Excision d'une concrétion osseuse en forme d'arc de cercle qui s'est développée à la base du pénis, entre cet organe et l'arcade pubienne; guérison.

15° Deux cas de déchirure de l'urètre à la suite de contusions au périnée. Dans l'un des cas, les fistules se sont formées et l'urine a pu passer par le canal de l'urètre; mais le malade fut forcé de porter constamment une sonde. Chez l'autre, on a été obligé d'ouvrir un passage à l'urine à travers le périnée criblé de fistules et plein de callosités jusqu'à la vessie. Le calibre de l'urètre a ensuite été rétabli à l'aide d'une sonde mise à demeure que le malade continue à porter, et la plaie s'est cicatrisée.

16° Quatre individus âgés de 6 1/2, 8 1/2, 12 et 18 ans furent opérés de la pierre avec succès par la méthode du frère Côme.

16° Opérations de ténotomie qui n'offrent rien de particulier.

18° Deux observations de fractures compliquées.

DES MÉDICAMENS NARCOTIQUES; par le docteur PERCY PICKFORD (de Heidelberg.)

Ce mémoire peut se résumer par les propositions suivantes, basées sur un grand nombre d'expériences :

1° Un narcotique n'agit que lorsqu'il a passé dans le torrent circulatoire.

2° Le narcotique arrive dans le torrent circulatoire par les veines et non par les lymphatiques.

3° Le narcotique ne pouvant plus être retrouvé ni dans le sang, ni dans aucune autre partie du corps, il faut admettre qu'il a une action spéciale sur la masse nerveuse avec laquelle il s'identifie et modifie les fonctions du système nerveux. Le sang n'est donc que le véhicule du poison.

4° Les symptômes produits par le narcotique sur le système nerveux diffèrent essentiellement, selon que le poison est parvenu au centre nerveux ou à un nerf seulement.

5° La mort qui survient rapidement par l'ingestion d'un narcotique donné à haute dose est due à une modification des centres nerveux; mais

de petites doses contribuent à donner la mort en agissant sur les nerfs, surtout sur ceux du cœur.

6° L'action du narcotique est d'autant plus prompte que le poison a été porté dans une partie de l'appareil circulatoire plus voisine d'un centre nerveux.

ANALYSE DES FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX; par le docteur NATANSEN (de Varsovie.)

C'est une exposition des différentes formes sous lesquelles les diverses fonctions du système nerveux peuvent être envisagées; c'est ainsi que l'auteur admet pour chaque organe nouveau plusieurs parties à chacune desquelles est dévolue une fonction particulière. Chaque nerf des sens serait composé de plusieurs espèces de nerfs ayant chacun sa fonction propre. Les nerfs du tact comprendraient ceux qui perçoivent la température, d'autres la résistance du corps, et enfin d'autres les qualités tactiles proprement dites. Pour preuve, l'auteur rappelle que l'une ou l'autre de ces facultés peut être momentanément perdue sans que les deux autres le soient; ainsi, lorsque le bras est endormi et que la sensibilité y revient, la main perçoit d'abord la température, ensuite la résistance des corps, et plus tard seulement le tact proprement dit peut être exercé; pour les extrémités inférieures, le contraire a lieu : le toucher revient d'abord, puis on éprouve un sentiment de fourmillement suivi de la perception de la température, et enfin la faculté de reconnaître la résistance revient la dernière. Pour le nerf optique, il admet trois espèces de nerfs: ceux de la lumière rouge, de la bleue et de la jaune, bases de toutes les autres couleurs. Ce n'est pas seulement le nerf optique qui contient des nerfs capables d'être impressionnés par la lumière, celle-ci peut encore agir sur les nerfs de la paupière, non comme moyen de vision, mais en excitant des picotemens; pour le prouver, M. Natansen dit avoir observé souvent chez des individus aveugles, même avec perte du globe de l'œil, que la lumière leur occasionnait un sentiment pénible pouvant aller jusqu'à la photophobie. Le goût, l'odorat, les fonctions intellectuelles, etc., sont analysés de la même manière. Nous croyons que les exemples que nous avons cités suffisent pour faire voir dans quel esprit cet article est écrit, plutôt basé sur des hypothèses psychologiques que sur l'observation.

DE LA QUANTITÉ D'ACIDE CARBONIQUE EXPIRÉ DÉPENDANT DE LA FRÉQUENCE DE LA RESPIRATION; par le docteur VIERORDT de Carlsrugh.

Les résultats auxquels l'auteur est arrivé par de nombreuses recherches et expériences sont les suivans, que nous traduisons littéralement.

1° La fréquence de la respiration a une influence grande et susceptible d'être calculée sur la quantité d'acide carbonique expiré.

2° L'air expiré, toutes circonstances égales d'ailleurs, est d'autant plus pauvre en acide carbonique que la respiration est plus fréquente, et il contient d'autant plus d'acide carbonique que la respiration est plus lente. C'est encore une confirmation de la loi physiologique que les sécrétions et les excrétions sont d'autant plus riches en substance qu'elles sont moins copieuses.

3° L'influence de la fréquence de la respiration sur la quantité d'air expiré est d'autant plus facile à constater que la respiration est plus lente.

4° A chaque expiration, quelle que soit sa durée, répond une valeur constante d'acide carbonique de 2,5 pour 100, à laquelle s'ajoute encore une nouvelle quantité d'acide carbonique exactement proportionnelle à la durée de la respiration.

5° La quantité d'acide carbonique produite pendant un temps donné par des respirations fréquentes est par contre beaucoup plus forte que celle formée par des respirations lentes.

6° Le nombre des inspirations est le meilleur régulateur pour l'excrétion de l'acide carbonique et s'accroît en général dans la même proportion que l'excrétion de l'acide carbonique.

7° La quantité absolue d'acide carbonique produite pendant une respiration parfaitement tranquille se comporte avec les expirations les plus fréquentes possibles, comme 1 : 8.

8° La quantité d'acide carbonique contenue dans le sang est très considérable en ce que par une respiration très fréquente on peut rendre dans une minute 1800 cent. cubes de gaz carbonique.

9° Pendant la respiration normale environ 6 p. 100 de l'acide carbonique qui circule dans les capillaires des poumons se trouve excrété.

SUR LA PRÉSENCE DES TUBERCULES DANS LES DIFFÉRENS ORGANES; par le docteur CLESS, de Stuttgart.

POUMONS. Dans 152 autopsies d'adultes affectés de tubercules, M. Cless a trouvé six fois les poumons sans tubercules; dans toutes les autres, la loi de M. Louis était confirmée. Deux fois le péritoine était parsemé de granulations tuberculeuses; une fois la plèvre pulmonaire et costale du côté droit; une autre fois les ganglions bronchiques étaient convertis en tubercules, et il y avait aussi des ganglions tuberculeux du volume d'un poids dans le mésentère et à la partie inférieure de l'iléon; dans le cinquième cas, les deux plèvres et le péritoine étaient parsemés de tubercules du volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois et serrés les uns contre les autres; il y avait aussi de la matière tuberculeuse dans les globules du cou et de la poitrine, dans le foie et dans la rate; les poumons comprimés par l'exsudation amassée dans les plèvres étaient tout à fait libres de tubercules; dans le sixième, on a trouvé quelques tubercules dans les glandes bronchiques. Dans cinq autres cas, M. Cless a noté dans les poumons un petit nombre de tubercules crus, tandis qu'il y en avait une quantité considérable dans le bas-ventre et que les malades étaient morts avec les symptômes de phthisie abdominale. Quant aux enfans tuberculeux, sur 21 autopsies il n'a trouvé qu'une seule fois les poumons libres de tubercules : c'était chez un garçon de 11 ans qui, outre une exsudation de sérosité considérable dans les ventricules du cerveau, avait deux gros tubercules dans le cervelet, plusieurs petits à la surface du foie et une carie des vertèbres.

Des 146 adultes, dans les poumons desquels M. Cless avait trouvé des tubercules 35 fois, la tuberculisation était bornée aux poumons, par conséquent dans les trois quarts des cas la maladie s'étendait à d'autres organes. La proportion des tubercules bornés aux poumons est encore plus petite chez les enfans où sur 20 cas il n'y en avait que 3 où les autres organes étaient libres de tubercules. MM. Barthez et Rilliet ne citent que 23 sur 265.

Sur les 166 cas de tubercules du poumon tant des enfans que des adultes, 13 fois seulement la maladie s'est bornée à un seul poumon; 10 fois le droit, 3 fois le gauche; il est vrai que dans la plupart de ces cas, la tuberculisation n'était pas encore bien avancée. Lorsque les deux poumons étaient affectés, c'était le plus souvent le droit qui était le plus malade : 45 sur 75 fois, outre les 10 cas que nous venons de mentionner. Ce résultat n'est pas d'accord avec les observations de Louis, Reynaud et Marshall Hughes. 105 fois chez les adultes, il y avait déjà des vomiques et 41 fois il n'y en avait pas encore. Cette fréquence était moindre chez les enfans où l'on n'a trouvé des vomiques que 9 fois sur 20. En général, elles sont d'autant plus rares que les enfans sont plus jeunes; ceux-ci succombent le plus souvent à une tuberculisation aiguë qui amène la mort avant d'avoir passé à la suppuration; en outre, les enfans sont encore enlevés par d'autres maladies liées aux tubercules, telles que l'hydrencéphale aiguë. Le pneumothorax, suite de rupture d'une vomique, a été noté 4 fois, 2 à droite et 2 à gauche.

Le siége ordinaire des tubercules est au sommet; M. Cless rapporte deux exceptions où la maladie occupait plus particulièrement le lobe inférieur et une fois même avec vomique; 4 fois il a vu quelques tubercules isolés dans le lobe inférieur seulement, tandis qu'il n'est pas rare de trouver ce lobe dans une parfaite intégrité lorsque le sommet du poumon est arrivé au plus haut degré de la phthisie.

TUBERCULES DES GLANDES BRONCHIQUES. Dans les autopsies, on n'a pas toujours eu soin de les examiner. 8 fois l'on y a trouvé des tubercules chez les adultes ayant moins de 30 ans et qui en présentaient dans d'autres parties du corps.

Sur 21 enfans tuberculeux, on a rencontré 13 fois la matière tuberculeuse dans les glandes bronchiques et 20 fois dans les poumons, jamais dans les glandes bronchiques seules.

ULCÈRES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE. Ces organes n'ont été examinés que lorsqu'il y existait des symptômes pendant la vie. Sur 10 cas, la tuberculisation ou l'ulcération du larynx et de la trachée-artère n'étaient que secondaires et subordonnées à l'affection du poumon. 9 hommes entre 23 et 38 ans et 1 femme de 48 ans.

TUBERCULES DE LA PLÈVRE. 13 adultes et 1 enfant avaient des tubercules. Chez l'un, la plèvre seule était parsemée de tubercules par plaques; le parenchyme du poumon était sain. Chez un autre, il y avait des tubercules sur la plèvre, le péritoine et les glandes bronchiques; le poumon était également sain. Dans trois autres cas, la plèvre et le péritoine étaient couverts de beaucoup de tubercules et il y en avait très peu dans les poumons; trois fois les tubercules de la plèvre accompagnaient une phthisie pulmonaire ordinaire, et six fois la tuberculisation était générale,

Les malades dont 11 hommes et 2 femmes étaient âgés : 6 entre 20 et 30, 5 entre 30 et 40, 1 42, 1 59 ans et 1 petite fille avait 10 ans.

TUBERCULES DU PÉRITOINE. Chez 16 adultes et 4 enfans, les tubercules étaient bornés au péritoine 20 fois; ils prédominaient sur ceux du poumon 6 fois; la tuberculisation était générale dans 6 cas. Les 4 enfans étaient âgés entre 6 mois et 10 ans. Parmi les adultes, 11 hommes et 5 femmes : 2 avaient moins de 20 ans, 5 étaient entre 20 et 29, 5 entre 30 et 39, 2 entre 40 et 49, 2 entre 50 et 59. Les tubercules n'étaient nulle part aussi nombreux que dans le péritoine, dont quelquefois toute la surface était couverte, et ils offrent souvent, d'après l'auteur, une particularité qu'on ne rencontre pas dans les autres tubercules du corps; c'est une auréole noire, entourant leur base, probablement une injection mélanée des vaisseaux capillaires. Une seule fois seulement M. Cless a trouvé les ganglions mésentériques affectés de tubercules en même temps que le péritoine.

TUBERCULES DU PÉRICARDE. Chez un seul individu, dont les poumons, les plèvres, les glandes bronchiques et la rate contenaient des tubercules; on en a trouvé aussi sur toute la surface du péricarde.

TUBERCULES DES INTESTINS. Sur les 152 tuberculeux adultes, l'intestin grêle contenait 83 fois des tubercules et le gros intestin 37 fois, et sur les 21 enfans 7 fois l'intestin grêle, une fois le gros. Jamais l'on n'a trouvé de tubercules dans les intestins, sans qu'il y en eût aussi dans d'autres organes.

Age.	Nombre des tubercules.	Tubercules dans l'intestin grêle.	Tubercules dans le gros intestin.
15 à 19 ans	8	5	1
20 à 29 ans	59	37	22
30 à 39 ans	42	20	6
40 à 49 ans	21	13	5
50 à 59 ans	11	7	2
60 à 69 ans	6	2	—
70 à 82 ans	5	1	—

TUBERCULES DES GANGLIONS MÉSENTÉRIQUES. Parmi les 152 adultes, 38 avaient des tubercules dans les glandes du mésentère. Sur les 21 enfans, 7 avaient des tubercules dans les glandes mésentériques, un seul était âgé de moins de 3 ans.

Chez tous les enfans et adultes, l'on a aussi trouvé des tubercules dans d'autres organes.

TUBERCULES DU FOIE. Une fois sur un adulte et 2 fois sur des enfans, en même temps que dans d'autres organes.

TUBERCULES DE LA RATE. 4 adultes et 12 enfans; toujours avec tubercules dans d'autres parties du corps. Chez les enfans, le parenchyme de la rate est souvent entièrement envahi par les tubercules.

TUBERCULES DES REINS. 4 adultes et 3 enfans.

TUBERCULES DE L'UTÉRUS, DES TROMPES ET DES OVAIRES. 5 adultes et 1 enfant; 26 femmes mortes de phthisie pulmonaire, dont les parties génitales furent examinées, ont présenté des tubercules : une fois dans les parois de la matrice, une fois dans l'enveloppe péritonéale, deux fois vers la face interne, une fois toute la substance de l'utérus était convertie en matière tuberculeuse, deux fois cette dernière avait envahi les ovaires, et quatre fois elle remplissait les trompes.

Les tubercules des parties génitales étaient toujours secondaires à la tuberculisation générale, surtout des viscères abdominaux.

TUBERCULES DU CERVEAU ET DE SES MEMBRANES. De 5 enfans âgés de 8 mois à 11 ans, dont les membranes du cerveau ont présenté des tubercules, 4 sont morts d'hydrencéphale aiguë. Chez tous, il y avait en même temps des tubercules dans les poumons et d'autres organes. Les granulations tuberculeuses avaient toujours leur siége à la surface externe de l'arachnoïde, entre cette membrane et la pie-mère, jamais dans l'intérieur de la cavité de cette séreuse. Chez un adulte mort d'encéphalite aiguë, l'on a trouvé, outre une grande quantité de sérosité limpide dans les ventricules, du pus et beaucoup de granulations tuberculeuses entre l'arachnoïde et la pie-mère, des tubercules dans les poumons et les plèvres, et dans les glandes de Peyer.

Sur 27 enfans tuberculeux, 4 avaient des tubercules dans le cerveau en même temps que dans d'autres organes; M. Cless n'en a jamais trouvé dans le cerveau des adultes.

TUBERCULES DES GLANDES LYMPHATIQUES. Outre les glandes mésentériques et bronchiques dont il a déjà été question, M. Cless a rencontré chez 5 adultes et 1 enfant des tubercules dans les glandes du cou, et chez 5 autres dans les glandes du bassin et sous-diaphragmatiques; une autre fois dans le médiastin antérieur avec perforation du thorax. Tous étaient affectés de tuberculisation générale.

TUBERCULES DES MUSCLES, DES OS ET DES ARTICULATIONS. Deux fois dans les muscles, six fois dans les os et une fois dans une articulation seule.

II. MEDICINISCHE ANNALEN.

PUBLIÉ PAR PUCHELT, CHELIUS ET NÆGELÉ.

Les trois premiers cahiers du dixième volume contiennent : 1° *Sur la médecine physiologique.* (Fin.) 2° *De la gastromalacie des enfans;* par le docteur Hauff. (3 observations qui confirment la difficulté du diagnostic de cette maladie.) 3° *Parallèle entre la pharmacopie de Prusse et celle de Bade;* par le docteur Dierbach. (Fin.) 4° *Premier compte-rendu du service ophthalmologique de l'hôpital de Fulda;* par le docteur Rothamel. (Rien de saillant.) 5° *Sur l'action de l'iodure de potassium dans le typhus abdominal;* par le même. (Simple énoncé de l'utilité de ce remède.) 6° *Remarques sur quelques médicamens;* par le docteur Ritter. 7° *Variétés;* par le docteur Schneider. 8° *Remarques sur le typhus à l'occasion d'un article de M. de Ræser sur le même sujet;* par le docteur Cless. (Critique très judicieuse de la valeur de quelques symptômes, des lésions anatomiques et du traitement. Les idées des deux auteurs sont généralement admises en France et connues des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE.) 9° *Description d'une machine pour casser le cal difforme par suite des fractures des os;* par le docteur Oesterlen. (C'est une presse ordinaire dans laquelle les deux extrémités de la fracture reposent sur deux fanons ou rouleaux de linge entre lesquels vient agir un tampon mis en mouvement par une vis.) 10° *Sur la méningite des enfans;* par le docteur Hauff. (Deux observations dans lesquelles plusieurs symptômes importans ont manqué.) 11° *De l'usage du calomel;* par le docteur Rampold. (Enumération des cas où ce médicament est employé avec plus ou moins d'efficacité.) 12° *Observations;* par le docteur Volz. (Entre autres faits, l'auteur rapporte l'histoire d'une jeune fille de 14 ans qui, sauf la pâleur de la figure, jouissait d'une bonne santé, rendit, d'abord par des vomissemens, puis par les selles, 808 lombrics dans l'espace de 17 jours, et qui continua ensuite à bien se porter; puis celle d'une femme de 24 ans affectée de varices aux jambes. Les veines se sont enflammées; après un traitement convenable, la femme s'est rétablie. Une des veines s'était ouverte et avait donné issue à du sang à moitié coagulé.) 13° *Inflammation de la veine-porte;* par le docteur Frey. 14° *Sur les fièvres intermittentes et le crétinisme;* par le docteur Ris. (Nous aurons dans peu l'occasion de revenir longuement sur cette dernière affection.) 1° *Observation d'une maladie du cœur, compliquée d'une affection de la moelle épinière;* par le docteur Stamm. 16° *Deux observations;* par le docteur Vanotti. (Le sujet de la première observation est un homme fort, toujours bien portant, âgé de 40 ans, affecté d'une tumeur blanche du genou. Pour modifier profondément la constitution, on lui ordonna le traitement par la décoction de Zittmann, employé dans toute sa vigueur, et ce n'est qu'après ce traitement que l'on eut recours aux moyens locaux : emplâtre de tartre stibié avec huile de térébenthine pure. La guérison fut complète. Une servante de 42 ans, tourmentée pendant longues années de violentes coliques et de cardialgie dues à des calculs du foie dont la malade rendait de temps en temps une grande quantité par les selles, fut soulagée par les bains de Bade en Suisse. Au bout de quelques mois, les douleurs revinrent, et une foule de moyens furent employés sans succès. L'état de la malade devint toujours plus inquiétant; elle ne digérait plus les alimens les plus légers, et les douleurs se répétèrent sept à huit fois dans la journée. On eut recours au traitement par l'eau froide; on commença par une demi-chopine par jour, et on augmenta successivement jusqu'à douze chopines. Ce traitement, soutenu par un régime convenable et continué pendant huit ou neuf mois, fut suivi d'une amélioration très marquée.) 17° *Observation de fongus médullaire de la dure-mère spinale lombaire;* par le docteur Hoppey. 18° *Cas de cyanose;* par le docteur Guerdan. (L'enfant qui est mort à l'âge de 6 ans avait un trou de Botal du diamètre d'un tuyau de plume.) 19° *Fracture de la jambe avec déchirure de la peau et luxation de l'astragale;* par le docteur Kettner. (L'individu a guéri avec ankylose du pied et perte de l'astragale.) 20° *Deux observations;* par le docteur Schweickard (Hématémèse arrêtée par quelques gouttes de créosote. Fracture du crâne avec hernie et perte de substance d'une portion du cerveau; guérison.) 21° *Cas d'obstétritie;* par le docteur Sommer. (1° Accouchement de jumeaux : l'un bien constitué, l'autre monstrueux; acéphale adhérent au placenta. 2° Hysterotomie vaginale pour un état cartilagineux du col de l'utérus. 3° Ligature d'un polype de l'utérus. 4° Hémorragie nasale et pulmonaire remplaçant les règles chez une femme qui nourrissait son cinquième enfant.) 22° *Gangrène du poumon gué-*

rie par l'acétate de plomb et l'opium à haute dose; par le docteur Szerlecki. 23° *Sur la fièvre cérébrale;* par le docteur Rohthamel. 24° *Sur un moyen de constater la portée de la vue;* par le docteur Küchler. (Ce sont des caractères d'imprimerie de différentes grandeurs placés à une distance donnée). 25° *De la cire jaune comme remède externe;* par le même. (Eloge de ce moyen très connu.) 26° *De l'organisme et des études médicales grecques et romaines;* par le docteur Kissel. 27° *Observation de tumeur sanguine aux parties génitales d'une femme en couche;* par le docteur Rau. (La tumeur fut fendue; des grands vaisseaux ouverts avaient donné lieu à une hémorragie sous-cutanée qu'on ne parvint à arrêter que par le tamponnement aidé d'une forte compression qui occasionna la gangrène du tissu cellulaire. Guérison. Cette observation a été recueillie dans le service de M. Paul Dubois.) 28° *Des dartres;* par le docteur Schneider. (Enumération de quelques moyens thérapeutiques.)

REMARQUES SUR QUELQUES MÉDICAMENS; par le docteur RITTER de Rottenbourg (Wurtemberg).

DU SEIGLE ERGOTÉ.—Il s'est montré utile : 1° dans un cas de rétention d'urine et de matière fécale par commotion de la colonne vertébrale; paralysie de la vessie et du rectum. 2° Une ischurie qui a résisté pendant sept jours à une foule de moyens à cédé immédiatement à une potion formée d'une infusion d'un gros de seigle ergoté dans 4 onces d'eau avec addition d'un gros de teinture de seigle ergoté et du sirop. 3° Quatre individus, âgés de 8 à 16 ans, affectés d'incontinence d'urine nocturne, ont pris matin et soir d'une demie à une cuillerée à café de teinture de seigle ergoté. L'un a été guéri; deux ont éprouvé de l'amélioration, en ce qu'au lieu de mouiller leur lit toutes les nuits ils ne l'ont plus fait qu'une ou deux fois par semaine. L'état du quatrième ne s'est amélioré que lorsqu'on a ajouté au seigle ergoté de la teinture de cantharides. 4° Sept observations d'accouchement où le seigle ergoté a été administré. 5° Cinq hémorragies utérines prises parmi plus de 50 autres cas où ce médicament a arrêté la perte de sang.

DE LA RASSEROLE DANS L'ISCHURIE. — Observation d'une rétention d'urine chez un homme de 81 ans où elle paraît avoir été de quelque utilité.

DE L'OPIUM CONTRE LE DELIRIUM TREMENS. — Dans un accès de délire furieux, on est parvenu à calmer le malade avec la teinture thébaïque donnée dans de l'eau-de-vie, seule forme sous laquelle il acceptait le médicament.

DE L'ALUN DANS LE TYPHUS ABDOMINAL. — Deux cas où ce médicament a été donné à la dose d'un gros dans 6 onces de décoction d'arrow-root. Les malades ont guéri.

INFLAMMATION DE LA VEINE-PORTE; par le docteur FREY à Mannheim.

Obs. — H., âgé de 62 ans, grand, bien constitué, fort mangeur et jouissant d'une bonne santé, tomba malade après la mort de son maître qui l'affectionnait beaucoup; il se plaignit de perte d'appétit, de fatigue, de grand abattement, et il craignit de mourir de la même maladie que son maître qui avait succombé à un volvulus. Il resta dans cet état pendant quinze jours. Quoiqu'il ne fût pas constipé, il prit du sel amer. Toujours occupé de l'idée d'une maladie du bas-ventre, il ressentit enfin dans celui-ci un sentiment de pesanteur, de malaise et même de douleur surtout dans l'épigastre. Enfin, il garda le lit et me consulta le 5 mars. Les symptômes étaient les suivans : grand abattement; insomnie depuis quelques nuits; douleur médiocre à l'épigastre; deux selles liquides par jour depuis l'usage du sel amer; bas-ventre insensible à la pression, ni tuméfié, ni tendu; langue uniformément blanche, chargée, râpeuse comme la langue d'un ruminant et sèche au toucher; pouls 95, assez plein et vif; anorexie, soif; face injectée.

Le 7 mars, accès de froid, suivi de chaleur, soif plus forte, pouls plus fréquent, pas de sueurs. Cette exacerbation se répéta les jours suivans, tantôt le matin et tantôt le soir; insomnie presque complète ou sommeil dérangé par des visions inquiétantes; point de délire. (Emulsion préparée avec une infusion de 8 grains d'ipécacuanha, une fois avec une demi-once de tartre tartarisé; soupe à l'eau; lait d'amande.)

Dans la nuit du 9 mars, six selles liquides, jaunes-grisâtres, floconneuses, très fétides. Le matin, gargouillement dans la région cœcale, très sensible au toucher; langue dans le même état; facultés intellectuelles libres; respiration normale; pas de toux. (Préparations mucilagineuses et eau de chlore à l'intérieur.)

Dans la nuit du 11 au 12, quarante selles, et vingt dans la journée (potion gommeuse avec 10 gouttes d'opium); diminution de la diarrhée; gargouillement et douleur à la pression dans tout le ventre médiocrement distendu; chaque selle était précédé d'un peu de douleur sans ténesme; pouls plus fréquent, moins plein, petit et faible, face moins injectée. Chaque fois qu'on soulève le malade, il lui prend une faiblesse et même une fois un évanouissement.

Le 13 mars (poudre de quinine, d'alun et de camphre), diminution de la diarrhée, et pour la première fois un peu de sueur le 14 au matin.

Les jours suivans, aphonie, respiration courte et fréquente; mais bruit respiratoire normal et sans râle. A peu près vingt selles dans la nuit et dix ou seize dans le jour. Toujours gargouillement et douleur à la pression dans le ventre un peu soulevé.

Le 16 au matin, faiblesse extrême; pouls petit, fréquent; peau sèche; facultés intellectuelles libres. A midi, perte de connaissance, sueurs gluantes, peau froide, respiration très fréquente; râle; mort à trois heures.

AUTOPSIE. Rien d'extraordinaire dans la cavité thoracique. Parois de la veine cave ascendante dans la région du foie normales; dans son intérieur, un caillot de sang rouge, bleuâtre et mou; dans la cavité péritonéale, de la sanie floconneuse, brune; la tunique péritonéale des intestins injectée, couvertes d'exsudations molles, gluantes. Quelques anses des intestins et du mésentère adhérentes entre elles par des exsudations plastiques. Le mésentère du cœcum et 2 pouces de la partie inférieure de l'iléon épaissis; leurs veines pleines de pus, restant béantes après avoir été divisées et laissant écouler beaucoup de matière épaisse, caséeuse, sale, jaune verdâtre. Dans le mésentère des foyers de la même matière, du volume d'un œuf de pigeon, communiquant chacun avec la cavité d'une veine. Les grosses veines distendues par de la même matière ne contenaient nulle part du sang coagulé; leurs parois étaient épaissies, friables, faciles à déchirer, pâles, jaunes, sales; le reste du mésentère ne contenait pas de pus et ses veines étaient distendues par du sang rouge, foncé, fluide. Le tronc de la veine-porte et celui de la veine splénique contenaient un fluide d'un rouge sale.

Le parenchyme du foie avait son aspect normal; mais on voyait à la surface des noyaux du volume d'une noix, ayant la forme de coing dont le sommet était dirigé vers la profondeur et la base vers la surface, ils étaient rouges, noirs, parsemés de petits foyers de pus; les branches de la veine-porte du foie étaient également remplies d'un fluide sale, rouge. Rate du volume normal, friable, brun rouge, exsangue. La muqueuse de l'estomac tuméfiée, ardoisée, couverte d'un fluide muqueux, ténu. Les vaisseaux capillaires de la muqueuse, du duodénum et de tout l'intestin grêle, injectés, marbrés de noir, tuméfiés. Les glandes de Bronner gonflés; le gros intestin couvert par une couche d'épithélium et une exsudation de pus jaune.

Le diagnostic de cette maladie était obscur; il était permis de soupçonner une péritonite; mais les facultés intellectuelles étant restées intactes, l'idée d'une résorption purulente ne s'était pas présentée. Le pus arrivé dans la veine-porte s'est trouvé arrêté dans le système capillaire du foie et n'a point passé dans la circulation générale; de là l'absence des symptômes du cerveau et de la poitrine par lesquels se traduisent les empoisonnemens purulens.

III. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN,

PUBLIÉ PAR LE DOCTEUR OPPENHEIM.

Les cahiers d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre contiennent les notes et articles originaux suivans : 1° *Sur les précautions à prendre dans l'examen des personnes soupçonnées d'aliénation mentale;* par le docteur Herzog. (Traduit du russe.) 2° *Observations;* par le professeur Otto. 3° *Du pleurer;* par le professeur Goldschmidt. 4° *Sur l'analyse physiologique des larmes;* par le docteur Nathan. 5° *Observation d'entéralgie guérie par un lavement de belladone;* par le docteur Gottschalk. 6° *Compte-rendu du service chirurgical et ophthalmologique de M. le docteur Sigmund, à Vienne, pendant 1842;* par le docteur Lorinser. 7° *De l'opération de la hernie;* par le docteur Buchheister. 8° *Cas de rhinoplastie;* par le professeur Blasius. (L'aile du nez fut rétablie à l'aide d'un morceau de peau emprunté à la lèvre supérieure.) 9° *Cas de scrofule guéri par le sublimé;* par le docteur Pauck. (L'individu, âgé de 10 ans, traité inutilement pendant plusieurs années par les antiscrofuleux, était évidemment syphilitique.) 10° *Observation d'irritation spinale chez un jeune homme de 19 ans;* par le même. (Ce qu'il y avait de plus frappant dans cette maladie, c'est qu'une pression forte sur la colonne vertébrale ne produisait aucun effet, tandis qu'un très léger attouchement ou une pression des vertèbres lombaires faisait naître, non seulement des mouvemens spasmodiques des extrémités supérieures de la tête et du cou, mais encore des tremblemens dans les extrémités inférieures. L'application de sangsues et l'emploi du sulfate de quinine furent suivis de succès.) 11° *L'incendie de Hambourg considéré au point de vue de la statistique médicale;* par le docteur Steifensand. (Vœu formé par l'auteur de connaître la fécondité, les naissances, etc., qui ont suivi l'incendie.) 12° *Quelques mots sur la parotite;* par le docteur Pauck. 13° *Ossification rapide dans une fracture compliquée;* par le docteur d'Asmuss. (Une fille de 10 ans se fit, dans une chute, une fracture comminutive de l'humérus; douze jours après, on fit l'amputation du bras et on trouva, entre les différens fragmens de l'humérus amputé, des excroissances nouvellement formées par lesquelles la nature tendait déjà à remplir les vides entre les solutions de continuité.) 14° *Action de la foudre;* par le docteur Alexander. (Sur l'épaule d'une

femme enceinte, qui s'est trouvée dans une maison frappée de la foudre, on a remarqué une empreinte d'un rouge pâle, circulaire, ayant un centre d'où partaient neuf rayons en zig-zag, absolument semblables aux figures qui servent à représenter la foudre. La femme, qui croyait brûler au premier moment et accusait une forte douleur à l'épaule, était complètement remise le lendemain. L'empreinte avait presque disparu, et sa grossesse n'a pas été troublée.)

OBSERVATIONS; par le professeur OTTO (de Copenhague).

ABCÈS DE LA TRACHÉE PRODUIT PAR UN MORCEAU DE CHAUME QUI Y ÉTAIT TOMBÉ.

OBS. I. — Un garçon paysan éprouvait depuis quelques mois des douleurs au cou, et eut pendant quatre mois plusieurs abcès au pharynx avec menaces de suffocation; enfin, l'un de ces abcès se forma sous la peau, s'ouvrit et donna issue à beaucoup de pus, se ferma et se rouvrit à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'enfin l'on y aperçut un morceau de chaume qu'on retira; dès-lors la plaie se ferma définitivement.

Le malade se souvint qu'un morceau de chaume lui était tombé dans l'arrière-bouche; mais il n'y avait fait aucune attention, pensant l'avoir avalé.

TEINTURE DE CANTHARIDES CONTRE L'ECZÉMA ET LE PSORIASIS.

OBS. II. — Dans quatre cas d'eczéma et six de psoriasis, on a employé avec un succès remarquable la teinture à la dose de 3 gouttes par jour, en augmentant journellement d'une goutte. Le traitement fut continué de six à sept semaines.

HYDROPISIE ET ALBUMINURIE.

OBS. III. — Une femme, qui depuis plusieurs mois était affectée d'hydropisie du bas-ventre avec urine albumineuse, éprouva tout à coup en toussant un craquement dans le ventre suivi de douleur et de syncope. Lorsque la malade revint à elle, au bout d'une heure, son lit était trempé et son ventre affaissé.

Trois semaines après la malade ressentit un nouveau craquement dans l'aine droite, et une demi-heure après il s'écoula par le vagin environ un litre de sérosité et de sang; depuis, la femme fut rétablie.

Nous croyons, avec l'auteur, que cette hydropisie avait son siége dans l'ovaire et que la sérosité s'est frayé un passage à travers la trompe de Fallope. Il y a quelque temps, nous avons observé un cas analogue: une dame qui, pendant près de douze ans, a rendu, à différentes époques, des quantités considérables de liquide séreux par le vagin, et chez laquelle nous avions diagnostiqué une hydropisie de l'ovaire avec écoulement par les trompes et l'utérus, a succombé à la phthisie pulmonaire. A l'autopsie, nous avons trouvé, sur l'ovaire droit dégénéré, plusieurs petits kystes pleins de sérosité et la trompe de Fallope dilatée au point d'admettre le passage d'une grosse sonde.

COMPTE-RENDU DU SERVICE CHIRURGICAL ET OPHTALMOLOGIQUE DE M. LE DOCTEUR SIGMUND, A VIENNE, PENDANT 1842; par le docteur LORINSER.

Parmi les observations qui y sont rapportées succinctement, nous en citerons que les suivantes:

CHUTE DE L'UTÉRUS; CAUTÉRISATION; GUÉRISON.

OBS. I. — J. K., âgée de 36 ans, domestique, bien constituée, accouchée l'année précédente, eut, à la suite d'un service très pénible, une chute de l'utérus. Le 6 août 1842, elle entra à l'hôpital. On trouva, entre les lèvres de la vulve, la paroi antérieure du vagin, dont la muqueuse était devenue sèche, dure et insensible; derrière cette muqueuse, on vit l'orifice de l'utérus qui était un peu tuméfié et légèrement ulcéré, ainsi que la portion vaginale du col. L'urine, en passant pardessus la muqueuse vaginale, occasionnait un sentiment de brûlure; il y avait des fleurs blanches copieuses. On fit des injections d'une décoction d'écorce de chêne; plus tard on plaça dans le vagin une éponge imprégnée de la même décoction; ensuite on substitua à celle-ci un pessaire en bilboquet qui ne fut pas supporté; il augmenta les fleurs blanches.

Les 15, 17, 25 septembre et le 8 octobre, on cautérisa les parties avec l'acide sulfurique concentré, et le 15 octobre, la femme sortit de l'hôpital complètement guérie.

L'utérus a-t-il repris sa position normale? et pour combien de temps? Il est à regretter que l'observation n'en dise rien. Le cas suivant est plus satisfaisant sous ce rapport.

CHUTE DU RECTUM; CAUTÉRISATION; GUÉRISON.

OBS. II. — H. P., 25 ans, de constitution bilieuse, faible, était atteint depuis plusieurs années de pertes séminales alvines et nocturnes se répétant quatre à cinq fois par semaine, et depuis deux ans d'une chute du rectum. Le malade dit ne s'être jamais livré à l'onanisme, et on ne découvrit rien d'anormal ni aux testicules, ni aux vésicules séminales, ni à la vessie.

Le 16 septembre, on replaça l'intestin prolabé, long de 2 pouces, et on fit des frictions avec de l'onguent d'Autenrieth au-dessus des pubis.

Le 29, on prescrivit toutes les trois heures un lavement froid, et tous les jours un bain de siége froid.

Ces moyens furent continués sans succès jusqu'au 6 octobre; alors on cautérisa le rectum avec du nitrate d'argent. Après la première cautérisation, la chute du rectum devint plus fréquente et plus forte; on remplaça les lavemens froids par des injections d'une décoction d'écorce de chêne.

Le 19, nouvelle cautérisation à travers le spéculum; injections; purgatifs contre la constipation opiniâtre.

Le rectum ne reparut plus au dehors, et le malade sortit de l'hôpital six semaines après, guéri de sa chute du rectum, mais non de ses pertes séminales.

DE L'OPÉRATION DE LA HERNIE; par le docteur BUCHHEISTER (de Hambourg).

L'auteur dit avoir souvent pratiqué l'opération de la hernie dans sa jeunesse; mais depuis cinq ans il n'en a plus fait une seule, quoiqu'il ait eu à traiter, dans cet espace de temps, 37 hernies étranglées, qui toutes ont été réduites, à l'exception d'une seule, pour laquelle il ne fut appelé que cinq heures avant la mort du malade. Son traitement consiste dans l'emploi des lavemens faits avec 6 grains d'herbe et 6 grains de racine de balladone cuits dans 6 onces d'eau réduite à 3 onces. Si au bout de trois heures il n'y a pas de narcotisme, il répète le lavement, et en cas de besoin il porte la dose de racine et de belladone à 10 grains. Il a encore recours à la saignée chez des individus jeunes et forts, et à l'application de la glace sur la tumeur. Les empoisonnemens violens qu'il a souvent provoqués par ces lavemens se sont toujours dissipés sans remèdes.

QUELQUES MOTS SUR LA PAROTITE; par le docteur PANCK (de Moscou).

Une épidémie de parotite a régné dans l'hospice des Orphelins, à Moscou, pendant les trois premiers mois de 1840; elle a atteint, dans les mois de janvier et de février, 80 filles, et ce n'est que lorsque la maladie avait fini de sévir dans les salles des filles qu'elle a envahi celles des garçons, dont 82 furent attaqués. Les enfans au-dessus de 7 ans avaient des fièvres catarrhales et gastriques, sans tuméfaction des parotides.

Le nombre des malades s'éleva, pendant ces trois mois, à 200, les deux tiers de toute la population de l'hospice, qui est de 300. La maladie paraissait être due à une viciation de l'air et non à un refroidissement; de plus, le froid n'était pour rien dans les métastases, qui étaient plutôt liées à la constitution des individus.

IV. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKÜNDE.

PUBLIÉ PAR BUSCH, D'OUTREPONT, DE RITGEN ET DE SIEBOLD.

Le troisième cahier du quinzième volume et le premier du seizième contiennent: 1° *Sur l'accouchement prématuré artificiel*; par le docteur Hoffmann. (Mémoire très long écrit en faveur de cette opération.) 2° *Compte-rendu de la clinique d'accouchement de Halle pendant 1843*; par le professeur Hohl. (Cet article contient: 1° une observation de *delirium tremens* chez un enfant de 10 ans qui avait bu de l'eau-de-vie par mégarde; 2° l'autopsie d'un enfant nouveau-né qui, ayant présenté des symptômes pareils à ceux observés chez quatre autres enfans nouveau-nés de la même famille, qui ont succombé, a fait voir un ramollissement et une perforation de l'estomac déjà soupçonnés pendant la vie; 3° une discussion sur l'entortillement du cordon ombilical autour du cou; 4° description d'une nouvelle ceinture du ventre pour les femmes enceintes.) 3° *Sur les inclinaisons du bassin*; par le docteur Moser. 4° *Observations*; par le docteur Hedrich. 5° *Observations*; par le professeur d'Outrepont. 6° *Sur la formation artificielle des bouts de sein non suffisamment développés chez les femmes enceintes*; par le docteur White. (L'auteur propose la succion avec la bouche, l'application d'éponge trempée dans de l'eau chaude, des bouts et des ventouses de seins; en cas de trop grande sensibilité de l'épiderme, des topiques spiritueux et astringens.) 7° *Observations*; par le docteur Schreiber. (Enumération de neuf cas d'accouchemens malheureux ne présentant rien de nouveau.) 8° *Dégénérescence de l'ovaire méconnue pendant la vie de la malade*; par le docteur Mombert.

SUR LES INCLINAISONS DU BASSIN; par le docteur MOSER.

Quelle que soit la direction d'un bassin, l'auteur ne trouve aucune in-

dication à remplir quant aux positions à donner aux femmes en travail, parce que l'enfant, étant expulsé par les forces contractiles de la matrice, ne reçoit pas d'impulsion par la pesanteur; et l'inclinaison du bassin sur le plan de l'horizon n'y est pour rien. Il n'en est pas de même de la direction du bassin quant à la grossesse, parce que, pendant sa durée, l'utérus et l'enfant peuvent prendre une mauvaise direction, selon que la femme est plus ou moins souvent assise ou couchée. L'accoucheur ne devra donc prendre en considération, quant à la position à donner à la femme en travail, que la direction de l'utérus reconnaissable à la position de l'orifice du col; car celui-ci peut convenablement occuper le centre du bassin, lors même que le dernier serait trop ou pas assez incliné. Il est étonnant que M. Moser n'ait pas rapporté à ce sujet l'opinion du professeur Stein, qui dit formellement que l'inclinaison du bassin a plus d'importance pour la grossesse que pour l'accouchement. (Gaz Méd., 1843, p. 680.)

OBSERVATIONS; par le docteur HEDRICH.

1° Dans une position vicieuse du fœtus où le bras droit pendait au dehors, l'épaule étant enclavée, l'accoucheur, en voulant faire la version, arracha d'abord le pied gauche, puis la jambe droite; il se fit une évolution spontanée; tout le corps du fœtus descendit dans l'excavation du bassin, et la mère, en tirant elle-même sur le bras droit du fœtus, l'arracha en entier; bientôt le reste du corps suivit. A l'autopsie de l'enfant, on ne trouva nulle trace de putréfaction; cependant l'épiderme manquait dans une grande étendue; sous la peau de la fesse, il y avait une énorme mélanose; en ouvrant le bas-ventre, on n'y trouva que le foie et la rate; le canal digestif et les autres viscères manquaient; l'ombilic était fermé; les os des extrémités inférieures étaient mous et flexibles, ceux des membres supérieurs plus fermes. La femme s'est bien remise, et depuis elle a encore accouché heureusement.

2° ABSENCE DE CHORION. Dans une opération césarienne pratiquée après la mort de la femme, on n'a pu trouver le chorion entre l'amnios et les parois utérines, malgré les recherches les plus minutieuses.

3° REPRODUCTION DES EAUX DE L'AMNIOS. Une femme perdit les eaux huit semaines avant terme; le ventre était tellement affaissé qu'à travers ses parois devenues flasques on pouvait distinguer des parties de l'enfant. Les eaux se sont reproduites avant l'accouchement, qui a eu lieu à terme.

4° ECLAMPSIE. Une femme arrivée au huitième mois de sa gestation fut prise de violentes convulsions qui se répétèrent dix-sept fois en douze heures; neuf semaines après, l'accouchement se fit heureusement.

5° OBLIQUITÉ DU COL DE L'UTÉRUS. Dans l'autopsie d'une femme âgée de 37 ans, morte d'induration du pylore, et qui avait accouché huit ans auparavant, on trouva l'utérus oblique, son col cartilagineux et appuyé sur la paroi gauche du bassin.

6° Carcinôme du clitoris chez une femme de 70 ans.

7° XENOGALAXIE. A l'âge de 38 ans, une femme perdit ses règles à la suite d'une frayeur, et pendant huit ans, elle eut régulièrement tous les mois, pendant trois à quatre jours, un écoulement de lait des deux seins.

8° Une femme enceinte atteinte de rougeole accoucha, le quatrième jour de l'éruption, d'une petite fille également couverte de rougeole. La maladie se passa très bien chez la mère et l'enfant.

9° Accouchement au trois cent-neuvième jour après le coït, chez une primipare.

10° Accouchement de jumeaux dont les têtes s'étaient croisées. Le tronc du premier enfant, qui s'était présenté avec les genoux, était complètement sorti et la tête retenue par un second fœtus dont la tête était descendue avant celle du premier dans l'excavation du bassin, très ample. Le cordon du premier enfant avait cessé de battre. Après quelques efforts, l'accoucheur est parvenu à extraire les deux enfans, dont celui qui est né avec le tronc le premier n'a pu être rappelé à la vie, tandis que le second a vécu; huit jours après, il a fallu ouvrir un céphalæmatôme à ce dernier.

11° Trois cas d'accouchement de femmes affectées de carcinôme du col; chez l'une d'elles, on fut obligé d'inciser les bords de l'orifice.

12° HERNIE CÉRÉBRALE CONGÉNITALE. Un enfant nouveau-né présentait une tumeur fluctuante pédiculée, longue de 9 pouces, large de 7 et haute de 5 pouces, et qui paraissait implantée à la partie de l'occiput qui correspond au bord de la petite fontanelle beaucoup plus grande qu'à l'ordinaire. On fit une ponction à la tumeur; il s'écoula de la sérosité rougeâtre. L'enfant succomba le sixième jour. On ne permit que l'examen de la tumeur, qui était formée par un prolongement des tégumens et des membranes du cerveau, et contenait de la matière cérébrale du volume d'une noix, faisant saillie à travers la petite fontanelle, qui avait une forme arrondie.

OBSERVATIONS; par le professeur D'OUTREPONT.

SOMMEIL PROLONGÉ REVENANT PAR INTERVALLES CHEZ UNE FEMME BIEN PORTANTE.

OBS. I. — C. S., âgée de 35 ans, mariée depuis six ans, mère de quatre enfans dont trois sont encore en vie et n'ont pas été nourris au sein de la mère, est sujette depuis son mariage à un sommeil prolongé qui dure de deux à sept jours, ordinairement cinq jours et demi, et revient à des intervalles irréguliers; il vient subitement sans précurseurs, tantôt la nuit, tantôt le jour. La femme se réveille incomplètement toutes les vingt-quatre heures, a la bouche sèche et sort la langue entre les lèvres; on lui présente alors des substances liquides qu'elle avale sans connaissance et se rendort aussitôt. Les intervalles qui séparent ce sommeil prolongé sont de deux à vingt jours, pendant lesquels elle ne dort pas du tout ou très peu avec agitation. Les saisons, la température de l'air n'ont aucune influence sur cet état. La menstruation, la grossesse, l'accouchement, les lochies, etc., ne sont nullement dérangés par ce sommeil, qui n'est rien moins que réparateur, car la femme se trouve fatiguée à son réveil. Elle n'a pas de selles et n'urine pas pendant son sommeil et n'en éprouve pas le besoin immédiatement après.

S. se réveille chaque fois spontanément et on ne peut la tirer de son sommeil par aucun irritant; lorsqu'on écarte les paupières, l'œil est dirigé en haut, les pupilles ne se contractent pas par l'action brusque de la lumière; la respiration, la circulation et la température de la peau sont à l'état normal pendant et hors le temps du sommeil.

HÉMORRAGIE PAR UN ULCÈRE AU BRAS, COÏNCIDANT CHAQUE FOIS AVEC LA MENSTRUATION.

OBS. II. — Une femme scrofuleuse dans sa jeunesse, réglée à l'âge de 17 ans, se maria à l'âge de 21 ans et mit au monde quatre enfans bien portans.

En 1841, M. d'Outrepont, appelé auprès d'elle pour cause de décollement du placenta, fit la version et amena un enfant vivant, mais non à terme. Il apprit que, trois ans auparavant, cette femme avait reçu au bras droit, près de l'insertion du deltoïde, un coup à la suite duquel il se forma une croûte à la peau. La femme ayant fait tomber la croûte en grattant eut, pendant une journée entière, une hémorragie qu'un chirurgien arrêta par un bandage compressif; aussitôt elle éprouva des anxiétés extrêmes, arracha le bandage, et se sentit soulagée dès que l'hémorragie reparut; celle-ci dura aussi longtemps que les règles, que la femme avait alors. Il se forma ensuite, à l'endroit de la plaie, une croûte d'un brun foncé, très dure, d'un pouce de diamètre à un demi-pouce de hauteur, qui tombait à chaque époque menstruelle; l'hémorragie se renouvelait et durait chaque fois aussi longtemps que les règles.

Cette coïncidence dura pendant deux ans et demi, au bout desquels la femme devint de nouveau enceinte; les règles ainsi que l'écoulement de sang par le bras furent supprimés; la croûte au bras acquit les dimensions d'un œuf de poule et empêcha la femme de se coucher sur ce côté.

Après les couches et la puerpéralité, la croûte ne tomba pas; la lactation n'a duré que trois jours, au bout desquels l'enfant succomba, et les lochies ont été de trois semaines.

Trois mois après, avec le retour de la menstruation, la croûte du bras tomba, l'hémorragie se renouvela et dura aussi longtemps que les règles; pourtant la croûte devint toujours plus petite après chaque hémorragie, également moindre, tandis que l'écoulement menstruel devint chaque fois plus copieux.

SUR L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL PROVOQUÉ PAR LA PONCTION DE L'ŒUF.

M. d'Outrepont, après avoir essayé plusieurs autres procédés, donne toujours la préférence à la ponction de l'œuf, qu'il a faite onze fois; 9 femmes étaient multiples et 2 primipares; chez toutes, les eaux s'écoulèrent plus vite qu'il n'avait désiré; 9 enfans vinrent vivans au monde et 2 succombèrent pendant qu'on en fit l'extraction. L'un d'eux s'était présenté par le coccyx et l'autre par l'épaule, et le cordon ombilical avait prolabé. Chez la mère de ce dernier, le diamètre antéro-postérieur du bassin était trop étroit d'un pouce un quart; elle avait déjà été accouchée cinq fois auparavant : trois fois par la perforation et deux fois par l'accouchement prématuré artificiel entrepris par M. d'Outrepont dans la trente-cinquième semaine; dans ces deux derniers cas, les enfans s'étaient présentés par la tête et naquirent vivans. Les contractions utérines se déclarèrent déjà dans un cas, au bout de trois heures; dans 7, entre la dix-huitième et la vingt-unième heure; et dans un autre après vingt-cinq heures. L'opération fut pratiquée entre la trente-quatrième et la trente-septième semaine.

M. d'Outrepont fait suivre ces considérations par l'observation d'une femme dont le diamètre antéro-postérieur n'avait que 2 pouces 3/4. Déjà cinq fois on l'avait délivrée difficilement d'enfans morts; dans les sixième et septième grossesse, on a eu recours à l'accouchement prématuré artificiel refusé jusqu'alors. Elle est aujourd'hui mère de deux enfans qu'elle a allaités elle-même.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE.

DÉVELOPPEMENT DES ANNÉLIDES.

M. MILNE EDWARDS termine la lecture d'un mémoire commencé dans la précédente séance.

Ce mémoire a pour objet le mode de développement des annélides du genre terebelle. Les jeunes individus de cette espèce, dit l'auteur, n'ont d'abord que deux segmens, une tête et un segment anal. Plus tard viennent s'interposer entre ces deux segmens primitifs d'autres segmens qui prennent successivement des appendices.

Ce mode de développement, jusque-là, est d'accord avec ce que l'on sait sur celui des animaux composés d'anneaux, tels que les insectes, les crustacés, myriapodes, etc.; mais la formation primitive embryonnaire de ces animaux diffère, suivant M. Milne Edwarts, essentiellement de celle des vertèbres. Le premier rudiment qui apparaît est une ligne blanche constituée par l'axe cérébro-spinal.

M. SERRES ne peut, dit-il, laisser passer cette assertion sans la combattre. Il est reconnu aujourd'hui, par presque toutes les personnes qui s'occupent d'embryologie comparée, que cette ligne blanche dont parle M. Milne Edwards n'est point l'axe cérébro-spinal, mais seulement un pli du blastoderme. C'est à cette place que paraît plus tard, effectivement, le système nerveux, puis successivement les vertèbres, le cœur, etc.; mais il n'est pas exact de dire que le système nerveux central constitue la ligne blanche en question, car le systeme nerveux n'existe point encore à cette période du développement de l'embryon.

DE LA STRUCTURE ET DE QUELQUES MALADIES DU POUMON.

M. ROCHOUX lit un mémoire sous ce titre, dans lequel il expose le résultat d'observations microscopiques auxquelles il vient de se livrer sur le tissu pulmonaire. Il a constaté l'existence des cellules niées par plusieurs anatomistes, notamment par M. Reissesen. Suivant les calculs de M. Rochoux, le nombre des cellules s'élève à six cents millions; il y en aurait environ 17,790 groupées autour de chaque bronche terminale. Les lamelles, dont la rencontre forme les cellules, sont composées de filamens très déliés. C'est dans les angles résultant de l'intersection de ces lamelles que se distribuent les vaisseaux capillaires et sanguins.

Les trois maladies dont s'occupe M. Rochoux sont: l'emphysème, les tubercules et l'empyème.

Voici les conclusions par lesquelles il termine cette seconde partie de son mémoire:

1° L'emphysème par dilatation des cellules pulmonaires. tel que l'admettait Laënnec, n'existe pas, n'est pas possible; et l'hypertrophie ou l'atrophie des parois des cellules pulmonaires, qui que admise par beaucoup de médecins, est encore à démontrer. Il n'y a jusqu'à présent de bien avéré que l'emphysème par infiltration de l'air dans le tissu des poumons.

2° Les tubercules qui, comme toutes les productions accidentelles susceptibles de dégénérer, doivent être étudiés tout à fait au premier instant de leur formation, consistent en un tissu d'abord filamenteux, singulièrement entrelacé, et alors d'une couleur oranger pâle, lequel ne tarde pas à passer par tous les degrés de dégénération décrits par les auteurs, à partir de l'état dit miliaire.

3° L'existence d'une membrane fibreuse ou au moins la texture toute particulière du tissu membraneux dont le poumon est essentiellement formé est la cause principale du retrait presque toujours irremédiable que cet organe éprouve dans les épanchemens inflammatoires qui ont pour source la plèvre viscérale, d'où l'on tire le précepte d'opérer promptement dans ces cas, et avant que le tissu pulmonaire ait subi cette espèce de recoquillement qui ne lui permet plus de revenir à son état primitif, quoique débarrassé du liquide qui le comprimait.

NATURE ET TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. LÉOPOLD TURCK, médecin à Plombières, adresse un mémoire sur la nature et le traitement de la fièvre typhoïde.

L'auteur s'est proposé de démontrer, dans ce mémoire:

1° Que les lésions habituelles de l'iléum dans cette maladie sont un accident très secondaire, principalement dû à une action chimique.

2° Que l'augment de volume de la rate, aussi fréquent au moins que les lésions intestinales, est d'une bien plus grande valeur pathognomonique, puisqu'elle seule elle tendrait déjà à nous faire penser que les fièvres typhoïdes ont une grande analogie avec les fièvres intermittentes, qui produisent habituellement aussi ta même altération.

3° Que la plus grande partie des faits donnés par les nosographes modernes comme des exemples de fièvre continue typhoïde sont des doubles tierces pernicieuses, des fièvres larvées, des fièvres sub-continues, telles que les décrivait Torti au commencement du siècle dernier.

4° Que ces maladies ne sont devenues si graves et si meurtrières que parce qu'on a oublié leur caractère rémittent et la médication spéciale qu'elles nécessitent.

M. Turck envisage la fièvre typhoïde comme une maladie générale qui attaque l'économie tout entière, et contre laquelle la saignée est sans efficacité. Il a constaté, dit-il, qu'habituellement elle présentait le caractère rémittent, et il a dès-lors été conduit à lui opposer le remède antipériodique par excellence: il emploie à cet effet le vin de quinquina en lotions générales, le sulfate de quinine en lavemens et l'infusion de quinquina en boissons.

L'auteur termine son mémoire par la relation d'un certain nombre d'observations qui viennent à l'appui de sa doctrine, et dans lesquelles le traitement qu'il indique a été suivi de succès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

TYPHUS ÉPIZOOTIQUE.

M. RENAULT rend compte à l'Académie des renseignemens qu'il a recueillis d'un correspondant sur l'épizootie dont il a été question dans la dernière séance. Un typhus très grave règne en Pologne et en Bohême. Ce n'est que d'après des *on dit* que l'épidémie se serait manifestée aussi en Antriche et en Bavière; on n'a aucune donnée positive à cet égard. Quant au Wurtemberg et au duché de Bade, on peut affirmer qu'il ne s'y est pas manifesté le moindre symptôme d'épizootie. La France doit être d'autant plus tranquille à cet égard que l'on est dans l'usage dans le Wurtemberg et le duché de Bade de prendre les mesures sanitaires les plus rigoureuses au moindre symptôme de maladie contagieuse, et qu'on n'a pas jusqu'à présent jugé à propos d'y recourir. Ces renseignemens sont tout récens; ils sont datés du 27 décembre.

M. PARISET a écrit à l'un des correspondans de Metz; il n'en a point reçu encore de réponse.

NOMINATIONS DES COMMISSIONS PERMANENTES.

L'Académie procède par scrutin de liste au renouvellement par tiers des commissions permanentes:

1° Pour la commission des épidémies: MM. Louis et Martin-Solon, membres sortans, sont rempla és par MM. Bricheteau et Mélier.

2° Commission des eaux minérales: MM. Ferrus et Rayer, membres sortans, sont remplacés par MM. Prus et Martin-Solon.

3° Commission des remèdes secrets: MM. Villeneuve et Guibourt, sortans, remplacés par MM. Caventou et Adelon.

4° Commission de vaccine: MM. Bousquet et Cornac, sortans, remplacés par MM. Devilliers et Gaultier de Claubry.

Un incident a été soulevé à l'occasion de cette dernière nomination. M. Gaultier de Claubry, alléguant des occupations qui l'empêchaient de coopérer aux travaux de la commission, a déclaré immédiatement se démettre de cette fonction. D'après l'ordre de répartition des votes, M. Bousquet, l'un des membres sortans, se trouvait avoir recueilli le plus grand nombre de suffrages après M. Gaultier; la question était de savoir si un membre sortant était susceptible d'être réélu.

M. Mérat a soutenu la non rééligibilité, en se fondant sur les termes du règlement.

MM. Pariset, Thillaye, Forestier et quelques autres ont soutenu l'opinion contraire.

L'Académie consultée a déclaré la réélection valide; en conséquence, M. Bousquet a été maintenu dans la commission de vaccine.

5° Commission de topographie: MM. Nacquart et Burdin, sortans; M. Bouillon-Lagrange (décédé) à remplacer. Élus, MM. Ferrus, Jolly, Burdin.

6° Comité de publication: MM. Bousquet, Bussy, Ségalas, Lagneau, Huzard, membres sortans; élus, MM. Reveillé-Parise, Bousquet, Cornac, Laugier, Lecanu.

Il est 4 heures et demie, la séance est levée.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

PROGRAMMES DES QUESTIONS PROPOSÉES PAR L'ACADÉMIE, DANS SES SÉANCES DES 22 OCTOBRE 1843 ET 27 OCTOBRE 1844.

I. — CONCOURS DE 1843-1845.

PREMIÈRE QUESTION. — « Faites connaître l'influence que les marais et les *polders* exercent, spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie; indiquez les moyens de neutraliser cette influence en tout ou en partie, par des mesures d'hygiène tant publiques que privées. »

Prix: une médaille d'or de 1,200 fr.

DEUXIÈME QUESTION. — « Faites l'histoire de la chlorose et de l'anémie; établissez par des faits cliniques, et, autant que possible, par des expériences et des analyses chimiques, les caractères pathognomoniques et différentiels de ces maladies, ainsi que les symptômes qui les distinguent des affections organiques ou dynamiques qui peuvent les simuler. »

Prix: une médaille d'or de 800 fr.

TROISIÈME QUESTION. — « Faites l'histoire de l'ostéite tuberculeuse, en insistant particulièrement sur son diagnostic, sur sa nature et sur son traitement. »

Prix : une médaille d'or de 600 fr.

Quatrième question. — « Exposer le mode de formation première (formation embryogénétique) et de développement successif des nerfs dans toute la série animale. »

Prix : Une médaille d'or de 600 fr.

Cinquième question. — « Déterminer par des expériences les modifications qu'éprouvent l'albumine animale, la fibrine, le sucre, la fécule et la gomme, dans le canal digestif.

» Examiner sous quelle forme ces matières sont absorbées et comment elles se comportent avant et lors de la conversion du chyle en sang. »

« L'Académie désire que le travail soit accompagné d'une série d'analyses quantitatives des substances provenant des modifications ci-dessus indiquées. »

Prix : Une médaille d'or de 800 francs.

II. — Concours de 1844-1846.

Première question. — « Décrire l'état puerpéral, et éclairer, par des faits la nature et le traitement des maladies auxquelles cet état prédispose. »

Prix : une médaille d'or de 300 fr.

Deuxième question. — « Indiquer les mesures et les précautions à prendre pour la conservation de la santé des détenus dans les maisons pénitentiaires soumises au régime de la séparation complète. »

L'Académie recommande aux concurrens de n'apporter à l'appui de leurs opinions que des faits puisés aux meilleures sources.

Prix : une médaille d'or de 300 fr.

Un arrêté royal du 20 novembre dernier, rendu sur la proposition de M. le ministre de la justice, élève le prix de la médaille à la somme de 800 fr.

Troisième question. — « Donner la structure anatomique comparée de l'utérus, chez les femelles des animaux domestiques quadrupèdes ; décrire, avec précision, les modifications que les corps de Gaertner subissent aux différens âges de la vie et dans l'état de gestation, dans les animaux qui sont pourvus de cet appareil organique, et enfin indiquer le rôle que cet appareil remplit dans l'économie animale. »

Prix : Une médaille d'or de 300 fr.

Quatrième question. — « Faites une exposition méthodique et une appréciation raisonnée des applications que, depuis le commencement de ce siècle, on a faites de la physique et de la chimie à la médecine tant théorique que pratique. »

Prix : Une médaille d'or de 1,000 fr.

Ce prix est celui que l'Académie a attaché à la question lorsqu'elle l'a proposée en 1842. La compagnie n'a reçu aucun mémoire sur cette question.

La remise des mémoires en réponse aux questions du premier programme devra avoir lieu avant le 1er juin 1845, et celle des mémoires relatifs aux questions du second programme avant le 1er avril 1846.

Les mémoires manuscrits seront seuls admis aux concours ; ils devront être écrits en latin ou en français et être adressés (franc de port) à M. le docteur D. Sauveur, secrétaire de l'Académie, rue du Bois-Sauvage, 2, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répéteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après les termes fixés ci-dessus, seront exclus des concours.

L'Académie croit devoir informer MM. les concurrens :

1° Que les membres de la compagnie, les correspondans exceptés, ne peuvent pas prendre part aux concours ;

2° Que les jugemens portés sur les différens mémoires seront publiés dans les séances publiques de 1845 et de 1846 ;

3° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses mémoires ;

4° Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement 50 exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant sera fixé par le bureau d'administration.

L'Académie rappelle que dans sa séance du 6 octobre dernier, elle a décidé qu'une médaille d'or sera décernée, à titre d'encouragement, à l'un des mémoires qu'elle a reçus en réponse à la question qu'elle avait proposée pour le concours de 1844, sur l'histoire des médicamens ferrugineux. Ce mémoire est celui qui porte pour épigraphe : « Les services que le fer rend à la société doivent lui concilier plus qu'à tous les autres métaux, l'estime des gens habitués à exercer leur esprit. » (Fourcroy, Système des connaissances chimiques, t. vi, p. 165.)

L'Académie a décidé, en outre, que ce travail sera inséré dans le recueil de ses mémoires, si son auteur consent à se faire connaître.

Le secrétaire de l'Académie,

D. Sauveur.

BIBLIOGRAPHIE.

Recueil de lettres et de mémoires adressés à l'Académie des sciences pendant les années 1842 et 1843 ; par le docteur Leroy-d'Etiolles. Un vol. in-8°, — Paris, 1844. Chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Ce recueil comprend, en résumé, la totalité des mémoires de l'auteur. Pour qui connaît la vie laborieuse et l'esprit inventif de M. Leroy-d'Etiolles, ces seuls mots seront un attrait assez puissant, en même temps qu'ils sont un éloge suffisant du livre que nous annonçons. Depuis ses premiers travaux insérés dans le Journal de physiologie, il n'est pas en urologie une seule question importante qui ne lui ait fourni le texte de quelque invention utile, et les fréquentes excursions qu'il a faites dans le champ de la chirurgie générale et dans celui de la physiologie ont presque toujours laissé une trace aussi profitable pour la science que glorieuse pour son nom. Peu d'hommes se sont aussi entièrement dévoués que lui au perfectionnement de l'art, et les succès qui ont payé ses efforts ne sont pas de ceux au spectacle desquels on puisse rester indifférent, parce qu'ils étaient presque tous la consécration d'une découverte, la preuve de la supériorité d'un procédé qui est resté dans la pratique.

M. Leroy a beaucoup créé. L'arsenal de la chirurgie des voies urinaires lui doit une foule de ces perfectionnemens de détail auxquels l'auteur classique sourit parfois de pitié, mais qu'il est fort heureux ensuite de trouver à sa disposition, lorsqu'il daigne descendre des sommités de l'art aux minuties ardues, aux *immenses petites difficultés* dont la pratique de cette chirurgie spéciale est hérissée. Mais il s'en faut, et de beaucoup, que tout le bagage scientifique de notre auteur soit en porte-ligatures, tonsillotomes, sondes, pinces, staphylotomes, spéculum, pessaires, etc., etc. Parmi les mémoires dont se compose ce volume, nous pourrions en citer plusieurs où l'esprit d'induction n'éclate pas moins dans les conclusions que la connaissance approfondie des lois de l'organisme ne brille dans les développemens du sujet. Ne pouvant ici donner nos preuves qu'en abrégé, nous nous bornerons à deux exemples.

L'insufflation de l'air est au nombre des moyens qu'on pratique vulgairement pour rappeler à la vie un individu asphyxié. Les boîtes de secours contiennent toutes des canules et des soufflets. Souvent c'est avec la bouche que l'insufflation se fait, et Portal conseille même, dans son instruction sur les soins à donner aux asphyxiés, de choisir pour souffler l'air *un homme fort et vigoureux*. M. Leroy, dirigeant ses recherches sur ce point, poussa sur plusieurs animaux de l'air dans la trachée-artère, et il vit que chez certains d'entre eux il déterminait ainsi la mort subitement. D'autres, tels que le chien, résistaient, mais ils ressentaient toutefois, pendant quelque temps, une dyspnée très forte et demeuraient souffrans durant plusieurs jours. Frappé de ces effets, il se demanda si, chez l'homme, l'insufflation, le plus souvent mise en pratique par des personnes étrangères à la médecine, ne pourrait pas, au lieu d'être un moyen de salut, devenir un agent de mort. Des expériences sur le cadavre étaient indispensables pour arriver même à une présomption à cet égard. L'Académie des sciences, en approuvant hautement le but, s'associa à leur auteur pour les poursuivre. On reconnut bientôt que les phénomènes signalés par M. Leroy s'observaient également chez l'homme, et l'on dut en conséquence modifier, conformément à ses indications, l'appareil à insufflation. C'est ainsi qu'on proscrivit l'usage de souffler avec la bouche, qu'on rendit au soufflet la soupape de Hunter, et qu'on songea à combiner cet instrument de manière à proportionner la quantité d'air injecté à la capacité que la poitrine présente aux diverses époques de la vie.

Ce que nous venons de rappeler, personne ne l'ignore aujourd'hui, et peut-être semblerons-nous, au premier coup d'œil, avoir en quelque sorte trahi la pénurie des titres de M. Leroy en plaçant ici en tête l'un de ses travaux qui datent d'une époque déjà reculée. Mais l'importance des services se mesure à leur utilité, et son ancienneté ne fait, au contraire, que mieux montrer le mérite de celui-ci. Seize ans se sont écoulés depuis la présentation de ce mémoire à l'Institut, et partout les instructions jointes aux boîtes de secours ont été modifiées d'après les principes qui y sont développés ; des cours publics, dans lesquels ces préceptes sont exposés, ont été officiellement institués dans les principales villes et les principaux ports de France et d'Italie.... Ni le public, ni l'auteur ne nous accuseront donc, nous l'espérons, d'avoir placé au premier rang, parmi ses titres, un travail qui a amené de pareils résultats !

Le second exemple, nous l'emprunterons à la chirurgie ; et pour qu'on ne puisse reprocher à M. Leroy d'avoir trouvé en nous des juges complaisans, nous le choisirons en dehors de la spécialité qu'il exerce avec

tant de succès. Parmi les questions les plus vitales de la *grande* chirurgie, il n'en est pas de moins avancée que *la convenance de l'opération dans les cas de tumeur cancéreuse*, et il n'en est pas cependant sur laquelle on ait plus besoin d'être fixé. En enlevant un squirhe du sein, le médecin peut-il espérer de guérir ? ou doit-il craindre de nuire ? Prolonge-t-il par là les jours de sa malade ? ou ne contribue-t-il pas directement, au contraire, à en avancer le terme ? Voilà la question qu'on s'adresse depuis des siècles, et que des praticiens, également expérimentés, également consciencieux, résolvent les uns par oui, les autres par non. Entre deux opinions aussi opposées, toutes deux appuyées des raisonnemens les plus spécieux, entre Boyer et Poutean, entre l'antique prudence d'Hippocrate, d'Ambroise Paré, et l'activité de notre jeune chirurgie, quel parti prendre ? Certes, l'irrésolution était bien justifiable ; et elle eût pu durer longtemps encore, tant qu'on n'aurait invoqué que des autorités on des hypothèses.

M. Leroy d'Étiolles sentit de bonne heure que, sur un des points les plus capitaux de la pratique, la chirurgie était, sans s'en douter ou sans vouloir se l'avouer, dans une impasse. Pour l'en arracher, il entreprit de dresser une statistique des maladies cancéreuses, et de l'établir sur une si large échelle, que ses réponses fussent sans réplique. Dans ce but, il fit imprimer, dans les langues les plus répandues, des tableaux indiquant les points à éclaircir, et il les adressa aux universités, aux sociétés savantes, aux médecins les mieux posés pour observer ce genre de maladies. Quoiqu'il n'ait pas encore reçu tous les renseignemens que lui apporteront sans aucun doute ces circulaires, le nombre des observations actuellement parvenues est déjà assez considérable pour lui avoir permis d'asseoir des conclusions, puisqu'il ne s'élève pas actuellement à moins de deux mille sept cent quatre vingt-un faits recueillis par cent soixante-quatorze médecins. Ce qu'il demandait surtout à cette statistique, c'était de nous apprendre si l'on fait vivre plus longtemps en extirpant le mal, qu'en l'abandonnant aux seuls efforts de la nature. Eh bien ! il a trouvé que sur 1192 malades non opérés qui vivent encore, ou qui sont morts cancéreux, 18 ont vécu plus de 30 ans après le développement de la maladie, laquelle, parvenue à un certain degré, demeurait stationnaire et indolente ; tandis que sur 801 cancéreux opérés, soit par l'instrument tranchant, soit par les caustiques, on en trouve seulement 4 dont l'existence se soit prolongée pendant le même laps de temps. Pour la durée de 20 à 30 ans, les tableaux fournissent 34 non opérés, 14 opérés. Pour la période de 6 à 20 ans, la catégorie des opérations donne 88, et celle de la non-extirpation 228. L'avantage, sous le rapport des longues durées d'existence, n'est donc, comme on le voit, pas du côté des opérations. Ces résultats, sans doute, sont précieux ; mais nous ne supposons pas que M. Leroy lui même veuille les considérer comme absolument décisifs. Si les malades opérés sont morts plus tôt, c'est que vraisemblablement les cancers auxquels on juge prudent d'opposer l'opération sont précisément ceux qui menacent le plus de dégénérer. De même, si les malades non opérés ont résisté plus longtemps, c'est que sans doute on n'avait temporisé avec leur maladie que parce qu'elle semblait moins redoutable, moins exposée à une prompte dégénérescence. Ainsi, très probablement, la catégorie *des non opérés* était formée des cas les plus benins, comme celle *des opérés* comptait presqu'indubitablement les cas les plus graves. Pour lever cette difficulté, il n'y aurait qu'un seul moyen, re serait de faire abstraction des chirurgiens qui tantôt opèrent, et tantôt n'opèrent pas, et de ne comparer que la pratique de ceux qui opèrent à peu près toujours avec celle des hommes qui ont pour principe de ne presque jamais opérer. Nous indiquons cette voie nouvelle à M. Leroy. Peut-être, avec le complément de faits qu'il recevra prochainement, pourra-t-il opérer ce rapprochement ; il en fera sûrement ressortir des résultats encore plus significatifs que ceux qu'il nous livre aujourd'hui.

Nous voudrions encore citer plusieurs des recherches auxquelles le nom de M. Leroy demeurera attaché, ses découvertes dans le champ des affections prostatiques, ses heureuses inventions en lithotritie, ses procédés pour les rétrécissemens urétraux, les modifications ingénieuses qu'il a apportées au traitement des fistules vésico-vaginales, ses aperçus pleins de justesse sur la dissolution des calculs urinaires, etc., etc. Mais l'espace nous manquerait, même pour faire leur énumération complète. La plupart de ces idées font, du reste, déjà partie de la science, et leur seul énoncé rappellera sans doute au lecteur une foule de souvenirs qui se rattachent au temps de ses études classiques !

Après avoir lu ce volume, on se demande avec surprise s'il est bien réellement sorti de la plume d'un chirurgien voué à la pratique des affections de l'appareil urinaire.... Oui ! c'est bien en effet l'œuvre d'un *spécialiste* : mais c'est là aussi la meilleure réponse qu'on pût faire à ceux qui affectent aujourd'hui de dénigrer les hommes spéciaux. M. Leroy nous dit dans sa préface qu'il avait en l'intention de développer ces deux pensées : « 1° que la supériorité sur une partie de la science (car la spécialité n'est pas autre chose) n'exclut pas les connaissances générales et les »vues d'ensemble ; 2° que l'aptitude à comprendre et juger toutes les parties d'une science se prouve au moins aussi bien par des travaux originaux sur des sujets divers que par des traités généraux dans lesquels »on ne fait que reproduire et classer les connaissances acquises. » M. Leroy peut renoncer à ce projet. Son livre est une démonstration bien suffisante de la thèse qu'il avait à cœur de prouver ; et nous en connaissons, parmi Messieurs les *encyclopédistes*, plus d'un qui serait fort embarrassé s'il lui fallait soutenir le combat avec de pareilles armes, et fournir des argumens de la valeur de celui-ci.

Le langage que notre auteur adresse à ses adversaires est parfois un peu rude ; mais nous vivons dans un temps où la *libre discussion* est en honneur. Ces Messieurs seront donc bien aises de lire ici comment M. Leroy *discute* leurs titres et leurs prétentions exclusives à toute espèce de places. « Mais, disent ces professeurs d'escrime linguale, si vous refusez de vous mesurer avec nous, c'est que vous manquez de science et de courage. Oh ! c'est bien là le langage des spadassins qui, forts de l'adresse qu'ils ont acquise par un long exercice, déclarent lâches ceux qui ne sont pas assez forts pour venir se livrer à leurs épées. Ce n'est pas dans des combats de cette sorte, c'est devant l'ennemi que se montre le vrai courage ; et l'ennemi, pour nous, c'est la maladie. A l'œuvre donc, et montrez ce que vous savez faire pour le soulagement de l'humanité. *Quin age si quid habes?*.... Mais si, dans cette recherche, vous, chefs de service dans les hôpitaux, qui avez à votre disposition les amphithéâtres, les bibliothèques, vous êtes devancés comme déjà vous l'avez été tant de fois par des médecins privés de toutes ces ressources, convenez que hors du concours il peut y avoir salut et progrès.

» Il ne me serait pas difficile d'établir que cette parole abondante dont vous êtes si fiers et à laquelle applaudit notre génération très peu lacédémonienne, ne sert le plus souvent qu'à embrouiller les questions, masquer le vide des idées et ajourner les conclusions ; qu'elle constitue une maladie sociale à laquelle on pourrait donner le nom de *logorrhée* ; et peut-être trouverais-je beaucoup d'échos, car la grande concurrence commence à faire baisser aussi cette marchandise. J'aurais bien encore le droit de rechercher si ce que Montaigne disait des rhéteurs ne serait pas applicable à certains d'entre vous : « Tout ainsi que les oiseaux vont à la quête »du grain et le portent au bec sans le tâter, pour en faire béchée à leurs »petits ; ainsi les pédans vont pillotant la science dans les livres et ne la »logent qu'au bout de leurs lèvres pour la dégorger seulement et mettre »aux vents : beaucoup ont la sonvenance assez pleine, mais le jugement »entièrement creux. » Je le pourrais, car vous m'avez, par votre exemple, donné toute licence à cet égard ; mais je ne veux point user de représailles et déprécier les facultés qui vous distinguent. »

THE LANCET.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MALADIE DES ARTICULATIONS COSTO-CHONDRALES ET COSTO-VERTÉBRALES, AVEC OU SANS RAMOLLISSEMENT TUBERCULEUX ET NÉCROSE DES OS DU RACHIS; par A. TOULMOUCHE, docteur-médecin à Rennes, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de la même ville, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME SECTION.

Dans cette section qui comprend des faits de ramollissement tuberculeux, de nécrose et de destruction des vertèbres, suivis, sécondairement, d'altération profonde des articulations costo-vertébrales, j'aurai à établir s'il existe ou non pendant la vie des symptômes ou signes propres à faire reconnaître des lésions aussi graves, aussi étendues, et si leur origine et leur nature dévoilées par l'anatomie pathologique sont propres à expliquer l'obscurité du diagnostic dans un aussi grand nombre de cas.

Malheureusement si, sous ce dernier rapport, des recherches patientes laissent peu à désirer et permettent de suivre la succession des altérations par lesquelles passent le tissu spongieux du corps des vertèbres et celui de leurs masses latérales, la constitution du pus fourni par ce travail pathologique, sa pénétration dans les articulations costo-vertébrales, après avoir détruit leurs ligamens et nécrosé la tête des côtes, ou dans la cavité du rachis, ou enfin dans celles splanchniques, où il vient y former de vastes abcès, la macération du tissu osseux dans le même produit morbide ou la matière tuberculeuse ramollie, la nécrose des portions non

Feuilleton.

IMPRESSIONS MÉDICALES D'UN VOYAGE EN ITALIE.

(Deuxième série.)

SIENNE ET PISE.

Rien n'est plus tranché que la différence qui existe entre la campagne de Rome et la Toscane. A peine a-t-on passé les limites des états romains que la scène change. A une population hâve, misérable, à une campagne triste et semée de rares cultures, succèdent des vallons peuplés de villages, semés de riches récoltes et une population dont la physionomie et l'air de santé offrent un contraste frappant avec le tempérament morbide de leurs voisins. D'où dépendent ces conditions si opposées? Pourquoi de ce côté de la limite douanière le règne de la misère et de la maladie, tandis que de cet autre brillent l'aisance et la santé? Les Romagnols sont-ils sous le vent d'un marécage miasmatique; et les Toscans possèdent-ils seuls le privilége de respirer un air pur? Certainement l'état de la culture influe sur la composition de l'atmosphère. Mais, pour expliquer ces influences, on doit mettre en première ligne les causes morales, c'est-à-dire les institutions. Le gouvernement romain, loin d'encourager l'activité intellectuelle des habitans, la frappe d'une sorte de paralysie. Il craint tellement les révolutions qu'il creuse de plus en plus l'ornière des habitudes dans lesquelles les Romagnols marchent depuis si longtemps. Y a-t-il un cours de rivière à régler, un torrent à diriger, une route à construire, le gouvernement ne fait rien, et empêcherait que les populations intéressées essayassent d'oser la plus timide innovation. De là une torpeur générale, une sorte d'abandon qui éteint le moral et expose le corps à contracter une foule de maladies sous les plus faibles influences. En Toscane, c'est tout le contraire. Le gouvernement pousse la population dans la voie du progrès. On dirait qu'il est toujours à la recherche d'une amélioration à produire, d'un intérêt nouveau à créer. En donnant l'exemple de l'activité, il communique en quelque sorte le mouvement aux nombreux habitans de cette heureuse terre. Ceux-ci voient que lorsqu'il y a une route à ouvrir, un pont à jeter, des arbres à planter le long des chemins, le gouvernement ne tarde jamais à mettre la main à l'œuvre. Cette sollicitude éclairée manque rarement de porter ses fruits. Le villageois le plus éloigné de Sienne ou de Florence, ces deux grandes cités de l'ancienne Etrurie, met une sorte de coquetterie à bien cultiver sa portion de champ, à la clore de haies d'aubépine ou de myrte, à parer sa maison; enfin à donner l'exemple de cette propreté qui annonce à la fois l'aisance dans la vie matérielle, et le bien-être sous le rapport moral. Ce qui m'a frappé surtout en entrant dans ce petit état qu'on appelle avec tant de raison le jardin de l'Italie, tant la culture y est admirable et variée, c'est de voir que personne n'est oisif dans les villages. L'activité règne dans les familles, dans toute la rigueur du mot. Ceux qui ne travaillent pas aux champs font des tresses de paille pour la fabrication de ces chapeaux de luxe que la riche Florence expé-

détruites et leur isolement incomplet ou complet, au milieu du détritus des autres parties osseuses ou molles, la compression de la moelle épinière, la destruction de l'origine des nerfs qui en partent, il n'en est pas de même sous le rapport du diagnostic. En effet, sur les quatre cas de cette section, deux fois ils ne servint pour tous symptômes primitifs, que des douleurs soit dans le dos, soit dans les lombes, qui furent envisagées dans le premier (obs. 5), comme provenant de la phthisie pulmonaire, dans le second (obs. 6) comme dues à un lombago; car ce ne fut que plus tard qu'il survint une paralysie des extrémités inférieures. Une autre fois (obs. 7), il ne se manifesta aucun signe caractéristique; enfin une quatrième (obs. 4) il ne fut rien appris à cet égard.

Dans un seul d'entr'eux, il y eut une saillie anormale de l'apophyse épineuse de la seconde vertèbre dorsale, avec tuméfaction ambiante (obs. 5); dans les deux autres (obs. 6 et 7) rien de semblable, malgré les explorations les plus attentives, et bien qu'il y eût les lésions les plus graves de la colonne vertébrale, ce que j'ai du reste observé dans d'autres cas. Jamais je n'ai vu la paralysie de la vessie et celle du rectum (obs. 5, 6, 7), ou, lorsque le contraire a lieu, ce n'est que tardivement.

Dans plusieurs exemples, le pus en se portant vers la partie inférienre de la cavité d'un des côtés de la poitrine a simulé un épanchement pleurétique ancien circirconscrit, et dans ces cas il est impossible d'éviter l'erreur, soit en s'aidant de la percussion, soit en recourant à l'auscultation médiate; c'est ce qui est arrivé dans les obs. 1, 3 et 6.

Dans d'autres, la coexistence de la phthisie pulmonaire et la prédominance des symptômes de cette dernière, fait qu'on lui attribue d'autant plus facilement les douleurs, s'il vient à s'en développer dans la portion dorsale du rachis, qu'on en remarque fréquemment d'analogues dans cette maladie. Alors si une ou deux explorations de l'épine dorsale n'y font rien découvrir d'insolite, on s'en tient là, et les altérations ultérieures qui viennent en déformer un point et produire une tumeur dans le voisinage ne sont aucunement reconnues ou seulement à l'ouverture des cadavres (obs. 5).

La cause qui s'oppose à ce que ce genre de lésion des vertèbres puisse être diagnostiqué en temps opportun, c'est le peu de sensibilité des os et la tendance des collections de pus en partie liquide et en partie caséeux, à se porter plutôt au-devant de leur corps, en soulevant leurs enveloppes ligamenteuses, ou sur les parties profondes des côtes, ou enfin vers les cavités thoracique et abdominale ou les régions peu accessibles du cou, de préférence à l'extérieur où elles rencontrent plus d'obstacles dans les plans aponévrotiques ou les couches musculeuses plus ou moins multipliées et puissantes qu'il leur faut amincir ou détruire pour se rapprocher de la peau, ce que la terminaison fatale et prompte de la maladie leur permet rarement d'accomplir.

NÉCROSE DES DIXIÈME ET ONZIÈME CÔTES GAUCHES ET DES VERTÈBRES VOISINES; ABCÈS PAR CONGESTION A LA RÉGION LOMBAIRE DU MÊME CÔTÉ; TUBERCULES MILIAIRES DANS LES POUMONS, AVEC PREMIER DEGRÉ DE PNEUMONIE DANS UN LOBE; ENTÉRITE; MORT.

OBS. IV. — Girault, âgé de 30 ans, séjournant dans la salle de chirurgie depuis assez longtemps, pour un large ulcère à bords découpés et profondément décollés, résultat d'un dépôt par congestion qui s'était ouvert à la région lombaire gauche, sur le côté des apophyses épineuses de la colonne vertébrale, succomba à la continuité de ses souffrances et à l'épuisement occasionné par une longue suppuration.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE. A l'ouverture du corps, je constatai une ulcération de forme ovalaire, irrégulière, de 8 à 14 centimètres de diamètre, située à la partie moyenne de la région lombaire gauche, le long du rachis, à bords découpés, profondément décollés par suite de la destruction du tissu cellulaire, et à fond d'un rouge noirâtre.

En l'incisant, on parvenait dans une espèce de poche remplie d'un pus séreux, sanguinolent; à sa partie supérieure venait aboutir un trajet fistuleux, sinueux, qui se portait dans les intervalles des muscles sacro-lombaire et dorsaux, jusqu'à l'articulation des deux dernières côtes, dont la tête, la face externe et le bord supérieur nécrosés baignaient dans un liquide analogue au précédent. Les parties correspondantes des vertèbres dorsales étaient atteintes de la même maladie. Tout le pourtour de cet ulcère était formé d'un tissu cellulaire infiltré et comme lardacé, d'une épaisseur considérable. Les côtes de ce côté avaient plus d'obliquité que de coutume et se rapprochaient presque de la verticale. Il n'y avait pas de communication avec la cavité contiguë du thorax. Mais le poumon offrait, vis-à-vis la nécrose de la tête des dernières côtes, une adhérence tellement intime à la plèvre pariétale qu'une partie de l'organe se déchira et resta attaché à ce point. L'inflammation semblait s'être propagée au lobe inférieur de ce poumon par contiguité. Toute la plèvre était comme chagrinée par suite du développement d'une quantité innombrable de tubercules miliaires. Ces derniers infiltraient également le tissu pulmonaire qui était en outre atteint de pneumonie au premier degré, excepté dans le poumon droit où il existait sans cette complication.

On rencontra dans le jéjunum tous les caractères anatomiques de l'entérite, tandis que les autres intestins étaient sains. Le foie était atteint d'un commencement de cyrrhose.

Il est difficile de décider si, dans cette observation, la maladie commença par la portion des vertèbres constituant les articulations des côtes devenues malades, ou si la nécrose se développa primitivement dans leur extrémité postérieure. Le défaut de renseignemens sur les diverses phases étiologiques et l'état de cette affection morbide ne permet pas de décider cette question; cependant les plus fortes raisons me feraient pencher pour la première opinion, parce que le développement de tubercules dans la substance spongieuse des vertèbres, leur ramollissement, la collection de cette matière en un foyer ou abcès, se formant plus tard une enveloppe kysteuse et la nécrose secondaire des portions de ces os ou de ceux contigus, s'observent bien plus souvent que ces mêmes lésions primitives dans les côtes. En sorte que je serais plus porté à admettre que la destruction des parties constitutives de ces articulations ne serait que secondaire. Cependant il y a encore des recherches à faire sous ce rapport à cause de l'analogie de structure spongieuse des extrémités de ces arcs osseux et de la tendance du vice scrofuleux ou tuberculeux à se porter isolément sur celles antérieures et leurs articulations chondrales, ce que démontrent du reste la première section de ce travail et d'autres observations du même genre que je conserve dans mes cartons.

Ici encore il y avait eu, comme dans plusieurs des faits qui précèdent, la même prévoyance de la nature pour empêcher que le pus accompagnant la nécrose des articulations costo-vertébrales ne pénétrât dans la cavité correspondante de la poitrine.

TUBERCULE DÉVELOPPÉ DANS LA SUBSTANCE DIPLOÏQUE DU PARIÉTAL DROIT ET DANS LE CORPS DES CINQ A SIX PREMIÈRES VERTÈBRES DORSALES; NÉCROSE DE CES DERNIÈRES ET DES ARTICULATIONS COSTO-VERTÉBRALES EN MAJEURE PARTIE DÉTRUITES; DOUBLE LÉSION MÉCONNUE; LONGUEUR EXTRAORDINAIRE DES APOPHYSES STYLOÏDES; PHTHISIE PULMONAIRE; NÉPHRITE ALBUMINEUSE (DEUXIÈME DEGRÉ), SANS OEDÈME NI ASCITE; MORT.

OBS. V. — Chatelier, âgé de 35 ans, entra à l'infirmerie le 5 novembre 1841.

---

die vers tous les pays connus. Cette industrie constitue une sorte d'aristocratie dans la population des campagnes. Les femmes et les jeunes filles qui s'y livrent presque sans exception ne perdent pas dans les rudes travaux des champs la grâce de leur taille et la fraîcheur de leur coloris. Tels sont les effets qu'engendre la sollicitude éclairée du pouvoir. Elle crée le mouvement; elle fait aimer le travail, qui produit finalement une heureuse révolution dans l'hygiène privée comme dans la santé publique. Ce contraste si frappant entre la campagne romaine et la terre des anciens Etrusques tient en grande partie à une cause toute morale. Une volonté forte et éclairée pourrait produire une heureuse révolution dans le domaine de St-Pierre.

Lorsque le voyageur a passé la frontière, il ne peut s'empêcher d'éprouver une sorte de mouvement de joie. Le spectacle est nouveau pour lui; c'est une gracieuse oasis qui fera bientôt oublier la triste monotonie de la campagne inculte et déserte. A mesure qu'on avance et qu'on cherche à se rendre compte de ce qu'on voit autour de soi, on ne tarde pas à remarquer que les types de la population n'ont pas la moindre analogie avec ceux de la campagne romaine. Ce sont d'autres figures autant sous le rapport du dessin de la ligne que du caractère de la couleur. J'avais attentivement étudié les silhouettes des vases étrusques, ces portraits fidèles des premiers habitans de la Toscane. J'en avais vu les plus parfaits modèles au musée de Naples; et il me fut permis de continuer cette intéressante étude à Sienne, dans la précieuse collection du prince de Canino. Ce type si pur était donc parfaitement présent à ma mémoire. Je fus heureux de le retrouver de temps en temps sur quelques visages. Mais cet embonpoint si ordinaire à la population toscane courbait sous une légère inflexion les lignes droites et pures de la race originaire: le trait étrusque était caché sous le contour. Je ne sais si le caractère n'a pas eu une grande part dans ces curieuses modifications; je serais porté à le croire. Autrefois la gravité et même la sévérité se faisaient remarquer, sinon dans les mœurs, au moins dans les habitudes. L'exclusion des femmes de la vie publique avait contribué surtout à fixer ce caractère dans les attitudes comme dans la physionomie. Les peintures des vases étrusques qui sont la traduction fidèle des événemens de la vie publique et privée présentent d'ailleurs de la manière la plus précise ce caractère de gravité antique. La ligne droite domine toujours jusques dans les poses les plus abandonnées. Le rire ou la douleur n'altèrent pas dans leur expression exagérée le dessin du visage. Il y a de la dignité même dans la passion. Qu'on compare maintenant cette noble manière antique aux habitudes modernes. L'Italien est parvenu à faire de sa physionomie l'expresssion de tout ce qu'il éprouve. Au besoin il pourrait se passer de la parole; la mimique du visage pourrait jusqu'à un certain point lui en tenir lieu. Puis, la vie de famille, loin d'être cachée à tous les regards, se montre au grand jour et ne craint ni les interprétations du voisin ni l'indiscrétion du passant. L'ouvrier travaille devant sa porte; la table se dresse sous la treille; et à certaines époques de l'année, on campe sur la terrasse qui sert de toiture au logis sans prendre aucun souci de ce qui se passe autour de soi. Cette vie tout extérieure a fait de la vie italienne une existence toute d'entrain et de plaisir; et elle a dû se traduire à la longue sur les physionomies. On conçoit, en effet, que l'activité incessante des muscles du visage qui résulte de pareilles habitudes altère plus ou moins les lignes originaires et crée un type presque entièrement nouveau.

Il toussait, était oppressé. L'auscultation médiate fit reconnaître une phthisie pulmonaire. (Quart, infusion et capillaire ; aspirations de chlore.)

15. Les crachats étaient jaunes, muqueux ; la fièvre hectique, l'amaigrissement marqué. L'appétit se soutenait. (Demi-ration, même médication à laquelle fut ajouté un julep narcotique pour la nuit.)

18. Le malade se plaignait constamment d'une vive douleur dans le dos ; c'était le seul symptôme pénible qu'il accusât. Le palper de l'épine ne fit rien trouver d'anormal. (Large emplâtre de poix de Bourgogne.) Quelque temps après, le chlore fut suspendu, puis repris.

1er décembre. L'amaigrissement faisait de rapides progrès, des sueurs nocturnes avaient lieu de temps en temps, l'expectoration avait l'aspect puriforme. Un second emplâtre de poix de Bourgogne remplaça le premier qui avait soulagé.

6. L'appétit était moindre, la tristesse plus grande, quoique la résignation de cet homme fût habituellement extrême ; en effet, il ne se plaignait jamais. La phthisie pulmonaire avait une marche très aiguë. Il survint de la diarrhée. (Solution chlorurée, julep opiatique.) Les jours suivans, on laudanisa la tisane.

13. Le dévoiement persistait, l'émaciation augmentait à vue d'œil, l'expectoration et la toux étaient les mêmes. (7 centigr. d'extrait aqueux d'opium en trois pilules, même boisson.)

21. Tout indiquait une terminaison prochainement fatale. Le malade ne mangeait presque plus, les évacuations alvines ne cessaient pas. (Quart, pruneaux, 2 décil. de vin, potion calmante, eau de riz.)

31. Chatelier était fort mal. La maigreur était devenue effrayante. Comme il n'avait plus plus parlé des douleurs de son dos, je n'avais plus exploré le rachis. Nul doute que si j'eusse agi autrement, je n'eusse constaté la saillie anormale de l'apophyse épineuse de la seconde vertèbre dorsale et la tuméfaction ambiante. Ce malheureux expira le 2 janvier, à six heures du soir. Durant sa maladie, il n'y avait eu aucune paraplégie, aucune paralysie du rectum ni de la vessie. Seulement les derniers jours, cette dernière s'était laissée distendre par de l'urine. Il n'avait également jamais accusé de douleur dans l'un ou l'autre côté de la tête.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE faite 22 heures après la mort.

ETAT EXTÉRIEUR. Il y avait un amaigrissement général prononcé. On remarquait une saillie notable de l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre dorsale, accompagnée de tuméfaction.

CRANE. Après avoir enlevé la calotte du crâne, je trouvai appliquée sur la dure-mère une masse tuberculeuse blanche, de consistance de fromage mou, de forme ronde, de la grandeur d'une pièce d'un franc, y adhérant, mais pas assez intimement pour qu'on ne pût l'enlever avec la lame d'un scalpel. Au-dessous, de même qu'au pourtour, cette membrane était dans l'état normal. Ce tubercule s'étant développé dans la substance diploïque du pariétal l'avait en partie détruite, et la table interne complètement comme un emporte-pièce de forme ronde, en sorte qu'il ne restait plus que l'externe et un peu de substance diploïque.

Le cerveau était ferme et dans l'état normal.

THORAX. Le poumon droit était emphysémateux le long de son bord antérieur. Il était farci de tubercules gris très nombreux, disséminés dans son tissu. Le gauche offrait des adhérences tellement fortes à la partie postérieure et interne de son sommet qu'une partie se déchira et resta attachée le long du rachis, vis-à-vis des articulations des quatrième, cinquième et troisième côtes, à l'aide d'un tissu comme fibro-cartilagineux assez épais, circonscrivant ces dernières, qui étaient dénudées, nécrosées et baignaient dans de la matière tuberculeuse ramollie. En effet, le doigt s'introduisait facilement jusque dans leur intérieur, et dans le corps de la quatrième vertèbre dorsale, qui était presqu'entièrement détruit dans la moitié de sa hauteur, ainsi que le tiers supérieur de celle située au-dessous et le cartilage intermédiaire qui avait entièrement disparu, en sorte qu'on apercevait au fond la moelle épinière enveloppée de ses membranes, plongeant au milieu du pus.

On remarquait une tuméfaction ou soulèvement antérieur et latéral du surtout ligamenteux de la colonne vertébrale. En l'incisant, on reconnaissait que le corps des vertèbres était nécrosé dans toute sa surface et même au-delà des articulations des têtes des côtes ; à droite, depuis la quatrième jusqu'à la neuvième ; et à gauche, d'une manière bien plus prononcée, depuis la troisième jusqu'à la sixième.

La substance osseuse était recouverte d'une couche de matière tuberculeuse, tantôt de consistance de fromage mou, tantôt plus liquide, qui y adhérait par l'interposition d'une couche rougeâtre gélatiniforme, s'enlevant en partie avec elle.

Les fibro-cartilages étaient détruits dans leur circonférence. La limite supérieure de cette lésion de la colonne rachidienne était la troisième vertèbre et celle inférieure la dixième.

L'apophyse styloïde du côté gauche avait 6 centim. et demi de longueur. Elle se portait obliquement et presque parallèlement à la branche gauche de l'os hyoïde jusqu'au-dessus et en dedans de la petite corne, à laquelle elle adhérait par une espèce de ligament. Celle du droit, moins longue et moins volumineuse, se continuait directement jusqu'à la petite corne du même os, à l'aide d'un ligament déjà en partie ossifié. Cette disposition anormale rappelait celle qu'affecte cette partie avec le larynx, chez les oiseaux.

Le cœur était dans l'état normal.

ABDOMEN. L'estomac n'offrait rien de particulier.

Le jéjunum contenait un liquide jaunâtre. Il en était de même dans l'iléon, qui présentait de loin en loin quelques petites ulcérations rondes, à bords tomenteux, et çà et là une injection sous-muqueuse avec rougeur de cette membrane.

Les gros intestins étaient sains, ainsi que le foie.

La rate était en quelque sorte sexti-lobée et assez volumineuse.

Les reins étaient atteints d'une altération, qui consistait dans un épaississement de la couche corticale qui était d'un jaune rougeâtre, ramollie, en sorte que la moindre pression du doigt suffisait pour l'écraser ; outre qu'à la section, la membrane propre de l'organe l'attirait en dehors par son élasticité, lui faisait faire un bourrelet saillant et renversé. On remarquait, à l'extérieur, dans toute la moitié inférieure et à travers celle-ci, une couleur ardoisée, et on rencontrait dans l'épaisseur de plus de trois centimètres et demi au-dessus de leurs extrémités inférieures, un ramollissement bien plus prononcé de la substance corticale, dans laquelle le sang était comme épanché entre les granulations, en sorte que son aspect rappelait celui du sang infiltré dans une meurtrissure. La substance tubuleuse était saine, de même que les bassinets. La vessie était fortement distendue par une urine jaune, assez limpide.

Cette observation est un exemple frappant d'une lésion extrêmement grave et très étendue des os de la colonne vertébrale, qui n'offrit, pendant longtemps, aucuns signes caractérisques de son existence, puisqu'ils se bornèrent à des douleurs du dos, sans que l'examen du rachis y fît rien trouver d'anormal ; et chez Chatelier, qui avait été depuis longtemps reconnu atteint de phthisie pulmonaire, on ne les avait attribuées qu'à cette dernière maladie, dans laquelle ce genre de souffrance se fait sentir si fréquemment.

Ce fut cette notion clinique et le silence du malade qui n'en avait plus reparlé, qui firent négliger d'explorer de nouveau la colonne épinière et méconnaître la lésion de ses os, que la saillie anormale de l'apophyse épineuse de la seconde vertèbre dorsale et la tuméfaction ambiante eussent indubitablement indiquée ; car, pendant la vie, même durant la dernière période de la maladie, il n'y avait eu aucune paralysie des extrémités inférieures, de la vessie ou du rectum, et par conséquent nul symptôme qui eût pu faire soupçonner une compression de la moelle épinière, laquelle plongeait bien au milieu du pus, mais n'en éprouvait

---

En se dirigeant de la frontière méridionale de la Toscane vers Florence, on rencontre Sienne sur son chemin. Longtemps avant d'y arrriver, le terrain s'exhausse ; et c'est sur ce plateau qu'on voit se dessiner les murs de la ville. Sienne a des droits à l'attention du médecin ; c'est une des villes les plus saines, les plus hygiéniques de l'Italie. Le thermomètre s'y soutient en hiver à deux ou trois degrés au-dessous de zéro ; les chaleurs de l'été y sont tempérées par de fraîches brises ; le sol est toujours sec parce que le vent du nord soufle librement sur le plateau et se fait sentir dans toutes les saisons de l'année. En examinant la population, on retrouve bientôt sur elle la trace de cette salutaire influence. Les Siennois sont reconnus pour la pureté de leur langage ; mais on devrait les citer surtout pour la force de leur constitution et pour la beauté de leur teint. La couleur la plus vive s'épanouit sur les joues des femmes qui se font surtout remarquer par cette rougeur prononcée des lèvres dont le caractère a été si bien saisi par les peintres toscans. Sienne est le pays de la vigueur organique. Là, la scrofule ne règne pas, et la phthisie, quand elle existe, ne se rattache pas à ces causes énervantes qui tiennent aux atmosphères impures, mais à une activité trop puissante de l'air, à une exagération d'exercice de la part des organes. Parmi cette population, la phthisie commence presque toujours par la pneumonie. Cependant Sienne n'a qu'une renommée circonscrite. Ce sont ses enfans qui parlent de son atmosphère bienfaisante et non pas les hommes de l'art. Qu'un médecin étranger envoie un malade en Italie, il est tout naturel qu'il ne lui parle pas de Sienne s'il est frappé d'une de ces dégénérescences profondes qui exigent l'air tiède et humide des bords de la Méditerranée ; mais s'il a une de ces affections nerveuses qui réclament à la fois le soleil et l'air pur, il ne saura pas lui indiquer ce climat qui le rétablirait peut-être au bout d'une campagne. Jusqu'ici la médecine n'a favorisé que quelques villes. Après Pise et Rome, Naples et Gênes, elle ignore trop l'Italie et ses ressources pour pouvoir agrandir le cercle de ses préférences et de ses indications.

Sienne présente aussi une autre particularité qui la sépare en quelque sorte des autres villes de l'Italie. C'est une colonie fondée par un peuple venu de l'Occident à l'époque des invasions qui signalèrent les premiers temps de la république romaine. Sienne doit sa population à la race gauloise ; et voici la version que les Siennois racontent orgueilleusement aux étrangers qui passent dans leur cité. A l'époque où Brennus fit invasion par le nord de l'Italie, les vieillards de l'armée furent obligés de se détacher de cette foule victorieuse que le chef conduisait avec lui. Trahis par leurs forces, il leur en resta assez cependant pour se défendre dans les lieux qu'ils avaient choisis pour demeure. La cité fut entourée de murs et ne tarda pas à renfermer une population brave et fière comme les aïeux de la race gauloise. Cette histoire est tellement vraie, disent les Siennois qui tiennent à grand honneur de se dire les fils de la Gaule ancienne et les cousins de la France d'aujourd'hui, qu'ils rattachent l'étymologie de Sienne au mot *senes* des Latins. Du reste, dans la langue latine cette étymologie est d'une clarté qui ne laisse aucun doute, puisque les Siennois sont appelés *senesci*. Cette tradition n'est pas une erreur héréditaire parmi les habitans de cette ancienne cité. Brantôme, en parlant des femmes de Sienne dont il admire la carnation luxuriante et les vives couleurs, mentionne aussi avec quelques détails cette parenté dont les Siennois paraissent si heureux et si fiers. Mais ce qui le prouve bien mieux que les témoignages historiques, c'est le type

que peu de la part de ce dernier, ou peut-être au contraire une réelle, mais à laquelle elle s'était graduellement habituée.

Ce fait ne doit donc pas être oublié et servir d'enseignement, relativement à la nécessité, surtout chez les phthisiques chez lesquels le developpement de tubercules dans les os spongieux et principalement le corps des vertèbres n'est pas rare, d'explorer de temps à autre toute la région rachidienne, dans les points du dos où ils accusent si fréquemment des douleurs qu'on est toujours trop disposé à attribuer à la seule lésion des poumons. On devra encore agir de la même manière chez les sujets qui se plaignent de prétendus lumbagos chroniques ou d'autres affections d'apparence rhumatique dans des parties différentes de la colonne vertébrale.

Dans ce cas encore, comme dans les précédens, la nature avait organisé une sorte de barrière contre les irruptions possibles du pus dans la cavité gauche du thorax, à l'aide d'adhérences fibro cartilagineuses épaisses et très fortes de la partie postérieure et interne du poumon correspondant, le long et vis-à-vis des articulations ouvertes et en partie détruites par la suppuration des troisième, quatrième et cinquième côtes avec les vertèbres contiguës. Quant à la tumeur qui existait au-devant de la face antérieure du rachis et sur ses côtés et qui était due au soulèvement par de la matière tuberculeuse ramollie du ligament vertébral antérieur, la profondeur à laquelle elle était située, et les organes dont elle était recouverte, en rendaient la reconnaissance impossible.

Si aucun phénomène du coté du cerveau ne put déceler, pendant la vie, l'existence d'un tubercule ayant détruit la partie contiguë du pariétal et qui devait comprimer l'organe encéphalique, c'est que cet état morbide s'était établi lentement et graduellement.

En outre, le sujet de cette observation présenta une disposition singulière et rare des apophyses styloïdes, sous le rapport de leur excessive longueur et de leur articulation immédiate avec les petites cornes de l'os hyoïde.

Enfin, ce fait vient s'ajouter à quelques autres relatifs à la néphrite albumineuse et identiques sous le rapport de la symptomatologie à ceux que j'ai publiés dans la GAZETTE MÉDICALE, et démontrer que dans cette affection morbide parvenue même au second degré et au troisième, l'œdème général ou limité et l'ascite, qui en ont été donnés comme des signes constans, manquent souvent.

SYMPTÔMES D'UNE AFFECTION RHUMATISMALE CHRONIQUE DES LOMBES, SIGNES D'UN ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE ANCIEN LIMITÉ DU CÔTÉ GAUCHE, VASTE ABCÈS CONTENU DANS CE DERNIER RÉSULTANT DE RAMOLLISSEMENT TUBERCULEUX ET DE NÉCROSE DES PARTIES LATÉRALES GAUCHES DES DIXIÈMES, ONZIÈMES ET DOUZIÈMES VERTÈBRES DORSALES ET DE LA PREMIÈRE LOMBAIRE MÉCONNU; MORT.

OBS. VI. — Sauvaget, âgée de 41 ans, entra à l'infirmerie le 26 févrierr 1840. Elle se plaignait d'étouffemens, de douleurs dans la région du cœur et à l'épigastre et de palpitations. (Application de 12 sangsues vis-à-vis de l'estomac, limonade, potion avec la teinture de digitale pourprée.)

Elle se trouve bientôt assez bien pour solliciter sa sortie, qui eut lieu le 29.

Elle rentra dans les salles, le 1er mars, se plaignant de douleurs dans les lombes et de difficulté dans les mouvemens de la marche. Je les attribuai à un lumbago. En conséquence, je fis appliquer sur cette région deux ventouses scarifiées et donner une infusion de fleurs de violettes.

6. Les douleurs persistant, il fut administré un bain de vapeur, le surlendemain un second, puis un troisième.

11. La poitrine ayant été explorée avec soin, je trouvai de la matité dans la moitié inférieure du côté gauche de la poitrine. Le bruit respiratoire ne s'y entendait pas, il n'y avait pas d'égophonie. Je diagnostiquai un épanchement pleurétique limité consécutif à une ancienne pleuro-pneumonie. A la partie antérieure, la respiration était perçue. L'appétit se soutenait, la malade mangeait la demi-ration. Le lendemain, je fis appliquer sur le côté externe inférieur et gauche du thorax un large emplâtre épispastique. Il n'en résulta aucun soulagement. L'oppression resta la même, les douleurs des lombes diminuaient peu, et la faiblesse des jambes devint telle, que la patiente pouvait à peine marcher. (Le quart, infusion de fleurs de violettes.)

20. Elle fut prise de crachement de sang. (Sinapismes, décoction de 8 grammes de racines de ratanhia.)

21. Il persista (saignée de 420 grammes, révulsifs aux extrémités inférieures); l'examen le plus scrupuleux du rachis et de la région lombaire n'y fit rien découvrir, et cependant la paralysie des jambes était devenue complète. Je l'attribuai donc à une lésion de la portion dorsale ou lombaire soit de la moelle épinière, soit de ses membranes d'enveloppe, et j'étais porté à la regarder comme de nature tuberculeuse. Je fis appliquer un double cautère de chaque côté de l'épine dorsale, l'un à peu près vis-à-vis des dernières vertèbres du dos, l'autre au niveau de la seconde lombaire. Il n'en résulta aucune amélioration. L'un d'eux occasiona même d'assez fortes douleurs, en sorte qu'on fut obligé de le supprimer et de n'en laisser qu'un.

4 avril. La persistance des souffrances fit essayer quelques frictions avec un liniment ammoniacal, mais sans bénéfice. La malade toussait fréquemment, était oppressée, présentait de l'œdème aux extrémités abdominales. Les crachats étaient muqueux, jaunes. Je fis respirer des vapeurs aromatiques plusieurs fois le jour. (Infusion de capillaire, le quart.)

7. Je remarquai que, malgré qu'il y eût paraplégie, la paralysie était plus complète dans la jambe gauche. Il existait une légère douleur fixe dans la région lombaire, mais aucune paralysie du rectum ni de la vessie. Je fis appliquer le lendemain douze sangsues le long de la moitié inférieure du rachis.

10. On plaça de chaque côté de ce dernier un long vésicatoire, mais étroit.

14. N'ayant rien gagné sur le mal, je revins aux bains de vapeur; mais la malade était si affaiblie, qu'elle ne put en supporter qu'un seul, et encore faillit-elle mourir en le prenant. C'est alors que je commençai à essayer la strychnine, à dose faible d'abord, que j'augmentai ensuite graduellement. L'amaigrissement continua à faire de notables progrès. Les crachats étaient gras et muqueux.

20 et 26. La même médication fut suivie.

29. Je fis réappliquer deux cautères le long du rachis et donner de la limonade. Il y avait de la constipation que j'étais obligé de combattre de temps en temps par des lavemens purgatifs.

11 mai. Comme je n'obtenais rien de l'administration de la strychnine qui n'avait provoqué que des douleurs dans les mollets et quelques secousses, je la fis supprimer et je me bornai à prescrire un julep opiatique pour la nuit.

24. Je fis essayer quelques aspirations de chlore, mais elles incommodèrent, en sorte qu'on les cessa le 27. Il y avait des sueurs la nuit, de la fluctuation dans le ventre. Je fis donner, le matin et le soir, une tasse de macéré de quinquina. L'existence de tubercules dans les poumons n'était plus douteuse depuis longtemps. L'appétit néanmoins se soutenait, puisque Sauvaget mangeait encore la demi-ration.

9 juin. Le pouls était très lent.

11. Elle se plaignait de douleurs dans les jambes. Les pulsations de l'artère radiale étaient faibles, l'oppression extrême. (Sinapismes volans, le quart, infusion de tilleul, une tasse de lichen deux fois le jour.) Les mains étaient légèrement œdématiées.

14. La pâleur du visage, qui avait persisté pendant toute la maladie, était encore plus prononcée. Les crachats étaient puriformes, l'orthopnée marquée.

Depuis huit à quinze jours, cette malheureuse passait les journées et les nuits

---

de visage de la population de cette ville comparé à celui des campagnes environnantes. Il n'existe entre eux que des analogies assez éloignées pour constituer de notables différences. Il ne s'agit pas de l'éclat du teint, de la fermeté des contours qui peuvent dépendre des conditions de salubrité de l'air et des lieux; mais des lignes qui unissent les traits dont l'ensemble caractérise évidemment une race particulière. Sous le rapport du dessin il serait difficile d'établir une comparaison satisfaisante entre les Gaulois de l'invasion et les Siennois d'aujourd'hui. Peu de monumens nous restent sur la physiologie extérieure, si je puis m'exprimer ainsi, de la race qui occupait une grande partie du sol de la France. Quelques Latins, parmi lesquels on peut citer au premier rang César, l'immortel auteur des COMMENTAIRES, parlent, il est vrai, avec quelques détails des traits caractéristiques de la physionomie de cette population barbare. Le ciseau des artistes a même représenté les prisonniers que les Romains firent chez les races de l'Occident. Mais l'orgueil des conquérans devait nuire à la fidélité des portraits. Les artistes et les écrivains n'ont en effet représenté les barbares qu'en exagérant les défauts physiques. Si l'histoire peut s'honorer de quelque impartialité, il est aisé de se convaincre du mensonge de l'art romain sous le rapport qui nous occupe, en étudiant avec soin les têtes de barbares qu'on retrouve sur les arcs de triomphe et les autres monumens. Ainsi rien n'est plus difficile que de voir clair dans les origines. Y a-t-il moins de difficulté à découvrir les points de connexion qui rattachent à la même tige les Siennois et les Français de nos jours? Peut-être. Il semble qu'il y ait quelque analogie entre la population siennoise et celle qui couvre notre sol. Chez le Siennois, le nez est relevé, le regard vif et l'œil abrité sous l'orbite. Sous le point de vue moral, la gaité est soutenue, l'abandon moins complet que dans le reste de la population italienne; enfin cette expansion bruyante des habitans de la Péninsule, qui fait partie du tempérament et se manifeste par une mimique si expressive, n'est pas portée chez le Siennois jusqu'à l'exagération. Est-ce que la parenté ne se dessine pas?

Pour aller de Sienne à Pise, on descend jusqu'à Florence; et de cette ville jusqu'à Pise, on suit cette délicieuse vallée de l'Arno où le travail et le bien-être brillent sur tous les points. Depuis les hauteurs de Sienne jusqu'aux niveaux inférieurs de la plage sur laquelle Pise s'étend, on abandonne successivement la région de l'air pur et salubre pour descendre dans l'atmosphère morbide des Maremmes qui bordent la Toscane le long de la Méditerranée. A Pise, on est presque dans la Maremme. Du côté de l'occident, c'est la plaine sablonneuse qui se perd dans la nuance azurée des eaux de la plage; vers l'orient, une échancrure dans les montagnes par lesquelles l'Arno s'est creusé un passage donne un libre accès au vent qui vient de cette direction. Le nord et le midi sont défendus en partie par une barrière montagneuse qui place la ville dans une espece de cirque dont un seul côté serait ouvert dans la direction de la mer.

Cette topographie donne en quelque sorte la clef des influences qu'on attribue au climat de Pise. A proprement parler, cette ville ne connaît pas d'hiver. Le thermomètre y descend quelquefois jusqu'à zéro. Mais les transitions des saisons et de la température ne sont pas brusques comme à Florence par exemple, qui n'est éloignée que de quelques lieues. Les passages d'une condition météorologique à une autre se font par nuances insensibles. Aucune secousse n'a lieu dans la région des nuages; et on peut dire aussi qu'il ne s'en produit pas sur ceux

assise dans son lit, ne pouvant respirer autrement, et incessamment menacée d'asphyxie. Les forces étaient anéanties, le facies indiquait une fin prochaine, qui eut lieu, en effet, le 15 à dix heures du soir.

Autopsie cadavérique faite 14 heures après la mort.

Etat extérieur. L'amaigrissement était assez considérable, le ventre ballonné. Il y avait de l'œdème aux grandes lèvres et aux jambes, ainsi qu'à la région lombaire sur laquelle existait, à gauche, une croûte épaisse, ronde, sur la surface d'un cautère, et vis-à-vis le sacrum, plusieurs ulcérations à la peau.

Crane. Les os étaient très durs, difficiles à briser. Le pariétal gauche offrait, vers la suture fronto-pariétale une concrétion osseuse stalactiforme, répondant à une altération correspondante de la dure-mère, qui consistait dans une sorte d'érosion ou d'amincissement inégal, et comme par usure, au-dessous de laquelle on rencontrait quelques concrétions osseuses, à bords irréguliers, amincis, à surface interne rugueuse, répondant médiatement à deux circonvolutions cérébrales, dont la pie-mère adhérente s'en séparait. La portion contiguë du cerveau semblait très légèrement ramollie. Le sinus longitudinal supérieur était presqu'oblitéré dans ses deux tiers postérieurs, puisqu'on avait de la peine à y introduire la pointe de ciseaux à lames très effilées. Sa lumière, excessivement rétrécie, était encore occupée par du sang concrété. Sa surface interne était comme rayée transversalement par des brides inégales. La dure-mère qui en constitue les parois avait plus que doublé d'épaisseur et avait l'aspect fibreux.

L'arachnoïde et la pie-mère étaient dans l'état normal. En écartant les hémisphères, on voyait le corps calleux soulevé de bas en haut, fortement bombé, ce qui le rapprochait de leur bord supérieur. Les circonvolutions étaient légèrement aplaties. En pénétrant avec précaution dans les ventricules latéraux, on les trouva distendus par une quantité considérable de sérosité limpide, dont on pouvait évaluer la quantité à 60 grammes. Elle occupait également le troisième et le quatrième, dont elle permettait d'étudier admirablement les formes. Les parois des latéraux étaient très finement injectées dans les principales divisions de leurs vaisseaux.

Les sinus sur les côtés et à la base du crâne étaient distendus par du sang noir liquide. Le cerveau et le cervelet étaient sains. Il s'écoula une certaine quantité de sérosité par le canal rachidien.

Thorax. Le poumon droit offrait un assez grand nombre d'adhérences à sa surface externe et à son sommet. Ce côté du thorax renfermait peu de sérosité. La plèvre pulmonaire, dans ses deux tiers inférieurs, était rouge, piquetée, comme finement sablée (traces de pleurésie). Le tissu de l'organe qu'elle enveloppe était infiltré d'une grande quantité de tubercules gris, de la grosseur d'un grain de millet ou de chenevis, rougeâtre, mais encore crépitant dans les intervalles et légèrement emphysémateux vers la partie antérieure de son bord diaphragmatique. Les trois lobes adhéraient entre eux, à l'aide d'une fausse membrane mince, organisée, en sorte que les scissures avaient disparu. Mais à l'aide de tractions légères on les faisait reparaître aisément. La muqueuse bronchique était peu rouge, mais hypérémiée, c'est-à-dire à fibres transversales prononcées et tapissée par un mucus puriforme.

Le poumon gauche était si intimement adhérent par toute sa surface qu'on ne put l'enlever. Il se déchira et resta attaché aux parois de la poitrine, excepté vers sa face diaphragmatique qui, renforcée par un épaississement considérable de fausses membranes devenues fortement unies à la portion de plèvre qui la tapisse et comme fibro-cartilagineuses, formait la voûte ou paroi supérieure d'un abcès pouvant bien contenir les deux poings et situé transversalement sur le diaphragme. Il avait contracté des adhérences avec la face postérieure des cartilages des fausses côtes et le quart inférieur de la face interne du côté externe de la poitrine. Son tissu était rouge, infiltré de sérosité sanguinolente spumeuse et de tubercules gris. Il se déchirait facilement et se rapprochait de l'aspect de la pneumonie au premier degré, tandis que dans la moitié ou le tiers inférieur du lobe inférieur il offrait plutôt les caractères d'un commencement de splénisation. La muqueuse des bronches était rouge; quelques glandes voisines de leur bifurcation blanchâtres, indurées, tuméfiés.

L'abcès du côté gauche du thorax contient une très grande quantité d'un pus épais, jaune-verdâtre, assez bien lié, mais dans lequel nageaient des portions plus concrètes, ayant la consistance de fromage mou. Toute sa surface interne était tapissée par une membrane rougeâtre, tomateuse, pyogénique. La face correspondante du diaphragme était renforcée par une couche de pseudo-membranes indurées, d'épaisseur inégale. Il s'était rapproché d'un espace intercostal et il aurait fini par s'ouvrir au-dehors, au-dessous et en-dehors de la pointe du cœur. Le doigt porté dans sa cavité rencontrait au-dedans le corps des onzième, douzième vertèbres dorsales et première lombaire à nu, de même que la tête des onzième et douzième côtes, dont les ligamens antérieurs ou costo-vertébraux avaient seuls résisté et baignaient intacts dans le pus. Il pouvait pénétrer, par une assez large ouverture, jusque dans le canal vertébral et toucher immédiatement la dure-mère spinale. Les apophyses transverses et les masses latérales gauches des vertèbres avaient été détruites. On en rencontrait des portions volumineuses entièrement détachées ou tenant à peine, et ayant subi une sorte de macération dans le pus. Cet abcès s'était également porté en arrière, avait soulevé le muscle long dorsal ou au moins aplati et écarté ses fibres; mais il ne formait aucune saillie apparente. En l'incisant, je parvins dans la cavité du foyer de la poitrine, et il en sortit une énorme quantité de pus. Alors je pus reconnaître que ce muscle tapissé par la membrane pyogénique en constituait la paroi postérieure, dans le point qui tendait à se rapprocher de la peau, tandis que le pus pénétrait dans le canal rachidien. En effet, en enlevant les lames postérieures et les apophyses épineuses des septième, huitième, neuvième, dixième, onzième et douzième vertèbres dorsales et celle des deux premières lombaires, je fus à même de constater qu'il était en contact immédiat avec toute la partie postérieure de la dure-mère spinale, depuis un peu au-dessus de la dixième dorsale jusqu'à la seconde lombaire, et que cet abcès se terminait en pointe et en mourant vers ses extrémités où la dure-mère avait contracté des adhérences à l'aide d'un pus concret, grumeleux, assez consistant; car on le coupait comme certaines glandes tuberculeuses. Toute la surface postérieure de cette portion de la même membrane était tapissée par le produit morbide, qui rappelait l'aspect de la matière tuberculeuse commençant à se ramollir; tandis que sa surface interne ou spinale était lisse et seulement injectée dans son réseau capillaire. On remarquait que la portion de dure-mère que percent les paires latérales des nerfs spinaux était tuméfiée et comme transformée en matière tuberculeuse qui semblait avoir atrophié leur origine.

La moelle épinière, dans toute cette partie, était saine, nullement ramollie. Seulement on trouvait plus d'injection que de coutume dans l'arachnoïde. Les artérioles qui accompagnent les paires lombaires étaient dans le même cas. Il n'y avait donc eu que compression de la tige médullaire et des paires de nerfs qui en partent.

Les têtes des onzième et douzième côtes baignaient dans le pus, étaient nécrosées, et ne tenaient plus que par des débris des ligamens costo-vertébraux, tant antérieurs que postérieurs.

La partie antérieure du corps de la seconde vertèbre lombaire était érodée, frappée de mort, quoique encore recouverte par le ligament vertébral qui dans les points supérieurs avait été seulement soulevé. En effet, toute la portion inférieure de la région dorsale et le commencement de la lombaire, examinées antérieurement, présentaient un renflement commençant d'une manière insensible. Cette tuméfaction était due au gonflement du tissu osseux, des ligamens, à leur écartement des faces latérales par le pus, et à un épaississement du surtout ligamenteux antérieur et du tissu cellulaire qui lui est superposé et se confond avec celui sous-péritonéal.

L'abcès du côté gauche de la poitrine envoyait, le long du rachis et au-dessous de la plèvre épaissie, une sorte de cavité digitée qui se perdait en mourant vers la septième vertèbre dorsale et qui contenait également du pus.

Un point de la face inférieure du poumon était ulcéré et le pus introduit dans son tissu et communiquant avec quelques tuyaux bronchiques très petits, s'écoulait très imparfaitement par l'expectoration, et avait probablement donné lieu aux crachats puriformes rendus pendant la vie.

La cavité du péricarde ne renfermait que très peu de sérosité. Le cœur était

---

qui habitent sous ce ciel bienfaisant. La vie y est calme, silencieuse et presque inerte. L'abaissement considérable du chiffre de la population depuis les beaux jours de la république contribue peut-être à cette paix monotone qui pèse sur la cité. Le climat en est sans doute la principale cause. Outre que les transitions de température ne sont ni fréquentes, ni spontanées, l'air, qui est chaud et dans un état permanent d'hygrométrie, doit affaiblir les forces et engourdir l'activité nerveuse. Pise est une ville où on n'agit pas, mais où on dort. L'étudiant qui va aux cours à peu près déserts de l'Université, marche lentement au milieu de rues où on ne rencontre presque personne; on voit bientôt que, malgré son âge tout de feu, il subit l'influence que les malades vont chercher dans les murs de l'ancienne rivale de Florence. Mais, c'est surtout à cause des qualités particulières au climat de Pise, que s'il y a des conditions qui doivent le faire rechercher avec empressement, il y en a d'autres qui doivent le faire redouter. Cependant, les médecins qui recommandent à leurs malades d'aller habiter cette ville semblent passer facilement sur les exigences du tempérament ou de la maladie. Qu'une névralgie résulte d'une sorte d'exagération dans les forces, ou d'un état de faiblesse générale, qu'une phthisie ait le caractère spasmodique ou l'origine scrofuleuse, on envoie le malade à Pise sans réfléchir que le même climat qui peut guérir une affection d'une certaine nature doit presser la terminaison funeste d'une affection dont le caractère est différent. Il y a pourtant des faits dont les médecins de la ville ont fait souvent l'observation. Ils savent que les phthisies scrofuleuses s'éteignent rapidement sous le ciel pisantin; et ils n'ignorent pas que les maladies nerveuses des sujets énervés y contractent un caractère qui rapproche le jour de la catastrophe au lieu de l'éloigner.

Il y a un souvenir médical d'hier qui restera longtemps dans la mémoire des habitans de Pise, et que recherche l'avide curiosité des voyageurs. On aperçoit, dans le voisinage du pont de marbre, une maison aux contrevens verts que le Pisantin vous montre en vous disant que c'est là qu'a succombé la princesse Marie. Quoique si près de mourir, la princesse voulut voir les monumens de la ville; elle visita le dôme, essaya de monter sur la tour penchée; mais au moment d'entrer dans le *Campo-Santo*, elle n'osa pas en franchir le seuil. Peu de jours se passèrent, et il ne lui fut plus permis de sortir. Ses forces l'avaient entièrement abandonnée. Un événement imprévu pressa la terminaison funeste; et bientôt elle succomba. D'après le rapport des médecins qui entourèrent la princesse dans ses derniers jours, il paraîtrait que la faiblesse et l'amaigrissement avaient fait, depuis son arrivée, des progrès extrêmement rapides. Le climat, au lieu d'entretenir la flamme de vie qui brûlait à peine dans ce corps à demi détruit, sembla plutôt contribuer à l'éteindre.

D'après cette double étude que nous avons faite sur les deux villes de la Toscane qui occupent le premier rang après la brillante Florence, Pise et Sienne possèdent des influences opposées. L'une abaisse les forces, l'autre les restitue: on pourrait dire que la première possède un climat antiphlogistique et la seconde un climat phlogistique. Enfin, dans certains cas, Sienne pourrait guérir les malades dont le ciel de Pise ne ferait qu'aggraver l'état.

Ed. C.

assez volumineux, ses parois minces. Il était distendu par du sang en majeure partie coagulé.

Abdomen. Son intérieur était occupé par une certaine quantité de sérosité jaunâtre, limpide. Les intestins étaient distendus par du gaz. L'estomac était sain, de même que tout le tube intestinal qui, dans son tiers inférieur, contenait un grand nombre de magdaléons très durs.

Le foie était assez volumineux, mais sain; la rate d'un tissu pâle peu ferme.

Les reins étaient dans l'état normal et la vessie vide.

L'utérus offrait, au-dessous de sa membrane péritonéale, deux petites productions fibreuses d'un blanc eclatant. Sa surface interne était humectée par un peu de sang liquide, la cavité de son col occupée par un fluide gelatiniforme, d'une diaphanéité vitreuse.

Cette observation est sans contredit l'une des plus curieuses qu'on puisse lire, tant sous le rapport du diagnostic que sous celui de l'anatomie pathologique. En effet, pour le premier, les symptômes primitifs furent ceux d'un lumbago, à cela près de la co-existence de la faiblesse des extrémités inférieures et de l'impossibilité de la marche qu'on en fit à tort dépendre. Ce ne fut que vingt-six jours après que la paralysie complète de ces parties fit reconnaître la véritable nature de l'affection morbide, et qu'on l'envisagea comme une lésion de la portion dorsale inférieure ou lombaire de la moelle épinière. Car l'examen le plus scrupuleux du rachis dans ces régions n'y fit découvrir aucune altération, et en outre le défaut de paralysie de la vessie et du rectum porta à croire que la maladie de la tige spinale ne devait pas être très grave. C'est aussi ce qui fut prouvé à l'ouverture du cadavre, où elle fut rencontrée saine. Il n'y avait donc en que compression, de celle-ci et des paires de nerfs qui en partent de chaque côté, mais d'une manière plus prononcée à gauche (ce qui explique l'intensité plus grande de la paralysie du membre abdominal correspondant), par la dure-mère tuméfiée et transformée en matière tuberculeuse, tandis que des lésions beaucoup plus graves et plus étendues des vertèbres dorsales et lombaires, et des articulations costo-rachidiennes, consistant dans la nécrose et la distinction du corps des onzième, douzième dorsales et première lombaire, de leurs apophyses transverses et de leurs masses latérales, l'épaississement et la transformation tuberculeuse de la dure-mère spinale, la formation d'un vaste abcès ayant jeté çà et là des embranchemens, furent complètement méconnues. C'est qu'ici, encore, comme précédemment, ces lésions s'étaient développées profondément, et qu'aucune tuméfaction à l'extérieur ne pouvait mettre sur la voie pour en faire reconnaître l'existence. En effet, la collection de pus située au-dessus du diaphragme, qui occupait la base du côté gauche de la poitrine, qui baignait le corps des onzième, douzième vertèbres dorsales et première lombaire, et avait nécrosé et détruit la tête des onzième et douzième côtes, les masses latérales des vertèbres, et pénétré jusque dans le canal rachidien, avait donné lieu à tous les phénomènes d'un épanchement pleurétique ancien circonscrit, ne pouvait être accessible au toucher. Elle le fût indubitablement devenue plus tard; car elle s'était rapprochée d'un espace intercostal et se serait enfin fait jour au-dessous et au dehors de la pointe du cœur. Il ne fut pas plus facile, malgré l'exploration la plus sévère, de sentir la fluctuation dans la portion du même abcès qui s'était portée en arrière, avait soulevé le muscle grand dorsal, aplati et écarté ses fibres, et qui tendait dans ce point à se rapprocher de la peau, parce qu'elle ne formait aucune saillie apparente; et enfin de reconnaître le même dépôt soulevant vis-à-vis la fin de la région dorsale et le commencement de la lombaire le ligament vertébral antérieur, mais d'une manière peu marquée, à cause de la profondeur à laquelle il se trouvait placé et de l'espèce de cavité digitée formée le long du rachis par le pus.

La nature avait encore établi pour ce vaste abcès symptomatique, dû à la lésion des vertèbres, outre la voie intercostale qu'elle avait de la tendance à lui faire prendre pour lui donner plus tard une issue, une communication entre lui et quelques tuyaux bronchiques très petits, à l'aide d'une érosion de la base du poumon qui, comme on l'a vu, formait sa limite supérieure, laquelle aurait permis plus tard au pus de s'écouler par eux, si la malade eût vécu plus longtemps.

LÉSION DE TROIS ARTICULATIONS COSTO-VERTÉBRALES AVEC DESTRUCTION DES TÊTES DES CÔTES, A LA SUITE D'UNE ALTÉRATION TUBERCULEUSE DES VERTÈBRES CERVICALES ET DORSALES, GLANDES SOUS-CUTANÉES TUBERCULEUSES ULCÉRÉES, CARIE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS ET D'UNE PARTIE DES OS DU CARPE, PHTHISIE PULMONAIRE, DOUBLE HYDRO-THORAX SURVENU DANS LES DERNIERS TEMPS DE L'EXISTENCE, LÉGÈRE PÉRITONITE, ULCÉRATIONS DANS LES GROS INTESTINS, MORT.

Obs. VII. — Sylvie, détenu, âgé de vingt-trois ans, d'un caractère très emporté, fut reçu dans les salles de pathologie externe, pour une diathèse scrofuleuse, caractérisée par un gonflement du testicule, la tuberculisation des glandes sous-maxillaires, inguinales, dont le ramollissement s'effectua complètement, en sorte que la peau très amincie fut perforée et donna issue à une grande quantité d'un liquide grumeleux et séropurulent. En outre, ce malheureux portait à la partie inférieure de l'avant-bras droit une plaie ou ulcère, au fond duquel se voyaient les tendons des fléchisseurs des doigts, et qui dépendait d'une carie de l'extrémité inférieure du radius et d'une partie des os du carpe.

Il séjourna plus de huit à dix mois dans le service chirurgical, il s'affaiblit et maigrit de plus en plus, offrant tous les signes d'une tuberculisation générale des poumons, et succomba enfin dans le marasme le plus effrayant, le 17 janvier 1832, à onze heures du matin.

Sylvie ne se plaignit jamais, pendant le long temps qu'il passa à l'infirmerie, de douleurs dans le cou ou entre les épaules, la respiration était seulement gênée, la toux assez fréquente, comme dans la phthisie pulmonaire.

Autopsie cadavérique faite vingt-deux heures après la mort.

Etat extérieur. — Le cadavre était extrêmement émacié, la glande sous-maxillaire gauche tuberculisée, ulcérée, et en majeure partie vidée. Il existait une plaie au pli de l'aine droite, dépendant de la perforation de la peau, et de son ulcération à la suite du ramollissement de glandes inguinales abcédées.

On remarquait une tumeur scrofuleuse au poignet droit, avec ulcère profond qui aboutissait à une carie de la tête du radius, et des os de la première rangée du carpe. L'extrémité inférieure du cubitus avait basculé, ses ligamens étant en partie detruits, en sorte qu'elle faisait une forte saillie à la face dorsale du poignet. Au fond de la plaie de la face antérieure se voyaient les tendons des fléchisseurs des doigts.

A la partie supérieure du sternum existait un clapier rempli d'un pus blanc, crémeux, résultant de glandes tuberculeuses ramollies.

Thorax. Celles bronchiques étaient presque toutes tuméfiées, et en partie tuberculeuses. On découvrait une érosion de la face antérieure et latérale de la colonne vertébrale qui commençait à la quatrième et cinquième vertèbres cervicales, et finissait à la hauteur du diaphragme. Elle était recouverte d'une couche de pus ou de nature tuberculeuse ramollie, qui formait une nappe de consistance de fromage mou, à la hauteur des clavicules et des premières côtes, et qui, dans le reste de la vaste poche formée au devant avait la liquidité, l'apparence crémeuse de pus blanc bien lié.

L'enveloppe de ce dépôt étendu était un sac celluleux, renforcé en avant par le larynx et le pharynx, et plus bas par le médiastin, la paroi postérieure du péricarde, l'origine des gros vaisseaux et l'artère aorte-thoracique. Il se terminait en pointe un peu au-dessus des attaches du diaphragme.

Le corps des vertèbres plongeait immédiatement dans le pus; il était rugueux par suite de la destruction de sa lame superficielle; les fibro-cartilages intervertébraux étaient intacts; la tête des trois à quatre premières côtes était corrodée et en partie détruite ainsi que leurs ligamens; en sorte qu'elles étaient luxées, portées en avant, et qu'elles baignaient dans le liquide puriforme; la plèvre qui les recouvre avait fini par s'enflammer, s'épaissir, s'être refoulée vers le poumon dont elle avait écarté le sommet et la partie supérieure, de la moitié postérieure du médiastin; en sorte que lorsqu'on enleva les deux organes pulmonaires fortement adhérens au sommet du thorax, on déchira les parois qu'ils formaient à ces deux poches remplies de pus, dont la portion la plus épaisse resta ainsi attachée à la face interne du sommet de chacun d'eux.

Le côté droit de la poitrine contenait 750 grammes d'une sérosité jaunâtre, assez limpide. Le poumon était infiltré de tubercules en partie ramollis et en partie encore à l'état de crudité; son tissu n'était presque plus perméable à l'air. Son sommet très adhérent et formant une partie des parois de la vaste poche qui renfermait le pus, résultant de l'altération tuberculeuse des vertèbres cervicales et dorsales, se déchira lorsqu'on voulut détacher l'organe et se montra recouvert d'une couche de pus crémeux, épais, adhérent, dont la plèvre épaissie le séparait.

Le côté gauche était occupé par à peu près 500 grammes de sérosité assez limpide. Le sommet du poumon offrait la même disposition que le précédent. Tout ce viscère ne présentait qu'une masse compacte, pesante, dont le tissu méconnaissable était entièrement infiltré de masses tuberculeuses, dont plusieurs points étaient ramollis, surtout au sommet où se voyait une excavation irrégulière assez étendue; le lobe inférieur n'était plus crépitant.

Il existait dans le péricarde 120 grammes de sérosité parfaitement limpide. Les parois du ventricule gauche, dont le tissu était d'un rouge jaunâtre, étaient épaissies de deux centimètres, de même que la cloison. Le droit était beaucoup plus petit et comme pratiqué dans le précédent; l'oreillette correspondante était très dilatée et renfermait une concrétion polypiforme assez récente.

Abdomen. Dans l'estomac on reconnaissait encore des portions d'alimens à moitié digérées. Sa membrane muqueuse était saine, il en était de même de celle du duodenum. Le jéjunum offrait un épaississement de celle-ci et des valvules mais sans rougeur. Il diminuait ensuite graduellement. Il y était contenu des matières liquides en petite quantité, de même que dans l'iléon.

L'appendice cœcale était adhérente et ses parois détruites dans un point, en sorte que le pus qui s'y était formé s'était sans doute épanché dans le ventre et avait donné lieu à l'exhalation d'un liquide blanchâtre, dans lequel nageaient des grumeaux assez nombreux d'albumine d'apparence de pus concret, et assez considérable pour qu'on pût l'évaluer à un litre. Il avait été le résultat d'une légère péritonite survenue dans les derniers jours de la vie, comme les sablures des surfaces péritonéales semblaient l'indiquer.

La membrane muqueuse du cœcum était très épaissie, de même que celle du gros intestin où elle était partout comme tomenteuse, surtout sur les valvules; elle était généralement d'une teinte noire ou brune due probablement à une infiltration de matière mélanique. Il existait çà et là de nombreuses ulcérations à circonférence irrégulière et découpée. La muqueuse, dans ces points, était

rouge, enflammée, très saillante et coupée comme avec un emporte-pièce. Toute cette partie du tube digestif était d'un petit diamètre.

Le foie avait son aspect naturel, sa vésicule était distendue par une bile noire visqueuse très épaisse.

La rate très volumineuse bleuâtre était assez ferme et grenue; son parenchyme avait l'apparence de gelée de groseilles sale.

Les reins n'offrirent rien de particulier à noter, la vessie était très distendue par de l'urine couleur jaune foncé.

Ce cas est encore un exemple d'une lésion étendue et grave d'une partie du rachis, consistant en une altération tuberculeuse des vertèbres, depuis la quatrième et cinquième cervicale jusqu'au dessus du diaphragme, ayant donné lieu à un vaste abcès, à une nécrose des vertèbres qui baignaient dans le pus, corrodé et détruit la tête des trois à quatre premières côtes, leurs ligamens, et qui fut complètement méconnue pendant la vie, parce qu'elle n'était accessible à aucun moyen direct d'exploration. En effet, cette poche étendue existant profondément au devant de la colonne vertébrale, avait été renforcée antérieurement par le pharynx et le larynx, plus bas par le médiastin, la paroi postérieure du péricarde, l'origine des gros vaisseaux et principalement l'aorte, et sur les côtés et en haut, par les faces postero-internes du lobe supérieur des deux poumons; et plus bas, par la plèvre épaissie et devenue intimement adhérente à la partie postérieure des mêmes organes, de manière qu'ils servaient de barrière au pus et en avaient prévenu l'épanchement dans l'intérieur du thorax. Elle était trop profondément située, ne faisant saillie que derrière les organes renfermés dans la poitrine, pour pouvoir être reconnue.

Quant aux lésions rencontrées dans l'épine dorsale, elles furent occasionées par l'envahissement de ces os par des tubercules et la collection d'un liquide qui soulevait le ligament vertébral antérieur, et offrait bien tous les caractères de la matière tuberculeuse ramollie, tels que les a décrits M. Nichet, chirurgien en chef de l'hôpital de Lyon, dans un mémoire sur la matière et le traitement du mal vertébral de Pott, publié dans le n° 34 du mois d'août dernier de la GAZETTE MÉDICALE, dans lequel il a réuni un grand nombre de faits propres à démontrer que dans les neuf dixièmes des cas de ce genre, les collections de liquides et la destruction du tissu osseux des vertèbres sont dus à un envahissement tuberculeux et non à la carie.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les numéros de janvier et d'avril 1844 de ce journal trimestriel contiennent les travaux originaux suivans : 1° *De la fièvre érysipélateuse qui a régné en 1842 et 1843 dans le district septentrional de Vermont et de New-Hampshire*; par M. Ch. Hall. 2° *Sur le mode d'agir des médicamens*; par M. John Beck. 3° *Cas heureux d'incision du péritoine pour l'ablation des deux ovaires malades avec complication d'ascite*; par M. Atlee. 4° *Remarques sur les plaies qu'on se fait en disséquant*; par M. Hayward. 5° *De la folie dans la population noire des Etats libres*; par M. Edward Jarvis. 6° *Tumeur congénitale composée de kystes nombreux*; par M. Atlee. (La tumeur existait chez un enfant de 4 ans. Elle occupait une assez grande partie de la paroi abdominale du côté droit. Pendant son extirpation, on reconnut qu'elle adhérait aux fibres du muscle grand oblique. L'opération fut suivie de guérison.) 7° *Notes sur l'histoire et les propriétés du sulfate de potasse*; par M. Beck. 8° *Statistique des maladies des femmes traitées au dispensaire de New-York, de mai 1842 à mai 1843*; par M. Buel. 9° *Cas de delirium tremens*; par M. Fosgate. 10° *Fongus hématodes de la vessie*; par M. Bissell. 11° *Considérations sur les relations pathologiques de la moelle épinière*; par M. Austin Flint. 12° *Cas de molluscum coïncidant avec une tumeur fibro-celluleuse enkystée et une affection encéphaloïde*; par M. Atlee. 13° *Du pouls chez les aliénés*; par M. Pliny Earle. 14° *Statistique des accouchemens à l'hôpital de Philadelphie*; par M. Burwell. (De 1835 à 1844, sur 588 accouchemens, il y a eu 516 présentations du vertex, 1 de la face, 2 de la fontanelle antérieure, 1 du côté de la tête, 1 de la tête en travers, 2 de l'épaule, 17 de la tête, indéterminées, 16 du siége, 9 des pieds et 32 indéterminées.) 15° *Sur la fièvre congestive de Mississipi, avec des observations*; par M. Wharton. 16° *Considérations sur l'entérite, suivies d'observations démontrant les bons effets des sangsues et du traitement sédatif*; par M. Kollock. 17° *Cas d'inversion de l'utérus où la réduction fut opérée le dixième jour*; par M. Gazzam. (Le déplacement avait été causé par les tractions exercées sur le cordon ombilical après l'accouchement. M. Gazzam essaya d'abord, le neuvième jour, de faire la réduction; mais la malade, maniaque, opposant une grande résistance qui neutralisait l'effet des manœuvres, on administra l'émétique à dose nauséeuse, et le lendemain on parvint à réduire, après avoir d'abord comprimé l'utérus pour diminuer son volume, et en poussant ensuite, avec la pointe des doigts réunis en cône, le fond de l'utérus à travers le museau de tanche.) 18° *Ligature de l'artère iliaque externe pour un anévrisme*; par M. Boling. (Anévrisme spontané à l'aine chez une négresse de 20 ans, de tempérament très lymphatique; la ligature amena une guérison rapide. Avant de la pratiquer, on avait aperçu dans l'aine de l'autre côté une tumeur anévrismale commençante. On ne vit pas dans cette coïncidence une contr'indication à l'opération. La tumeur du côté non opéré n'a fait, depuis lors, que peu de progrès.) 19° *De l'eupatorium perfoliatum dans l'influenza épidémique*; par M. Peebles. 20° *Cas de polype utérin expulsé par l'action du seigle ergoté*; par M. Garden. 21° *De l'extraction du placenta retenu après l'avortement*; par M. Bond. (L'auteur propose pour l'extraction du placenta une pince à cuillères convexes en dehors, rugueuses en dedans, pince dont la disposition générale rappelle celle dite *à faux germe*, de Levret.) 22° *Cathéter-bougie perfectionné*; par M. Dodd. (Rien de bien important.) 23° *Cas d'extirpation de la glande parotide*; par M. McClellan. 24° *Observations de maladie de l'ovaire, suivies de remarques*; par M. Bissell. (Trois cas de kystes ovariques, où l'inspection cadavérique montra que le pédicule des tumeurs était assez étroit pour que leur extirpation eût pu être pratiquée avec facilité.) 25° *Sur la taille bilatérale*; par M. Paul Eve. (Rien de nouveau sous le rapport théorique. Quatre observations de guérisons dues à l'emploi de cette méthode que l'auteur, avec raison, préfère à toutes les autres, à moins cependant que la lithotritie ne soit indiquée.) 26° *Remarques sur les acides végétaux considérés comme correctifs de l'acidité de l'estomac*; par M. Tracy. 27° *Note sur un nouveau stéthoscope flexible*; par M. Ludlow. 28° *Appareil perfectionné pour les ventouses scarifiées*; par M. Dodd. (L'auteur prétend avoir observé que le scarificateur ordinaire, lorsqu'il est appliqué sur des parties où un os est sous-cutané, blesse parfois l'os. Pour remédier à cet inconvénient, il propose un appareil semblable aux ventouses à air, mais où la lame destinée à piquer la peau ne dépasserait pas le niveau de l'ouverture du tube. De cette manière, la peau n'étant piquée que lorsque, par l'effet de l'aspiration de l'air, elle s'élève dans le tube, on serait assuré contre toute lésion des tissus plus profondément situés.) 29° *Cas extraordinaire d'irrégularité des incisives et des canines supérieures, guérie en soixante-six jours*; par M. Crowell. (On se servit, pour corriger cette difformité, de ressorts en spirale s'attachant sur un cercle solide concentrique à la mâchoire, et disposés de manière à presser constamment et avec une force progressive sur les dents déviées.)

DESCRIPTION DE LA FIÈVRE ÉRYSIPÉLATEUSE QUI A RÉGNÉ DANS LE NORD DU VERMONT ET DANS LE NEW-HAMPSHIRE, PENDANT LES ANNÉES 1842-1843; par les docteurs HALL et DEXLER.

Nous ne chercherons pas à rattacher cette affection grave et qui paraît avoir fait beaucoup de victimes dans les Etats où elle a régné, aux affections qu'on observe dans nos contrées; la plupart des élémens de cette comparaison nous manqueraient. Nous nous bornerons à dire, qu'outre les phénomènes généraux graves qu'on observe ordinairement dans les fièvres aiguës, il survenait, au bout de peu de jours, des lésions locales et inflammatoires sur la muqueuse de la gorge ou sur la peau, affectant, dans ce dernier cas, la forme érysipélateuse, d'où est venu le nom donné à la maladie elle-même. Cependant cette dernière complication n'était pas constante et s'observait à peine dans un cas sur six ou huit, quelquefois semblable à une simple efflorescence, d'autres fois avec tous les caractères de l'érysipèle phlegmoneux le plus aigu. C'est à la même maladie que les auteurs ont rapporté aussi les cas de péritonite et surtout de péritonite puerpérale, qui furent très nombreux à la même époque et dans les mêmes localités. L'anatomie pathologique de cette affection grave est encore à faire; car, sur trois autopsies rapportées dans ce travail, et où il paraît que l'on constata une inflammation du péritoine, il n'est pas question du tube digestif dans deux, et dans la troisième il est dit seulement que le péritoine qui recouvrait les intestins était injecté et présentait sur certains points des taches qui ressemblaient à des plaques de gangrène!

CAS HEUREUX D'INCISION DU PÉRITOINE POUR L'ABLATION DES DEUX OVAIRES MALADES AVEC COMPLICATION D'ASCITE; par M. ATLEE.

L'Amérique qui, après l'exemple donné par Lanmônier de Rouen, a vu les premiers cas d'excision des kystes ovariques, se signale encore aujourd'hui par un progrès dans cette importante opération. Après avoir enlevé un ovaire malade, on en est arrivé à les enlever tous les deux dans la même séance! Et la malade a guéri sans accidens graves. En France, personne jusqu'ici n'a osé répéter ces audacieuses tentatives; on étudie en silence avant d'en venir à l'application. C'est pour nous associer à cette louable disposition des esprits, c'est pour compléter l'instruction d'un procès qui, tôt ou tard, aura parmi nous ses juges et peut-être aussi ses victimes, que nous publions avec quelques détails l'intéressante observation de M. Atlee.

OBS. — Une femme âgée de 25 ans, faible et lymphatique, s'aperçut pour la première fois en décembre 1836 d'une altération dans sa santé. Deux mois auparavant, elle avait remarqué une augmentation graduelle de volume à la partie inférieure de son bas-ventre, et avait senti quelques douleurs aiguës dans l'une des régions iliaques. Au bout de quelques semaines d'intermittence, les mêmes douleurs reparurent dans la région correspondante du côté opposé. La pression du corset commença à devenir pénible. Le ventre continuant à grossir, plusieurs traitemens furent faits, mais sans aucun résultat. Enfin, le 20 juin 1840, on tira par la ponction 20 livres de sérosité limpide et jaune-paille. A part un point circonscrit situé à gauche de l'ombilic et où la pression développait un peu de sensibilité, il fut impossible, après cette ponction, de découvrir aucune altération appréciable des viscères abdominaux. La même exploration fut répétée, mais sans autre résultat après chaque ponction, dont la cinquième fut pratiquée en décembre 1842.

A la suite de cette dernière évacuation, on constata, immédiatement au-dessus de la région inguinale droite, une tumeur dure, du volume d'un œuf de dinde, dépassant le détroit supérieur du bassin. Le ventre se remplit avec plus de rapidité que les fois précédentes; l'oppression devint aussi plus forte, et pour la première fois depuis le début de la maladie, il y eut de l'irrégularité dans la menstruation.

Le 13 mai 1843, M. Atlee tira encore de l'abdomen 32 livres d'une sérosité de couleur plus foncée qu'elle n'avait été jusque-là. La tumeur avait acquis le volume d'une tête de fœtus. En palpant du côté gauche, il découvrit une seconde tumeur, présentant la grosseur d'un œuf, insensible à la pression, mais moins mobile que celle du côté droit. Le doigt introduit dans le vagin trouva le col de l'utérus dans sa situation normale, mais immobile et pressé contre le pubis.

La véritable nature de la maladie parut alors à découvert. Evidemment, on avait affaire à une altération organique des deux ovaires; évidemment aussi il y avait complication d'ascite; car 1° la malade avait très bien distingué que la tuméfaction ne commença ni par l'un ni par l'autre côté, mais à la partie moyenne de son bas-ventre; 2° le liquide extrait par les ponctions était clair, jaune-paille, séreux et non gélatineux, verdâtre, ócre, comme dans l'hydropisie enkystée; 3° quand l'abdomen était rempli les intestins flottaient dans le liquide et ils gardaient cette situation quelle que fût l'attitude prise par la malade; 4° enfin un choc imprimé avec la main à un côté de l'abdomen se transmettait nettement au côté opposé. La maladie était grave, presque certainement mortelle. D'autre part, les médications les plus variées avaient été mises en usage avec une rare persévérance; les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques, etc., avaient échoué; à trois reprises différentes on avait poussé l'administration du mercure jusqu'à la salivation. Dans cet état, dit M. Atlee, j'informai franchement la malade de la gravité et de tous les dangers de l'opération, ne lui cachant rien de ses conséquences prochaines et éloignées; lui détaillant autant qu'il était en mon pouvoir tous les cas où elle avait échoué aussi bien que tous les exemples de succès. Je fis les mêmes ouvertures à ceux de ses amis et pareus qui étaient capables de bien juger; et lorsque, après de longs entretiens avec eux, elle se fut décidée à se laisser opérer, je pensai que mon devoir était de me rendre à ses désirs (1).

OPÉRATION. Le 29 juin 1843, la malade étant couchée sur une table, M. Atlee fit une incision de neuf pouces commençant à un demi-pouce au-dessus de l'ombilic et s'étendant jusqu'à un pouce et demi au-dessus de la symphyse pubienne. Il la conduisit peu à peu à travers les couches de la paroi abdominale jusqu'au péritoine; et s'arrêtant là un instant il piqua cette membrane avec la pointe du bistouri. Un flot de liquide jaillit aussitôt; ce qui confirma le diagnostic en démontrant l'existence de l'ascite. Le trocart, plongé immédiatement dans cette ouverture, donna issue à 18 livres de la même sérosité. Après avoir ainsi vidé la cavité abdominale autant que possible, et l'incision du péritoine ayant été agrandie avec le bistouri boutonné jusqu'aux limites de la plaie extérieure, le premier objet qui se présenta fut la partie interne et supérieure de l'ovaire droit. Dans ce point, la tumeur était formée de petites hydatides variant pour le volume depuis un grain de millet jusqu'à un pois, s'élevant hors du bassin sur le côté droit au-dessus de l'enveloppe péritonéale de la tumeur, et la dépassant, comme un champignon, d'un demi-pouce dans tous les sens. Au-dessus et à droite on voyait la portion de la tumeur qui était située plus haut couverte par le péritoine et s'étendant sur les vaisseaux iliaques. Quant à l'ovaire gauche, il remplissait complètement le côté correspondant de la cavité pelvienne.

L'ovaire droit, ou plutôt la partie de cet ovaire située à droite de la masse hydatique, était solidement attachée à tout le pourtour du détroit supérieur. Du sillon creusé entre la masse hydatique et la portion recouverte par le péritoine partait comme une bande d'artères; ce *tractus*, large de près de 8 lignes et long de 6 pouces, prenait son origine à l'épiploon de l'hypochondre gauche. Comme ces vaisseaux, vu leur nombre et leur volume, paraissaient fournir à la tumeur ses principaux élémens de nutrition, on les serra dans un cordonnet de cuir qui fut ensuite coupé près du nœud; puis on divisa les vaisseaux à un demi-pouce de la tumeur. L'opérateur essaya alors de passer les doigts entre la tumeur ovarique et le bassin; mais les adhérences l'en empêchèrent, et il fallut étendre l'incision de la paroi abdominale jusqu'au pubis, pour faciliter la dissection, qu'on exécuta ensuite tantôt avec le scalpel, tantôt avec les doigts, tantôt avec le bistouri boutonné. Deux artères furent encore ouvertes et liées. Enfin, toutes les adhérences ayant été bien détachées, on enleva la tumeur hors de l'abdomen; mais il fallut encore passer une aiguille enfilée d'un double fil au-dessous de son pédicule pour lier le ligament large qui la maintenait en place, et ce ne fut qu'après avoir coupé celui-ci en deçà de la ligature qu'on put définitivement emporter la masse morbide.

L'ovaire gauche occasiona beaucoup moins de difficultés. Il était partout recouvert par le péritoine, et n'avait que ses adhérences naturelles. Il fut facile de l'enlever, après avoir lié, puis coupé le ligament large de ce côté de la même manière que l'autre. L'hémorragie avait été peu considérable. L'abdomen fut abstergé avec des éponges très fines. Mais avant de fermer la plaie, on jugea prudent de remplacer par des fils de soie le cordonnet de cuir avec lequel avaient été liées les artères venant de l'épiploon. Les lèvres de l'incision furent alors rapprochées au moyen de points de suture entortillée, placés à un pouce de distance les uns des autres. Des bandelettes agglutinatives remplirent leurs intervalles; et les cinq ligatures furent maintenues au dehors. La malade fut reportée à son lit. L'opération avait duré 45 minutes, dont 15 avaient été employées à l'extraction du liquide.

Pendant le cours des manœuvres nécessaires pour l'extirpation des deux ovaires, les intestins se présentèrent souvent. On avait d'abord cherché à les maintenir réduits; mais par la suite on jugea plus simple de les contenir doucement avec la main sans s'efforcer de les faire rentrer; et cette précaution fut très suffisante pour empêcher tout accident. En voyant à nu les intestins vides et comme flasques, on put s'applaudir d'avoir administré une purgation deux jours auparavant et une légère dose d'opium, la veille.

La malade avait supporté l'opération avec une héroïque constance, sans syncopes ni vomissemens. Les jours suivans, le pouls s'éleva et se maintint au-dessus de 100 pulsations. Mais il n'y eut ni douleurs vives à l'abdomen, ni autres symptômes inquiétans. Une seule saignée fut pratiquée dans la soirée. Le 12 juillet, la ligature des vaisseaux épiploïques tomba. La malade sortit en voiture le 20 du même mois. Le 26 septembre, les autres ligatures étaient détachées et la plaie se ferma. On s'assura alors que, selon toute apparence, l'opération avait non seulement débarrassé la malade des ovaires altérés, mais qu'elle l'avait aussi guérie de l'ascite; car ni à la vue, ni au palper, il ne fut possible de reconnaître la présence d'un liquide dans la cavité abdominale.

(1) Nous avons transcrit avec un véritable plaisir cette partie de l'observation. Il y a dans cette conduite calme et prudente un modèle bien digne d'être imité par tous ceux qui ont à pratiquer des opérations hasardeuses, et dans les cas surtout où la vie n'est pas immédiatement compromise par la maladie.

(NOTE DU RÉDACTEUR.)

REMARQUES SUR LES PLAIES QU'ON SE FAIT EN DISSÉQUANT; par M. HAYWARD.

Ce sujet intéresse trop directement les médecins pour qu'on doive laisser passer, sans le publier, le moindre document susceptible de l'éclairer. C'est pour cela que nous avons cru devoir extraire du travail de M. Hayward les deux propositions suivantes, lesquelles qui présentent quelque chose d'original.

Les accidens qui suivent les plaies reçues pendant la dissection ne tiennent pas toujours à l'absorption d'un principe septique. Souvent ils ne se développent chez certains sujets que parce que la constitution de ceux-ci était, en ce moment, plus irritable que d'habitude. C'est pour cela que les élèves en médecine en sont rarement atteints au début de leurs études, quoique leur inexpérience les expose alors bien davantage à se blesser. Mais, plus tard, lorsque leur santé s'est altérée par le séjour à l'amphithéâtre, par la vie retirée et sédentaire qu'ils mènent, les moindres piqûres se compliquent fréquemment chez eux de désordres généraux.

Il ne faudrait pas cependant nier pour cela la possibilité d'un véritable empoisonnement miasmatique dans quelques circonstances. Deux faits suffiraient au besoin pour le prouver; d'un côté l'on voit parfois des accidens se développer au milieu de l'état de santé le plus florissant et hors des influences que nous venons d'indiquer. En second lieu, il est bien reconnu que ces sortes de piqûres sont plus ou moins dangereuses, selon le genre de la maladie à laquelle a succombé le sujet qu'on dissèque. C'est ainsi que les cadavres de malades enlevés par la péritonite et surtout par la péritonite puerpérale exposent particulièrement aux accidens généraux ceux qui se blessent en les ouvrant.

Quant au traitement, l'auteur recommande d'une manière toute spéciale l'application d'un vésicatoire tout autour de l'avant-bras. En général,

dit-il, je n'ai jamais vu l'inflammation et la douleur se propager ensuite au-dessus du point sur lequel le vésicatoire avait été placé.

DE LA FRÉQUENCE DE L'ALIÉNATION DANS LA POPULATION NOIRE DES ÉTATS-UNIS; par le docteur J. JARVIS.

Plusieurs tentatives ont été faites pour arriver à quelques résultats intéressans sur la fréquence de l'aliénation chez les différentes variétés de l'espèce humaine; mais, jusqu'à ces derniers temps, tous les résultats obtenus n'avaient aucune valeur, parce qu'ils étaient tous dus à des efforts individuels, et reposaient sur des recherches nécessairement très bornées. Une occasion bien favorable se présenta en 1841 d'éclairer cette question aux Etats-Unis, où les deux races blanche et noire existent si rapprochées, mêlées même à l'état de liberté et d'esclavage : c'est lors du dernier recensement décennal. Par une disposition spéciale, la loi qui ordonna le dernier recensement voulut que les agens chargés de le faire, en relevant le nombre des blancs et des noirs dans chaque district, indiquassent également celui des aliénés et des idiots de chacune de ces couleurs. Jamais plus bel espoir n'avait été offert aux partisans de la statistique et des études auxquelles convient cette méthode, et tous ceux qui s'intéressaient à cette question attendaient avec impatience la publication de ce recensement, qui fut faite en gros volumes in-folio, après que les élémens en eurent été revus et corrigés au ministère de l'intérieur.

Le tableau suivant présente le résumé sommaire des documens nombreux contenus dans ce travail, qui comprend à la fois, mais séparément, les quinze Etats du Nord et les quinze Etats du Sud.

	Population blanche.	Chiffre des aliénés.	1 sur
Etats du Nord....	9,557,065	9,693	995
Etats du Sud.....	4,632,153	4,900	945
Total	14,189,218	14,593	978
	Population noire.	Chiffre des aliénés.	1 sur
Etats du Nord.....	171,894	1,191	144,5
Etats du Sud......	2,701,491	1,734	1,557,9
Total.......	2,873,385	2,925	982

Ce résultat frappa vivement l'attention aux Etats-Unis, et fut aussitôt reproduit par tous les organes de la presse périodique; et quelqu'étonnant, quelqu'inattendu qu'il fût, on ne pouvait le mettre en doute sans détruire l'autorité d'un livre publié par le gouvernement et revêtu de toutes les conditions désirables d'authenticité. Le fait qui avait le plus frappé, dans ces résultats numériques, c'était l'immense disproportion entre la fréquence de l'aliénation dans la race nègre dans les Etats du Nord, où elle est libre, et dans ceux du Sud, où elle est dans l'esclavage; car il en ressortait que les nègres et les mulâtres du Nord comptent 1 aliéné ou 1 idiot pour 144 d'entre eux, tandis que, dans les Etats du Sud, la population de la même couleur ne comptait qu'un seul aliéné sur 1558, ce qui supposait que la disposition à la folie était 11 fois plus forte chez le noir libre des Etats du Nord que chez le noir esclave de ceux du Sud. Ce résultat déjà si prodigieux, considéré en masse, c'est-à-dire dans tous les Etats réunis en deux catégories, l'était bien plus encore si on l'examinait dans chacun des Etats en particulier. Ainsi, il résultait du recensement que, dans le Maine, on comptait 1 nègre aliéné ou idiot sur 14; dans le Michigan, 1 sur 27; dans le New-Hampshire, 1 sur 28; et dans le Massachusets, 1 sur 43.

Ces chiffres, aussi défavorables aux Etats où l'esclavage n'existe pas, furent reçus avec une espèce d'enthousiasme par un certain parti, au moment où une scission très profonde se manifestait entre les Etats du Nord et ceux du Midi, et les journaux de ces derniers ne manquèrent pas d'y puiser des raisons contre l'émancipation de l'esclavage. « Les esclaves, dit le MESSAGER DU SUD, seront consolés par l'annonce que, bien qu'ils soient soumis à la volonté d'un autre homme, leur raison ne sera pas troublée par les folles illusions ou par l'abrutissante idiotie dans lesquelles tombent leurs frères des Etats du Nord, qui se gouvernent eux-mêmes. »

Il était de l'intérêt général, sous les points de vue scientifique et politique, de rechercher si ces résultats étaient réellement l'expression des faits, et si les conclusions que l'on en tirait déjà en faveur du maintien de l'esclavage dans les Etats du Sud, et qui menaçaient d'envahir la science, méritaient quelque attention. C'est ce qu'a entrepris M. Jarvis, dans le travail que nous avons sous les yeux et où sont signalés des milliers d'erreurs répandues dans le recueil imprimé par ordre du gouvernement des Etats. Nous ne signalerons aucune de ces erreurs, ce qui entraînerait dans des détails hors de propos et sans autre intérêt que leur résultat, et il nous suffit de nous être élevé contre l'autorité que l'on allait donner, jusque dans la science, à ces chiffres mensongers et pourtant d'origine officielle. Aujourd'hui que la statistique commence à être cultivée sur une si grande échelle par la race anglaise, il est bien important de ne point ajouter une foi illimitée aux nombreux résultats que cette méthode obtient chaque jour.

NOTICE SUR L'HISTOIRE ET LES PROPRIÉTÉS DU SULFATE DE POTASSE; par le docteur BOMEYN BECK.

Cet article ne contient rien de nouveau sur l'histoire, sur les propriétés du sulfate de potasse et n'offre d'intérêt que sous le point de vue de l'étude des propriétés toxiques que possède ce sel lorsqu'il est administré à haute dose. Aux faits déjà publiés par MM. Bayard, Chevallier et Moritz et qui ne permettent pas de douter de la réalité de ces propriétés dans certaines conditions, l'auteur en ajoute un quatrième recueilli en Angleterre, mais qui n'offre réellement que peu d'intérêt. La dose administrée à la femme qui en était le sujet et qui était enceinte de trois à quatre mois ayant été tellement considérable que la mort facilement aurait pu être attribuée à la simple action mécanique les phénomènes qui ont précédé la mort n'ayant été ni décrits ni observés.

OBSERVATIONS SUR LA PATHOLOGIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par le docteur AUSTIN FLINT, de Buffalo.

Sous ce titre, nous trouvons une histoire de *l'irritation spinale*, en désignant sous ce nom le groupe de phénomènes morbides décrit par le docteur Griffin et plusieurs autres médecins anglais et dont presqu'aucun médecin français ne s'est occupé, nous dirons plus, dont presqu'aucun n'a compris la portée, la valeur, ni même le caractère principal. De leur côté, les médecins américains avaient dans les commencemens de cette étude tellement exagéré les limites de l'irritation spinale que cette maladie devait envahir plusieurs ordres du cadre nosologique et qu'en dernier résultat on cessa en Amérique de s'occuper de l'étude de cette affection; c'est au moins ce qui ressort de la lecture de l'introduction de cet article. « Le plus souvent, dit l'auteur, on a ri de l'examen de la colonne vertébrale comme d'une démonstration mécanique ou au moins comme d'une manœuvre inutile, et aujourd'hui même la plupart des praticiens, s'ils ne tournent pas cet examen en ridicule, le négligent complètement dans leur pratique particulière. Tandis que quelques hommes affirment que, dans les deux tiers au moins des cas pour lesquels ils sont appelés, la moelle épinière offre des troubles plus ou moins importans, d'autres n'en tiennent aucun compte dans les élémens de leur diagnostic. Cependant l'époque est arrivée où l'on peut dire avec raison que tout médecin instruit qui tient à se croire au courant de l'état actuel de la science doit être familiarisé avec cette étude. »

Nous voudrions pouvoir suivre M. Flint dans le tableau des 57 cas d'irritation spinale qu'il dit avoir observés et dont il rapporte une espèce de statistique, en examinant successivement et numériquement ces divers cas sous le point de vue des symptômes, de la constitution des sujets, de la durée de la maladie, de ses causes, de son traitement et de son diagnostic; mais ces résultats ne se prêtent point à l'analyse; nous nous bornerons à analyser ce qu'il dit de la manière de pratiquer l'examen de l'épine et l'une des observations qu'il a rapportées à la fin de son travail. Le procédé qu'il préfère pour cet examen est la pression sur le trajet de l'épine avec la face palmaire du pouce et l'index fléchi sur la seconde phalange. Bien que cet examen soit extrêmement simple, il est cependant nécessaire de le faire avec attention pour en retirer tout le fruit possible. Une pression subite et de courte durée est souvent insuffisante dans les cas obscurs. Cette pression commencée d'abord avec douceur doit être ensuite augmentée graduellement et doit porter sur l'intervalle qui existe entre chaque apophyse épineuse, en sorte que la force employée porte à la fois sur les portions latérales et postérieures de la colonne, sur chacune des vertèbres et sur chacune des apophyses épineuses, les doigts étant disposés de manière à agir directement et latéralement. La meilleure position où le malade puisse être est d'être assis, le corps penché en avant et les coudes appuyés sur les genoux. La femme doit avoir ôté son corset; mais il sera utile de laisser un linge entre les mains de l'examinateur et la peau pour empêcher que l'impression produite sur la peau soit par le froid de la main, soit de toute autre façon, ne soit confondue avec celle que produit la pression. Quelle que soit la délicatesse ou la faiblesse d'un individu, toutes les fois qu'il est bien portant la pression sur le rachis exercée même avec force est supportée sans difficulté.

Nous ne décrirons pas les phénomènes que détermine cet examen chez les personnes qui sont affectées d'irritation spinale; ils ont été rappelés tant de fois dans ce recueil qu'ils sont présens à l'esprit de tous ceux qui attachent quelque importance aux études pratiques. Nous terminerons cette courte notice par le récit du fait suivant.

Obs. — Madame S..., âgée d'environ 50 ans, maigre, délicate, impressionnable, a contracté, il y a 6 semaines, une affection catarrhale avec toux et expectoration et pour laquelle elle ne suivit aucun traitement. Au bout de quinze jours, ces accidens disparaissent, mais il reste une toux sèche et fatigante, et la malade se plaint de douleurs qui changent tantôt dans les régions sternales, les épaules, les extrémités inférieure et supérieure, tantôt à la tête et sur différens points. Elle est frappée de son état, croit qu'elle n'en reviendra pas, est vivement émue par les causes les plus légères. pleure fréquemment et présente une susceptibilité nerveuse extraordinaire qui se manifeste de diverses manières. L'appareil musculaire est le siége d'une grande lassitude et d'une sensation de faiblesse prononcée. La malade est restée plusieurs jours au lit, se trouvant beaucoup mieux couchée; elle se plaint de battemens à l'épigastre et éprouve un tremblement général pour la moindre cause. Il y a une disposition habituelle à la constipation, de l'anémie, de la fréquence du pouls, de l'oppression, des palpitations, des sueurs froides et le refroidissement continuel des extrémités. La pression sur les vertèbres cervicales et dorsales est extrêmement douloureuse, et même exercée de la manière la plus légère, elle excite des quintes de toux prolongées. (A l'intérieur, on prendra 5 millig. de morphine toutes les six heures, avec la teinture de lavande composée. On appliquera un sinapisme sur les vertèbres dorsales.)

Le lendemain, 23 novembre, la malade se dit beaucoup mieux; elle est plus forte et moins nerveuse. (On prescrit le fer avec l'aloès, un liniment sur l'épine le soir et le matin, et on continue le sulfate de morphine à la même dose.)

Le 24, elle est assise, dit que depuis longtemps elle n'était pas aussi bien. (Déjà on avait appris qu'elle souffrait longtemps avant son catarrhe.) La pression sur l'épine ne détermine plus de toux, bien qu'elle soit encore très douloureuse; on continue le même traitement. Au bout de quelques jours, la malade se lève sans incommodité ni fatigue, recouvre l'appétit et n'éprouve plus de douleur par une pression même forte sur l'épine.

DU POULS CHEZ LES ALIÉNÉS; par le docteur Pliny Earle.

L'objet de ce travail est d'étudier le pouls chez les aliénés en le considérant spécialement sous le point de vue du diagnostic. Mais comme l'auteur se borne à y signaler les résultats obtenus par lui-même et par M. Brigham en Amérique, et en France par MM. Leuret et Mitivié, et publiés depuis longtemps; comme surtout il n'appuie son opinion que sur les recherches des auteurs français que nous venons d'indiquer, nous ne le suivrons point dans ses citations et nous nous bornerons à dire qu'il conclut de tous ces faits qu'en général le pouls est plus fréquent chez l'aliéné que chez l'homme sain. Cependant il fait ressortir avec attention combien cette conclusion générale est difficile à appliquer, et est presque toujours inapplicable aux cas particuliers. Il admet pourtant qu'on pourra s'en servir en médecine légale dans les cas où il sera question de sauver ou de prolonger la vie, mais jamais lorsqu'il s'agira de condamnation grave, et surtout de condamnation à mort. Il rappelle l'application qui en fut faite aux États-Unis d'une manière bien honorable et dans des circonstances d'une extrême gravité. Pendant la révolution américaine, en 1794, deux hommes furent condamnés pour trahison dans les comtés septentrionaux de la Pensylvanie; mais l'un d'eux ayant semblé perdre la raison après la condamnation, on consulta un médecin, qui déclara que la folie n'était que simulée. Le général Washington, alors président des États-Unis, convoqua une consultation de médecins, et les docteurs Shippen, Samuel, Griffith, et l'auteur lui-même furent réunis dans ce but. L'homme parla avec incohérence sur plusieurs choses, et il restait réellement du doute sur l'état de son intelligence quand le docteur Earle proposa d'examiner le pouls; on le trouva plus fréquent, de 20 pulsations qu'il ne devait être à l'état normal. Le docteur Shippen ayant attribué cette altération à la peur, M. Earle fit compter les pulsations de son compagnon de crime et de frayeur, et le trouva tout à fait normal sous le point de vue de la force et de la fréquence. Les quatre médecins se réunirent alors pour affirmer que l'homme qu'on soupçonnait de feindre l'aliénation en était réellement atteint. Son exécution, ainsi que celle de son compagnon, fut remise à deux mois; au bout de ce temps, la clameur populaire était apaisée, et ils reçurent leur grâce.

DE L'EMPLOI DE L'EUPATORIUM PERFOLIATUM DANS LE TRAITEMENT DE LA GRIPPE ÉPIDÉMIQUE; par le docteur Peebles.

La grippe présente dans son cours des phénomènes si compliqués et offre des indications en apparence si opposées qu'il en résulterait, suivant l'auteur de cette communication, la nécessité d'employer simultanément ou presque en même temps des médicamens antagonistes. La douleur des reins et des membres, le sentiment de lassitude et de prostration universelle, la toux incessante, la dyspnée, la céphalalgie grave, cet état particulier de la surface cutanée qui, à de courts intervalles et sans présenter aucun trouble intérieur dans sa température extrême, passe du frisson au sentiment d'une chaleur ardente, la faiblesse et les vacillations du pouls sont des symptômes qui semblent réclamer des moyens différens, trop souvent opposés, tels que les antiphlogistiques, les évacuans, les diaphorétiques et les toniques. L'*eupatorium perfoliatum*, si nous l'en croyions, posséderait toutes ces propriétés à la fois et remplirait à lui seul toutes ces indications.

Cette plante, désignée vulgairement sous le nom de *boneset* (qui calme les os) à cause de la rapidité avec laquelle elle calmait les douleurs des membres et de tout le système musculaire d'une maladie grave qui régna dans le pays il y a déjà bien des années. C'est pour cette même propriété qu'on l'employa aussi contre la grippe et avec un succès aussi complet qu'on pouvait le désirer; non seulement les douleurs des membres et la lassitude générale disparaissaient aussitôt que l'économie avait été mise sous l'influence de ce moyen, mais cé dernier agissant comme diaphorétique et avec une notable énergie, bientôt, sous son influence, la toux diminuait la dyspnée disparaissait, ainsi que l'irritation de la poitrine qui est si prononcée dans quelques cas de grippe; en sorte qu'aux propriétés déjà mentionnées nous devons joindre celle d'expectorant. La propriété tonique n'est pas moins évidente quand on voit disparaître, comme M. Peebles l'affirme ici, après quelques tasses d'infusion d'eupatorium, cette prostration, ce sentiment d'anéantissement si prononcé dans la grippe de 1823.

Mode d'administration. Dans les cas les plus graves, on donne chaque demi-heure une tasse d'infusion de feuilles sèches, dans la proportion d'une once pour une pinte d'eau bouillante. A la quatrième ou cinquième dose il survient des nausées considérables, quelquefois des vomissemens, suivis d'une abondante diaphorèse et d'un soulagement immédiat. On ne donne plus alors l'infusion que toutes les trois ou quatre heures. Il survient quelques selles au bout de six ou de huit heures; puis tous les accidens cessent et le malade est guéri du quatrième au cinquième jour.

CAS DE POLYPE UTÉRIN EXPULSÉ PAR L'ACTION DU SEIGLE ERGOTÉ; par M. Garden.

Obs. — M. Garden fut appelé en 1841 auprès d'une femme affectée de métrorrhagie. Habituellement malade d'une leucorrhée, elle avait toutes les deux ou trois semaines une perte de sang, accompagnée de douleurs qu'elle comparait, quoique moins violentes, à celles de l'accouchement. Cet état durait depuis huit ou dix mois. Après l'avoir saignée et purgée, l'auteur ordonna de lui faire prendre quatre ou cinq fois par jour 25 centigrammes de seigle ergoté, et de continuer pendant tout le temps que l'hémorragie durerait.

Malgré ce traitement, l'écoulement sanguin persista. Mais M. Garden, qui avait, dans d'autres cas analogues, obtenu les meilleurs résultats du seigle ergoté, le fit continuer. Cependant, huit jours après en avoir fait commencer l'usage, il fut appelé auprès de la malade dont les douleurs étaient allées en augmentant. Examinant alors les parties génitales, il trouva, remplissant le vagin et le col, une tumeur dense et fibreuse, aussi volumineuse que la tête d'un fœtus à terme. Quelques parties s'en étaient déjà détachées la nuit précédente, et elle exhalait une fétidité insupportable. Il fut impossible de distinguer le point sur lequel elle s'attachait à la paroi utérine. La masse morbide continua à diminuer ainsi, grâce à des injections réitérées qui en entraînaient chaque fois quelques portions; et, en peu de jours, elle tomba en totalité. La cause de ses indispositions une fois enlevée, la femme reprit bientôt sa santé primitive.

L'examen direct des parties malades n'ayant point été fait, dans ce cas, avant de commencer l'emploi du seigle ergoté, on ne peut déterminer avec précision si cet agent a été la cause unique des efforts d'expulsion, ou s'il n'a fait qu'aider un mouvement déjà spontanément établi dans ce sens. Mais, quoiqu'il en soit, on ne saurait lui refuser une large part dans la production des contractions qui ont si heureusement terminé la maladie.

CAS D'EXTIRPATION DE LA GLANDE PAROTIDE; par M. McClellan.

La possibilité d'enlever impunément la parotide en entier est encore contestée par beaucoup d'auteurs, malgré les exemples, assez concluans à notre sens, publiés par Kirby, Béclard, MM. Gensoul, Lisfranc, etc. Les chirurgiens qui ont voulu démontrer la réalité de l'ablation complète de la glande s'y sont pris de diverses manières; les uns ayant soumis à l'examen la partie enlevée ont reconnu et cherché à faire reconnaître qu'elle était bien effectivement constituée par toute la parotide; d'autres ont argué de ce que, après l'opération faite, ils avaient pu s'assurer que

le conduit auditif, l'articulation de la mâchoire, en un mot, les parties qui limitent la parotide ont été vues parfaitement isolées et à découvert. Quelques opérateurs ont même pu constater par l'examen sur le cadavre que la parotide avait été entièrement emportée. L'observation suivante ne contient ni l'une ni l'autre de ces espèces de preuves : peut-être cependant ne paraîtra-t-elle pas moins concluante aux yeux de ceux qui puisent les élémens de leur croyance bien plus dans le caractère du narrateur que dans les argumens qu'il accumule à l'appui de son dire.

Obs. — Une femme âgée de 50 ans consulta M. McClellan, pour une tumeur ulcérée de la région parotidienne, qu'il reconnut pour être de nature cancéreuse. Des applications de caustique avaient déjà été faites sans succès. L'extirpation fut jugée le seul remède efficace. Avec l'aide de MM. Boggs et Heatherington, l'auteur commença l'opération en cernant par une incision circulaire la glande, sur laquelle la peau était dans un état qui ne permettait point de songer à la conserver. Il disséqua alors la glande, prenant sa surface pour guide, et coupant profondément entre l'oreille et la mâchoire. Les artères maxillaire et temporale furent divisées et liées. La dernière saigna beaucoup; et ce ne fut qu'après l'avoir tirée à l'aide du ténaculum qu'on détacha la glande dégénérée du creux qu'elle occupait. La plaie guérit en peu de semaines. Le nerf facial ayant été coupé, il s'ensuivit une paralysie du côté correspondant de la face.

Ce fait s'est passé en mai 1805; M. McClellan, qui fut l'opérateur, existe encore. Il est maintenant âgé de 83 ans et pratique de temps en temps quelques opérations importantes. Voici les paroles par lesquelles il termine son récit. L'aveu naïf qu'elles contiennent nous semble la meilleure garantie de l'authenticité du fait. « Je raconte ce cas pour faire voir combien un chirurgien inconsidéré a quelquefois de bonheur dans sa pratique; car à l'époque où je fis cette extirpation je n'avais encore rien lu sur ce sujet. Si j'avais eu alors connaissance des opinions émises sur les dangers de cette opération, nul doute que je n'eusse répugné à l'entreprendre. D'après cet exemple, il me semble étonnant que beaucoup d'écrivains aient déclaré l'ablation complète de la glande impraticable. Mais si leur avis m'eût été connu, il m'eût probablement détourné d'une tentative aussi hasardeuse. »

Quant à la ligature préalable de la carotide, M. McClellan dit seulement qu'elle rend le manuel de l'opération plus facile, mais qu'elle ajoute quelques risques de plus à ses chances défavorables.

II. THE NEW-YORK JOURNAL OF MEDICINE AND THE COLLATERAL SCIENCES.

Le numéro de janvier 1844 contient les travaux originaux suivans : 1° *Des effets de l'opium sur les enfans*; par M. Beck. 2° *Cas d'extirpation d'un polype utérin*; par M. Quackenbusb. (Cas très simple; guérison au moyen de la ligature.) 3° *Recherches sur quelques points de pyrétologie : de la gastro-entérite comme cause ou comme phénomène concomitant de la fièvre*. 4° *Remarques sur une forme particulière de paralysie*; par M. Buel. 5° *Quelques réflexions sur les hypothèses de l'école chimico-physiologique*; par M. Caldwell. 6° *Cas de lithotripsie*; par M. Goldsmith. (Malgré son grand âge (81 ans) et des rétrécissemens urétraux qu'il fallut d'abord détruire, le patient fut guéri en quelques séances. Mort deux mois après, on reconnut à l'autopsie que les parois de la vessie avaient près d'un demi-pouce d'épaisseur, et que leur surface interne était recouverte d'une substance semblable à de la matière cancéreuse. L'auteur ajoute que, d'après cet exemple, on serait autorisé à pratiquer la lithotritie malgré une affection organique très avancée de la vessie.) 7° *De l'influence de l'opium sur la fonction de la menstruation*; par M. James Smyth.

REMARQUES SUR UNE FORME PARTICULIÈRE DE PARALYSIE; par M. BUEL.

Cette espèce de paralysie, que l'auteur dit n'avoir vu décrite dans aucun livre, affecte les nerfs et les muscles de l'avant-bras, de la main, du pouce et des doigts, produisant dans ces parties la perte du pouvoir musculaire ainsi que de la sensibilité, depuis le coude jusqu'à l'extrémité des doigts. Les mouvemens de l'avant-bras sur le bras dépendant entièrement des muscles situés au-dessus du coude ne sont pas compromis. Quant aux mouvemens de la main et des doigts, tantôt ils sont abolis en totalité, tantôt quelques-uns d'entre eux persistent. Quand on soulève la main, elle retombe dans une demi-flexion passive; mais il serait impossible au malade de saisir un objet entre le pouce et les doigts, non plus que de fléchir activement ceux-ci de manière à serrer un objet contre la paume de la main.

La sensibilité est moindre en bas qu'en haut de l'avant-bras : aux doigts, elle a complètement disparu.

Les parties qui reçoivent l'influence du nerf cubital sont ordinairement plus paralysées, et quelquefois elles le sont seules.

Dans tous les cas que l'auteur a eu l'occasion d'observer, l'affection paraissait avoir été causée par la pression prolongée du poids du corps sur les nerfs de l'avant-bras durant le sommeil. Les malades rapportaient que, s'étant endormis la veille; sans aucun trouble dans la sensibilité ou la myotilité, ils s'étaient réveillés avec un engourdissement des parties qui viennent d'être nommées. Les principaux exemples de cette affection ont été observés chez des gens du peuple, occupés à des travaux pénibles; et dont le sommeil, après les fatigues de la journée, est ordinairement lourd et profond. Quelquefois on a pu soupçonner qu'il y avait eu aussi un narcotisme accidentel par suite d'excès dans les spiritueux. L'affection plus prononcée du nerf cubital serait une circonstance en faveur de la vraisemblance de cette étiologie; car on sait que, en tant que plus superficiel, il est plus exposé aux causes de compression.

M. Buel traita les premiers cas qui se présentèrent à lui par les frictions stimulantes sur le trajet des nerfs et par l'application de vésicatoires sur la face palmaire de l'avant-bras. Mais cette médication ayant échoué, il eut recours à de petits moxas placés au même point; et il s'en trouva parfaitement. Il faut en général deux ou trois moxas avant que la guérison soit complète; et celle-ci peut, par ce moyen, s'obtenir en deux ou trois semaines.

La description qu'on vient de lire ayant paru au rédacteur du journal présenter de frappantes analogies avec les paralysies partielles, suite de coliques saturnines, il soumit ses doutes sur ce point à l'auteur. Celui-ci, dans un appendice à son travail, répond à son critique qu'il ne peut admettre une semblable explication : 1° parce que, malgré les plus scrupuleuses recherches, il n'a pu découvrir que ses malades eussent préalablement subi l'influence de quelques préparations de plomb; 2° parce que la paralysie n'était pas chez eux accompagnée de constipation; 3° parce que son invasion a été subite; 4° parce que, dans tous les cas, la maladie a été guérie par un remède agissant d'une manière purement locale.

— Malgré cette réponse, nous conservons quelques doutes sur l'étiologie de cette singulière affection; et nous aimerions mieux encore admettre, comme le rédacteur, l'influence d'une maladie de plomb antécédente; que d'attribuer une perturbation aussi tenace du système nerveux à une cause à laquelle chacun de nous se trouve exposé tous les jours, sans qu'elle soit jamais suivie d'autre chose que d'un engourdissement passager.

INFLUENCE DE L'OPIUM SUR LES FONCTIONS MENSTRUELLES; par le docteur JAMES SMYTH.

Les faits suivans que nous analysons rapidement prouvent que l'opium pris à doses répétées a plus d'action sur la menstruation qu'on ne le croit communément.

Obs. I. — L... D..., pléthorique, 24 ans, provoqua, en 1837, un avortement pour les suites duquel un médecin lui prescrit des opiacés. Depuis cette époque jusqu'à ce moment (avril 1843), elle a eu recours chaque jour à l'emploi du laudanum, dont elle a augmenté graduellement la quantité, qui est aujourd'hui de 120 grammes par jour. Voici l'état dans lequel elle est maintenant : expression de stupidité, embonpoint, visage très coloré; état regulier des selles; les règles, qui n'avaient jamais été dérangées avant l'année 1837, n'ont pas reparu depuis.

Obs. II. M....i, âgée de 23 ans, de tempérament sanguin, a pris, il y a trois ans, une grande quantité de laudanum pendant la durée d'un rhumatisme aigu, et a continué à prendre la teinture d'opium jusqu'à ce moment (mars 1843) n en prenant pas moins de 120 à 180 grammes par jour depuis 1841. Elle a aujourd'hui bonne mine, a les joues bien colorées, jouit d'une bonne santé, mange très peu et n'éprouve aucun dérangement dans ses selles; mais ses menstrues, qui avaient été parfaitement régulières jusqu'à l'époque du rhumatisme, avaient depuis lors cessé complètement. Au mois d'avril 1843, se trouvant à la campagne pour quelque temps; et ne pouvant s'y procurer du laudanum, elle s'adressa à un médecin qui lui prescrivit un emménagogue à la suite duquel elle éprouva d'abord un léger, puis ensuite d'abondans retours des règles. Depuis qu'elle est revenue de la campagne, elle a recommencé à prendre le laudanum, mais à petite dose.

Obs. III. — S... S..., petite femme pléthorique, noire, âgée de 26 ans, menstruée régulièrement jusqu'en 1837. A cette époque, elle prend quelques doses de laudanum et le continue chaque jour pour calmer les douleurs causées par un *onychia maligna* du gros orteil du pied gauche. Elle continue à en prendre de 35 à 45 grammes par jour jusqu'en juin 1842, et, pendant ces cinq années, cesse complètement de voir ses règles. A cette époque, une opération ayant mis un

terme à ses souffrances, elle cesse de prendre le laudanum, et, le mois suivant, ses règles reparaissent et depuis sont revenues régulièrement et sans l'aide d'aucun secours.

Obs. IV. — R., âgée de 25 ans, de taille moyenne, robuste, tempérament sanguin, a un enfant âgé de 4 ans; il y a deux ans qu'étant alitée pour une fracture, elle fut obligée de prendre de l'opium pour obtenir un peu de repos et de sommeil; puis elle continua, élevant souvent la dose à 12 et 15 décigrammes dans les vingt-quatre heures, cessant quelquefois d'en prendre pendant deux ou trois mois pour recommencer encore à le faire pendant le même temps. Chaque fois qu'elle prend l'opium à dose élevée pendant plus d'un mois, ses règles cessent de paraître, mais reviennent au contraire quand elle cesse pendant quelque temps et sans le secours d'aucun emménagogue. Sa santé générale est bonne et elle n'a jamais éprouvé de constipation.

Obs. V. — S. R., âgée de 18 ans, noire, se plaint, en 1841, d'une augmentation en quantité et en fréquence de ses règles; elle est pâle, délicate et de tempérament nerveux et sanguin. Le pouls est fréquent et la tête semble vide. Ses règles ne se présentent jamais sous forme de caillots, et si l'on excepte la faiblesse, elle paraît pour le reste assez bien portante. Après avoir essayé en vain les moyens ordinaires, on lui prescrit une combinaison d'acétate de plomb, de camphre et d'opium à petites doses, mais fréquemment répétées. Ce traitement, commencé le quatrième jour de l'écoulement, est continué jusqu'à la fin et amène un grand soulagement. Peu de temps après, quittant la ville, elle se procure la copie de la prescription, et, sans consulter de nouveau, elle continue de prendre les pilules pendant près d'une année. Sous cette influence, les règles diminoent graduellement; l'année n'était pas écoulée qu'elles avaient entièrement disparu. Depuis, elle s'est mariée (le 2 septembre 1842), sa santé reste bonne; elle n'a pas pris d'embonpoint, mais la menstruation n'est pas revenue, et il n'y a point encore eu de grossesse; et, bien qu'elle ait renoncé aux pilules d'opium et qu'elle ait eu recours à l'emploi des emménagogues, les règles ne sont point encore revenues.

L'auteur avertit pourtant que les sujets des quatre premières observations étaient des courtisanes, il croit ne devoir modifier en rien les conclusions à tirer de ces faits, car les fonctions menstruelles sont beaucoup moins fréquemment troublées chez ces malheureuses femmes qu'on ne le croit communément. Celle qui est le sujet du second cas a assuré à M. Smyth qu'elle connaît plusieurs femmes qui prennent de l'opium habituellement et chez lesquelles les menstrues sont arrêtées, ce qu'elles attribuent à son usage.

L'auteur ne conclut pas de ce petit nombre de faits que l'usage de l'opium arrête toujours les règles, mais il y voit l'indication de recherches plus complètes à faire, d'abord pour constater jusqu'à quel point l'opium possède réellement cette propriété, et ensuite pour savoir si le même agent employé à doses régulières ne pourrait pas être prescrit avec avantage à l'époque de l'âge critique pour écarter ou prévenir les troubles menstruels, qui sont si fréquens dans ces conditions.

Une circonstance fort remarquable qu'ont présentée les sujets des cinq cas analysés ci-dessus, c'est que la suspension des règles n'a pas été suivie chez elles des accidens et des troubles qui surviennent habituellement à la suite des suppressions produites par d'autres causes; on, en d'autres termes, l'opium administré à doses continuelles a suspendu la périodicité utérine sans déranger aucune des autres fonctions vitales. Aussi M. Smyth regarde-t-il l'opium, sous le point de vue thérapeutique, comme exerçant une influence uniforme pour faire disparaître la périodicité, tandis que celle qu'il exerce comme narcotique serait moins uniforme, ainsi que le démontrent les cas nombreux où il ne calme pas.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 JANVIER.

MALADIES DE L'OREILLE MOYENNE ET INTERNE.

M. Wolf (de Berlin) lit sur ce sujet un mémoire dans lequel il indique un nouveau mode de traitement de ces affections. Ce qui caractérise, dit-il, la dernière période l'*otiatrique*, c'est le remplacement des injections liquides dans la trompe par l'introduction des substances gazeuses. Ce progrès doit être attribué à M. Deleau, qui a le premier démontré les inconvéniens de véhicules liquides et l'avantage des substances gazeuses, qui, par leur état même, sont analogues à l'air circulant naturellement dans l'oreille moyenne. Mais, d'un autre côté, les injections aqueuses avaient l'avantage de servir de véhicule à diverses substances médicamenteuses. M. Hubert Valleroux a conseillé, il est vrai, d'injecter, au moyen d'un soufflet de caoutchouc, de l'air atmosphérique chargé de particules résineuses et balsamiques. Ces substances, qui se volatilisent à une chaleur modérée, conviennent, en effet, souvent dans le catarrhe de l'oreille moyenne. Mais celles qui exigent, pour se volatiliser, un haut degré de chaleur ne peuvent pas être introduites dans la trompe par le procédé de M. Valleroux. Il s'agissait d'en trouver un qui permît de porter dans l'oreille moyenne toutes sortes de médicamens.

Voir le procédé imaginé dans ce but par M. Wolf.

Ce nouveau traitement consiste dans l'injection de la vapeur d'eau soit comme véhicule, soit comme remède simple. Quelques médecins l'ont recommandée avant M. Wolf; aussi ne peut-on dire que ce traitement soit absolument nouveau. Mais ce qui est nouveau, c'est l'appareil imaginé par l'auteur pour pratiquer ces injections. L'eau contenue dans un vase ordinaire en tôle et chauffée au moyen d'une lampe à esprit-de-vin, entre en ébullition et laisse échapper les vapeurs, qui montent par un tuyau dans un second vase beaucoup plus grand que le premier et contenant un troisième vase rempli d'eau froide, de manière que les vapeurs chaudes qui s'élèvent du premier vase sont obligées de passer au-dessous de celle eau froide avant de sortir par un petit tuyau qui se trouve à la périphérie du couvercle du grand vase à vapeur.

Par ce moyen simple, M. Wolf est parvenu à se procurer des vapeurs aqueuses d'une température telle qu'il les voulait, et par cela même, il avait la faculté d'introduire les substances les plus diverses dans l'oreille moyenne. Du reste, M. Wolf annonce qu'il suffit d'approcher le tube conducteur de l'ouverture de la trompe pour que la vapeur d'eau pénètre dans ce conduit, sans qu'il soit besoin de pratiquer le cathétérisme.

ÉTUDES DE PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE, FAITES AU MOYEN DE L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. Adolphe Chatin présente un mémoire dans lequel il s'est proposé d'étudier, à l'aide de l'acide arsénieux, les principales fonctions des végétaux, et plus spécialement ce qui est relatif à l'histoire des fonctions excrétoires.

L'auteur termine son travail, qui n'est que la première partie des recherches plus complètes qu'il se propose de faire sur les fonctions excrétoires des plantes, en signalant les applications suivantes à la chimie légale et à la thérapeutique.

1° L'élimination complète de l'acide arsénieux par les plantes prouve qu'il n'en peut rester de traces dans les céréales dont on a arseniqué les semences.

2° En comparant les résultats de ce travail à ceux que j'ai obtenus précédemment chez les animaux, on remarque que la chaleur a une influence pareille sur les effets toxiques, qu'il s'agisse de ceux-ci ou des végétaux. Cette analogie sur le seul point comparativement observé ne justifierait pas des essais entrepris par la thérapeutique, dans le but de reconnaître si un *air calme et humide*, *l'obscurité*, *l'électricité*, agissant par influence continue, ne seraient pas favorables à l'homme et aux animaux dans la première période de l'empoisonnement, et si, par contre, un *air agité et sec*, *l'éclat de la lumière*, etc., ne seraient pas, à leur tour, utiles vers celle seconde période, où, *l'absorption* ayant lieu, il faut faciliter *l'élimination?*

3° La neutralisation par le chlorure de calcium de l'acide arsénieux absorbé par les plantes et passé à l'état de combinaison saline avec les bases alcalines de leurs sucs, et la nature alcaline du sang des animaux, qui rend si vraisemblable la formation d'une combinaison analogue à la précédente, au moment même où ils absorbent l'acide arsénieux, indiquent suffisamment que le chlorure calcique doit être le contrepoison de l'acide arsénieux absorbé par l'homme et les animaux.

PÉTRIFICATION DES SUBSTANCES ANIMALES.

M. le docteur Montucci communique, au nom de M. l'abbé Baldacconi, conservateur d'histoire naturelle de Sienne, une note relative à un procédé que ce dernier a imaginé pour pétrifier les substances animales. Le moyen qu'il emploie est une longue immersion dans une solution très saturée de douze parties de bi-chlorure de mercure et d'une ou deux parties d'hydrochlorate d'ammoniaque. L'hydrochlorate d'ammoniaque paraît déterminer la pétrification complète et conserver la couleur naturelle des organes, qui ne se maintient pas si l'on emploie le bi-chlorure de mercure seul. L'auteur envoie comme pièce démonstrative un foie de chien pétrifié avec ses formes et ses nuances naturelles.

SUR LES SUBSTITUTIONS NERVEUSES.

M. le docteur Tavignot adresse une lettre sur les substitutions nerveuses.

Parlant de ce fait établi aujourd'hui d'une manière incontestable par un grand nombre d'expériences, qu'un nerf coupé, lorsqu'il est placé dans certaines conditions (la juxta-position des deux bouts), recouvre sa continuité et reprend ses fonctions, il s'est demandé si ce qui se passe entre les deux extrémités d'un même nerf n'aurait pas également lieu entre les bouts juxta-posés de nerfs différens. Voici, d'après les expériences de l'auteur, la solution de ce problème.

1° Si l'on étreint dans une même ligature deux cordons nerveux voisins l'un de l'autre dans le but d'opérer leur section simultanée, on ne tarde pas à voir se développer entre leurs quatre extrémités une sorte de *ganglion nerviforme*, qui leur est commun, et dans lequel les fibres des deux nerfs et leurs fonctions semblent confondues.

2° La section des deux nerfs, peu distans l'un de l'autre, pratiquée de manière à ce que le bout supérieur de l'un soit adapté au bout inférieur de l'autre, donne pour résultat la formation d'un nerf nouveau qui conserve intégralement ses fonctions.

La possibilité de *greffer* un nerf sur un autre, une fois bien démontrée, ouvrira naturellement la voie à diverses expériences nouvelles et propre à éclairer la physiologie du système nerveux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président donne lecture du discours qu'il a prononcé devant le roi, le 1er janvier, au nom de l'Académie et de la réponse de sa majesté.

Des remercîmens sont votés sur la proposition de M. Caventou au président sortant, M. Ferrus.

CANDIDATURE.

M. Baillarger écrit qu'il se porte candidat pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

MYOTOMIE RACHIDIENNE. — INCIDENT RELATIF A L'INSERTION DU MÉMOIRE DE M. MALGAIGNE.

M. Velpeau demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il se plaint que le mémoire de M. Malgaigne n'ait point été inséré avec le rapport dans le dernier numéro du Bulletin. Une difficulté, dit-il, paraît s'être soulevée à cet égard dans le sein du conseil; j'ai désiré avoir des explications là-dessus; M. le secrétaire du conseil m'a dit que le mémoire n'ayant pas été lu en totalité, le conseil avait dû délibérer pour savoir si l'on insérerait le mémoire en totalité ou en partie seulement, et que c'était là la cause du retard qui avait été apporté dans l'insertion. Je désirerais que M. Bousquet voulût bien s'en expliquer de nouveau devant l'Académie.

M. Bousquet: Ce n'est point par mes mains que le mémoire de M. Malgaigne a été envoyé à l'imprimerie, mais en partie par celles de M. le rapporteur et en partie par l'éditeur. Avant de le faire imprimer, le conseil a dû délibérer sur le mode de publication qu'il convenait d'adopter, et il a décidé unanimement qu'on n'imprimerait rien de ce qui n'avait pas été lu ou communiqué en séance. M. Velpeau ayant eu connaissance de cette décision du conseil, lui a adressé une lettre en réclamation. Sur son insistance le conseil en a délibéré de nouveau et a maintenu sa première décision.

M. Gaultier de Claubry: Il a été décidé par un vote de l'Académie, que le mémoire de M. Malgaigne serait imprimé dans le Bulletin. Le conseil ne peut pas aller contre cette décision, il devait se borner à la sanctionner.

M. Villermé: Il y a des précédens qui autorisent la décision du conseil.

M. Paul Dubois: Je ferai remarquer à l'Académie que les observations que le conseil n'a pas cru devoir faire imprimer sont des observations envoyées après coup. Non seulement elles ne faisaient point partie du mémoire qui a été lu devant vous, mais elles n'ont pas même été déposées sur le bureau, ni adressées à l'Académie; il n'en a même pas été question dans la discussion. C'est là ce qui a déterminé le conseil à agir comme il l'a fait. M. Gaultier de Claubry a dit avec raison que le conseil ne devait faire que sanctionner les décisions de l'Académie; c'est précisément par respect pour la décision prise par l'Académie que le conseil a agi ainsi. (Très bien.)

M. Velpeau: Les observations dont il s'agit font si bien partie du mémoire qu'elles ont été signées, parapbées par M. Roux, président de la commission et par moi-même, et elles sont si peu étrangères à la discussion qui a eu lieu à l'occasion de mon rapport, que c'est d'après ces observations que la commission a contrôlé les assertions contenues dans le mémoire. Ce sont ces observations, en un mot, qui ont fait la base du travail de M. Malgaigne et des recherches de la commission. Le reste n'était au contraire qu'un sommaire du mémoire. Je ne comprends pas d'ailleurs pourquoi on oppose tant de difficultés. Il arrive tous les jours qu'on ne lit devant l'Académie qu'une portion d'un mémoire; le reste est remis entre les mains de la commission; et lorsque l'insertion en est ordonnée, on publie le mémoire en totalité et non pas seulement le fragment qui a été lu. Il n'y a rien là qui ne soit parfaitement conforme aux usages de toutes les Académies.

M. Londe: Il y a, il me semble, un moyen très simple de trancher la question. Quel est le but du Bulletin? c'est de donner une relation fidèle de tout ce qui est lu et de tout ce qui se dit à l'Académie. Si les observations en question ont été lues elles doivent être insérées; si elles n'ont pas été lues leur insertion ne peut être ordonnée.

M. P. Dubois: Les observations que le conseil a décidé de ne point publier n'ont point été lues; elles ne sont point connues de l'Académie; elles ont été remises aux membres de la commission après la lecture; c'est une addition faite après coup. (M. Velpeau: Vous vous trompez. — Pas du tout.) Je voudrais par dessus tout que l'Académie ne se méprît pas sur l'intention du conseil. Il n'a agi qu'en vertu d'un principe; il n'a pas voulu que des observations qui n'étaient point annexées au mémoire, qui n'ont par conséquent pu être discutées et qui n'ont pu être connues de la personne qu'elles intéressaient fussent publiées dans le Bulletin.

M. Gerdy et M. Velpeau réclament à la fois la parole. M. Gerdy cède la parole à M. Velpeau.

M. Velpeau: Je ne voudrais certainement pas raviver une discussion qui pourrait avoir quelque chose d'irritant. On a parlé de la personne que ces observations pouvaient intéresser; je dois dire qu'elles ne sont pas de nature à lui être plus défavorables que les autres. Je répète d'ailleurs que ces observations ont été remises à la commission le lendemain de la lecture du mémoire. J'ajouterai même qu'elles lui sont parvenues, par suite de je ne sais quelles circonstances, avant la partie du mémoire qui a été lue, et qu'elle n'a reçue que plusieurs jours après. Ces observations sont inséparables du mémoire; sans elles, il n'aurait point de sens.

M. Gerdy: Toute cette affaire-là me fait assez l'effet d'une chicane. Il est arrivé cent fois que des mémoires ont été lus sans qu'on ait cru devoir lire les observations et les documens à l'appui. Des observations qui n'ont point été lues sont renvoyées à la commission comme pièces à l'appui. C'est ainsi qu'on procède toujours en pareil cas. Or, ici, on chercherait à établir que, parce que les observations n'ont pas été lues, afin d'épargner les instans de l'Académie, elles ne devraient pas être publiées, tandis que ces observations sont précisément le *fond* du mémoire, les *preuves* des *faits* avancés (1). Je comprends difficilement que le conseil ait cru devoir refuser d'insérer ces preuves, et que, sur un motif aussi futile, on veuille repousser des documens importans pour la science. Ne se rappelle-t-on pas d'ailleurs que, dans une circonstance récente encore, lors de la discussion sur les tumeurs fibreuses du sein, on a inséré dans le Bulletin des discours qui n'ont point été prononcés dans la séance.

M. Girardin pour une motion d'ordre: Il y a quelque chose qui me semble peu régulier dans la marche que l'on a suivie dans cette affaire. Il y a eu un vote de l'Académie, un vote qui a eu lieu même avec une certaine solennité; je ne vois pas en quoi le conseil avait à revenir là-dessus. D'ailleurs, quels sont les membres qui devraient être responsables de cette insertion, s'il y avait dans le travail en question quelque chose qui parût exiger une modification dans le mode de publication, ce ne seraient point les membres du conseil, mais les membres du comité de publication. Ce serait donc à ce comité qu'il faudrait renvoyer pour examiner.

M. Ferrus: Je présidais le conseil; je crois en conséquence devoir donner quelques explications. Je commence par repousser le mot de chicane employé par M. Gerdy: les membres du conseil sont tous au-dessus d'un pareil reproche. Le conseil a agi, dans cette circonstance, très mûrement et en dehors de tout esprit de partialité. Il a eu à délibérer sur ceci: Le Bulletin doit-il contenir des observations qui n'ont point été lues? Il a décidé cette question par la négative, non point à l'unanimité, mais à une grande majorité. On a dit que, dans une autre circonstance, on avait publié des discours qui n'avaient point été lus; mais il y avait eu vote dans ce cas. Le conseil s'est dit qu'en principe des observations qui n'ont point été lues et qui n'étaient point annexées au mémoire déposé sur le bureau de l'Académie ne devaient pas être imprimées.

M. Roux et M. Baudelocque se lèvent et parlent à la fois. Nous ne pouvons saisir une seule parole.

M. le Président: Une proposition a été faite par M. Girardin; je vais la mettre aux voix.

M. Dubois (d'Amiens), contre la proposition: La proposition de M. Girardin est fondée sur une erreur. Il assimile à tort le Bulletin aux mémoires. Le comité de publication auquel il propose de renvoyer le travail n'a à s'occuper que de la publication des mémoires, tandis que le Bulletin est confié aux secrétaires de l'Académie et au conseil. Je saisirai cette occasion pour dire que M. P. Dubois a parfaitement rendu compte de ce qui s'est passé dans le conseil. Le conseil avait été unanime d'abord dans sa décision; il n'y a eu ensuite une légère divergence entre ses membres qu'après la lettre de M. Velpeau. M. Mérat et moi n'avons pas été de l'avis de la majorité.

M. le Président: L'état de la question est de savoir si l'on doit ou non publier les documens qui ont été ultérieurement communiqués à la commission. (Oui, oui, c'est cela!)

M. Velpeau vivement: Non, ce n'est pas cela. Il ne s'agit point de documens ultérieurs, mais de documens qui font partie du mémoire et qui ont été remis à la commission le lendemain de la lecture, avant même la partie du mémoire qui avait été lue. On dit que l'Académie n'a pas eu connaissance de ces observations; mais par qui l'Académie a-t-elle connaissance des mémoires, si ce n'est par les commissions chargées d'en rendre compte?

M. Ferrus: Oui, lorsqu'il s'agit de mémoires communiqués; mais le mémoire a été lu. (Bruit, agitation. — La clôture!)

M. Barthélemy, contre la clôture: Il ne faut pas qu'on entraîne l'Académie dans un vote par surprise; la question est assez importante pour ne pas se prononcer légèrement. Il résulte de ce qui vient d'être dit que la seconde partie de ce que l'on appelle le travail de M. Malgaigne n'a pas été déposée sur le bureau, mais qu'elle est arrivée par une autre voie entre les mains de M. Velpeau (M. Velpeau: Je n'ai pas dit cela).... qu'elle lui est arrivée par anticipation. (M. Velpeau: Je n'ai pas dit cela. — Bruit, interruption.)

M. Velpeau, vivement: Il est des choses que je ne puis dire par respect pour certaines personnes.... On me forcera à les dire.

M. Ferrus avec force: Il faut les dire. (Vive agitation.)

M. Barthélemy reprenant et dominant le bruit: M. le Rapporteur vous a di

(1) Nous nous bornons pour le moment à la simple remarque qui suit. C'est contre nous, contre nos travaux, contre notre pratique, contre notre caractère que le mémoire sur la myotomie a été dirigé. Or, d'après la déclaration de MM. Velpeau et Gerdy, les observations particulières de l'auteur du mémoire sont la partie la plus importante de son travail, le *fond*, les *preuves* de ses assertions. Eh bien! non seulement on s'est arrangé de manière à ce que nous ne les vissions pas, mais même que nous en pussions soupçonner l'existence. On avait sans doute des motifs pour cela. — Ce procédé est une nouvelle application du système d'après lequel M. le rapporteur a cru devoir nous refuser communication de son rapport lu en notre absence. J. G.

qu'il y avait eu un retard dans l'envoi du mémoire, tandis qu'il a reçu les observations dès le lendemain. Donc ce n'est pas par la même voie qu'il les a reçues. Ce qu'il y a de certain, c'est que la seconde partie du travail n'est pas connue de l'Académie. On dit qu'il n'est pas nécessaire qu'elle ait été lue pour en voter l'insertion ; soit, mais au moins aurait-elle dû être analysée par le rapporteur, de telle sorte que nous en eussions pu apprécier la valeur, et je ne sache pas que cela ait été fait —Qu'est-ce que le BULLETIN ? On l'a dit, c'est le compte-rendu de ce qui s'est passé dans nos séances. Or, prenez garde qu'en suivant la voie que l'on vous propose aujourd'hui il ne devienne une arêne ouverte aux passions.

Je conclus, en disant que la seconde partie du travail n'ayant été ni lue, ni déposée sur le bureau, ni paraphée par l'un des secrétaires de l'Académie, n'ayant pas même été analysée par le rapporteur, ne doit pas figurer dans vos BULLETINS.

(Cette allocution, prononcée avec énergie, est suivie d'une certaine agitation).

M. LE PRÉSIDENT : Il a été fait deux propositions, je vais les mettre aux voix....

M. VELPEAU: Je dois auparavant rectifier une inexactitude de M. Barthélemy. Il a dit que les observations n'avaient point été analysées dans le rapport. C'est uniquement sur ces observations que roule le rapport tout entier.

M. FERRUS : M. Barthélemy a fait remarquer avec raison que les observations n'avaient été ni déposées, ni paraphées. Elles ne font donc réellement point partie du mémoire.

M. ROUX vivement : Je réclame la parole.

M. LE PRÉSIDENT : La question est assez éclairée pour passer au vote.

M. GERDY ; Non, la question n'est pas assez éclairée, puisque M. Velpeau n'a pas dit tout ce qu'il a à dire.

M. LE PRÉSIDENT : J'invite M. Barthélemy à formuler sa proposition.

M. BARTHÉLEMY ; Je persiste dans ma proposition, qui est de ne point imprimer les observations, et je le fais dans l'intérêt de la dignité de l'Académie.

M. ROUX : Je ne comprends pas qu'on puisse émettre des subtilités pareilles à celles que viennent d'émettre MM. Ferrus et Barthélemy. Les observations dont ils refusent l'insertion sont les documens sur lesquels reposent tout le mémoire, toutes les assertions de l'auteur. Ce mémoire serait sans intérêt du moment où on le dépouillerait de ses observations.

M. FERRUS: Je demande la parole pour un fait personnel (aux voix! aux voix!) Ce n'est point faire des subtilités que de se conformer au réglement. La commission n'avait pas le droit de s'emparer d'observations non paraphées.

(Le tumulte est à son comble. Plusieurs membres parlent à la fois. Cris : aux voix! aux voix!)

M. LE PRÉSIDENT agite à coup redoublés sa sonnette et ne parvient qu'à peine à dominer le bruit et à se faire entendre. — Deux propositions ont été faites, l'une..... (Sa voix est couverte par les interruptions; plusieurs membres s'élèvent à la fois contre la position de la question.)

M. GAULTIER DE CLAUBRY : L'Académie a-t-elle voté l'insertion d'un fragment du mémoire, ou bien l'insertion du mémoire en entier? Toute la question est là.

M. GIRARDIN : C'est le travail tout entier et non un fragment qu'il faut insérer.

M. RENAULDIN : Je demande qu'il soit fait lecture du procès-verbal de la décision prise sur cette insertion. C'est le seul moyen de mettre un terme à cette discussion.

M. FERRUS : Il y a un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est l'insertion du mémoire. Mais la question est de savoir si les observations en question font ou non partie de ce mémoire. (Oui, c'est cela.)

M. BOUSQUET : Il y a eu deux mémoires de M. Malgaigne, l'un, qui a été déposé sur le bureau et dont j'ai paraphé toutes les pages; un autre qui a été remis à M. Velpeau avec les observations qui ne se trouvaient point dans le premier.

M. VELPEAU : Il n'y a pas deux mémoires, mais un mémoire en deux parties, la première dogmatique, la seconde composée des preuves et documens à l'appui. La première partie, c'est là ce que je ne voulais pas dire, avait disparu des bureaux de l'Academie; c'est pour cela que je ne l'ai reçue qu'après les observations. — Il est étrange que les personnes qui ont intérêt à ce que je me taise me provoquent sans cesse (1).

M. P. DUBOIS : Je ne puis laisser sans rectification une erreur qu'on affecte de ne pas reconnaître. Il est établi en principe dans l'Académie qu'on ne doit insérer dans le BULLETIN que les mémoires lus en séance. C'est le principe auquel le conseil s'est conformé. Or, le mémoire tel que le conseil en a voté l'insertion est bien celui qui a été lu, et il comprend tout à la fois la partie dogmatique et les preuves. Quant aux autres preuves que l'on voudrait maintenant faire insérer, ce sont des observations surajoutées, envoyées après coup, mais qui ne faisaient point partie du mémoire lu et déposé sur le bureau. Il n'est donc pas juste de dire que le mémoire tel qu'il sera inséré ne contiendrait pas les preuves, car il y a toutes celles dont l'auteur avait accompagné son mémoire quand il en a fait le dépôt.

M. RENAULDIN insiste de nouveau sur la lecture du procès-verbal relatif au vote de l'Academie.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture de cette partie du procès-verbal.

M. FERRUS : Je demande la parole sur la position de la question.

UNE VOIX : L'ordre du jour : on ne peut pas revenir sur une décision du conseil.

(1) Les faits auxquels M. Velpeau a fait allusion seront éclaircis en temps opportun : les conséquences de ses insinuations seront portées par qui de droit.

J. G.

M. FERRUS : Je tiens à ce que personne ici ne puisse croire que le conseil a agi subreptivement ; il a agi conformément au réglement et en dehors de toute préoccupation de personnes. Quant à la question, il s'agit de savoir si l'on doit imprimer des observations envoyées ultérieurement à la commission.

M. BÉGIN : Je crois devoir rétablir les faits dans leur vérité, d'autant plus que c'est sur ma proposition que l'Académie a fait la décision dont il s'agit. L'Académie a entendu un rapport sur des principes et des faits ; il y a eu discussion là-dessus. L'Académie a décidé qu'afin que le public pût avoir toutes les pièces du procès sous les yeux, le mémoire serait imprimé dans le BULLETIN. Il va donc sans dire que ce n'est point seulement la partie dogmatique du mémoire qui doit être imprimée, mais les faits, les observations rapportées à l'appui et sur lesquelles il a été donné de part et d'autre des explications. Je n'accuse pas, et personne certainement n'accusera ici le conseil d'avoir mal agi dans cette circonstance, mais je crois qu'il s'est trompé et qu'il a mal interprété la décision de l'Académie.

(L'ordre du jour! l'ordre du jour!)

M. BOUVIER : Sur quoi l'ordre du jour? (Cris à l'ordre du jour sur tous les bancs.)

L'ordre du jour étant unanimement réclamé est mis aux voix et adopté.

Il est quatre heures et demie ; l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Laugier sur une affaire officielle.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

RECHERCHES HISTORIQUES ET CRITIQUES SUR LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ; par M. A. LACOUR, D. M., ancien interne de la Maternité de Lyon. — In 8° de 90 pages. Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Toutes les fois qu'une opération obstétricale d'une certaine importance a été proposée parmi nous, elle a soulevé des luttes violentes et passionnées. L'accouchement prématuré artificiel a eu ses mauvais jours, comme la section césarienne et la symphyséotomie, et ce n'est qu'au prix de rudes débats qu'il a pu obtenir en France son droit de cité définitif. Ce qu'il y a de singulier dans son histoire, c'est que ses plus ardens détracteurs étaient précisément ceux qui avaient le plus à se plaindre de ces deux opérations sanglantes, ceux qui eussent dû, ce semble, accueillir par conséquent avec plus de reconnaissance un moyen destiné à les rendre inutiles dans quelques cas. Ils n'en voulaient point cependant, criaient à l'immoralité et lui refusaient même les honneurs de la discussion !

Nonobstant cette réprobation, l'accouchement provoqué a été dans ces dernières années, en France, l'objet de monographies remarquables. Ces efforts n'ont pas été infructueux; ils ont réussi à faire admettre par plusieurs de ses adversaires une opération qui depuis près d'un siècle était adoptée en Angleterre, en Allemagne, en Hollande et en Italie. Déjà, et à diverses époques, la GAZETTE MÉDICALE a eu soin de faire connaître à ses lecteurs les travaux de MM. Dezeimeris, Stoltz, Paul Dubois. Comme dans une question aussi controversée que l'a été celle-ci, il importe d'en montrer toutes les faces et de signaler tout ce qui peut contribuer à l'éclairer, nous avons aujourd'hui à présenter un résumé des RECHERCHES très remarquables que M. Lacour vient de publier.

Ces RECHERCHES, ainsi que l'indique le titre, sont simplement *historiques* et *critiques* : c'est pour ainsi dire l'inventaire de la science sur ce point. L'auteur ne s'est pas contenté comme ses devanciers d'examiner la valeur de l'opération dans les cas d'étroitesse du bassin ; il discute toutes les circonstances dans lesquelles on a recommandé cette précieuse ressource. Grace à ce plan, son mémoire est à la fois une histoire complète de la parturition provoquée avant terme et une démonstration claire et précise de ce qu'on peut attendre d'elle.

Dans la partie consacrée à l'histoire des progrès de cette opération, figurent, avec un développement proportionné à l'importance de chacun d'eux, tous les travaux publiés sur la matière soit en France soit à l'étranger. A propos de la France, l'auteur en rendant pleine justice à M. Stoltz, qui, le premier dans notre pays, a provoqué l'accouchement avant terme, s'élève avec force contre certaines tendances assimilatrices que rend plus inexcusables encore chez leur auteur l'affectation habituelle d'une érudition complète, et qui sont incompatibles avec les sentimens d'équité qui devraient toujours régler la conduite des hommes dont la position et l'influence bien ou mal acquise font autorité parmi les élèves.

M. Lacour combat ensuite une à une les objections accumulées contre l'accouchement avant terme par Baudelocque, dont le jugement en tocologie a été longtemps considéré comme infaillible. Il lui est facile, à l'aide du raisonnement et de l'expérience, de battre en brêche ces argumens

plus spécieux que justes. Encore quelques années et l'on verra disparaître entièrement les préventions nées sous l'influence prestigieuse de la parole de ce grand homme. Peut être encore, ainsi qu'il arrive souvent après les vives et longues polémiques, devrait-on appréhender maintenant une réaction en sens inverse, comme on a pu le déplorer en Angleterre et en Allemagne. Mais, dit M. Lacour, « la prudence, la bonne foi et l'habileté des hommes chargés en France d'initier les jeunes médecins à la pratique des accouchemens, sauront les prémunir contre ces excès de zèle qui compromettent souvent les meilleures choses. Et si, contre leur attente et malgré leurs efforts, quelques enthousiastes exagéraient les avantages de la méthode qu'ils ont sanctionnée et justifiaient du moins en apparence les craintes de ses adversaires, on ne devrait y voir qu'un abus. Et de même que le mercure ou le quinquina, malgré d'imprudentes tentatives, n'en sont pas moins regardés comme des moyens héroïques, la provocation de l'accouchement prématuré a droit aussi à la même prérogative. »

L'auteur ne s'est pas contenté d'émettre ce vœu; il s'est appliqué à déterminer aussi exactement que possible les indications et les contr'indications de l'accouchement prématuré artificiel. Suivant lui il trouve surtout son emploi dans les cas de viciation du bassin par rachitisme. Il faut alors que le plus petit diamètre ait au moins 2 pouces 3/4; en effet, au-dessous de cette limite commence le domaine de la symphyséotomie et de la section césarienne. Au-dessus de 3 pouces 1/4 l'opération serait inutile, puisqu'on peut délivrer la femme par la version ou le forceps. Lorsque la déformation pelvienne a été produite par l'ostéo-malacie, il est impossible de poser une indication quelconque : ici la cause perturbatrice est incessante; et vouloir déterminer à l'avance la conduite à tenir serait s'exposer à de cruels mécomptes. En général le bassin est tellement défiguré par suite du ramollissement de sa totalité, que l'espace qu'il présente est rarement suffisant pour permettre la sortie de l'enfant avant l'époque de sa viabilité. M. Lacour recommande la même réserve lorsqu'il y a obstruction du pelvis par des tumeurs. Tout ce qu'il est alors permis de dire, c'est que si ces tumeurs sont fixes et résistantes, le rétrécissement qu'elles produisent doit être assimilé à celui qui est le résultat de la déformation par rachitisme, et dès-lors les indications thérapeutiques sont les mêmes.

Dans les cas de maladie grave de la femme, l'indication est encore plus incertaine; plus que jamais elle réclame un tact exercé et réside presque tout entière dans le génie de l'accoucheur. Rien de plus prudent d'ailleurs et de plus digne à la fois de faire règle que le langage de l'auteur sur ce point délicat: « Loin de regarder, dit-il, la provocation de l'accouchement prématuré comme le spécifique des grossesses laborieuses, on ne doit y voir qu'un *remède extrême* qui ne doit être mis en usage que lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de sauver la mère, ou si l'enfant est en danger de succomber. »

Dans le cas de mort du fœtus, Mai et Osiander ont proposé de provoquer son expulsion, parceque, selon eux, sa présence peut compromettre la santé de la mère. Denman semble pencher vers la même opinion. M. Lacour au contraire nous a paru désapprouver un semblable conseil. Cependant il ne formule pas sa pensée d'une manière explicite. Nous aurions désiré, à l'égard d'un point aussi important à bien fixer, un jugement plus nettement exprimé. Il proscrit au contraire sans hésiter l'opération dans les grossesses tardives, malgré l'insistance du professeur de Ritgen, de Giesen, alléguant, entr'autres motifs, qu'il est impossible de reconnaître dans la plupart des cas si la gestation s'est réellement prolongée au-delà du terme ordinaire.

Après avoir indiqué la marche à suivre dans la primiparité, les grossesses doubles, les présentations vicieuses, l'auteur aborde la médecine opératoire, la partie manuelle de la parturition provoquée et discute la valeur des divers procédés. D'après lui les *moyens généraux*, tels que le borax et les emménagogues, doivent être rejetés de la pratique; ce sont des agens infidèles et dangereux. L'ergot de seigle mérite seul d'être conservé comme adjuvant des *moyens locaux*. Ceux-ci ont sur les premiers une supériorité incontestable à cause de leur efficacité presque constante. Mais parmi eux le choix est loin d'être indifférent. Ainsi le *tamponnement* est souvent insuffisant; et malgré les succès de Schæller, il ne doit inspirer qu'une médiocre confiance. Le *décollement* des membranes vanté par Hamilton est si fréquemment inexécutable qu'on doit y renoncer pour des méthodes plus sûres et d'une application plus générale.

Aujourd'hui que la *ponction* et la *dilatation* sont bien connues, les praticiens ont abandonné à peu près généralement toutes les autres voies d'exécution : mais ils sont encore partagés sur la question de savoir à laquelle des deux la préférence doit être accordée. M. Lacour fait observer avec raison que la dilatation a l'avantage de procurer à la fois et sans aucune violence la dilatation du col de la matrice, le décollement des membranes et une excitation légère de la partie inférieure de l'utérus. En outre, les contractions naissent tout aussi bien avec elle que par l'action du trocart, puis l'œuf restant intact, le fœtus n'a rien à craindre de la prolongation du travail. Du reste la ponction a des indications spéciales et elle mérite par là d'être placée au nombre des procédés à conserver. C'est ainsi qu'elle convient parfaitement lorsqu'on veut provoquer l'accouchement dans un cas de maladie grave et qu'il est urgent de faire cesser la distension de l'utérus.

La dernière partie du mémoire de M. Lacour est consacrée à l'exposé des suites de l'opération et à la comparaison de ses résultats avec ceux de la section césarienne et de la symphyséotomie. La différence est si grande en faveur de l'accouchement provoqué, qu'on a peine à comprendre l'opiniâtreté de certains hommes à rejeter encore une opération qui a déjà rendu tant de services à l'humanité.

Et ce qu'il y a ici d'étonnant, de véritablement monstrueux, c'est qu'elle a été repoussée au nom de la religion, de la morale et des lois. Et pourtant, ajoute M. Lacour : « Le but avoué et presque toujours atteint de cette opération est de chercher à sauver l'enfant et à soustraire la mère à des maux incalculables. Quant à ceux qui prétendent, par un esprit de sévérité sans excuse, que personne n'a le droit de forcer contre le vœu de la nature l'expulsion du fruit de la conception avant qu'il ait acquis sa maturité complète, ils renouvellent la proscription lancée contre l'inoculation et la vaccine. Il est bien certain que si la femme n'avait aucune difformité, qu'elle fût constituée normalement et qu'un accoucheur voulût, sans prétexte, devancer le terme naturel de la grossesse, il ne serait approuvé par personne. Mais si la nature, au lieu d'avoir établi cette régularité qui est le cachet de ses œuvres, s'est écartée de la voie ordinaire; si, au lieu de donner un canal que le fœtus doit traverser les dimensions convenables pour qu'il puisse le faire sans danger, ce conduit est rétréci et ne peut livrer passage à un enfant vivant à terme, le médecin ne serait-il pas coupable s'il ne cherchait pas à suppléer à ses imperfections? »

Nous adoptons pleinement d'aussi sages principes, et nous avouons ne pas comprendre cette répulsion contre une opération qui, dans des cas autrefois désespérés, atteint le double but de l'enfantement. Nous y voyons, nous, au contraire, la consécration de l'admirable précepte de Levret, placé comme épigraphe en tête de la monographie de M. Lacour : « L'excellence de l'art de l'accoucheur consiste à sauver deux individus à la fois »; et nous croyons désormais arrivé le moment où l'on pourra renvoyer à ses détracteurs le reproche d'immoralité dont ils ont su pendant si longtemps, à la honte de la raison et au préjudice de l'humanité, conserver le scandaleux monopole!

TRAITÉ DES MALADIES DU SEIN, COMPRENANT LES AFFECTIONS SIMPLES ET CANCÉREUSES; par J. CARPENTIER-MÉRICOURT; docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux civils, membre de la Société médico-pratique, etc. — A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Ceux qui recherchent dans les livres, et de la science pratique, et des préceptes utiles, liront avec plaisir l'ouvrage de M. Carpentier-Méricourt. L'auteur s'est spécialement occupé des altérations pathologiques dont les seins peuvent être le siége. On voit qu'il a, depuis longtemps, colligé tous les matériaux propres à élucider les points les plus épineux des maladies nombreuses auxquelles se trouvent exposés ces organes. Il n'est point une des maladies que l'auteur décrit qui ne lui donne occasion de citer quelque observation intéressante, puisée, ou dans sa propre pratique, ou dans les auteurs le plus justement estimés. Nous ne signalerons donc de son livre que les points les plus saillans, ou ceux sur lesquels nous aurons quelques réflexions critiques à faire.

Il divise son livre en vingt-trois chapitres, dont vingt-un sont consacrés aux maladies du sein chez la femme, et deux aux maladies de ces mêmes parties chez les enfans et chez l'homme.

Le premier, sous le titre d'ANOMALIES ET VICES DE CONFORMATION, traite des formes, du volume, du nombre, de la situation et de l'absence des seins, ainsi que de la forme, du nombre, de l'absence, de l'imperforation, de l'hypertrophie et de l'atrophie congéniale du mamelon.

Le second, sous le titre de MALADIES DE LA PEAU, DE LA MUQUEUSE

ET DU TISSU CELLULAIRE DU SEIN, contient la description de tous les genres d'herpès, les syphilides, les nœvi, les crevasses, les gerçures, les phlegmons, les dégénérescences, les kystes, les plaies, etc. Ces deux premiers chapitres sont surtout une introduction où se trouvent groupées toutes les maladies des mamelles. A l'exception des affections herpétiques et de l'éléphantiasis sur lesquelles l'auteur s'étend, il passe légèrement sur les affections plus spéciales de la glande mammaire, qu'il décrit dans les chapitres suivans avec tout le soin et toute l'étendue désirable.

Si nous ne pouvons que donner des éloges à la manière judicieuse avec laquelle sont établis les caractères différentiels des maladies qui peuvent être facilement confondues entre elles, nous ne sommes pas aussi satisfait de l'article sur l'éléphantiasis que l'auteur place entre les affections de la peau et celles du tissu cellulo-graisseux. Nous croyons que l'observation de M. Etienne, médecin au service de Mehemet-Ali, est trop incomplète pour servir à infirmer l'opinion de M. Alard et des praticiens qui regardent comme inutile et dangereuse l'ablation des parties malades. Nous avons vu deux cas d'éléphantiasis, et deux fois l'amputation suivie de la reproduction de la maladie. Nous ne prétendons pas dire qu'on ne doive jamais opérer; car nous croyons que l'on confond plusieurs affections d'aspect analogue sous une même dénomination.

L'atrophie et l'hypertrophie du sein forment la matière du troisième chapitre.

Le cinquième chapitre est consacré aux inflammations et abcès du sein; nous ne ferons point un reproche à l'auteur des divisions et subdivisions qu'il a cru devoir établir dans le phlegmon, selon le siège qu'il occupe; nous savons qu'il n'a fait qu'imiter ici un procédé assez généralement adopté: les anciens généralisaient trop, les modernes microscopisent. Nous dirons cependant un mot sur une pratique qui nous paraît dangereuse dans sa généralité. M. Carpentier-Méricourt recommande d'ouvrir les abcès du sein dès que la fluctuation s'y fait reconnaître; nous ne sommes pas de cet avis: ce n'est pas, ainsi que le disent certains médecins, parce qu'il y a à craindre la récidive, et qu'il survient un nouvel abcès, ce qui, en définitive, n'aurait d'autre inconvénient que de nécessiter une nouvelle ouverture et pourrait trouver sa compensation dans une moindre intensité des accidens généraux qui sont, d'ordinaire, proportionnels à l'étendue du phlegmon; mais c'est parce qu'il nous est démontré que cette pratique donne souvent lieu à des engorgemens chroniques qui sont parfois le point de départ de dégénérescences cancéreuses.

Nous avons lu avec intérêt le chapitre intitulé DES ALTÉRATIONS DE L'INNERVATION. L'auteur y traite des névralgies de la glande mammaire, sujet encore neuf; aussi, malgré le grand nom d'Astley Cooper, nous ne sommes pas resté convaincu que la maladie que cet auteur désigne sous le nom de TUMEUR IRRITABLE, soit un simple produit du tissu cellulaire qu'aucun filet nerveux ne traverse ou n'environne.

Le neuvième chapitre sous le titre ÉCOULEMENT DU SANG PAR LA MAMELLE, traite de ces anomalies de sécrétion; nous pourrions joindre une observation toute récente, à celle que cite l'auteur. Une dame que nous avons accouchée dans les premiers jours de décembre 1844, rendit, par les deux seins, le huitième jour de sa couche, du lait mêlé de sang. Cet accident, qui s'est répété trois jours de suite, cessa de lui-même après un fort accès de fièvre. Son enfant, pendant ces trois jours, vomit constamment le lait qu'il prenait, mélangé d'un sang rouge et vermeil; nous avions déjà substitué, en partie, le biberon au lait maternel, quand tout rentra dans l'ordre; la sécrétion du lait redevint tout-à-fait normale: cette dame ne présente aucune altération organique du sein et a déjà nourri deux enfans.

Les contusions et les épanchemens sanguins, les plaies, les tumeurs érectiles du sein, les lésions de sécrétion du lait, les kystes, les hydatides, les monstruosités par inclusion, les tumeurs fibreuses, osseuses, cartilagineuses, tuberculeuses, forment autant de chapitres séparés.

Nous rendons volontiers justice à M. Carpentier-Méricourt en reconnaissant qu'il a traité avec un soin tout particulier la partie difficile des signes différentiels des tumeurs du sein. L'auteur paraît adopter l'opinion de M. Cruveilhier sur la non-dégénérescence des tumeurs fibreuses; nous n'avons eu que trop d'occasion de nous convaincre du contraire pour voir autre chose que l'erreur d'un homme de mérite.

Le chapitre le plus remarquable de l'ouvrage est celui qui traite des maladies cancéreuses du sein. L'auteur, après avoir décrit les caractères anatomiques des diverses espèces de cancers, mentionne les analyses chimiques et microscopiques dont elles ont été l'objet, tout en faisant ses réserves sur l'importance qu'il convient d'attribuer à cet ordre de preuves; passant ensuite aux symptômes et à la marche de ces redoutables affections, il en expose avec détail le diagnostic différentiel et s'efforce de lever les difficultés que présente si souvent la solution de ce problème: UNE TUMEUR DU SEIN ÉTANT DONNÉE, DÉTERMINER QU'ELLE EST SA NATURE.

M. Carpentier-Méricourt regarde cette maladie comme résultant d'une diathèse congéniale, héréditaire ou acquise; les chocs portés sur le sein, et auxquels les femmes accordent une si grande importance dans la production des maladies cancéreuses, ne sont pour l'auteur que les causes déterminantes du mal; et quand la diathèse est acquise, c'est surtout à l'action des passions tristes, des chagrins longs et concentrés, qui portent leur influence modificatrice sur toute l'économie, qu'il en attribue l'origine. Les diverses conditions d'âge, de sexe, de constitution, etc., sont passées successivement en revue dans cet article, et M. Carpentier-Méricourt partage l'opinion qui regarde le cancer comme d'autant plus commun que la civilisation est plus avancée.

Les idées que M. Carpentier-Méricourt professe sur les causes et la nature du cancer l'amènent, on le conçoit, à des vues thérapeutiques un peu en désaccord avec celles généralement admises. Contrairement à l'opinion commune, il ne regarde pas cette affection comme absolument incurable, et, s'appuyant sur les faits authentiques de guérison que fournissent les annales de la science et dont la vérité est garantie par des autorités incontestables, il pense que l'on ne doit pas désespérer de la guérison de cette maladie, mais se servir pour la combattre de toutes les armes que nous fournit la thérapeutique. Il est très éloigné de proscrire l'opération, mais il veut qu'on la fasse toujours précéder et suivre d'une médication générale, et croit qu'en opérant de très bonne heure, par *précaution*, sans traitement interne préalable, joint à des applications topiques, on se prive sans raison des ressources importantes que l'on eût trouvées dans certaines modifications de la constitution. Enfin l'auteur soutient une opinion qui lui est commune avec des praticiens distingués, c'est que l'opération faite tardivement présente peut-être plus de chances de guérison que l'opération pratiquée au début du mal; c'est du reste une doctrine admise par beaucoup de médecins pour l'amputation dans le cas de tumeur blanche.

Des préceptes sages, des vues éminemment pratiques, la reproduction fidèle et l'examen impartial de toutes des méthodes thérapeutiques qui ont été opposées à cette cruelle maladie suffiraient pour faire de l'ouvrage de M. Carpentier-Méricourt une œuvre utile et recommandable, si dans son ensemble il n'était une des meilleures monographies publiées sur les maladies du sein.

L.

THE LANCET.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 3. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 18 JANVIER 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE COL UTÉRIN AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE; par le docteur E. Péraire, de Bordeaux.

L'Académie des sciences de Paris a entendu il y a quelque temps la lecture d'un mémoire ayant pour titre : Recherches sur les dispositions des nerfs de l'utérus, etc. Il paraît, d'après le compte-rendu de la séance dans laquelle ce mémoire a été lu (17 mai 1844), que l'auteur, M. Jobert (de Lamballe), en proposant l'emploi du fer rouge dans certaines ulcérations de la matrice, confirme l'opinion que j'ai déjà émise à ce sujet dans le mémoire que j'ai lu à la Société royale de médecine de Bordeaux, sur l'emploi de la cautérisation coup sur coup, etc. Les idées de ce praticien distingué sont donc conformes aux miennes sur ce point de la thérapeutique des maladies de la matrice; quant à ses principes d'anatomie et de physiologie, je ne les partage nullement. Je m'étais borné à présenter dans mon mémoire une simple affirmation sur la sensibilité du col utérin. Cette question m'ayant paru, depuis ce temps, digne de développemens plus étendus, je me propose de jéter quelque jour sur ce point intéressant de physiologie.

On ne saurait s'entourer de trop de lumières sur l'organisation du col utérin, surtout quand il s'agit de le mettre en contact avec un agent aussi énergique que l'est le fer rouge. Je vais donc l'étudier au point de vue physiologique et pathologique. Quant à l'action du cautère actuel, considérée en elle-même et dans ses effets consécutifs, je l'ai assez longuement développée pour être dispensé d'en rien dire ici.

Pour faire l'application d'un procédé opératoire à un organe aussi délicat, aussi important que l'est le col de l'utérus, il faut faire connaître sa véritable organisation, et c'est dans ce but que je présente les réflexions suivantes, qui ont pour objet de déterminer jusqu'à quel point le corps et le col utérin sont dans une dépendance mutuelle, et de savoir si on doit leur assigner une organisation différente, une existence isolée, et de préciser en second lieu en vertu de quelles lois et à quel degré le col utérin est pourvu de la faculté de percevoir les impressions qui lui sont transmises.

L'utérus est formé d'un corps, d'un col et d'un appendice auquel on a donné le nom de museau de tanche. La pensée peut séparer ces trois

Feuilleton.

ÉTUDES DE L'HOMME DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE; par M. J.-H. Reveillé-Parise. — 2 vol., 1845. Chez Dentu.

Par ce temps de dévorante activité et de personnalité profonde où chacun s'efforce d'attirer à soi l'attention, où tant de gens produisent et si peu ont le loisir de lire, ce n'est pas chose aisée que de faire accepter une œuvre sérieuse et de longue haleine. Il est quelques hommes cependant pour qui ces difficultés semblent n'être pas réelles, heureux privilégiés qui ont le don de forcer l'indifférence et de faire taire les préventions de l'amour-propre. Dire des choses utiles ne suffit pas toujours, en effet, encore faut-il les bien dire. Revêtir la pensée d'une forme gracieuse, attrayante, qui pénètre, séduit l'esprit, et y grave le sens par la parole; tempérer par le charme du style la sévérité naturelle du fond, l'abstraction du sujet par la lucidité de l'expression ; imprimer tout à la fois à son œuvre le caractère scientifique qui répond aux premiers besoins de notre profession et le caractère littéraire qui satisfait au goût de tous les esprits; en un mot, plaire et instruire en même temps, n'est-ce pas là leur secret ?

Annoncer un livre de M. Reveillé-Parise, c'est garantir d'avance aux lecteurs cette double satisfaction, c'est leur promettre une abondante moisson d'instruction et de plaisir, et prédire à l'auteur un succès assuré et durable. Nous n'aurions à cet égard rien à apprendre aux lecteurs de la Gazette Médicale, familiarisés depuis longtemps déjà avec les éminentes qualités de notre confrère et collaborateur. Bien que son nom seul le leur recommandât mieux que tout ce que nous pourrions dire, nous ne renoncerons pas cependant au plaisir de parcourir avec eux ces Etudes, savantes et spirituelles causeries dans lesquelles l'auteur traite successivement une foule de sujets divers, de physiologie, d'hygiène, de médecine, d'histoire et de philosophie.

Le premier sujet qui ouvre ce recueil est intitulé : De la santé. « Les hommes, dit M. Reveillé-Parise, sont tous esclaves ou insoucians de leur santé ; esclaves, qui, par la crainte incessante de mourir, retranchent de leur existence tout ce qui en fait le charme, la quiétude, la douce confiance et l'exercice libre de toutes leurs facultés; insoucians qui, attirés par l'appât des affaires et des intérêts du monde ou entraînés dans le torrent des plaisirs, abrègent leurs jours par les efforts mêmes qu'ils font pour les rendre meilleurs. » Tel est le tableau qui se déroule d'abord sous les yeux du lecteur. On comprend le parti que M. Reveillé-Parise a tiré d'un pareil thème. Nous renonçons, quoiqu'à regret, à donner une idée de ces peintures si variées, si pittoresques, si animées, pour puiser dans la substance même du sujet la formule dans laquelle se résume le principe fondamental des conditions de la santé et de sa conservation : savoir que la santé réside dans l'équilibre normal de l'*excitement* et de l'*excitabilité organique;* excitabilité inhérente à chacun de nos organes, susceptible d'être modifiée, abaissée, élevée, diminuée ou accrue à des degrés variables; excitement qui varie lui-même dans des propor-

parties, afin d'en rendre l'étude facile; mais l'anatomiste et le chirurgien reconnaissent que, malgré ces divisions, il n'est pas possible de leur assigner une existence isolée. Comment, en effet, détacher l'organisation du col du reste de l'appareil générateur dont il n'est qu'une continuation? La texture extérieure et intérieure est la même; et certes, je pense bien, avec M. Velpeau, qu'il n'y a aucune raison plausible pour ne pas considérer la structure de la cavité de la matrice comme étant parfaitement conforme à celle du col, puisque la membrane interne de la première se continue sur celle de la seconde avec la plus parfaite analogie. C'est dans toute l'étendue de l'organe une membrane de la nature des muqueuses. Malgré l'autorité imposante de Chaussier, qui ne la reconnaît pas telle, les maladies auxquelles elle est sujette la font forcément admettre. Le tissu propre est également le même. On a longtemps agité la question de savoir si la fibre musculaire entrait dans la structure de la matrice. Hunter et Haller sont pour l'affirmative, aussi bien que Levech et Rœderer; Malpighi, Blumenbach et Lobstein contestent son existence. Ce dernier surtout donne des détails fort circonstanciés sur la disposition de la structure fibreuse du corps et du col utérins. Chaussier et Maigrier se sont rangés de cette opinion. Si les choses existaient ainsi que ces célèbres médecins l'ont avancé dans leurs ouvrages, il n'y aurait dès-lors aucune raison pour ne pas ranger le tissu propre de l'utérus dans la classe des tissus érectiles, dont il aurait tous les élémens physiques. Mais la véritable trame musculaire, que Mme Boivin a démontrée, enveloppe l'utérus dans son corps et dans son col. Dans le premier, il est facile de ramener les fibres à des formes d'un certain ordre; au col, leur disposition est un peu plus compliquée. La couche superficielle est longitudinale; celle qui lui est sous-jacente est penniforme ou composée de palmes; vers le museau de tanche, elle offre la forme elliptique. J'ai tiré des inductions pratiques de ces dispositions dans un mémoire sur l'exploration extérieure du col. La surface intérieure du col n'est pas si simple qu'on le pense généralement. et un anatomiste a dit qu'à l'état sain on y remarquait un nombre considérable de plis symétriquement arrangés. Ils donnent en effet à sa surface l'apparence d'un travail manuel élégamment ouvragé. Cette texture acquiert un grand développement et une force extraordinaire pendant la gestation. Nous ajouterons à cette vérité, énoncée par M. Jules Cloquet, que l'état permanent de la contraction du col pendant la parturition explique la résistance qu'elle oppose au travail de l'accouchement, et confirme l'existence du tissu musculaire niée par quelques anatomistes; d'ailleurs, si ces raisons paraissent insuffisantes, la nomenclature des maladies de cet organe, les nombreuses phlegmasies auxquelles il est exposé, leur marche rapide et leur résolution prompte, les formes variées qu'elles peuvent prendre quand cette terminaison n'a pas lieu, établissent des analogies frappantes entre sa texture et le tissu musculaire.

Le col et le corps de l'utérus sont pourvus d'une grande quantité de vaisseaux sanguins, lymphatiques et nerveux. Ces derniers se subdivisent à l'infini; car le tissu très fin du col, examiné avec attention, semble former cette espèce de coussin pulpeux admis par M. Adelon dans la physiologie du toucher, où viennent s'épanouir les derniers filamens des nerfs. Ces deux systèmes se comportent au col utérin comme dans toute l'organisation humaine. Ils se suivent si exactement qu'on ne peut diviser la plus petite partie de l'organe sans les trouver ensemble, comme l'a fait observer M. Ribes. Cette disposition existe aussi sur le museau de tanche, qui forme la partie la plus saillante du col; et c'est dans cette partie précisément que ces deux systèmes exercent une influence réciproque, dans l'état sain pour produire l'unité fonctionnelle, et dans l'état pathologique pour la détruire ou lui faire subir des modifications plus ou moins importantes.

Les nerfs qui se rendent au col utérin viennent du plexus sciatique. Une partie se distribue au corps de la matrice; mais les filets élevés des nerfs utérins se rendent directement au col en se prolongeant distinctement jusqu'à son orifice vaginal. La dissection et la macération confirment ces faits. Il reçoit aussi de nombreuses ramifications du grand sympathique. Ainsi, le col reçoit des nerfs de la fin de la moelle épinière. Il en reçoit également du système ganglionnaire. Les premiers, dit M. le professeur Velpeau, se distribuent presque entièrement au col. Il est naturel de leur attribuer la sensibilité dont jouit cette partie (TRAITÉ DES ACCOUCHEMENS). Et cette double organisation nerveuse le place dans les conditions voulues pour être soumis à la sensibilité animale et à la sensibilité organique.

S'il y a, comme je viens de le démontrer, similitude de contexture entre le corps et le col utérin, on doit à plus forte raison admettre qu'il n'existe pas une organisation différente entre la portion supérieure du col et sa portion saillante; et si la première est douée de sensibilité, l'autre ne peut être réduite à jouer un rôle passif. On trouve dans l'une et dans l'autre les caractères physiques des corps organisés soumis à la sensibilité; mais cette propriété, comme l'a dit le savant Chaussier, est exclusive de toute vie, subit des modifications qui ne sont pas sans offrir un grand intérêt, dans l'étude des âges par exemple, et de certaines conditions de la vie de la femme. Ainsi, par exemple, le col est fort sensible chez les vierges, quoiqu'à l'âge d'adolescence et de puberté même il n'offre pas l'aspect tout à fait musculaire, bien différent en cela des quadrupèdes, dont la matrice est un véritable muscle très irritable et même très vif dans ses mouvemens. Le mariage et la cohabitation modifient aussi la vitalité d'une manière étonnante, et émoussent sa sensibilité par l'habitude du contact et du frottement d'un corps étranger sur la partie la plus saillante du col; et, dans ces momens, le mouvement expansif du tissu causé par le plaisir ou bien la contraction et la raideur développées par le sentiment pénible de la douleur, rendent, ce me semble, ces vérités incontestables.

Il résulte de ces considérations qu'aucune partie de la matrice n'est dépourvue de sensibilité; déclarer quelques points du col insensibles, c'est mettre en question sa structure nerveuse, c'est douter du rôle qu'elle joue dans l'accomplissement de ses fonctions, c'est nier les réactions que son état d'orgasme communique aux autres systèmes de l'économie, à l'aide de ses nombreuses sympathies. Il est au contraire impressionnable dans toutes ses régions, et jouit par conséquent de la faculté de ressentir qui a été transmise au centre cérébro-spinal chargé de les percevoir.

On ne peut pas faire consister l'étude de l'homme seulement dans la science des tissus élémentaires; elle serait incomplète si le physiologiste n'y rattachait pas les phénomènes de l'organisation tout entière. C'est pour cela que le col et le corps utérins, quoique dans un état apparent d'indépendance, me paraissent éprouver en commun les sensations qui leur sont isolément transmises, les réactions mutuelles qui tiennent aux réactions réciproques qui existent entre les deux fractions d'un même tout. Pour rendre ces principes plus sensibles, examinons ce qui se passe dans l'acte de la menstruation. Son état régulier n'est autre que l'équilibre qui

---

tions infinies; toujours en jeu l'un et l'autre, toujours en activité, et déterminant par leur rapport continuel tous les phénomènes de la vie, dont ils manifestent, règlent, balancent et expliquent tous les actes. En d'autres termes, c'est dans le rapport constant, exact, autant que possible, entre l'excitabilité et l'excitement de chaque organe en particulier, d'où résulte l'accord parfait de l'ensemble de tous les actes vitaux, que consiste le principe fondamental de la santé. Les rapports multiples et dans des proportions infiniment variables, de ces deux élémens, constituent les différens états de la santé. Que l'excitabilité soit en excès et l'excitement en défaut, que ce soit au contraire le stimulant qui dépasse la somme d'excitabilité disponible, dans tous les cas l'harmonie est détruite, la santé troublée. Les conséquences de cette disproportion, de cette désharmonie peuvent être mesurées sur l'importance des organes et sur leur degré d'influence dans le consensus général de l'organisme. Cette loi est successivement étudiée dans chacun des principaux organes et systèmes de l'économie, et dans l'ensemble même de l'organisme auquel elle s'applique également. L'auteur montre, par quelques exemples heureusement choisis, comment cette loi physiologique se retrouve dans tous les actes vitaux; comment chaque puissance organique, en particulier, concourt au maintien de cette force unitaire qui constitue l'existence individuelle et complète; comment les organes, loin d'être maintenus dans l'inertie, ont besoin d'activité; comment il est nécessaire d'étudier la mesure de l'excitement et de l'excitabilité de ces organes; comment enfin il faut les maintenir ou les rapprocher autant que possible dans cette justesse proportionnelle d'action qui constitue, non pas cet idéal de la santé parfaite qui n'existe pas, mais cet état mixte d'*excellente médiocrité* qui en approche le plus; car, ainsi qu'il le dit si justement, « la vie exercée entre l'excitement et l'excitabilité se représente par les oscillations d'un pendule qui passe et repasse sur un point mathématique de la ligne verticale, mais ne s'y arrête jamais. »

Être modéré en tout; exercer activement les organes; maintenir l'excitement dans des oscillations qui rompent une trop grande uniformité dans la vie; éviter la multiplicité des excitations vives et simultanées; rétablir l'équilibre, après de vives excitations, par des intervalles de repos proportionnés aux excitations qui ont précédé, etc.: telles sont les conséquences et les applications de la loi physiologique. Ces applications, on le conçoit, sont subordonnées à leur tour à une foule de circonstances individuelles. Elles ne sauraient être absolues. Qui ne sait d'ailleurs qu'indépendamment des règles générales de l'hygiène, il y a des règles spéciales à observer dans toute position sociale? Avec ces principes, on a le *critérium*, les bases générales sur lesquelles doit reposer la ligne de conduite hygiénique. Quant aux applications individuelles, ces principes connus, elles se résument dans l'*étude de soi-même*, dans l'étude spéciale des organes prépondérans. La morale, loin de répugner à cette étude du *soi* physique, est au contraire d'accord en tous points avec ces préceptes hygiéniques. L'hygiène ainsi considérée est, elle aussi, une morale, la morale de l'*obligation par les organes*.

A côté de ces principes d'*hygiène dynamique*, on trouvera dans le chapitre intitulé: PRINCIPE GÉNÉRAL ET INDUCTIONS PRATIQUES RELATIVES A LA CONVALESCENCE DANS LES MALADIES AIGUES, des préceptes de diététique appliquée à la convalescence qui comblent une lacune presque générale dans les trai-

règne entre l'action physiologique du col et celle du corps de la matrice. Le rapport commun de ces parties les rend impressionnables, chacune au degré voulu, pour l'accomplissement de leurs fonctions. Dans la dysménorrhée, et mieux encore, quand l'écoulement périodique n'a pas lieu, la dépendance est aussi positive. Dans ces deux cas, la rigidité du col sympathise avec le plus petit volume du corps de la matrice. Il y a même plus; car lorsque la fonction exsudatrice, comme l'a nommée M. Ribes, n'a pas lieu dans la cavité utérine, le col reste contracté et n'exécute pas la fonction que la nature lui a conférée.

Placés au point de vue pathologique, le col et le corps utérins sont, comme a l'état physiologique, dans une dépendance réciproque; et il arrive souvent en effet que le principe morbifique qui frappe l'une de ces parties ne tarde pas à troubler les fonctions de celles qui étaient encore à l'état sain. Cette extension morbide ne prouve-t-elle pas aussi en faveur de l'identité organique?

Pourrait-on, d'après ces motifs, soutenir raisonnablement que le col utérin soit dans un état d'insensibilité absolue et par conséquent dans un état d'insensibilité nerveuse? Une pareille théorie donnerait à penser qu'on s'est mépris sur le sens qu'on doit attacher à une modification de la sensibilité, qui peut dans certains cas, j'en conviens, avoir pour résultat une sorte d'action passive, végétative, comme l'a nommée le professeur Velpeau; mais on ne pourrait admettre, malgré cela, qu'un organe est privé de la faculté absolue de sentir, parce que son système nerveux ne développe pas toujours une sensibilité apparente. Eh! combien y a-t-il de systèmes organiques qui se trouvent dans les conditions afférentes à la question? L'action obtuse du système nerveux est nécessaire, à mon avis, au repos des organes; elle est indispensable à la régularité et aux besoins harmoniques de la vie. Mais qu'une cause quelconque mette en jeu cette sensibilité; qu'un corps irritant, par exemple, soit mis en rapport avec le col utérin, ce n'est plus un sentiment obscur, c'est, comme on l'observe dans la cautérisation, surtout par le fer rouge, une douleur atroce; bien, comme je l'ai dit ailleurs, que ce sentiment pénible perde de sa force, s'émousse par l'action réitérée du cautère actuel et du caustique. J'ai vu, dans une circonstance, un ébranlement général du système nerveux durer encore longtemps après que le feu avait cessé d'agir. Il y a loin, comme on le voit, de cet état à la sensation modérée des phénomènes de capillarité qui se passent sans mouvement et sans conscience. Le prurit, la cuisson, les élancemens sont des états pathologiques sous la dépendance du système nerveux du col utérin.

Je peux ajouter à ces raisons, pour les rendre plus péremptoires, la nomenclature des névroses du système nerveux, récemment introduites dans le cadre nosographique par MM. Roche et Sanson. Il semble que cet ordre de maladies s'observe plus particulièrement dans l'utérus et les organes qui en dépendent; elles les frappent d'une manière tout à fait vitale, si je puis me servir de cette expression, bien que l'obscurité semble couvrir la plupart du temps l'origine des irritations nerveuses et celle d'une foule d'irrégularités instantanées dont les variations rencontrent difficilement une explication satisfaisante. On trouve dans l'ouvrage de M. Magendie des expériences fort curieuses et des développemens intéressans, sur ce point de la question; il est vraisemblable que dans ces cas, comme l'a dit Louyer Villermay, elles ont leur siége principal dans le système nerveux de l'organe utérin; qu'on attribue les désordres nerveux à la prédominance de certains sens, comme dans l'hystéricisme qui précède l'éruption menstruelle, l'hystérie et la nymphomanie qui lui succèdent quelquefois, soit que de tels états pathologiques puissent dépendre de l'influence et de la véritable usurpation de l'amour moral sur les facultés intellectuelles, comme dans l'érotomanie. Dans ces circonstances variées, la tension et l'allongement du col, surtout de sa partie saillante, l'état d'érectilité de son tissu, si je puis me servir de cette expression, le prolapsus des lèvres du museau de tanche, sans le gonflement congestif, sa sensibilité apparente au moindre contact, prouvent avec les signes précurseurs que les phénomènes les plus importans se passent en premier lieu sur la partie la plus saillante, comme sur le corps de l'utérus, et que les effets généraux ne se développent que consécutivement à l'action qui les a frappés.

Je suis loin de soutenir que les systèmes organiques, autres que l'appareil générateur, n'aient pas une influence directe dans la production de ces phénomènes morbides; mais la plus forte est exercée par le système nerveux de l'organe gestateur lui-même; c'est ce qui résulte de la juste appréciation des signes parfois négatifs, souvent positifs qui se lient à la fonction lésée.

Malheureusement nous avons à regretter que l'anatomie pathologique n'ait pas jusqu'aujourd'hui jeté un plus grand jour sur les lésions du système nerveux en général et sur celles de l'utérus en particulier. Une telle imperfection ne tiendrait-elle pas au peu de fixité qu'on a sur des interprétations physiologiques de l'organe utérin, considéré isolément et dans son ensemble? Cette opinion pourrait être fondée, et dès lors il est à craindre que le progrès anatomico-physiologique soit subordonné à une connaissance plus exacte des élémens anatomiques qui entrent dans la composition de la fibre nerveuse et à celle des véritables fonctions de ce tissu. Pour arriver à ce résultat heureux, il faut attendre que l'étude de l'organisation nerveuse élémentaire laisse moins à désirer. Cette voie pourra seule amener à expliquer avec plus de perfectionnement qu'on ne l'a fait les ressources immenses qu'elle offre à l'accomplissement des divers actes de la vie.

J'ignore quels sont les argumens qu'on peut employer pour soutenir la négation sensitive du col utérin. L'absence des nerfs dans sa partie saillante me semble une utopie, une hypothèse, et franchement l'esprit ne serait pas satisfait d'une théorie qui tendrait à ôter les élémens de la sensibilité à cette portion du col utérin, dont on peut à peine compter les nombreuses affections, et qui ressent des agens morbifiques tant de fatigue, de trouble ou d'impressionnabilité. Je ne vois donc aucune raison qui me porte à placer cette fraction de l'utérus tout à fait en dehors des lois communes aux parties vivantes et que la raison veut qu'elle partage avec le reste. La plus puissante raison qu'on puisse alléguer en faveur de l'organisation nervine du col, c'est que s'il était complètement insensible il résisterait à la maladie, et le grand nombre de maladies auquel les il est sujet éloigne cette idée de tout esprit judicieux.

Le col de la matrice influencé, comme je viens de le dire, par des causes directes l'est aussi vivement par des phénomènes sympathiques, et comme l'iris se meut par l'influence de la rétine, de même pendant les accouchemens les contractions du corps de l'utérus provoquent l'élargissement de la cavité du col, et lui font ainsi perdre ses rapports naturels, surtout chez les femmes primipares. C'est dans cette circonstance qu'on ne peut mettre en doute la sensibilité du col: toute la douleur pendant la parturition se renferme dans l'acte de la dilatation jusqu'au moment

---

tés de médecine et d'hygiène. Aux règles banales reproduites dans presque tous les livres, l'auteur substitue des règles déduites de l'étude des phénomènes de la convalescence, état qu'il caractérise avec une grande justesse par cette formule: défaut d'équilibre entre la sensibilité en plus et la contractilité en moins.

Nous avons hâte d'arriver à un de ces sujets familiers à l'auteur et où se révèlent à la fois la sagacité de son observation, la finesse de son esprit, la justesse de sa pensée, la grace et l'élégance de son style. Les lecteurs de la Gazette médicale ont déjà pu apprécier toutes ces qualités dans le chapitre intitulé: De l'imagination comme cause du progrès scientifique, et dans celui qui a pour titre: Base du progrès de la science de l'homme, dont un extrait a été récemment reproduit. Ils les retrouveront dans l'Essai de médecine morale, esquisse pleine de verve, de pensées et d'observation, où l'étude pratique de l'homme porte également sur ses élémens organiques et sur ses élémens psychiques, sur leur concours et leur influence réciproque dans tous les actes qui peuvent être ou devenir le principe, la cause ou le remède des maladies (1). C'est une sorte de traité d'alliance entre deux ordres de considérations trop négligées dans leurs rapports. L'étude de l'homme était trop vaste sans doute pour qu'une seule science pût l'embrasser dans toutes ses faces et dans tous ses détails. De là les divisions forcées qui ont livré aux moralistes exclusivement l'étude de l'homme psychique et moral, aux médecins et aux physiologistes, celle de l'homme physique. Mais cette dissociation abstraite de l'homme, à la rigueur concevable, et utile sans doute, quand on le considère dans ses conditions normales, est-elle admissible lorsqu'il s'agit de ses maladies, où les désordres organiques et moraux se confondent souvent dans une si intime corrélation qu'il devient impossible d'abstraire les uns sans méconnaître entièrement la valeur et la signification des autres? L'homme n'est-il donc formé que de tissus et d'organes? N'a-t-il à souffrir que des lésions physiques de ses tissus? et quelles sont d'ailleurs les causes de ces désordres profonds qui surviennent spontanément dans l'organisme, sinon, le plus souvent, les passions, ce mobile constant de tous les actes, de toutes les déterminations de l'homme dans la société? N'est-ce donc que lorsque les influences morales ont porté leur atteinte sur le foyer même des facultés intellectuelles pour les pervertir ou les anéantir qu'il convient de recourir aux moyens d'action que chacun de nous possède sur l'esprit de ses semblables? Le médecin qui se bornerait aux moyens que lui fournit la thérapeutique d'officine, et qui se priverait ainsi volontairement du puissant secours de l'influence morale, ne méconnaîtrait-il pas toute l'étendue et la hauteur de sa mission? C'est ce qui a lieu cependant tous les jours. L'esprit des doctrines médicales et le mode d'étude clinique sont les deux principales causes qui s'opposent a ce que les médecins s'habituent à étudier ce mode d'influence et à s'en servir utilement. Que d'enseignemens et que d'applications cependant ne puiserait-on pas dans cette étude! mais aussi que de difficultés, que d'obscurités dans un pareil sujet! que de patience, de sagacité, que de dévouement ne

(1) Il ne s'agit nullement, dans cet Essai, des maladies mentales, mais du rôle que jouent les passions et les affections morales dans la production des maladies.

où sa cavité se trouve suffisamment effacée pour que son diamètre permette le passage de l'enfant. Le résultat obtenu, on est étonné de voir les contractions utérines dans toute leur énergie ne pas trouver de grands obstacles et achever l'accouchement presqu'à l'insu des femmes. Cette observation n'a pas échappé à Gardien, et les praticiens auxquels nous avons soumis nos réflexions ont paru partager notre opinion.

Il serait tout à fait inutile de multiplier les citations pour prouver que le col n'est pas dans un état d'insensibilité absolue. Je crois avoir démontré qu'il réunit les élémens de la sensibilité animale, qui est la plus forte, la plus réelle, puisqu'elle seule donne la conscience des impressions causées par les objets extérieurs; mais nous allons plus loin en disant que si, ce qui n'est pas, on ne découvrait pas de filets nerveux dans quelques points, ce ne serait pas une raison pour en faire des corps inertes. On ne trouve pas les moindres filets nerveux dans les plèvres, dans le péritoine, dans les capsules synoviales et les douleurs sont déchirantes dans les maladies de ces membranes. Tout le monde connaît les belles expériences de Bichat pour prouver la sensibilité dont elles jouissent. Il dépouillait une articulation et ne laissait que les productions fibreuses, et en irritant ces tissus ils produisait sur l'animal les douleurs les plus atroces. Enfin, je mentionnerai la douleur qui suit le passage de la scie à travers le tissu médullaire des os où on n'a jamais rencontré d'existence de nerfs. Ainsi donc on retrouve dans ses fonctions locales, comme dans ses rapports généraux, le col utérin doué des divers modes de sensibilité ingénieusement créés par Bichat, et c'est précisément à raison de ces propriétés que j'ai conseillé et mis en pratique la cautérisation avec le fer rouge dans les ulcères compliqués de cet organe.

Il ne sera pas sans intérêt, je pense, de s'enquérir de la véritable action de l'électricité sur le col utérin et d'apprécier le degré d'excitabilité de cet organe sous l'influence électrique. J'ai déjà entrepris quelques expériences à ce sujet; je souhaite qu'elles puissent répandre quelques lumières sur la part que prend le système nerveux de l'utérus dans l'accomplissement des fonctions de ce système et dans les altérations dont il est susceptible.

Soumis à l'électricité par contact, le col utérin donnera, je l'espère, des degrés différens de contractilité sur les divers points de sa surface. L'électricité galvanique décélera, je n'en doute pas, l'existence du système nerveux dans les endroits où il semble ne pas se distribuer. Je tirerai tout le parti possible de l'état de sensibilité que les parties acquerront sous l'action galvanique et qui sera modifiée à des degrés plus ou moins élevés. Je ferai servir ses effets à l'explication de quelques problèmes trop difficiles à résoudre sans le secours de ce puissant moyen.

Quelques essais ont déjà été faits sur les cadavres de quelques animaux. Nysten, entre autres médecins distingués, assure que l'utérus de deux cabiads mis en contact avec la pile de Volta ne se sont pas contractés d'une manière sensible. C'est peut-être le seul système organique qui ait ainsi pu résister aux agens mécaniques et à l'action galvanique. Ce fait m'a paru digne de remarque; aussi me proposé-je de le vérifier, afin d'assigner la place que l'utérus devra occuper dans la production des phénomènes physiologiques de contractilité musculaire qui ont lieu après la mort.

Je ne sache pas qu'il y ait en d'expériences de ce genre tentées sur le vivant sur l'organe gestateur; ce sera donc un travail tout nouveau, un ordre d'expériences qui offrira quelque intérêt et qui pourra peut-être, en satisfaisant ma curiosité, servir à l'avancement de nos connaissances sur la physiologie de l'organe gestateur.

Je me propose donc d'assembler les faits qui résulteront de mes expérimentations sur le vivant et après la mort, sous le titre de GÉNÉRALITÉS SUR LES PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES RÉSULTANT DE L'ACTION DE QUELQUES AGENS MÉCANIQUES ET DE L'ÉLECTRO-GALVANISME SUR L'UTÉRUS.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MALADIE DES ARTICULATIONS COSTO-CHONDRALES ET COSTO-VERTÉBRALES, AVEC OU SANS RAMOLLISSEMENT TUBERCULEUX ET NÉCROSE DES OS DU RACHIS; par A. TOULMOUCHE, docteur-médecin à Rennes, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de la même ville, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros 1 et 2.)

TROISIÈME SECTION.

Cette section, qui comprend les cas où la maladie s'est bornée à la colonne vertébrale, est sans contredit celle où j'aurais pu multiplier le plus les citations d'exemples. Mais par cela même que les ouvrages et les journaux de médecine en fourmillent, je devrais en être très sobre; aussi je me contenterai de résumer ce que le plus grand nombre offre de tranché sous le rapport de la science du diagnostic comme dans celui de l'anatomie pathologique; car, dans la pratique de l'art médical, on ne peut faire un pas sans s'appuyer sur l'un ou l'autre, puisqu'elles se contrôlent et qu'elles expliquent en outre une foule de symptômes, dont sans elles on ne pourrait se rendre compte.

Les signes que j'ai rencontrés ont été d'abord, lorsque la maladie avait son siége dans la région cervicale, le développement d'une douleur profonde et fixe dans un point du cou qui simule celles rhumatismales, mais qui résiste à toutes les médications tentées contre elles, ce qui doit déjà donner l'éveil sur leur nature différente, surtout si l'on voit de l'empâtement ou une tumeur profonde se développer, et toute certitude, s'il y succède la paralysie des bras, la difficulté de la déglutition, la perte de la contractilité de la vessie et de celle du rectum.

Lorsque le siége avait lieu dans la région dorsale, voici ce que j'ai observé: il y avait ou il ne tardait pas à survenir un état anguleux d'un point ou commencement de gibbosité, une faiblesse très grande ou paralysie des extrémités inférieures, tantôt dans celle de la vessie ou du rectum, tantôt s'en accompagnant plus tard.

Dans cette variété constituée par l'ensemble des signes si bien décrits par Pott, le diagnostic est toujours facile. Mais s'il n'existe aucune déformation dans la colonne vertébrale, il devient beaucoup plus difficile et

---

faut-il pas de la part du médecin qui s'impose un tel devoir! Mais laissons parler sur ce fécond sujet M. Reveillé-Parise lui même. « Il est peu de maladies, dans notre état actuel de civilisation, qui ne soient le contre-coup d'une grande et vive affection morale; elle en est le résultat certain dans un temps donné, temps qu'il faut mesurer d'après la violence de l'attaque et la disposition individuelle. Plus les hommes ont une intelligence élevée, brillante, active, plus ils ont vécu de la vie de la pensée, plus souvent aussi le mal les atteint avec violence. Le chagrin concentré fut certainement le vautour qui déchira les entrailles de Napoléon enchaîné sur le rocher de Sainte-Hélène. »

« La cause morale qui détruit tant d'organisations est souvent inconnue, ajoute plus bas l'auteur; il y a tant de vanité dans nos attachemens, de vide dans nos espérances, de déceptions dans notre bonheur, que les effets sont évidens, tandis que la cause échappe presque toujours. Mais s'il était possible de découvrir les secrets de l'existence privée, si l'on pouvait pénétrer dans l'intérieur de chaque famille, il n'en est presque pas une où l'on ne découvrît quelqu'un de ces drames douloureux dont l'action détruit la paix et le bonheur, plaies secrètes, profondes, quelquefois mortelles, souvent recouvertes de sourires, de tranquillité, d'orgueil et de mensonges. Il y a là pour la vie, pour la santé, plus de causes destructives, plus d'épuisement, plus de maladies que dans les principes les plus malfaisans de la nature matérielle. Vous pouvez découvrir des individus qui ont souffert sans grand danger l'atteinte des influences extérieures les plus pernicieuses, des substances délétères les plus formidables; mais cherchez un être condamné à un dévouement et à des sacrifices ignorés ou méconnus, à supporter le pénible sentiment d'une rivalité jalouse, d'intérêts froissés, de droits outragés, de longs et violens chagrins, et dont la santé restera inaltérable, vous ne le trouverez pas, du moins s'il a un cœur, s'il a une ame, s'il est un homme enfin. »

L'expliration de pareils effets est difficile, sans doute; on ignore le mode, le comment intrinsèque du phénomène; mais l'influence n'en est pas moins incontestable, et l'on peut, jusqu'à un certain point, s'en rendre compte par l'action physiologique et pathologique des divers centres nerveux fortement excités sur les fonctions et les organes. Voici en quels termes s'exprime à cet égard M. R. Parise: « Il est un principe qu'il ne faut jamais perdre de vue dans cet objet d'une étude difficile et compliquée, c'est d'examiner, de suivre attentivement le mode normal ou irrégulier de l'innervation, les phénomènes multiples, les innombrables modifications du système nerveux, comme seul intermédiaire entre l'intelligence et les organes. C'est par là que l'on conçoit, jusqu'à un certain point, ce mystère, comment une douleur morale, être métaphysique qui n'existe que dans la pensée et le sentiment, passe en quelque sorte dans les nerfs, dans les organes, dans le sang, dans les humeurs, et les altère plus ou moins profondément; comment les affections morales vives et fortes tantôt doublent et triplent les forces musculaires, tantôt les anéantissent et les stupéfient; comment, poussées à l'extrême, elles brisent ou raniment la vitalité et l'atteignent dans son essence; comment, semblables aux autres maladies, elles ont des périodes de rémission et d'exacerbation; comment l'exaltation du système nerveux rend moins susceptible de contracter certaines maladies, tandis que le contraire s'observe dans le chagrin et les affections dépressives; enfin, comment, malgré les dangers, les maladies, on ne peut souvent ni vaincre, ni fuir les tour-

souvent même impossible à établir, à moins que la maladie n'ait une marche lente et que des abcès symptomatiques venant à se rapprocher des points déclives ne fassent enfin soupçonner la réalité. En effet, dans les commencemens, il s'est on non développé des douleurs, tantôt le long de la portion dorsale de l'épine, tantôt dans la région lombaire, et alors on les considère comme le résultat d'un rhumatisme, et l'on se croit d'autant plus fondé à persister dans cette opinion qu'à l'examen le plus attentif du rachis on n'y rencontre aucune saillie anormale et aucun point plus douloureux l'un que l'autre. Si plus tard il survient de la paralysie aux extrémités inférieures, à la vessie ou au rectum, on sera plus porté à attribuer ces symptômes à une lésion de la moelle épinière ou à une compression de cette dernière par une altération de ses membranes d'enveloppe qu'à une nécrose on au développement de tubercules dans la substance spongieuse des vertèbres qui s'accompagne toujours de collections purulentes. Car, dans ce dernier cas, il est remarquable que la tige médullaire souffre moins de la compression que par la cause précédente, probablement parce que les vertèbres détruites, le pus prend du champ, se forme une enveloppe kystense qui prête, peut s'étendre au loin en refoulant les parties molles, et comprime moins la moelle que les fongosités ou épaississemens de la membrane propre trouvant dans l'étui osseux solide et non susceptible de céder qui la renferme un point d'appui périphérique pour réagir énergiquement sur elle. Aussi voit-on, dans ce dernier genre de lésion, apparaître promptement la paraplégie et la paralysie de la vessie et du rectum, comme expression de la compression.

Il faudra donc peser cette observation toute clinique fondée sur un grand nombre de faits, et tontes les fois qu'il y aura doute, attribner de préférence à une lésion de la moelle épinière on à sa compression par une tumeur développée dans la membrane de la dure-mère spinale les trois symptômes précités, lorsqu'ils se développeront peu de temps après l'origine de la maladie (obs. 8 et 10).

Il devra en être de même lorsqu'on ne remarquera qu'une sorte de titnbation simulant l'ivresse on la difficulté à maintenir le centre de gravité, et lorsqu'avec une démarche analogue à celle d'un homme ivre, les malades sont menacés de tomber dans l'action de s'arrêter s'ils ne se cramponnent pas à un meuble ou à la personne la plus voisine (obs. 10).

TUMEUR FONGUEUSE DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DROITE PROFONDE DU COU ; RAMOLLISSEMENT TUBERCULEUX ET NÉCROSE DES PREMIÈRE, DEUXIÈME, TROISIÈME ET QUATRIÈME VERTÈBRES CERVICALES ; ÉPAISSISSEMENT ET ÉTAT FONGUEUX DE LA DURE-MÈRE SPINALE ; DESTRUCTION DES DEUX PREMIÈRES PAIRES CERVICALES DROITES ; COMPRESSION DES GAUCHES ; RAMOLLISSEMENT DE LA MOELLE ÉPINIÈRE VIS-A-VIS LA TROISIÈME ET LA QUATRIÈME VERTÈBRE CERVICALE AVANT DONNÉ LIEU D'ABORD A DES SYMPTÔMES DE RHUMATISME PROFOND ; PUIS A UN ABCÈS, ET DANS LA DERNIÈRE PÉRIODE A LA PARALYSIE DES BRAS ; TUBERCULES PULMONAIRES ; PLAQUES DE PEYER ; ULCÈRES ; MORT.

OBS. VIII. — Chouanière, détenu, âgé de 56 ans, entra à l'infirmerie au mois d'avril 1837, pour la grippe, qui fut suivie d'une fièvre intermittente de type tierce dont il guérit. Il y fut admis de nouveau le 4 novembre, se plaignant de douleurs intolérables dans la partie postérieure, supérieure et latérale droite du cou et dans les mêmes points de la base du crâne. Je les considérai comme rhumatismales. Le toucher n'indiquait aucune tuméfaction. Je fis pratiquer d'abord quelques frictions avec un liniment opiacé, sans soulagement. (Infusion de mélisse.)

5. On plaça un vésicatoire à la nuque et on en entretint la suppuration pendant six à huit jours. Le malade en fut soulagé, et le 14 il sortit beaucoup mieux.

Il rentra dans les salles le 4 décembre, se plaignant des mêmes souffrances ; le palper de la partie supérieure droite du cou n'y fit rien découvrir d'insolite (application de dix sangsues sur la partie). Je diagnostiquai une affection rhumatismale chronique des ligamens des parties postérieures des trois à quatre premières vertèbres cervicales. (Cataplasmes anodynes, fumigations avec des plantes aromatiques, julep narcotique pour la nuit.)

6. Comme il n'y avait aucun soulagement, je fis appliquer deux moxas sur la nuque.

10. Il n'y avait pas de mieux. Je fis faire des frictions avec l'éther; mais on les discontinua au bout de quelques jours pour revenir aux linimens opiacés et à une pilule de 5 centig. d'opiom pour le soir.

26. Les douleurs étaient les mêmes ; l'appétit se soutenait. Il n'y avait pas de fièvre. Je fis commencer les bains de vapeur qu'on donna tous les deux ou trois jours ; ils furent continnés jusqu'an 3 janvier 1838, sans aucun effet. Alors, soupçonnant que peut-être Chouanière faisait le malade pour rester à l'infirmerie, je diminuai la quantité de ses alimens et lui donnai sa sortie le 6. Il séjourna pendant plus d'un mois dans les ateliers.

10 février. Il fut remonté dans les salles avec les mêmes douleurs ; seulement il existait une tumeur derrière le pilier droit du voile du palais. Le doigt y fit sentir de la fluctuation, en sorte que j'y pratiquai une ponction qui donna issue à un pus mal lié, en partie séreux. Il fut prescrit des gargarismes chlorurés, mais ils causèrent de l'irritation, et je les fis remplacer par des émolliens.

17. Un examen attentif du cou fit découvrir une dilatation anévrismatique de la carotide externe droite à son origine. (Gargarismes chlorurés.)

25. L'appétit se soutenait. La tumeur avec empâtement, située profondément à la partie supérieure droite du cou, était toujours dure. (Trois quarts, fumigations de datura stramonium.)

15 mars. Chouanière se trouvant mieux sortit de l'infirmerie. Huit jours après il entra dans le service de chirurgie où il ne lui fut fait aucun traitement. Il continua à éprouver les mêmes douleurs à la base du crâne et à la partie supérieure droite du cou.

10 mai. Je le fis rentrer dans mon service, prévoyant bien à son amaigrissement que sa fin serait prochaine.

J'examinai de nouveau le pharynx. Mon doigt porté dans l'arrière-bouche y retrouva la même tumeur derrière le pilier droit, mais n'y sentit point de fluctuation. Le patient souffrait toujours au même point (5 centigr. d'opium pour la nuit) L'appétit se soutenait ; il diminua au bout de quelques jours. J'avais considéré la tumeur précédente et une semblable profonde à la partie correspondante du col, comme de nature fongueuse et le résultat d'une carie des masses latérales des trois premières vertèbres, avec altération des membranes d'enveloppe de la moelle épinière; car l'intelligence était toujours restée intacte.

14 mai. Je fis recouvrir la tumeur d'un large emplâtre d'opium et continuer la pilule. Il y eut du soulagement. L'état du malade restait le même, je me contentai, pendant le reste du mois, de renouveler tous les trois jours le topique. Il en fut de même pendant les huit premiers jours de juin.

9. A la visite, je trouvai les bras paralysés, de la difficulté dans la sputation, de la douleur dans la gorge. J'y portai le doigt, profondément et à droite, et je rencontrai la même tumeur lobulée, s'avançant jusque derrière le voile du palais, et en dehors du cou, une semblable, profonde, peu prononcée. La défécation était volontaire, mais la vessie paralysée et distendue par l'urine, en sorte que cette dernière ne sortait que par regorgement. Il n'y avait aucune oppression ; intégrité des facultés intellectuelles ; nulle toux. Chouanière m'avait parlé bien des fois du désir qu'il avait de mourir. Il m'annonça qu'il croyait que sa fin ne serait pas éloignée.

11. Je fus obligé de m'absenter. Mon collègue, par des motifs que je ne m'expliquai pas, crut devoir faire appliquer 18 sangsues le long de la région dor-

---

mens de la passion, parce que, à l'exception du chagrin profond, les agitations qui l'accompagnent ont toujours quelque charme lié à un vif et constant desir d'excitation. Toutefois, c'est un charme qui tue par un double effet d'élan et de compression, de transport et d'abattement, d'exaltation et d'épuisement. »

C'est en suivant ainsi parallèlement la sensibilité morale et la sensibilité physique dans leurs oscillations et dans leurs écarts, diminuant, s'élevant, s'abaissant, s'exaspérant on s'épuisant en même temps, se correspondant réciproquement, se coordonnant sans cesse pour établir, par un *processus* d'action de l'une à l'autre, l'unité vitale et sensitive, se gouvernant enfin par les mêmes lois, comme si elles procédaient d'une même origine, que l'auteur parvient à pénétrer, en partie, ce mystérieux problème des rapports et de l'action réciproque du physique et du moral. Poursuivant cette analyse jusque dans les effets qui résultent de la surexcitation morale sur l'organisme, il les résume dans cette proposition : *que l'intensité de la passion ou souffrance morale, puis la violence et le danger des effets morbides donnés comme résultats, sont fatalement proportionnels à l'intensité, à la durée des impressions, ainsi qu'à l'organisation individuelle.*

La séméiotique des affections morales prêtait naturellement à des considérations pleines d'intérêt, mais aussi hérissées de difficultés. Quel fil conducteur peut guider le médecin dans ce dédale de passions qui fermentent dans l'âme humaine? Si quelques-unes se révèlent par leur violence même et débordent de manière à s'empreindre sur les traits, sur les paroles, sur les actes, en caractères qu'on ne saurait méconnaître, combien en est-il qui couvent sourdement, qui minent, usent, détruisent tous les ressorts de la vie, sans que le moindre trait accusateur en ait pu même faire soupçonner l'existence ! Cependant faut-il renoncer parce que les difficultés sont extrêmes à porter le flambeau de l'analyse dans ces mille plis de l'âme, où se cachent autant de passions, de sentimens, d'impressions diverses, autant de causes de trouble et de désordre dans le frêle organisme humain? Faut-il perdre tout espoir de discerner un jour, parmi ces passions si variées, ces manifestations si nombreuses de l'âme, celles dont l'expression retentit avec le plus de force et d'énergie sur nos organes, et de parvenir à appliquer un baume salutaire sur ces plaies du cœur, source de tant de maux et de douleurs physiques? Non, sans doute. Quelles difficultés n'a-t-on pas eu à surmonter aussi pour démêler au milieu des symptômes morbides si nombreux, si variés, si fugaces, les causes organiques de nos maladies? Et si la patiente investigation des pathologistes est parvenue à asseoir la séméiotique des maladies sur des bases à peu près fixes, ne peut-on pas espérer qu'en reportant la même activité, le même amour de l'étude sur les phénomènes moraux dans leurs rapports avec les maladies, on puisse en déduire des signes utiles pour le diagnostic des passions, des données précieuses pour la thérapeutique des affections qui en dépendent? On en trouvera déjà plus d'une indication dans l'essai que nous analysons. « Remonter à la cause, comparer ses effets probables avec le tempérament moral et la constitution physique du malade, connaître et juger les habitudes, anatomiser, scruter tous les mouvemens du corps, même les plus légers ; étudier les regards, les gestes, les inflexions de voix, l'accent des paroles, le sourire le plus imperceptible, saisir ces mille altérations fugaces de la physionomie qui contractent ou épanouissent les traits, selon les sentimens qui agitent l'âme et préoccupent l'esprit, etc.; » n'y a-t-il pas

sale du rachis et prescrire une solution de 10 centigr. d'émétique. Le jour même il expira à quatre heures de l'après-midi.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE faite 20 heures après la mort (10° Réaum. + 0).

ÉTAT EXTÉRIEUR. Le corps était encore musclé quoique amaigri; la verge très développée. Il existait un léger œdème aux bourses.

CRANE. Les tégumens étaient injectés à la partie postérieure; les os secs, cassans; la dure-mère injectée dans ses vaisseaux; elle était usée en rond, vis-à-vis des globules placés le long de la grande scissure. Les veines de la surface du cerveau étaient distendues par le sang, surtout en arrière. La substance de ce dernier était, en général, très ferme, la blanche fortement sablée. Les ventricules ne contenaient que la quantité ordinaire de sérosité limpide. Toutes les autres parties du même organe étaient saines. Il en était de même du cervelet et du mésocéphale. Il s'écoula une certaine quantité de sérosité par le canal rachidien. L'arachnoïde offrait une injection fine qui lui donnait une teinte rougeâtre par endroits.

COU ET MOELLE ÉPINIÈRE. On remarquait sur le côté droit du cou, immédiatement au-dessous de l'oreille, une tumeur peu saillante, mais large comme la paume de la main, mollasse à la pression, sans aucune sensation de fluctuation. Je la découvris couche par couche; elle avait soulevé, élargi et aminci le muscle sterno-mastoïdien dont les fibres étaient pâles. Après l'avoir détaché et enlevé, on trouvait le rhomboïde épaissi et occupé dans son épaisseur par du pus sanguinolent qui s'y était creusé un foyer allongé, se terminant en pointe en bas. Lorsque je l'eus ouvert, le doigt pénétra profondément jusqu'aux masses latérales des seconde et première vertèbres qu'il rencontra à nu. Derrière ce muscle et à sa partie supérieure, on trouvait un tissu fongueux, rougeâtre, qui l'enveloppait en partie et s'intriquait entre l'angulaire de l'omoplate, le splenius du cou, le grand et le petit complexus. En le dégageant plus profondément, on le voyait se diriger vers les apophyses transverses des trois premières vertèbres cervicales, s'introduire par les trous de conjugaison dans le canal rachidien, surtout par l'intervalle des masses latérales des deux premières dont les ligamens avaient été détruits par la suppuration.

Après avoir enlevé la jugulaire interne et les muscles de l'espace triangulaire, je reconnus que le tronc de la carotide primitive, à l'endroit où il se bifurque et se divise en interne et externe, offrait une dilatation fusiforme de l'origine de cette dernière qui, 3 centim. plus haut, reprenait son volume normal.

Après avoir désarticulé la mâchoire inférieure et détaché en même temps tout le larynx de haut en bas, je reconnus, dans l'épaisseur de la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx, un petit tubercule ramolli, et au-dessous des muscles grand et petit droits antérieurs du cou, entre eux et la face antérieure du rachis, un foyer contenant un pus épais, granuleux, ressemblant à de la matière tuberculeuse ramollie, qui aboutissait aux portions nécrosées des apophyses transverses et des parties attenantes du corps des trois à quatre premières vertèbres cervicales; tandis qu'en découvrant encore plus profondément, je pus m'assurer que la dure-mère qui tapisse cette région de la colonne rachidienne était fongueuse, et la continuation du tissu de la tumeur de même nature que celle décrite ci-dessus. Son épaisseur avait au moins quadruplé, en sorte qu'elle comprimait la moelle épinière.

Le plexus brachial de ce côté était détruit par la suppuration, à l'endroit où il sort des deux premiers trous de conjugaison, et de l'autre il avait dû être fortement comprimé, ce qui expliquait suffisamment la paralysie de l'autre bras.

En ouvrant le rachis par la partie postérieure, je vérifiai que les membranes d'enveloppe étaient d'un rouge intense, surtout du côté gauche, vis-à-vis de l'origine des premières paires du plexus brachial, que la moelle épinière, à peu près au niveau de la quatrième vertèbre, était un peu ramollie, tandis que, vis-à-vis de la lésion même, elle l'était moins.

Le foyer purulent s'étendait à droite seulement jusqu'au-dessous de l'apophyse transverse de la même vertèbre. Il s'y terminait en pointe. On sentait à nu le tissu osseux lui-même.

Les masses latérales de l'atlas et de l'axis étaient rugueuses, dépouillées de leurs cartilages, et l'articulation atloïdo axoïdienne macérée par le pus.

Les arcs antérieur et postérieur étaient intacts.

Le pharynx et les côtés de l'épiglotte étaient enduits d'un liquide purulent provenant probablement de quelque petit trajet fistuleux communiquant avec le foyer principal, ou peut-être de la tumeur située derrière le voile du palais, dans laquelle, après avoir fait une fluctuation évidente, on avait fait durant la vie une ponction exploratrice qui avait donné issue à une très grande quantité de pus et produit son affaissement.

L'articulation de la tête avec la première vertèbre était parfaitement saine, ainsi que celle de l'apophyse odontoïde de la seconde avec cette dernière.

THORAX. Le poumon droit était intimement adhérent par tous les points de sa surface par un tissu celluleux. Son lobe supérieur renfermait plusieurs agglomérations de tubercules, les uns gris, les autres commençant à se ramollir, plusieurs ayant même creusé de petites excavations; le moyen en contenait encore quelques-uns.

Le tissu de l'inférieur était moins perméable à l'air, d'un rouge intense, et offrait de l'engouement pneumonique. Quelques portions étaient même devenues d'un rouge noir, comme dans l'apoplexie pulmonaire.

La muqueuse bronchique était un peu rouge.

Le poumon gauche, nullement adhérent, excepté vers le sommet, présentait, dans son lobe supérieur et le long du bord antérieur, de l'emphysème, résultat de l'agonie, et la trace d'une cicatrice d'une ancienne excavation tuberculeuse guérie, tandis qu'à son pourtour il se rencontrait des tubercules.

Tout le tissu pulmonaire ambiant était atteint d'œdème.

Le lobe inférieur contenait aussi çà et là les mêmes productions morbides.

Le péricarde renfermait à peine une cuillerée à café de sérosité limpide.

L'oreillette droite, assez vaste, contenait du sang coagulé noirâtre.

Le ventricule correspondant était dans l'état normal. Le gauche avait des parois assez épaisses et fermes.

L'aorte était saine.

ABDOMEN. L'estomac était vide, sa muqueuse rougeâtre et marbrée immédiatement au-dessous du cardia. Elle présentait, dans la partie inférieure du grand cul-de-sac et le voisinage du pylore, un grand nombre de bas-reliefs, en forme de losanges irréguliers, tapissés de mucosités épaisses et rappelant la disposition du second estomac du veau.

Le duodénum offrait une vive rougeur de sa membrane interne et quelques infiltrations sanguines sous muqueuses.

Le jéjunum contenait des matières liquides, d'un blanc jaunâtre. On apercevait de loin en loin des plaques de Peyer allongées dans le sens de la longueur des intestins. Elles coupaient à angle droit les valvules conniventes qui se trouvaient interrompues brusquement au pourtour de chacune d'elles. Elles formaient un très faible bas-relief, offraient une surface tomenteuse d'un blanc faiblement rouge, et un peu au-delà une injection capilliforme très prononcée. Elles avaient depuis 3 centim. de longueur jusqu'à 7.

Le péritoine, vis-à-vis chacune d'elles, présentait des plaques d'un rouge vif, analogues à des sugillations et les indiquant. Quelques-unes de ces plaques, surtout dans l'iléon, étaient atteintes d'une véritable érosion superficielle. L'une d'elles, un peu avant l'orifice iléo-cœcal, était même tout à fait ulcérée.

Le cœcum était sain, occupé par des matières fécales, presque liquides; le colon également avec la différence qu'elles y étaient bien moulées. Sa membrane muqueuse offrait çà et là des rougeurs assez nettement circonscrites.

Le rectum était dans l'état normal.

Les glandes mésentériques étaient peu engorgées, les vaisseaux de ce repli membraneux assez injectés.

La rate était petite, molle, d'un tissu rougeâtre, sale, très diffluent.

Le foie était ce qu'il doit être; mais sa vésicule petite, allongée, renfermait à peine un peu de bile jaune, verdâtre, filante.

---

là mille sources auxquelles la sagacité d'un homme familiarisé avec l'analyse des phénomènes morbides et des sentimens nerveux pourra puiser une de ces inspirations heureuses qui mettent sur la voie des causes profondément cachées des désordres organiques et des moyens d'en arrêter les progrès? Et sans chercher d'ailleurs à soulever cette question si ardue de l'identité ou de la dualité du *principe pensant* et du *principe de la vie*, n'existe-t-il pas entre l'un et l'autre, considérés dans leur manifestation empirique, plus d'une analogie? Tous les actes de la vie morale, comme le fait observer si judicieusement M. Reveillé-Parise, ne s'absorbent ils pas dans l'*unité* intellectuelle, comme toutes les fonctions, tous les organes, dans l'*unité* vitale? D'où il résulte que si, dans une maladie ordinaire, un phénomène apprécié avec sagacité jette un grand jour sur les autres, de même aussi un trait de caractère bien saisi peut singulièrement aider l'œil du médecin et guider le tact de son intelligence. Nous voudrions pouvoir reproduire les divers passages où il signale les indications que l'habitude du corps, la démarche, les gestes, la voix, la parole, les traits, le pouls, le sommeil et les divers actes et expressions extérieurs, peuvent offrir à l'étude du médecin sagace et attentif. Nous citons au hasard: « La *voix* et ses diverses altérations fournissent des signes nombreux très capables de guider le médecin dans ses recherches.... La voix tremble, fléchit, s'élève ou tonne; elle est douce, âpre, claire, sourde, selon les divers sentimens de l'âme; c'est un cri déchirant; c'est un souffle qui s'échappe à peine d'une poitrine brisée par le chagrin. La *parole* brève, précipitée, annonce aussi une forte agitation morale. Les différentes inflexions de la parole constituent l'*accent* qui rend si bien et si vite tout ce que l'émotion a de saisissant, de profond et de vif dans le terrible mouvement des passions. Quelquefois le regard ment, le sourire est faux, mais l'accent ne trompe jamais; pénétrant et expressif, il remue la sensation jusqu'au fond des entrailles. On a beau entourer sa douleur d'une triple enceinte de calme, de froideur et de résignation, la voix est une révélation subite et involontaire de l'être tout entier.... C'est surtout dans la figure humaine qu'on apprend ce qu'il y a d'extraordinaire et d'inconnu dans les harmonies de l'esprit et du corps. Le visage de l'homme, ce tableau animé, s'épanouit ou se contracte, se colore ou se ternit, d'après les impressions multipliées de ce souffle léger et mobile qu'on appelle le sentiment.... »

Les applications de ces principes ne manquent pas entièrement de base. *Connaître aussi exactement que possible* L'IDÉE FIXE *qui, de la conscience et du moi, a passé dans le cerveau, dans les nerfs et dans toute l'économie*: telle est l'indication première et fondamentale. Cette *idée fixe* connue, qui ne peuvent sur elle la *crainte* et *l'espérance*, ces deux grands leviers du cœur humain? Qui ignore la puissance de la *parole* sur un cœur froissé, ulcéré par le malheur ou l'injustice; lorsque cette parole part d'un esprit éclairé, pénétrant et persuasif, d'un cœur compatissant et qui appelle à lui la confiance? La *révulsion*, ce moyen si énergique de la médecine organique, serait-elle moins efficace en médecine morale? Ce que les moralistes ont de tout temps conseillé, opposer une passion à une autre, combattre une idée fixe par une idée contraire, modifier les impressions qui surexcitent le cerveau par des impressions plus ou moins vives d'un ordre différent, atténuer les effets d'un sentiment prédominant en changeant lentement sa direction ou en le dispersant graduellement, comme le conducteur électrique diminue et disperse la masse d'électricité accumulée sur

Les reins étaient naturels, la vessie énormément distendue par un litre d'urine jaune, limpide, par suite de la paralysie.

Dans cette observation, les symptômes qui se développèrent d'abord furent ceux d'une affection rhumatismale, laquelle sembla s'être terminée par suppuration, comme la collection de pus rencontrée profondément dans l'arrière-gorge à droite me le fit croire d'abord; ce ne fut que plus tard que la persistance de la tumeur, son aspect devenu fongueux, la découverte d'une seconde tumeur se développant profondément dans le même côté du cou et de la base du crâne, me firent soupçonner une lésion des masses latérales des premières vertèbres du cou que je crus être une carie.

Quant à la paralysie du bras, je l'attribuai bien à une compression de la moelle épinière; mais il me fut impossible de déterminer si elle était occasionnée par un liquide ou par un corps solide. Je pense que, dans de tels cas, il sera toujours très difficile, à moins d'une fluctuation profonde ou d'une communication avec l'extérieur, d'arriver à aucun signe univoque ou différentiel propre à faire deviner la nature de la cause comprimante.

Enfin, la destruction de la motilité dans les bras, tandis que la sensibilité s'y conservait, puisque des douleurs y étaient accusées par le patient, et que tout pincement y était vivement senti et la destruction des racines antérieures des nerfs cervicaux qui forment le plexus brachial confirmée par l'autopsie cadavérique, viennent confirmer la prétention des physiologistes et des pathologistes, qui tout récemment ont soutenu que la lésion des racines antérieures de la moelle entraînait l'abolition des mouvemens, tandis que celle des postérieures était suivie de la cessation ou au moins de la diminution du sentiment ou de la sensibilité.

On peut ajouter, comme complément de preuves pour légitimer la vérité de cette dernière proposition : 1° qu'il existe des paralysies isolées du mouvement et de la sensibilité dans les membres, et que les nerfs de ceux thoraciques ont chez l'homme une racine postérieure plus développée que l'antérieure, tandis que l'inverse s'observe pour les membres inférieurs; 2° que les faits cités par M. Bouillaud, de la section des racines antérieures et postérieures de la moelle chez des ânes, des chiens, des singes, consacrent encore la différence de fonctions entre les racines; 3° qu'enfin, dans les 130 faits pathologiques recueillis et cités par M. Montault, sur lesquels la paralysie seule du mouvement a été constatée 142 fois, par suite de la lésion de la septième paire; celle du mouvement et du sentiment à la fois, dans 21 cas, par suite de l'affection simultanée des deux branches de la cinquième paire; et la paralysie isolée du mouvement et du sentiment, 17 fois, suivant que la branche motrice se trouvait seule malade, ou que c'était celle ganglionnaire, il y a eu encore concordance entre les lésions et les symptômes.

Était-il aussi facile de s'expliquer la paralysie de la vessie par cette lésion de la moelle épinière? bien moins, car on ne l'observe ordinairement que dans les cas de compression du même organe dans les régions dorsale et lombaire, et alors elle s'accompagne le plus souvent de celle du rectum et de paraplégie, et ici elle ne fut suivie ni de l'un ni de l'autre de ces accidens. Il faut donc croire, quoiqu'on ne puisse se l'expliquer, que la compression de la moelle épinière à sa partie supérieure aura été suffisante pour troubler seulement l'innervation vésicale et non celle du rectum ou des extrémités inférieures.

Quant à la nature de la lésion des vertèbres cervicales, elle me paraît avoir été une altération tuberculeuse avec ramollissement du corps et des apophyses transverses des trois à quatre premières vertèbres cervicales, compliquée d'un épaississement fongueux de la dure-mère spinale et du ramollissement secondaire de la moelle, à peu près vis à vis de la quatrième vertèbre.

Il n'est pas nécessaire, d'après l'obscurité qui avait enveloppé l'origine du développement de la tumeur profonde avec sensation d'empâtement ou d'une certaine dureté qui existait à la partie supérieure et droite du cou, d'insister sur la difficulté qu'on devait éprouver à en diagnostiquer la nature, surtout si l'on se rappelle qu'un examen attentif de la même partie du cou avait fait découvrir une dilatation anévrismatique de la carotide externe à son origine. On conçoit dès lors combien toute ouverture ou ponction eût pu, dans ce cas, être téméraire et dangereuse.

Cette exploration de la collection, située derrière le côté droit du voile du palais et la partie correspondante du pharynx, qui fut suivie de la persistance de la même tumeur devenue fongueuse, ne vint que plus tard seulement déceler la nature identique de celle du cou; en même temps que la paralysie des bras, celle de la vessie, la difficulté de la sputation, venaient faire connaître une lésion simultanée de la moelle épinière due à sa compression par ces tumeurs ou à son ramollissement.

MASSE TUBERCULEUSE ENTOURANT LES MÉNINGES ET LA MOELLE, AU NIVEAU DES SIXIÈME ET SEPTIÈME VERTÈBRES DORSALES, LA COMPRIMANT ET L'AYANT LÉGÈREMENT RAMOLLIE; PARALYSIE DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES; ALTÉRATION DE LA VALVULE MITRALE; PHTHISIE PULMONAIRE; MORT.

OBS. IX. — Chez une femme, âgée de 33 ans, entrée à la Charité au mois de juin 1838, qui était atteinte d'une courbure de la colonne vertébrale, chez laquelle il était survenu six mois avant une paralysie des extrémités inférieures, des palpitations, des étouffemens, qui offrit un bruit de frottement à la région précordiale, mais ni tumeur ni douleur dans toute l'étendue de la tige rachidienne et qui finit par succomber le 19 juillet, avec tous les symptômes des maladies organiques du cœur, on trouva à l'examen nécroscopique ce qui suit.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE. Il existait au niveau des sixième et septième vertèbres dorsales une masse tuberculeuse de la grosseur d'un œuf de pigeon, entourant les méninges et la moelle, à surface inégale, à tissu jaunâtre, ramolli et grumeleux, une dépression marquée d'un centimètre et demi de cette dernière à cet endroit, et qui, incisée, était d'un rose jaunâtre et légèrement ramollie. On remarquait un léger écartement du rachis à gauche de l'espace compris entre la sixième et la septième vertèbre, et entre elles une masse assez considérable d'une matière ramollie, grumeleuse, ayant fait disparaître entièrement le ligament intervertébral et la surface des deux vertèbres rouges, rugueuse, comme granulée.

En outre, on constatait un épaississement des valvules aortiques, une dégénérescence cartilagineuse de la valvule mitrale et une hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche.

Dans les poumons congestionnés, il y avait quelques masses tuberculeuses à l'état de crudité et une congestion sanguine du gros intestin. (GAZ. DES HÔPIT. du 12 juin 1838.)

Cette observation est un exemple de paralysie des extrémités inférieures, survenant assez promptement et qui ne s'était accompagnée d'aucune douleur ni tumeur du rachis et occasionnée par la compression de la moelle épinière par une masse tuberculeuse l'entourant, ayant détruit

---

un point de l'atmosphère »; ce sont là des moyens que les médecins ont jusqu'à un certain point en leur puissance, et que seuls ils sont aptes à mettre en œuvre, parce que seuls ils sont capables d'en suivre, d'en apprécier et mesurer convenablement les effets sur l'organisme. Mais pour en arriver là, pour se rendre en tout dignes et capables d'une pareille mission, qui imprimerait à leur profession un caractère en quelque sorte sacerdotal, les médecins auraient à secouer un peu la poussière de l'école; ils devraient cesser de considérer l'anatomie comme l'unique base de la médecine, et reporter sur l'analyse des phénomènes moraux dans leurs rapports avec l'organisme cette active investigation qu'ils appliquent trop exclusivement à l'étude des conditions anatomiques des maladies. La médecine organique, loin d'y perdre, ne pourrait que gagner au contraire à cet échange, à ce commerce continuel de la physiologie et de la psychologie. La profession y puiserait de nouveaux titres à la considération et au respect.

Que ne pouvons-nous puiser dans ce chapitre quelques-uns des nombreux exemples de la puissance des moyens moraux sur les désordres profonds et invétérés que produisent les passions. Mais nous sommes forcé de mettre un terme à cette analyse. On nous pardonnera sans doute de nous être étendu sur un objet aussi intéressant ou plutôt on regrettera avec nous qu'il ne nous ait pas été possible d'en exposer avec plus de développement l'ensemble et les détails. D'autres non moins dignes d'intérêt à divers titres réclameraient également notre attention; nous nous voyons à regret obligé de nous borner à les signaler. On trouvera de judicieuses applications de thérapeutique chirurgicale dans le MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DES FEUILLES DE PLOMB DANS LE PANSEMENT DES PLAIES ET ULCÈRES EN VOIE DE CICATRISATION, et dans celui qui a pour objet l'exposition d'une NOUVELLE MÉTHODE DE HATER LA GUÉRISON DES PLAIES RÉCENTES. Le MÉMOIRE SUR L'EXISTENCE ET LA CAUSE ORGANIQUE DU TEMPÉRAMENT MÉLANCOLIQUE est une des études physiologiques les plus originales et les plus vigoureusement tracées de ce livre. Nous ne devons pas oublier non plus cette *galerie médicale* dont plusieurs ébauches et même quelques portraits achevés ont déjà agréablement délassé les loisirs de plus d'un de nos lecteurs. Corvisart, Hallé, Boyer, Chaussier, Portal, Dupuytren, Alibert, Broussais, Richerand, Double, Larrey et quelques autres, nos contemporains hier, y sont esquissés, jugés, appréciés, non d'après leurs succès et leur fortune, mais d'après leurs œuvres, leur valeur réelle et la part d'influence qu'ils ont eue sur les progrès de leur art et sur la dignité et la considération de leur profession. Aux qualités brillantes des éloges académiques, ces biographies joignent un mérite que ceux-ci peuvent rarement avoir, celui d'une appréciation juste, rigoureuse, quelquefois sévère même, composée d'éloges et de critiques dans la mesure de la plus stricte impartialité. Mais ces mérites et ces qualités sont connus déjà; qu'il nous suffise de dire que dans cette réédition, ces notices sont enrichies de notes, de détails nouveaux, et quelques-unes de *fac simile* qui ajoutent à l'intérêt du portrait.

Il nous reste à signaler une dernière étude que nous devions d'autant moins passer sous silence que c'est elle qui nous donnera la clef des principes et de la méthode qui servent en quelque sorte de lien aux diverses parties dont se compose ce livre. Sous cette apparente variété de sujets appartenant les uns à la physiologie, les autres à l'hygiène, à la médecine ou à la chirurgie pratiques, d'autres à la philosophie de la science, à la psychologie ou à l'histoire, règne

le ligament intervertébral et la surface des sixième et septième vertèbres dorsales par usure et non par contact avec un liquide puriforme; car, dans ce cas, il ne s'en était pas encore formé, ce qui probablement aurait eu lieu plus tard par suite du ramollissement de la masse tuberculeuse.

PARAPLÉGIE DUE A UNE LÉSION D'APPARENCE TUBERCULEUSE DES ENVELOPPES DE LA PARTIE MOYENNE DE LA PORTION DORSALE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; OEDÈME PARTIEL DU POUMON DROIT AVEC TUBERCULES; FONGUS ÉRECTILE DANS LE FOIE; MORT.

Obs. X. — Legoff, âgé de 39 ans, d'une constitution assez forte éprouva à plusieurs reprises, quinze jours avant son entrée à l'infirmerie, une sorte d'hésitation dans les mouvemens des extrémités inférieures qui donnait à sa démarche l'apparence de celle d'un homme ivre. Quelques jours passés dans les salles dissipèrent l'étrangeté de cette anomalie de la progression.

Rentré le 10 mars 1833, il ne marchait qu'irrégulièrement : la volonté semblait ne pouvoir régulariser et maîtriser les mouvemens des jambes. Il chancelait ou faisait des pas saccadés. Les menaces de chutes devenaient telles lorsqu'il voulait s'arrêter qu'il serait infailliblement tombé chaque fois s'il n'eût été soutenu par un infirmier. Cet homme éprouvait dans ces momens une sensation qu'il exprimait, en disant qu'il lui semblait que les jambes manquaient sous lui. Sa démarche avait quelque chose de convulsif, comme on l'observe dans les névroses des muscles qui président aux mouvemens volontaires de la progression. Les bras ne participaient pas à ce genre de lésion.

Le malade ne se plaignait d'aucune douleur le long de l'épine ou à la tête; l'appétit était bon. Une fois couché, on ne remarquait plus les anomalies décrites ci-dessus. Je diagnostiquai une maladie de la moelle épinière ou de ses enveloppes sans pouvoir en préciser la nature.

27 mars. Je prescrivis une application de sangsues au nombre de quatre de chaque côté de l'épine, et une infusion d'arnica, des pédiluves sinapisés, la demi-ration.

Le lendemain, il n'y avait aucun changement.

Les jours suivans, je fis administrer 12 milligr. de strychnine en quatre pilules, dont une devait être donnée toutes les trois heures.

1er avril. La dose en fut portée à 25; le lendemain à 37. Il semblait au malade qu'après les pédiluves les mouvemens étaient plus difficiles.

6. Il existait une impossibilité d'uriner depuis deux heures la veille. (Suppression des bains de pieds, eau d'orge nitrée.) Il n'y avait aucune tension du ventre.

Le lendemain, il fut donné 37 milligr. de strychnine.

7. Legoff en prit 50 dans la journée. Il survint vers le soir de la raideur tétanique dans les jambes et les cuisses, une rétention d'urine, mais ni crampes ni douleurs dans les muscles raidis. Il y avait absence de céphalalgie.

8. Je fis lever de force le malade; les membres supérieurs étaient flexibles, leurs mouvemens volontaires, faciles, mais les extrémités inférieures étaient raides, tendues, inflexibles, et le malade, en posant sur elles, perdait de suite le centre de gravité et tombait, en sorte qu'on était obligé de lui donner double point d'appui. Les urines étaient supprimées. (Potion purgative, eau d'orge nitrée, bain entier.)

9. La raideur était moindre. La médecine n'avait produit qu'une évacuation. Il était survenu un peu de fièvre au sortir du bain. (Cataplasme de feuille de pariétaire, tisane laxative, sinapismes volans.) Legoff urina un peu plus.

10. Les extrémités étaient plus souples, mais toujours aussi impuissantes. La difficulté à uriner persistait. (Infusion d'arnica, application d'un moxa de chaque côté de l'épine dorsale.)

Depuis cette époque, je fis administrer la teinture de cantharides sous l'influence de laquelle elle cessa. La dose fut d'abord de six gouttes; elle fut augmentée progressivement jusqu'à 6 grammes et même 8, et continuée à celle-ci pendant cinq à six jours; mais il survint bientôt de la sensibilité à l'épigastre, perte de l'appétit, un état pâteux de la bouche. Je fis supprimer le remède, appliquer des cataplasmes vis-à-vis de l'estomac et boire de l'eau gommeuse. Cette légère irritation gastrique diminua promptement. Jamais je n'observais durant cette médication aucune érection ou chaleur au col de la vessie.

28 avril. La paralysie des extrémités inférieures étant toujours la même, un vésicatoire allongé fut placé de chaque côté de la colonne vertébrale dans toute l'étendue de la région lombaire. Le rectum partageait la paralysie. Legoff restait cinq à sept jours sans évacuer. On ne parvenait à solliciter les selles qu'à l'aide de drastiques et de lavemens purgatifs énergiques. Il ne survient aucun amendement.

Pendant le mois de mai, j'essayai successivement et tout aussi vainement des moxas à la région lombaire, des vésicatoires à l'origine de chaque nerf sciatique. Le patient maigrit sensiblement; l'appétit diminua; il ne put plus manger que le quart. La constipation était toujours opiniâtre; on ne la faisait cesser qu'à l'aide de purgatifs énergiques ou de clystères de même nature. En outre, la vessie était toujours atteinte de paralysie. Le malade n'urinait que par regorgement, il fallait avoir recours au cathétérisme tous les deux ou trois jours.

On avait cessé toute médication énergique, par suite de l'inutilité de toutes les précédentes. Je me bornai à prescrire le régime alimentaire, et à faciliter les fonctions du ventre et celles de la poche vésicale. Cependant Legoff continua à maigrir lentement. Il affirmait néanmoins que sans ses jambes il serait parfaitement bien.

16. Je lui trouvai, à la visite, de la fièvre (118 pulsations) et la peau brûlante; mais nulle céphalalgie, ni soif.

Les jours suivans, l'état pyrétique continua, mais moindre.

20. Il cessa. (25 milligrammes de strychnine en deux doses; demi-lavemens). Ils ne furent pas gardés et ne produisirent aucun effet; il en fut de même des suivans.

22. Les muscles du ventre étaient tendus comme des cordes. On remarquait des secousses brusques dans les extrémités inférieures, avec persistance de contractions de temps en temps. L'infirmier était obligé alors d'étendre de force le membre. Au reste, le patient n'accusait aucune douleur, soit au cervelet, soit le long de la moelle épinière.

24. Il s'était développé une large ulcération au sacrum, par suite du décubitus prolongé, une seconde plus petite à la partie droite de la région lombaire. Aucune douleur n'était perçue lorsqu'on comprimait avec soin les divers points de la longueur des apophyses épineuses vertébrales.

8 juin. Legoff eut une fièvre intense, avec frisson, qui dura trente-six heures et céda à 9 décigrammes de sulfate de quinine, qu'on continua pendant quelques jours à doses décroissantes, pour ne plus revenir. L'amaigrissement faisait des progrès. Le tégument qui recouvre les grands trochanters était d'un rouge violâtre et menaçait de se gangréner. La peau était sèche et terreuse, la surdité prononcée.

19. L'émaciation était effrayante, l'expression du visage celle du singe. Il survenait des contractions brusques, comme tétaniques, et douloureuses dans les extrémités inférieures, qui se pliaient incessamment, de manière à ce que les talons touchaient les fesses. (Le quart; riz; limonade.) Il y avait du sommeil.

Depuis cette époque, le malade s'affaiblit de plus en plus. Cependant, chaque matin il prétendait se trouver mieux, ne répondant à n'importe quelle question que par ces mots : *Je me comporte bien* ou *mieux*.

Les escarres vis-à-vis des trochanters avaient augmenté. Une potion opiacée qu'on donnait le soir semblait apporter du soulagement et diminuer les secousses tétaniques des membres inférieurs.

Ce malheureux expira le 27 à quatre heures du matin.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE faite vingt-quatre heures après la mort.

ÉTAT EXTÉRIEUR. La maigreur était prononcée. Il existait de l'oedème aux

---

une certaine unité de vues, de principes, de doctrine, qui domine en quelque sorte ces différens sujets et qui établit entre eux plus de rapports, plus de relations qu'ils ne semblent en avoir au premier coup d'œil. Quelle est cette doctrine? Quels sont ces principes? c'est ce qu'apprendra un rapide aperçu du chapitre intitulé : DE L'ÉCLECTISME EN MÉDECINE ET DE SES CARACTÈRES. *L'éclectisme* est défini par M. Reveillé-Parise *l'art d'estimer le degré et la valeur des preuves*. Cette définition dit assez dans quel sens il comprend l'éclectisme et quelles limites il lui assigne. Ce n'est et ce ne peut être évidemment, à ce point de vue, qu'une méthode critique. L'éclectisme, en effet, ne crée point, il n'inspire ni ne féconde les découvertes, mais il apprend à les juger, à les apprécier, à les mettre en œuvre; il apprend surtout à se méfier des systèmes dont il est en quelque sorte le juge et le médiateur, à discerner les opinions vraies, fondées, probables, d'avec les opinions douteuses ou erronées dont il est la pierre de touche. C'est par l'éclectisme que tous les systèmes ont successivement été réduits à leur stricte valeur; aussi les domine-t-il et se maintient-il constamment sur leurs ruines, les concevant tous, sans en adopter aucun, les combattant les uns les autres avec leurs propres armes, et profitant également de leurs erreurs et de leurs vérités. L'éclectisme, en un mot, n'est ni un système, ni une doctrine, ni une théorie, c'est une méthode d'examen, de critique et de coordination, dont le *critérium* est la raison, le jugement et l'expérience; il se traduit en théorie par la méthode expérimentale et ses procédés analytiques, en pratique par cet empirisme éclairé et raisonné qui fait le fond de la pratique du plus grand nombre des médecins de notre époque. L'éclectisme sans doute n'est pas le dernier mot, le *nec plus ultrà* de la science; il ne sera même probablement qu'une période, qu'une phase transitoire de son histoire; mais tant que la médecine n'aura pas acquis ce degré de précision dans la détermination des élémens des maladies, de rigueur et de certitude dans l'appréciation des effets thérapeutiques, qui la constitueront à l'état de science accomplie, jusqu'à ce que la méthode étiologique, à peine ébauchée sur quelques points, se généralise et se perfectionne assez dans ses applications pour substituer la thérapeutique des causes à celle des phénomènes, la méthode éclectique est et sera le guide le plus sûr pour l'art comme pour la critique.

Tel est l'esprit général qui règne dans toute cette œuvre : nous avions raison de dire qu'il existait un lien commun qui ramenait ces parties diverses à une unité de vues et de principes; car sur quelque objet que se porte l'attention de l'auteur, qu'il pose les bases physiologiques de la santé, qu'il détermine et prescrive les règles hygiéniques nécessaires à son entretien, qu'il recherche les conditions et les causes des progrès scientifiques, qu'il énumère et balance les avantages respectifs du dogmatisme et de l'empirisme, de l'art et de la science, qu'il évalue les systèmes, qu'il juge les hommes qui ont marqué dans notre profession; dans l'art, comme dans la science, dans les considérations philosophiques les plus élevées comme dans les plus minimes détails de la pratique, dans l'appréciation des choses comme dans celle des hommes; c'est toujours avec ce même esprit de critique, qu'il possède, toujours dirigé par cette haute raison, ce sens juste et droit, cette sûreté de jugement, cette droiture et cette impartialité qui, avec le talent littéraire que tout le monde lui connaît, constituent les principaux titres que M. Reveillé-Parise s'est depuis si longtemps acquis à l'estime de tous ses confrères.

jambes, une escarre superficielle et large vis-à-vis du sacrum, et une seconde moins grande, mais ronde et plus profonde sur la saillie du grand trochanter droit. La peau, au pourtour, était comme découpée, décollée en dessous; enfin, une troisième, beaucoup plus petite et de même forme vis-à-vis de l'autre. Le fond de chacune était constitué par un tissu cellulaire rouge et molasse.

L'épine n'offrait aucune incurvation ou à peine une presque insensible vers le milieu de la région dorsale.

CRANE. Les tégumens étaient minces, exsangues; les os assez épais. Lorsqu'on détacha la calotte, il s'écoula, des vaisseaux de la partie postérieure des méninges, une certaine quantité de sang.

La dure mère enlevée, il suintait une sérosité limpide provenant de la cavité arachnoïdienne.

Le cerveau était très ferme, sa substance blanche peu sablée.

Les ventricules étaient occupés par la quantité ordinaire de liquide limpide.

Les couches optiques, le mésocéphale et les pédoncules étaient sains. Il en était de même du cervelet. Il s'écoula une assez grande quantité de sérosité d'un aspect blanchâtre par le canal vertébral.

CANAL RACHIDIEN ET MOELLE ÉPINIÈRE. Après avoir ouvert ce canal dans toute sa longueur, avec toutes les précautions convenables, je constatai que toute la portion cervicale et lombaire des enveloppes de la moelle épinière était dans l'état normal, mais que la partie moyenne de la dorsale était ramollie dans l'étendue de 9 centim. et demi, tuméfiée, convertie en un tissu d'un blanc un peu jaunâtre, molasse, diffluent, presque liquide dans quelques points, et ayant une épaisseur de 4 à 6 millim. L'altération s'étendait aux portions qui enveloppent l'origine des nerfs intercostaux, laquelle formait là des espèces de tubercules mous qui devaient les comprimer. L'un d'eux renfermait le véritable pus. Cette dégénérescence semblait être de nature tuberculeuse; elle était d'autant moins avancée qu'on l'examinait plus profondément. On écrasait facilement ce tissu morbide entre les dents. Il était plus rougeâtre inférieurement, intimement adhérent à la surface externe de la portion lisse de dure-mère qui protégeait la moelle et qui était là finement injectée et un peu plus rouge que le reste de la même membrane. Les portions de celle-ci, qui aboutissaient à l'endroit lésé, étaient plus rouges, et leur réseau capillaire plus distendu par le sang que partout ailleurs. Toute la partie inférieure de la cavité qu'elle forme était occupée par une sérosité limpide abondante, tandis qu'il en existait bien moins dans la portion au-dessus.

La moelle épinière était parfaitement saine. Seulement, tous les vaisseaux qui rampent à sa partie postérieure étaient beaucoup plus injectés que de coutume, à partir de la lésion décrite et inférieurement à elle, tandis que la portion supérieure tranchait sur celle-ci par sa pâleur. Son tissu était également ferme et dans l'état normal.

THORAX. Le côté gauche contient à peu près 500 grammes de sérosité jaunâtre.

Le poumon correspondant était atteint, dans ses trois quarts supérieurs, d'œdème caractérisé par un tissu grisâtre, infiltré d'une énorme quantité de sérosité un peu spumeuse qui s'en écoulait abondamment à la section, ce qui lui donnait une sorte de demi-transparence, lui ôtait la faculté de crépiter, mais le rendait très facile à déchirer à la moindre pression. Le sommet du lobe supérieur était infiltré de tubercules gris, isolés et de la grosseur d'un grain de chenevis. L'inférieur était très perméable à l'air, ainsi que la partie antérieure du précédent. Il en ruisselait encore un peu de sérosité spumeuse.

Le poumon droit était adhérent dans presque toute sa surface. Le tissu de son lobe supérieur était crépitant et très légèrement infiltré, tandis que celui de l'inférieur tranchait fortement par sa teinte d'un rouge vif de carmin et sa crépitation.

La muqueuse qui tapisse les tuyaux bronchiques était rouge, finement injectée et légèrement tuméfiée.

La cavité du péricarde renfermait à peu près 60 grammes de sérosité jaunâtre.

Le cœur était bien proportionné.

Le ventricule droit était peu vaste, à parois fermes. Il contenait une concrétion polypiforme, de formation récente, qui pénétrait jusque dans l'artère pulmonaire. Le gauche avait 1 centimètre et demi d'épaisseur dans son tissu pariétal, de même que la cloison. Il était occupé par de petits caillots de sang noir.

ABDOMEN. Il existait un peu de sérosité dans la cavité péritonéale.

L'œsophage n'offrit rien de particulier. Il en était de même de l'estomac, qui renfermait encore des portions d'alimens nageant dans un liquide trouble jaunâtre, qui, dans le jéjunum, devenait plus jaune, grumeleux, plus épais, et verdâtre dans l'iléon. Ce dernier offrait, à peu près un mètre avant son insertion au gros intestin, une injection fine avec rougeur de la muqueuse, dans l'étendue de 33 à 67 centim.

Le cœcum était occupé par des matières fécales vert-brunâtres.

Le colon, çà et là distendu par des gaz, était comme contracté par endroits sur des magdaléons nombreux, d'autant plus durs qu'on les examinait plus rapprochés du rectum. Il étaient enveloppés d'une couche de mucus blanc épais. La surface interne de toute cette portion du tube intestinal était saine.

Le pancréas et les glandes du mésentère n'offrirent rien d'extraordinaire.

La rate, de volume ordinaire, présentait un parenchyme rougeâtre, pâle, s'écrasant et se liquéfiant en quelque sorte sous la pression, en une substance diffluente d'un rouge trouble.

Le tissu du foie était sain; mais on remarquait à la face supérieure et antérieure de son lobe droit une tache noire faisant un très léger relief à sa surface, formée par un tissu rouge, noirâtre, spongieux, analogue à celui des corps caverneux, imbibé, comme une éponge, de sang liquide, qu'on en faisait couler par la pression entre les doigts, et qu'on ramenait de la sorte à un tissu à mailles lâches, allongées, pâle, blanchâtre, flasque et exsangue, tandis qu'avant sa couleur noire tranchait vivement sur celle du foie. Cette tumeur était enveloppée d'une membrane propre qui permettait de l'isoler facilement du parenchyme de ce dernier organe. Au point de contact, ses vaisseaux avaient été aplatis et comme vidés du sang par sa pression; en sorte qu'ils apparaissaient sous la forme de filamens larges, irréguliers, blanchâtres, formant des espèces de losanges.

La vésicule renfermait une bile jaune filante.

APPAREIL URINAIRE. Les reins étaient de volume ordinaire, les deux substances presque exsangues.

La corticale avait une teinte bleue pâle qui se fondait insensiblement dans la couleur rouge de la tubuleuse.

Les parois de la vessie étaient fermes, sa muqueuse épaissie, comme rugueuse et piquetée de rouge vif. Sa tunique musculeuse était hypertrophiée, convertie en un tissu blanchâtre, homogène. Sa cavité contenait une certaine quantité d'une urine jaune, trouble.

On voit, par cette observation, que les premiers symptômes qui se développèrent durent être attribués à la lésion de quelques points de la moelle épinière, qu'on pouvait tout aussi bien soupçonner être une irritation de celle-ci qu'une compression. Ce ne fut que plus tard, lorsque la paraplégie devint complète, que l'absence de toute fièvre, de toute douleur, soit dans la direction de la colonne vertébrale, soit dans la région du cervelet, l'affirmation qu'aucune chute n'avait été faite, et l'examen scrupuleux de toutes les parties du rachis, eurent éloigné l'idée d'une désorganisation de l'organe médullaire lui-même, qu'on dut s'arrêter à la pensée de la compression de quelque point de ce dernier par une altération de ses enveloppes ou de sa propre substance.

Mais comment pouvait-on s'expliquer la paralysie bornée aux extrémités inférieures, au rectum et à la vessie, lorsque la lésion avait lieu vers

---

Si par cette analyse, tout incomplète qu'elle est, nous avons pu donner une suffisante idée de l'étendue, de la variété et de l'importance de ces ÉTUDES, pour que chacun s'empresse de puiser à cette source féconde d'instruction et de plaisir, nous aurons atteint notre but et accompli une douce tâche.

H. BROCHIN.

PRIX FONDÉ PAR LES ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

La question mise au concours pour 1845 est ainsi conçue:

« Déterminer les caractères distinctifs de l'homicide chez les aliénés, et de la monomanie homicide; faire un exposé critique des principaux cas de monomanie homicide qui ont été l'objet de poursuites judiciaires; répondre à cette question: La monomanie homicide est-elle, dans tous les cas, passible des peines légales? »

Ce prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 500 fr., sera décerné le 1er janvier 1846.

Les mémoires admis au concours devront être remis cachetés au bureau du journal avant le 1er novembre 1845.

— M. DELESTRE, chirurgien dentiste de l'hôpital des Enfans-Malades, reprendra son Cours clinique théorique des *maladies des dents* le lundi 20 courant. Tous les jours un grand nombre des sujets sont à la disposition des élèves.

Les leçons ont lieu de dix à onze heures, excepté les jeudi et dimanche, quai Conti, 5.

— M. le docteur AUZOUX commencera, pour les gens du monde, son cours gratuit d'anatomie humaine et comparée, le dimanche 19 janvier, dans son nouveau local, rue de l'Observance, 2. Au moyen de ses préparations d'*anatomie clastique*, il expliquera comment s'opèrent les principales fonctions de la vie dans tous les animaux, depuis l'homme jusqu'au zoophyte.

— STATISTIQUE DU PERSONNEL MÉDICAL EN FRANCE ET DANS QUELQUES AUTRES CONTRÉES DE L'EUROPE, avec une carte figurative du nombre des médecins comparé à la population; par LUCAS CHAMPIONNIÈRE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre correspondant des Sociétés médicales d'Angers, Bordeaux, Dijon, etc. — 1 vol. in-8°. Prix: 5 fr.

Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— TRAITÉ DES MALADIES DU SEIN, comprenant les affections simples et cancéreuses; par J. CARPENTIER-MÉRICOURT, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux civils, membre de la Société médico-pratique, etc. Un vol. in-8°. — Prix: 4 fr. 50 c.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— TUSSIS CONVULSIVA ILLUSTRATA PASSIM OBSERVATIONIBUS EX EPIDEMIS SALISBURGENSIBUS ANNORUM 1816-1840; ab auctoris patre institutis; scripsit doctor CAROLUS ABERLE. — In 8°.

Vindobonæ, typis Caroli Ueberreuter.

un point aussi élevé de la moelle épinière que le tiers supérieur de la région dorsale? et comment la compression des nerfs intercostaux n'avait-elle pas produit plus tôt de la gêne dans la respiration et une asphyxie plus prompte? Il est difficile de répondre d'une manière satisfaisante à ces diverses questions, à moins de supposer que quelques nerfs intercostaux seulement se trouvaient comprimés ou même ne l'étaient pas, protégés qu'ils sont dès leur origine par les ouvertures de la base des apophyses transverses qui les reçoivent immédiatement, tandis qu'au contraire ceux qui naissent du reste de la moelle épinière, qui s'en séparent dans la région lombaire pour former les nerfs sciatiques, les sacrés et autres qui se distribuent au rectum, à la vessie, etc., et qui marchent dans une direction beaucoup plus oblique, presque parallèle à leur origine, devaient éprouver beaucoup plus fortement les effets de la compression de la même portion spinale au-dessous de la lésion décrite.

Cet exemple est encore d'un vif intérêt, en ce qu'il démontre que la dépression graduelle de ce puissant propagateur de la sensibilité et de la motilité peut avoir lieu sans douleur appréciable et sans altérer et anéantir la vie, comme l'occasionne toute compression brusque du même organe. Sous le rapport de l'anatomie pathologique, il n'est pas moins curieux, en ce que beaucoup plus de faits ont été publiés sur les altérations de la moelle épinière elle-même que sur celles isolées de ses enveloppes, et en ce qu'on put constater à l'ouverture du cadavre, comme complication, la présence d'une tumeur érectile dans un organe (le foie), où je ne sache pas qu'on en ait jusqu'ici signalé. Enfin, sous le rapport thérapeutique, en ce qu'à la dose de 10 centigrammes la strychnine donna lieu à des accidens tétaniques assez graves pour obliger à suspendre brusquement ce remède. D'autres faits m'ont du reste prouvé qu'on doit rarement en hasarder trop tôt une semblable, malgré que, dans quelques cas, j'aie pu la dépasser impunément et même la continuer quelque temps. Mais ce n'avait été que graduellement et lentement, en vertu de la propriété inhérente à l'économie animale de pouvoir s'habituer aux doses médicamenteuses les plus fortes et même aux poisons, comme le confirment des exemples journaliers dans les cliniques, et même celui actuel, dans lequel il fut donné impunément la quantité de 4 grammes quelques centigrammes de teinture de cantharides.

CONCLUSIONS.

On peut conclure des faits relatés dans ce travail :

1° Que les maladies des articulations chondro-costales et de l'extrémité antérieure des côtes ne sont pas rares et méritent d'occuper plus de place qu'on ne leur en a accordé dans les traités de pathologie externe.

2° Que le signe propre à les indiquer, qui consiste dans l'apparition d'une tumeur d'apparence d'abcès froid enkysté, soit vis-à-vis d'elles, soit dans leur voisinage, à une distance variable, est insuffisant pour en fonder le diagnostic, et d'autant plus qu'il peut s'en développer d'autres d'apparences analogues dans les espaces intercostaux voisins, et qui seraient dus à des tubercules ramollis ou à des nécroses costales qu'on ne manquerait pas d'attribuer seulement à une cause scrofuleuse.

3° Que l'ouverture de ces tumeurs renfermant un pus séro-caséeux ou plus homogène, et l'exploration de leur cavité par la sonde, ne donnant pas d'abord plus de certitude, puisqu'elle ne rencontre souvent qu'un tissu mou ou une membrane pyogénique tapissante, ce n'est que plus tard qu'elle atteint la côte nécrosée et qu'elle pénètre dans l'articulation, mais la plupart du temps à une époque trop avancée de la maladie pour que l'art puisse intervenir avec quelque espoir d'efficacité.

4° Que les nécroses des vertèbres ou leur destruction par des tubercules ramollis, avec lésions identiques des articulations costo-rachidiennes, sont et seront le plus souvent méconnues et prises, tantôt pour des affections rhumatismales invétérées, d'autres fois des épanchemens pleurétiques chroniques circonscrits, à moins de déformations appréciables de la colonne vertébrale, et encore faudrait-il qu'elles n'eussent pas existé depuis longtemps ou depuis les premières années de la vie.

5° Que les mêmes affections morbides bornées au rachis seront, comme les précédentes, regardées presque constamment d'abord comme des affections rhumatismales chroniques, soit des muscles, soit des tissus fibreux profonds. Que cependant, pour la région cervicale, l'apparition d'une tumeur profonde avec empâtement ou fluctuation obscure, la difficulté de la déglutition, un commencement de paralysie des bras avec diminution, plus tard, de la contractilité de la vessie, deviendraient des signes pathognomoniques. Que pour celles dorsale et lombaire, l'absence de toute déformation ou tumeur, mais l'apparition d'une paraplégie légère ou complète, suivie d'une paralysie de la vessie et du rectum, les fera plutôt attribuer à une lésion de la moelle épinière ou de ses enveloppes qu'à une maladie de la colonne rachidienne elle-même; tandis que le diagnostic n'acquerra de certitude que si l'on rencontre une saillie anormale d'une ou plusieurs apophyses épineuses. C'est cette disposition la plus favorable au diagnostic qui a fourni à la plupart des auteurs les descriptions symptomatologiques qu'ils ont données.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros de juin, juillet, août et septembre 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Sur les causes d'erreur dans le diagnostic des calculs vésicaux*; par M. Coulson. (Les tumeurs de la prostate ou de la vessie, la situation anormale du calcul, telles sont les deux causes que signale cet écrit, qui ne renferme d'ailleurs aucune vue pratique neuve.) 2° *Sur la diminution des maladies par suite des progrès de la civilisation*; par M. Marx. 3° *Statistique de l'établissement royal de la Maternité*; par M. Ramsbotham. 4° *Convulsions puerpérales dans un cas d'accouchement double*; par M. Paterson. (Les convulsions s'étant déclarées durant le travail, on dut hâter artificiellement la terminaison de celui-ci. Les enfans furent extraits avec le forceps. Parmi les moyens qui parurent ensuite contribuer le plus activement à la guérison de l'éclampsie, on remarque un vésicatoire appliqué sur le sacrum.) 5° *De l'irritation constitutionnelle ou perturbation générale*; par M. Wilkinson King. 6° *Sur les fongus du cerveau*; par M. Adams. 7° *De la hernie ou protrusion de la substance intervertébrale comme cause de paraplégie*; par M. Wilkinson King. 8° *De l'emploi de la digitale dans la manie*; par M. Sarkey. 9° *Hémorrhagie mortelle due à la perforation de la crosse aortique par une fausse dent tombée dans l'œsophage*; par M. J. Duncan. 10° *De la lèpre tuberculeuse*; par M. Skene. 11° *Sur les fractures des vertèbres*; par M. W. Lyon. 12° *Deux cas de luxations peu ordinaires*; par M. Spender. (Un cas de luxation en arrière de l'extrémité sternale de la clavicule et un de luxation de l'extrémité carpienne du cubitus en dedans. Les signes de cette dernière sont si peu significatifs, qu'il n'y aurait pas grand intérêt pour nos lecteurs à rapporter ici les détails de ce cas, où le diagnostic paraît avoir été tout de présomption.) 13° *Tribut à la physiologie de l'ovaire humain*; par M. Ditchie. 14° *Recueil d'observations*; par M. Th. Mayo. (Suite.) 15° *De l'hydrophobie*; par M. Hawkins. 16° *Sur certains points du mécanisme de la circulation du sang*; par M. George Robinson. 17° *Luxation du métatarse*; par M. J. Kirk. (L'auteur arriva au moment de l'accident. Le métatarse, porté en dedans, formait une saillie d'un pouce sur le bord interne du pied, laissant sur le côté externe un enfoncement de même étendue. La réduction fut facile, et la malade put marcher cinq jours après; mais elle resta boiteuse pendant quelque temps. Ce sont là tous les détails que contient la relation du fait.) 18° *Sur les causes de la fièvre épidémique*; par l'un des rédacteurs. 19° *Esquisse de la méningite qui a régné à Gibraltar pendant le premier semestre de 1841*; par M. Gillkrest. 20° *Observation de spina bifida, suivies de réflexions*; par M. Prescott Hervett. 21° *Observations d'encéphalocèle ou de hernie du cerveau*; par M. W. Lyon. (L'enfant ne vécut qu'un mois, dans un état comateux. Une partie des lobes cérébraux postérieurs, du volume d'une petite pomme, était contenue dans la tumeur.) 22° *Cas de paraplégie traité par la strychnine*; par M. Badeley. (La paralysie paraissait ne provenir que d'un défaut d'excitabilité du système nerveux; la strychnine fut administrée en pilules.) 23° *Hygiène militaire; de l'habillement des soldats*; par M. Roberts. 24° *Des injections dans la matrice comme moyen de hâter et de faciliter le travail de l'accouchement*; 25° *Observations de fractures de la mâchoire inférieure, avec réflexions*; par M. W. Lyon. (Dans l'un de ces cas, un fragment ne tenait plus que par un mince pédicule de parties molles, si bien qu'un médecin avait proposé au malade de l'enlever. Il finit cependant par se réunir à l'os. L'auteur pense que, un fragment fût-il même entièrement détaché, il conviendrait d'en tenter la réunion.) 26° *De l'humoralisme dans la fièvre, l'inflammation et l'irritation*; par M. Wilkinson King. 27° *Note sur un monstre humain n'ayant qu'un œil*; par M. Francis. 28° *Cas de sarcocèle syphilitique ayant envahi successivement les deux testicules; atrophie du gauche, guérison du droit*; par M. Sunter. 29° *Hydatides trouvées dans le foie et dans l'abdomen*; par M. Griffith. 30° *Sur la nature et le traitement des maladies de l'ovaire*; par M. Jeaffreson. (Premier article.) 31° *Cas de fracture du*

bassin, suivi de remarques; par M. W. Lyon. 32° *Examen microscopique d'un corps jaune de récente formation*; par M. Wharton Jones. 33° *Sur la transformation des cellules de pus en tissu muqueux ou fibreux*; par M. Addison. 34° *Sur la nature et le traitement de la maladie de Bright et de diverses formes d'anémie*; par M. Owen Rees. 35° *Cas d'empoisonnement par la digitale*; par M. Wilson. 36° *Des maladies du cerveau, suites d'une insolation prolongée, et terminées par la mort*; par M. Whitehead. 37° *Nouvelle cranioscopie fondée sur des bases scientifiques.* (Traduction des leçons du professeur Carus.) 38° *Remarques sur les idées du professeur Liebig relatives à la composition de l'urine*; par M. Golding Bird. 39° *Recherches sur l'importance de la bile dans l'organisation animale*; par M. Schwann; *et sur la formation de la graisse*; par M. Kemp. 40° *Sur la formation ou sécrétion du carbone par les animaux*; par M. Rigg. 41° *Cas de fièvre où l'on trouva beaucoup d'animalcules dans les matières que contenait l'estomac et dans le sang*; par M. Godfellow. 42° *Nouveau procédé pour faire les teintures médicinales*; par M. Burton. 43° *Sur la rétention de l'urine dans le sang dans les cas de fièvre*; par M. W. Taylor. 44° *Cas d'hémorrhagie du foie*; par M. Abercrombie. 45° *Absurdité des doctrines modernes concernant les maladies sthéniques et asthéniques*; par M. Earle. 46° *Cas de rétroversion de l'utérus hors de l'état de grossesse avec prolapsus de la vessie*; par M. Whitehead. (La maladie, qui s'était constamment produite, quoiqu'à un moindre degré, dans quatre grossesses précédentes, au troisième ou quatrième mois, fut déterminée, cette dernière fois, par l'accumulation dans le gros intestin de matières fécales très dures. S'accompagnant de symptômes généraux très graves, elle fut d'abord méconnue; le huitième jour, on reconnut sa nature en touchant par le rectum, et la réduction de l'utérus mit aussitôt fin à tous les accidens.) 47° *Du traitement chirurgical de la phthisie pulmonaire*; par M. Robinson. (Il propose de percer la paroi thoracique dans le point correspondant aux cavernes, et cela dans le but 1° d'ouvrir une voie plus facile à la sortie des crachats; 2° de pouvoir agir directement sur l'excavation tuberculeuse pour en modifier la surface.) 48° *De la nature du tic douloureux*; par M. Allnatt. (C'est un état de congestion passive des nerfs qui, selon l'auteur, serait la cause de cette maladie.) 49° *Quelques vues pratiques sur le traitement du bec-de-lièvre*; par M. Ch. Hall. (Rien de nouveau; l'auteur veut qu'on opère dans les premiers mois de la vie.) 50° *Cas d'hémorrhagie utérine accidentelle*; par M. Paterson. (Hémorrhagie survenue au dernier mois de la grossesse. La perte devenant alarmante, on dut percer les membranes et donner le seigle ergoté, ce qui détermina l'accouchement et la guérison.) 51° *Cas de maladie du colon*; par M. Pring. (Ulcération squirrheuse de l'intestin fixée à la paroi abdominale par des adhérences qui avaient empêché, durant la vie, l'épanchement stercoral.)

DE LA HERNIE OU PROTRUSION DE LA SUBSTANCE INTERVERTÉBRALE COMME CAUSE DE PARAPLÉGIE; par M. WILKINSON KING.

M. Wilkinson King dit que, parfois sur le cadavre, il avait trouvé dans le canal rachidien de petites protrusions de la substance intervertébrale un peu pédiculées et faisant saillie entre les faisceaux du ligament vertébral postérieur. Il était loin toutefois de penser que de pareils déplacemens pussent devenir, sur le vivant, des causes de paralysie; mais il changea d'opinion en lisant l'observation suivante: « Un homme de 53 ans fut frappé de paraplégie à la suite d'un effort. Sur son cadavre, on trouva à la surface postérieure des disques intervertébraux de la région dorsale, dans deux ou trois points, de petits corps jaunâtres, opaques, friables, en contact avec la substance intervertébrale et prenant origine, en apparence, à sa surface. Leur volume était environ celui d'un pois; ils n'avaient point l'aspect de tubercules scrofuleux, mais ressemblaient aux cartilages intervertébraux, quoique plus jaunes, plus denses et d'un tissu plus cassant qu'eux. »

D'après M. Wilkinson King, cette lésion dépend de l'atrophie ou de la rupture des ligamens vertébraux postérieurs. Les petits corps dont il parle se resserrent un peu quand ils ont été soumis à la dissolution. Aucun auteur, à sa connaissance, n'avait mentionné jusqu'ici cette curieuse altération, si ce n'est M. John Hilton qui lui a dit en avoir observé aussi quelques exemples sur le cadavre.

HÉMORRHAGIE MORTELLE DUE A LA PERFORATION DE LA CROSSE AORTIQUE PAR UNE FAUSSE DENT TOMBÉE DANS L'ŒSOPHAGE; par M. J. DUNCAN.

Obs. — Un jeune homme de 22 ans, ouvrier chez un dentiste, s'était fixé une pièce artificielle pour remplacer deux dents de devant qui lui manquaient; et quelquefois il s'endormait sans l'avoir quittée. Un matin, il s'aperçut qu'elle n'était plus à sa place, et il éprouva aussitôt de la difficulté à avaler. M. Syme, qu'on appela, découvrit avec la sonde un corps étranger dans l'œsophage, mais placé hors de la portée des moyens d'extraction ordinairement usités. Le malade entra à l'hôpital où, pendant huit jours, on chercha inutilement à retirer le corps étranger. Revenu chez lui, il tomba le lendemain tout à coup en faiblesse en faisant quelques pas dans sa chambre et il vomit une bouchée de sang. M. Duncan le trouva pâle et froid, mais le pouls conservant encore assez de force. Jugeant, d'après ce qui venait de se passer, qu'il était survenu dans la situation du corps étranger quelque changement dont on pourrait peut-être profiter, il fit asseoir le malade sur le bord de son lit pour l'examiner. En déprimant la langue afin d'introduire une pince, il produisit un vomissement de sang noir et fétide. Une seconde gorgée du même liquide fut aussitôt expulsée, et immédiatement après les deux fausses dents; ce qui satisfit beaucoup le malade ainsi que les assistans. Mais bientôt, du sang artériel fut rendu en grande abondance, les lèvres devinrent livides, le pouls tomba, et la mort suivit en peu d'instans.

Autopsie : L'œsophage, l'estomac et les intestins étaient remplis de sang artériel, dont on estima la quantité à 8 ou 9 livres; à 4 pouces et demi environ au dessous du niveau de la glotte, existait sur la paroi de l'œsophage une perforation à bords arrondis et injectés, de 9 lignes de longueur sur 3 de largeur. Une sonde introduite dans cette ouverture parvenait dans l'aorte. Ce vaisseau, sain dans le reste de son étendue, offrait, à un pouce de l'origine de la sous-clavière gauche, une ouverture capable d'admettre une plume de corbeau, à bords renversés et irréguliers.

— Cette observation n'est pas le premier exemple de maladie mortelle déterminée par la présence de dents avalées par mégarde. Les archives de la science contiennent plusieurs faits dont la terminaison funeste prouve les fâcheux effets que produit sur les tissus vivans le contact longtemps prolongé de ces ostéïdes. La Gazette Médicale en a déjà rassemblé un certain nombre sous les yeux de ses lecteurs (V. 1843, p. 44.)

SUR LES FRACTURES DES VERTÈBRES; par M. LYON.

Ayant eu sous son observation trois cas de fractures de vertèbres où la mort survenue au bout de quelque temps permit de faire l'autopsie, M. W. Lyon a recueilli sur ce genre de lésions les notions pratiques suivantes.

Rien de plus difficile que le diagnostic des fractures du rachis. Si les troubles fonctionnels ne sont souvent qu'un indice insuffisant dans les fractures du crâne combien ce signe ne doit-il pas être plus trompeur encore quand il s'agit des lésions de la moelle, alors qu'on est privé de beaucoup de symptômes, tels que l'état de l'intelligence, les désordres de la respiration, la largeur de la pupille qui, dans les plaies de tête, fournissent au praticien de précieuses données pathologiques!

Quant aux signes locaux, on pourrait au premier coup-d'œil présumer que la crépitation, la mobilité et l'apparence angulaire du rachis ne doivent pas permettre de laisser passer inaperçues les fractures qui intéressent les corps vertébraux eux-mêmes. Il n'en est rien. La profondeur où sont situées ces parties les soustrait à l'œil ainsi qu'à l'action de la main. Le déplacement même le plus étendu peut être dissimulé en apparence par quelques circonstances. M. Lyon en cite un curieux exemple. Chez un malade où l'autopsie montra ensuite un chevauchement complet du corps vertébral supérieur en avant de l'inférieur, on ne trouvait pendant la vie qu'une saillie peu considérable en arrière. La raison de cette différence fut encore dévoilée par l'inspection cadavérique. L'apophyse épineuse de la vertèbre supérieure avait été fracturée à sa base et, changeant de direction, elle s'était placée horizontalement au lieu de l'obliquité qui est propre aux apophyses de la région dorsale. De cette manière, elle comblait en grande partie le vide qui existait dans ce point et empêchait d'apercevoir entre les deux corps vertébraux un défaut de niveau aussi prononcé que celui qui existait réellement. Les parens du malade s'y étaient trompés les premiers; lorsqu'ils entendirent les médecins agiter la question d'une fracture du rachis, ils s'écrièrent que le malade avait toujours eu le *dos un peu rond*, et qu'il n'y avait chez lui, rien de changé depuis l'accident, dans la conformation de cette partie.

Lorsque la moelle n'a pas été rompue par le fait de la violence fracturante, il n'y a point à la vérité, paralysie complète et incurable; mais les accidens, pour cela, n'en sont ni moins graves, ni moins tenaces. La moelle piquée, déchirée ou contuse donne lieu aux spasmes, au tétanos, aux douleurs névralgiques; et les conséquences de cette excitation générale sont souvent, on le comprend, bien plus dangereuses que ne pourraient le devenir celles d'une paralysie plus ou moins étendue des extrémités inférieures. C'est du reste ici, quoique sur une plus grande échelle, la même différence que celle qui existe entre la section en travers d'un tronc nerveux et sa division incomplète: dans un cas, abolition, dans l'autre surexcitation parfois mortelle de l'innervation.

Le traitement de cette lésion a été discuté par l'auteur avec beaucoup de sagacité. Adversaire de toute espèce de manœuvres destinées à réduire le déplacement, il se déclare plus fortement encore contre l'application du trépan pour relever ou emporter les esquilles qui compriment la moelle. Il condamne également l'usage des attelles. Le meilleur moyen pour prévenir tout mouvement nuisible est de faire coucher le malade horizontalement sur un plan un peu dur, comme un matelas de crin. Mais d'un autre côté, la pression du corps sur ce plan expose à la formation d'ulcères qui envahissent avec une grande rapidité la peau au niveau des tubérosités osseuses saillantes; de sorte que le moyen le plus convenable pour empêcher les mouvements des fragmens et la compression de la moelle qu'ils occasionneraient, est précisément celui qui favorise le plus sûrement le développement des ulcères et de la gangrène. En vain pour éviter ces derniers accidens, M. Lyon a-t-il employé les frictions, les coussins pneumatiques, le lit hydrostatique, les stimulans sur les parties menacées de mortification, toujours il a vu les ulcérations s'étendre avec la même promptitude et mettre les os à nu. Les changemens de situation imprimés de temps en temps au malade sont la seule manière d'obvier à ces fâcheux effets; et l'auteur a vu chez quelques malades les ulcérations devenir stationnaires une fois qu'on eût adopté ce système de traitement. Il recommande surtout le lit hydro-statique d'Arnott; mais il faut que le patient soit entièrement supporté par l'eau, et pour cela que son corps soit complètement sohmergé, à l'exception de la tête et d'une petite partie de la face antérieure du thorax. Si l'immersion est moindre, les tubérosités proéminentes du bassin et des fémurs supporteront encore en partie le poids du corps et des escarres apparaîtront.

Avec toutes ces précautions, ajoute l'auteur, on retarde les funestes effets de la pression; mais on ne peut ni les prévenir ni les arrêter.

NOTICE SUR LA MÉNINGITE QUI S'EST MONTRÉE A GIBRALTAR PENDANT LES PREMIERS MOIS DE 1844; par le docteur GILCKREST.

L'intérêt avec lequel nous avons reproduit tous les détails possibles sur la méningite qui, depuis trois ou quatre ans, s'est montrée tant de fois sur divers points de la France, et sans que jusqu'à ce moment on ait pu encore rien établir, même d'hypothétique, sur la cause de cette grave affection, nous engage à analyser ici les principales conditions dans lesquelles se trouvaient et la garnison et la population de Gibraltar, au moment où l'épidémie fit invasion, et à indiquer les principaux phénomènes morbides par lesquels elle s'est manifestée, ainsi que les lésions qu'elle a déterminées.

Pendant les six premiers mois de 1843, la santé de la population de Gibraltar n'offrit rien d'extraordinaire; mais, à partir de quelques semaines avant Noël, un catarrhe qu'on pourrait désigner sous le nom de grippe devint tout à coup prédominant ou épidémique, à tel point qu'il n'épargna, dans toutes les classes, qu'un petit nombre d'individus et de familles.

Vers le milieu de janvier 1844, au moment où le catarrhe déclinait évidemment, commencèrent à apparaître quelques cas de méningite très caractérisés, le plus souvent chez des enfans en bas-âge des classes inférieures; et depuis, le nombre de ces cas a été assez élevé, non pas pour qu'on les regardât comme formant réellement une épidémie, mais comme devant appeler une attention sérieuse. La seule modification qu'offrirent les phénomènes météorologiques pendant cette saison fut une diminution notable des pluies qui tombent habituellement d'octobre à mars, et constituent la saison des pluies; mais déjà on avait observé antérieurement des saisons sèches semblables sans aucun effet analogue.

Du moment où apparurent les premiers cas de méningite, et pendant tout le temps qu'on en observa de tranchés, on remarqua dans toutes les indispositions, à quelque cause qu'on pût les attribuer, une tendance plus ou moins prononcée à la céphalalgie qui occupait surtout la région occipitale et s'étendait souvent aux muscles de la partie postérieure du col.

L'invasion de la maladie a été, dans certains cas, subite; dans d'autres, précédée de prodrômes. Chez quelques sujets, le commencement de l'attaque était indiqué seulement par un léger trouble des fonctions cérébrales, avec un certain degré de raideur des muscles de la partie postérieure du col, et quelques vomissemens qui cédaient quelquefois à l'influence du traitement en deux ou trois jours. Le plus souvent cependant, la céphalalgie frontale, occipitale ou générale, offrait beaucoup d'intensité dès le début de la maladie; la tête restait jetée en arrière pendant plusieurs jours, quelquefois très longtemps; il y avait beaucoup d'anxiété et une longue insomnie, puis des spasmes ou des convulsions, et sans altération très notable du pouls, qui ne prenait une grande fréquence que dans un nombre limité de cas. Les vomissemens et la constipation étaient les symptômes les plus fréquens du début; et chez plusieurs malades, après avoir disparu pendant un certain nombre de jours d'une apparente amélioration, ces symptômes revenaient tout à coup et étaient promptement suivis d'une terminaison funeste. L'absence complète de soif était l'une des circonstances les plus remarquables.

Dans les violentes attaques où les symptômes n'avaient pas cédé à un traitement actif, ou bien dans les cas où la mort est arrivée du second au sixième jour, les malades tombaient dans un état de marasme extrême, dans lequel quelques-uns restaient plus ou moins longtemps et échappaient encore quelquefois à la mort. Ces cas violens étaient ordinairement caractérisés par un froid glacial.

Le symptôme le plus frappant et le plus général a été la déviation plus ou moins prononcée de l'épine causée par la contracture des muscles du cou, et telle, dans quelques cas, que la tête semblait porter sur les épaules. Chez les adultes qui ont été moins fréquemment atteints, ce symptôme n'existait qu'à un léger degré, tandis que, chez les enfans, il arrivait jusqu'à l'opisthotonos. On observait en même temps le strabisme, une surdité plus ou moins complète et un état amaurotique. On a vu tous ces symptômes graves réunis chez un enfant âgé de 3 ans, réduit depuis plusieurs jours au dernier degré de marasme, qui cependant restait aux bras de sa mère, dévorant avec avidité tous les alimens qu'on lui portait à la bouche, et même qui finit par guérir. Dans deux cas, les malades présentèrent les symptômes d'une hémiplégie passagère; dans quatre, ceux de l'apoplexie terminée par la mort. La somnolence était encore un symptôme assez fréquent. Les pupilles étaient tantôt contractées, d'autres fois dilatées; l'expression de la physionomie annonçait la stupeur ou plutôt l'abattement, surtout aux époques avancées de la maladie. Les douleurs tiraient souvent des cris violens aux malades. Dans les cas chroniques, les facultés intellectuelles restaient tout à fait intactes jusqu'aux derniers instans de la vie.

Il n'y a eu qu'une seule opinion sur la méthode thérapeutique à opposer à cette maladie; les indications étant si positives, on insistait spécialement sur les saignées locales et générales, sur les purgatifs et les dérivatifs; on employait aussi le mercure aussitôt qu'il était possible, à cause de la propriété antiplastique qu'on lui attribue dans les cas où l'on sait que s'opèrent facilement les dépôts de lymphe. — M. Gilkrest désapprouve beaucoup l'emploi des ventouses, des vésicatoires et même des sangsues et de tous autres irritans, appliqués aux environs de la tête et même sur aucune partie du corps à l'époque où la maladie est dans sa plus forte intensité; l'accroissement de l'irritabilité qui résulte de ces applications est surtout remarquable chez les enfans, chez lesquels les piqûres de sangsues déterminent si souvent une irritation nuisible. Le même point de vue médical et qui, au reste, paraît d'une grande justesse lui fait préférer, dans ces cas, de simples irrigations froides sur la tête, après avoir rasé les cheveux, à l'application de la glace qui, trop souvent, n'a d'autre effet que d'établir la réaction et de produire un choc trop fort sur l'économie.

LÉSIONS ANATOMIQUES. Comme la plupart des sujets appartenaient à la population civile et ont été traités dans leurs propres maisons, on n'a pu faire qu'un petit nombre d'autopsies, et même il a été complètement impossible d'en faire aucune chez les enfans, en sorte qu'il reste des doutes très graves sur la nature réelle des cas de méningite observés dans le bas-âge, et qu'on ne peut décider s'ils ont appartenu à la méningite scrofuleuse décrite par les auteurs français comme exclusive à l'enfance ou si ce n'était que la méningite simple observée par les médecins militaires français chez les soldats. Voici les lésions que l'on a trouvées chez les adultes.

L'arachnoïde, si elle n'était pas toujours opaline à sa partie supérieure, avec un dépôt plus ou moins considérable de lymphe à sa face inférieure, présentait ces caractères très tranchés à la base du cerveau, et même y offrait ordinairement du pus qui, le plus souvent, s'y trouvait à l'état concret. La pie-mère était le plus souvent notablement altérée, et offrait même des traces de pus dans les plis du cerveau et de la sérosité sur plusieurs points et spécialement sur le trajet de la moelle épinière. Bien que l'on n'ait constaté dans aucun cas que la phlegmasie eût envahi la substance cérébrale, cependant il est impossible d'admettre qu'il n'en a pas été ainsi quelquefois; les ventricules latéraux ont plusieurs fois été trouvés remplis d'une sérosité mêlée de pus.

Pendant la durée de l'épidémie qui s'étendit du mois de janvier au 20 mai, jour où l'on observa un cas très grave, tel qu'on n'en avait pas vu pendant les jours précédens, la température fut très variable. Des recherches faites dans les archives de Gibraltar ont prouvé que depuis l'année 1669, époque où la ville fut envahie par la fièvre jaune, on n'y avait jamais rien observé de semblable à la méningite actuelle. Il est impossible de fixer exactement le chiffre de ceux qui ont été atteints de

cette maladie, dans la ville; cependant on peut évaluer à 450 celui qui a été fourni par la population civile, composée d'environ 16,000 habitans; sur ce nombre, 190 ont été gravement atteints, et 42 ont succombé. Les médecins militaires ont aussi observé pendant le même temps que les soldats souffraient beaucoup de la tête; 2 seulement en sont morts et 1 enfant. Ceux que la maladie a frappés, à peu d'exceptions près, appartenaient aux classes indigentes, et dans ces dernières surtout les Portugais dont le régime était misérable. La plupart des sujets étaient âgés de moins de 18 ans, et bien peu en avaient plus de 30. Les deux sexes ont été presque également atteints.

OBSERVATIONS DE SPINA BIFIDA, SUIVIES DE RÉFLEXIONS; par M. PRESCOTT HEWETT.

Les deux premières observations de ce travail ont rapport à des cas fort ordinaires. Dans l'une, des ponctions réitérées ont été suivies de mort. Dans l'autre, l'enfant a succombé à la perforation spontanée de la tumeur. Mais les deux derniers faits sont plus intéressans, comme offrant l'exemple de sujets parvenus à un certain âge avec un spina bifida volumineux. On sait que cette maladie est généralement mortelle de bonne heure; et malgré les observations semblables à celles-ci recueillies par Bonn, Warner et Camper, il est bien rare que des accidens graves n'enlèvent pas, dès les premières années de leur vie, les individus qui naissent avec ce vice de conformation. Sous ce rapport, les deux faits suivans ont un grand intérêt, comme prouvant la réalité d'une exception, malheureusement trop rare, à cette loi.

OBS. I. — En mars 1844, dit M. Hewett, je vis avec M. Page un garçon de 17 ans, porteur d'un spina bifida occupant toute la région sacrée. La tumeur avait augmenté de volume en même temps que le sujet grandissait et elle avait actuellement la grosseur d'une tête d'adulte. Elle était transparente et la peau qui la recouvrait présentait l'aspect naturel. Le jeune homme usait librement de ses membres inférieurs. Quand on frappait sur la tumeur, il accusait comme un sentiment de brûlure s'étendant à la partie postérieure des cuisses jusqu'à la plante des pieds. Dès sa naissance il avait une incontinence d'urine, et ne pouvait qu'avec peine retenir ses excrétions alvines. Le volume de la tête et le degré de l'intelligence n'avaient rien que de normal.

La tumeur datait de la naissance. D'après le conseil d'un chirurgien, les parens n'avaient jamais voulu permettre qu'on entreprît de la traiter.

OBS. II. — Dans le même mois, l'auteur eut occasion de voir avec M. Walshe, sur une femme de 25 ans, un spina-bifida, du volume d'une tête d'enfant, situé au milieu de la région sacrée. La tumeur, qui depuis quelque années n'augmentait plus de grosseur, était ferme et couverte d'une peau épaisse et coriace, excoriée seulement dans un point et verruqueuse dans un autre. En la comprimant ou en la percutant, on ne déterminait aucun trouble fonctionnel. La femme jouissait d'une bonne santé. L'état des membres inférieurs et celui de l'excrétion alvine étaient excellens. Seulement elle ne pouvait garder ses urines quand elle était assise; mais debout, elle les retenait parfaitement. La tumeur, à son origine, se réduisait en entier par la pression. Depuis qu'on l'avait aperçue, on l'avait garantie avec un bandage, et la personne n'en éprouvait aucune incommodité.

Le point le plus important, dans le pronostic du spina bifida, est de savoir si la moelle ou les nerfs qui en émanent ont ou n'ont pas des rapports avec la poche anormale. Sur vingt préparations que l'auteur a examinées dans différens musées et où l'hydro-rachis occupait la région lombo-sacrée, il n'en a trouvé qu'une seule où cette connexion des nerfs avec le sac n'existât pas.

Relativement aux connexions de la moelle elle-même avec le sac, on peut dire qu'elles n'existent pas lorsque la tumeur ne correspond qu'aux deux ou trois premières vertèbres lombaires, tandis qu'au contraire le cordon rachidien est plus ou moins intimement uni au kyste séreux toutes les fois que la tumeur occupe en partie la région lombaire, en partie la région sacrée. Ceci tient, selon M. Hewett, à ce que, dans ce dernier cas, la maladie a eu lieu durant les premiers mois de la vie fœtale, à l'époque où la moelle occupe encore le canal sacré.

Malgré les succès qui ont couronné entre les mains de M. Dubourg les essais tentés pour la cure radicale, M. Hewett n'approuve pas cette opération. Quand on veut se borner à ponctionner la tumeur, il recommande de ne pas faire la piqûre sur la ligne médiane, parce que c'est en ce point qu'existe ordinairement la connexion entre le sac et la moelle ou les nerfs. En ponctionnant sur l'un des côtés de la tumeur, on éviterait de léser ces parties nerveuses.

DES INJECTIONS DANS LA MATRICE COMME MOYEN DE HATER ET DE FACILITER LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

La première idée de ce moyen a été empruntée à la médecine vétérinaire. Un fermier des environs d'Edimbourg ayant une vache d'un prix considérable en travail d'enfantement, et voyant que la délivrance était très difficile, alla consulter un vétérinaire distingué, M. Dick, qui lui conseilla les injections utérines. Aussitôt il introduisit six ou huit pintes d'eau tiède, après avoir élevé le train de derrière de l'animal avec une botte de paille pour empêcher le liquide de s'écouler. On se servit pour cette injection d'un tube flexible qu'on fit pénétrer entre les parties du fœtus qui se présentaient. L'eau de l'amnios était sortie depuis longtemps. Bien que la mère semblât épuisée au point de ne pouvoir mettre bas spontanément, cinq minutes après l'injection une douleur énergique se déclara, et le petit veau sortit plein de vie. La vache se rétablit sans accidens.

Le fermier ayant parlé de ce fait à un médecin-accoucheur de son voisinage, celui-ci se proposa d'appliquer à la première occasion ce procédé sur la femme. Et, en effet, chez une malade où le forceps semblait indispensable pour terminer le travail, l'injection d'une pinte d'eau tiède réveilla les douleurs naturelles, et l'accouchement eut lieu avec le plus heureux résultat pour la mère et pour l'enfant. Les choses se passèrent de la même manière dans un second cas où, sans ce secours, la version par les pieds eût été jugée nécessaire.

—Bien qu'on pût désirer plus de précision dans l'exposé soit des indications, soit du procédé opératoire, soit de ses effets, nous pensons que ces observations seront lues avec intérêt; car le moyen dont elles tendent à démontrer la valeur se recommande par la double condition d'une prompte efficacité et d'une innocuité à peu près incontestable.

SUR LES FRACTURES DU BASSIN; par M. W. LYON.

C'est à la fois un précepte irrationnel et un conseil souvent dangereux que celui partout répété d'entourer le bassin d'un bandage de corps, dans le cas de fracture, et de le maintenir ainsi serré de manière à immobiliser les fragmens. Cette constriction ne saurait prévenir le déplacement que si les solutions de continuité ont une direction absolument perpendiculaire au plan des surfaces osseuses. Mais comme, en général, elles sont plus ou moins obliques, il en résulte qu'en pressant sur les fragmens, on les pousse souvent vers l'intérieur de la cavité pelvienne, de manière à déterminer des piqûres douloureuses ou la déchirure des réservoirs importans que contient cette partie. Il vaut beaucoup mieux suivre une ligne de conduite opposée, et, au lieu de resserrer la ceinture pelvienne, chercher à la dilater. On y parviendra en pressant modérément sur les épines iliaques antéro-supérieures, de dedans en dehors et d'avant en arrière. Les fémurs, dont on se servira comme d'un bras de levier, aideront aussi à entraîner en dehors les parties latérales de l'os iliaque par l'intermédiaire des ligamens de l'articulation de la hanche. Du reste, l'immobilisation des surfaces fracturées peut être indiquée dans quelques cas. Pour distinguer ceux où elle convient de ceux où la méthode précédente doit être appliquée, une donnée surtout devra guider le praticien; c'est d'observer lequel de ces deux modes de traitement prévient le mieux les douleurs. C'est d'après le même indice que devra être choisie l'attitude à donner au malade; soit qu'il indique le décubitus dorsal ou la situation sur le côté, il ne faudra pas hésiter à s'y conformer; car la position dans laquelle on souffre le moins est évidemment celle où les fragmens ont le moins de tendance à se déplacer en piquant de leurs pointes aiguës les chairs voisines.

OBSERVATION D'UN CAS DE FIÈVRE DANS LEQUEL ON TROUVA DES ANIMALCULES EN GRAND NOMBRE DANS LES MATIÈRES QUE CONTENAIT L'ESTOMAC ET DANS LE SANG; par le docteur GOUFELLOW.

OBS. — Clark, âgé de 17 ans, ouvrier, d'une bonne constitution, est pris le 8 juillet de tous les symptômes de typhus. Le 10, il se plaignait de douleurs avec sensation de serrement à la poitrine; la respiration était facile et sans fréquence; il n'y avait ni toux ni aucun signe morbide fourni par l'auscultation ou la percussion; la peau était chaude, sans trace d'éruption; la langue chargée d'un enduit grisâtre était humide, sans nausées, sans appétit; point de sensibilité ni de tension à l'abdomen; pouls 86.

Le lendemain, la douleur avait quitté la poitrine et s'était portée vers l'hypocondre droit, et disparut ensuite.

Le 16, le malade semblait aller mieux, quand il fut pris d'un sentiment de pesanteur, d'anxiété et de vomissemens d'un liquide noirâtre; le pouls avait atteint 100, était petit et agité, et les forces étaient aussitôt tombées.

Le 18, on découvre une tumeur considérable dans la région parotidienne, et qui continue de s'accroître sans offrir le moindre indice de suppuration.

Le 20, une éruption érythémateuse apparaît sur tout le corps et persiste sans presqu'aucun changement jusqu'à la mort du malade, le 22.

Le traitement employé a été l'huile de ricin, les purgatifs salins, le calomel et l'opium, le bi-sulfate de quinine, le vin et l'eau-de-vie.

AUTOPSIE 48 heures après la mort.

On ne trouve aucune lésion organique qui ait pu amener la mort; les glandes de l'iléon n'offrent pas la moindre trace d'altération. Les muqueuses étaient le siége d'une forte congestion, ainsi que le système nerveux. Le sang était fluide et d'une couleur très foncée. La muqueuse gastrique offre quelques taches noires qui paraissent être le résultat, sur le sang des vaisseaux, produit par les matières fortement acides que contenait l'estomac.

En examinant au microscope le liquide rejeté de l'estomac dès le lendemain du jour où le vomissement avait commencé, on y découvre des myriades d'animalcules qui sont dans un mouvement très actif; leur longueur paraissait varier de 1/1,000 à 1/3,000 de pouce, et leur diamètre de 1/50,000 à 1/2,000 de pouce. Il était impossible de distinguer les deux extrémités l'une de l'autre. Lorsque leurs mouvemens étaient actifs, ils ressemblaient à ces petites naïades que l'on voit souvent dans l'eau de rivière après la pluie; mais quand on les avait engourdis en les tenant pendant plusieurs heures en contact avec de la glace, ils ressemblaient aux larves de la mouche commune *musca vomitoria*. Le liquide vomi à toutes les époques de la maladie, examiné chaque fois, offrit des animalcules en aussi grand nombre. Les mucosités sanguinolentes fournies par la bouche et les narines offraient aussi de ces animalcules. Le liquide rejeté par le vomissement contenait en outre des corpuscules de sang altéré, des cellules d'épithélium et du mucus, mais pas de traces de matières bilieuses. On observa aussi des animalcules semblables dans le sang tiré des capillaires de la peau, mais en si petit nombre qu'on avait de la peine à les y trouver. A l'autopsie, ils étaient encore en grand nombre dans les liquides contenus dans l'estomac, dans le sang des deux côtés du cœur, dans l'aorte, la carotide, les deux veines-caves, l'artère et la veine pulmonaires, les veines brachiales et fémorales. Pendant la vie, on les trouva aussi dans les fécès, mais sans mouvement. Il n'y en avait pas de traces dans les vésicules du foie, dans les conduits biliaires, le liquide pancréatique, l'urine et le mucus des grosses bronches.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 JANVIER.

SUBSTITUTIONS NERVEUSES.

En rendant compte de la communication de M. Tavignot sur ce sujet, dans la précédente séance, nous avons omis de mentionner une réclamation de M. Flourens. Nous nous empressons de réparer cet oubli.

M. FLOURENS rappelle, à l'occasion des résultats auxquels M. Tavignot dit être arrivé dans des expériences sur la greffe des cordons nerveux, qu'il a publié, il y a déjà plusieurs années, des expériences semblables et des résultats tout pareils. Il a vu s'opérer la *réunion croisée* de plusieurs nerfs, par exemple, celle des nerfs supérieurs avec les nerfs inférieurs du plexus branchial, et même celle des nerfs cervicaux avec les nerfs pneumo-gastriques. Dans tous les cas, il y a eu *réunion complète*, et, dans quelques-uns, retour complet de la fonction (voy. les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, t. XIII, p. 14 et suiv., et l'ouvrage de M. Flourens, intitulé : RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, etc., p. 272 et suiv.).

NOUVEAU MOYEN DE PRATIQUER LE CATHÉTÉRISME.

M. MAISONNEUVE lit un mémoire sur un nouveau moyen de pratiquer le cathétérisme dans les cas même les plus difficiles. On sait que le cathétérisme est souvent, dans les cas de rétention d'urine, une opération difficile, quelquefois même dangereuse, entre les mains des chirurgiens les plus habiles et les plus expérimentés; on conçoit combien entre les mains des praticiens moins exercés il peut devenir la source d'accidens redoutables. Indépendamment des éraillures du canal, des fausses routes qui entraînent après elles des abcès, des fistules, la gangrène des bourses, il est fréquent de voir les chirurgiens les plus habiles tantôt échouer auprès d'un malade qu'ils avaient cathétérisé la veille, etc.

L'auteur passe en revue les nombreux efforts tentés dans ces derniers temps dans le but de faciliter cette opération, de la rendre plus sûre et moins dangereuse, et décrit dans les termes suivans le procédé opératoire qu'il a imaginé dans le même but.

Le moyen que propose M. Maisonneuse consiste à introduire d'abord dans l'urètre une bougie de gomme élastique n° 1 ou 2 (excessivement fine), à faire glisser ensuite sur cette bougie une sonde ouverte à deux bouts et proportionnée au calibre du canal. Cette introduction de la sonde est rendue facile au moyen d'un fil de soie ou de métal, que l'on fixe à l'extrémité externe de la bougie, après l'avoir préalablement passé dans le canal de la sonde. Il suffit en effet de pousser doucement la sonde sur la bougie conductrice, en tendant préalablement le fil, pour la faire pénétrer facilement sans douleur jusque dans la vessie.

Ce moyen a réussi à l'auteur dans tous les cas où il l'a expérimenté, et parmi ces cas, il y en avait plusieurs d'une extrême gravité, où toute tentative de cathétérisme par les moyens ordinaires avait échoué. De ces faits et de ces considérations, M. Maisonneuve tire les conclusions suivantes :

1° Le cathétérisme à l'aide d'une bougie conductrice est de tous les modes de cathétérisme connus le plus facile et le plus sûr.

2° Il réussit parfaitement partout où les autres procédés sont applicables.

3° Il réussit encore alors que tous les autres échouent.

4° Il met complètement à l'abri des tâtonnemens douloureux, des déchirures du canal, des fausses routes et des nombreux accidens qui en sont la suite.

5° Il n'exige aucune habileté spéciale et peut être pratiqué par les mains les moins exercées.

6° Il rend inutile tout l'arsenal d'instrumens proposé pour vaincre les obstacles divers et n'exige l'emploi que d'instrumens usuels.

EFFETS TOXIQUES DU SEIGLE ERGOTÉ.

M. BONJEAN, de Chambéry, adresse une note supplémentaire à sa dernière communication, concernant un cas d'empoisonnement par le seigle ergoté. L'un des enfans empoisonnés, âgé de 10 ans, et qui avait été amputé à Lyon par suite du sphacèle des membres inférieurs, est mort. L'autopsie a révélé les désordres suivans : le cerveau était sain; veines des méninges très fortement injectées; méninges saines. Une cuillerée à café de sérosité rosée dans chaque ventricule cérébral. Le poumon droit est passé au troisième degré de la pneumonie dans les deux tiers inférieurs et au deuxième degré dans le reste de son étendue. La partie extérieure et superficielle de ce poumon présente un seul abcès capable de loger un œuf de poule. Le poumon gauche offre le premier degré de la pneumonie. Le foie est aussi sain que possible. Les veines qui reviennent des moignons sont saines; disséquées jusque dans l'abdomen, elles ne présentent pas de traces de résorption. Les artères sont oblitérées, converties en un cordon fibreux dans l'étendue d'un pouce, à partir des moignons. Examinées avec le plus grand soin, elles ne présentent aucune altération. Les nerfs ont épaissis dans l'étendue de quelques lignes vers leur extrémité coupée.

L'autre enfant, âgé de 28 mois, dont la jambe droite s'est détachée d'elle-même à la suite de la gangrène, se porte à merveille. Sa plaie est presque entièrement cicatrisée.

CONCHALAGUA (PLANTE DU BRÉSIL).

— M. F. LEBEUF, parmacien à Bayonne, adresse une note sur une plante originaire du Brésil, appelée *conchalagua*, *chironia chilensis*. Cette plante, populaire au Brésil, également employée en Espagne, est prescrite dans les congestions sanguines et dans diverses maladies, lorsqu'il est nécessaire d'atténuer le sang ou d'en régulariser la circulation. Une plante, dit l'auteur, qui, dans la patrie du quinquina est estimée à l'égal de cette précieuse écorce, mérite l'attention de la science.

— M. AUBERT-ROCHE lit un nouveau mémoire relatif à la réforme des quarantaines pour la peste.

— M. GANNAL demande que les nouveaux procédés d'embaumement dont il a été récemment question soient renvoyés à l'examen d'une commission qui les jugera comparativement avec celui dont il est l'inventeur.

Cette demande est accueillie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. CASTEL fait hommage à l'Académie d'un livre ayant pour titre : EXPOSITION DES ATTRIBUTS DU SYSTÈME NERVEUX, RÉFUTATION DE LA DOCTRINE DE CHARLES BELL ET EXPLICATION DES PHÉNOMÈNES DE LA PARALYSIE. Deuxième édition, augmentée.

M. DUPUY rappelle l'art. 2 du règlement, qui prescrit à l'Académie de s'occuper des épidémies et des épizooties. Ce sujet est de la plus grande importance. Dans un espace de temps déterminé, la France a perdu 2 millions de têtes bovines; à 200 francs chaque tête, cela fait une perte énorme de 2 millions. Il se vend chaque jour à Paris pour trente mille francs de lait; or, il est prouvé que les laitières y mêlent au moins un tiers d'eau; ce qui fait que tous les jours les habitans de Paris paient dix mille francs d'eau qu'on leur vend pour du lait. (La proposition de M. Dupuy est renvoyée au conseil d'administration.)

FRACTURES DU COL DU FÉMUR.

M. GIMELLE lit sur ce sujet une note additionnelle au rapport sur le mémoire de M. Robert, en réponse à quelques objections qui lui furent faites à cette époque.

Il lit ensuite en son nom et celui de MM. Breschet et Amussat un rapport sur un mémoire de M. Moreau de Poitiers relatif au traitement des fractures du col du fémur.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées.

— M. ROUX commence la lecture d'un travail relatif à un cas d'anévrisme de

la partie supérieure de la jambe, pour lequel il a pratiqué la ligature de l'artère crurale.

A quatre heures l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE LITHOTRIPSIE; communiquée par M. DEVILLE.

Dans notre numéro du 1er mai 1841 nous avons rapporté une observation remarquable de lithotripsie, faite au mois de septembre 1840 sur M. Loiseleur-Deslongchamps, membre de l'Académie royale de médecine, par M. Leroy-d'Etiolles.

Alors il avait fallu pour amener la guérison vingt-huit introductions du brise-pierre évacuateur revenant chaque fois chargé de débris; car une *rétention d'urine* complète forçait de les extraire artificiellement. En outre, un fongus assez volumineux avait été sciemment et volontairement arraché du col de la vessie. Depuis quatre ans, M. Deslongchamps n'avait ressenti aucune suite de cette opération, malgré les graves accidens qui l'avaient précédée et qui avaient pu faire craindre un instant pour sa vie. Il était seulement obligé de se sonder six à sept fois en vingt-quatre heures, à cause d'un engorgement de la prostate qui était chez lui *une infirmité plus ancienne*, et qui autrement ne lui permettait pas de rendre ses urines.

OBS. — Le 22 du mois d'août de cette année, M. Deslongchamps partit pour sa campagne à vingt lieues de Paris, et ne ressentit pendant la route aucune douleur ni même aucun malaise de la vessie. Sa santé générale continuait à être fort bonne, lorsqu'il s'aperçut vers le 15 septembre que ses urines étaient un peu troubles, qu'elles avaient une odeur forte et désagréable, et surtout qu'elles déposaient, au bout de huit à dix heures, une certaine quantité de mucosités très visqueuses, de la consistance à peu près du mucus nasal dans la seconde période d'un coryza, et qui adhéraient au fond du vase, de manière qu'il était très difficile de les en détacher.

M. Deslongchamps fit aussitôt part à M. Leroy des accidens qu'il éprouvait et qui lui paraissaient annoncer un catarrhe de la vessie très prononcé. M. Leroy lui conseilla l'usage de la térébenthine cuite et d'une infusion de bourgeons de sapin avec le sirop balsamique de Tolu, et en cas de persistance des accidens, des injections avec de l'eau de goudron.

L'emploi des premiers moyens n'ayant apporté aucune amélioration, si ce n'est la disparition de l'odeur fétide des urines, et une légère diminution dans le dépôt muqueux, M. Deslongchamps fit faire douze à treize injections avec l'eau de goudron, ce qui ne réussit pas davantage. A cette époque, sans que la vessie fût positivement douloureuse, l'action de retirer la sonde était quelquefois plus ou moins sensible et laissait pendant plusieurs minutes un sentiment pénible qui se reportait *au col de la vessie.*

Le 19 octobre, M. Deslongchamps fut obligé de faire un petit voyage en cariolle, et pendant deux heures qu'il dura par de mauvais chemins, il éprouva, quoiqu'en allant seulement au pas du cheval, une sensation plus pénible, et dès lors il craignit que la cause n'en fût due à un nouveau calcul; si des affaires indispensables ne l'eussent retenu à la campagne, il eût effectué son retour à Paris le plus promptement qu'il lui aurait été possible.

Enfin, le 4 novembre, à neuf heures du soir, il put prendre la diligence, et le lendemain, à 6 heures du matin, il était arrivé à Paris, sans autres accidens, si ce n'est qu'il avait constamment souffert pendant presque toute la route. Malgré la précaution qu'il prit de se sonder avant le départ et à chaque relais, ses urines étaient un peu sanguinolentes, plus chargées en couleur et déposaient davantage. Du reste, la vessie cessa d'être douloureuse aussitôt après la descente de voiture.

Les 5, 6 et 7, M. Delongchamps eut quelques courses à faire en voiture, et il n'en souffrit que médiocrement. Le dernier de ces jours, comme il craignait plus que jamais d'avoir un nouveau calcul, il se rendit chez M. Leroy-d'Etiolles, qui, quatre ans auparavant l'avait opéré avec tant de bonheur, au moment où la situation dans laquelle il était alors paraissait presque désespérée, et il prit jour avec lui pour être sondé. M. Leroy-d'Etiolles sonda en effet M. Deslongchamps, et reconnut, le lendemain 8 novembre, la présence d'un petit calcul; quelques minutes suffirent pour le broyer, et après trois introductions de son instrument lithotriteur à cuillers, suivies de celle d'une grosse sonde à injections, il amena les sept-huitièmes d'un calcul très friable et composé de phosphate de chaux, d'ammoniaque et de magnésie.

Le passage des instrumens lithotriteurs fut cinq à six fois moins douloureux que lors de l'extraction du premier calcul. Après avoir subi sa dernière opération, le malade se trouvait si bien qu'un quart d'heure après il pouvait facilement sortir si M. Leroy ne l'en avait empêché. Étant encore mieux le samedi 9, il put aller de chez lui, rue de Jouy, au Jardin du Roi, et en revenir en voiture jusqu'au Marché-aux-Fleurs, sans éprouver rien de la sensation pénible qu'il avait plus ou moins ressentie pendant trois des jours précédens, où il avait également fait usage de la voiture.

Le 11 novembre suivant, M. Leroy introduisit, toujours avec beaucoup de facilité, et par trois fois, son lithotriteur, et il ne retira que de légers débris. Le dépôt muqueux des urines était déjà beaucoup diminué.

Enfin, le samedi, 16, le lithotriteur n'amena plus rien, et trois injections, faites successivement avec la sonde exploratrice, n'amenèrent de même aucun débris du calcul, et M. Delongchamps put de nouveau se féliciter de l'heureuse issue de la lithotritie. Dès lors aussi, le dépôt muqueux et visqueux des urines disparut complètement; celles-ci redevinrent claires et même limpides; on n'y remarquait plus, au bout de quelques heures de repos, dans le vase qu'un léger nuage en suspension, ce qui, du reste, avait toujours eu lieu depuis que M. Delongchamps avait été obligé de faire usage de la sonde.

Les différences essentielles que présente cette seconde opération comparée à la première, c'est qu'elle fut infiniment plus facile, et qu'elle n'interrompit presque pas les habitudes ordinaires du malade, ce qui fut dû sans doute à la grosseur relative du calcul, près de six fois moins volumineux. Le premier, qui était composé d'urate de chaux, avait pesé en totalité 241 grains et n'avait pu être extrait qu'en sept séances, tandis que le second, formé de phosphate de chaux, de magnésie, fut extrait au sept huitième dès la première séance, et qu'après la huitième introduction, il ne restait plus rien dans la vessie.

Cette observation vient de nouveau corroborer cette assertion que très souvent la muqueuse vésicale n'est malade que secondairement, et que les accidens qui d'ordinaire se manifestent vers les voies urinaires tiennent essentiellement à la présence du calcul et cessent aussitôt que celui-ci n'existe plus.

Au reste, comme on peut le voir par cet exposé rapide, l'opération n'a rien présenté en elle-même de particulier; nous ajouterons seulement, et pour rendre justice à M. Leroy-d'Etiolles, qu'elle a été faite avec une grande dextérité, et que nous ne pouvons que répéter ce que nous disions il y a quatre ans, qu'il serait difficile de faire mieux, plus vite et d'une manière plus habile.

BIBLIOGRAPHIE.

UNTERSUCHUNGEN UEBER DEN KRETINISMUS (RECHERCHES SUR LE CRÉTINISME); par le docteur ROESCH. — Erlangen. 1844.

Après une introduction de 34 pages, dans laquelle l'auteur passe rapidement en revue la partie historique du crétinisme et du goître endémique, vient une bonne description topographique et géologique des différens cercles du royaume de Wortemberg; elle nous fait connaître la composition du sol, le nombre de la population, la manière de vivre des habitans, les principales maladies, etc. Il résulte de tous les relevés statistiques faits dans le Wurtemberg que dans ce pays il y a sur 320 individus un crétin.

Le crétinisme se manifeste avec des formes et des degrés bien variés; pourtant il peut, d'après M. Roesch, être décrit de la manière suivante :

1° Le *goître* est le compagnon et le précurseur du crétinisme, partout où ce mal est endémique; du moins il y a toujours augmentation ou dégénérescence de la glande thyroïde et du tissu cellulaire environnant, avec un tempérament lymphatique et une apathie physique et morale.

2° *Une croissance entravée*, c'est-à-dire formes de nain, grossières, carrées, repoussantes, et facultés intellectuelles restées à l'état d'enfance.

3° *Les sens et l'intelligence émoussés* : conceptions lentes et imparfaites.

4° *Leukaethiopie*, c'est-à-dire non seulement de l'iris, mais de tout l'œil, avec diminution ou absence complète de la vue, accompagnée de faiblesse de tout l'organisme, et principalement du cerveau et du système nerveux.

5° *Surdi-mutité*, sinon contractée à la suite de maladie, du moins congénitale, ou produite par défaut de développement dans l'enfance.

6° *Idiotisme* lié à un manque de développement du cerveau et de tout le corps. Il se présente sous deux formes, dont l'une est plutôt endémique et l'autre sporadique.

A. Idiotisme, avec un habitus grossier, lymphatique, lié à une torpeur de tout le système nerveux.

B. Idiotisme avec un habitus fin, nerveux et éréthisme du système ner-

veux très apparent et annonçant une atrophie ou une pauvreté du cerveau.

7° *Dégradation complète de tout l'organisme*, tant au physique qu'au moral; réunion de toutes les formes du crétinisme le plus complet.

La *nature* du crétinisme peut être considérée comme une altération profonde de tout l'organisme, tant des solides que des liquides; c'est une véritable dégénérescence et plus qu'une maladie, comme par exemple les scrofules et le rachitisme, parmi lesquels on l'a rangé souvent; cependant beaucoup de crétins sont issus de familles scrofuleuses et présentent des symptômes de scrofules.

Causes. Le crétinisme se présente partout sporadiquement dans les conditions suivantes :

1° Il tire son origine de la génération et se transmet de famille en famille par hérédité, par la faiblesse des parens en général qui peuvent déjà être plus ou moins crétins eux-mêmes, par une mauvaise condition des parens pendant le coït, telle que l'ivresse, ou de la mère pendant la grossesse, tels que des chagrins, des frayeurs, des préoccupations pénibles, ou la vue de crétins. Quelquefois, les enfans sont déjà de vrais crétins en venant au monde; mais cependant, en général, ce n'est qu'après la naissance que les symptômes du crétinisme commencent à se manifester par un arrêt de développement du système nerveux, et les influences extérieures qui concourent au développement du crétinisme auront d'autant plus d'effet que la prédisposition sera plus prononcée.

Ces influences sont : le défaut de soins des enfans, une mauvaise nourriture, la malpropreté, de mauvais vêtemens, des habitations malsaines, une éducation négligée et les maladies; elles agissent avec d'autant plus d'énergie que les individus sont plus jeunes; aussi voit-on les premiers symptômes du crétinisme se manifester déjà dans la première année après la naissance, plus rarement après, et presque jamais à l'âge de puberté ou d'accroissement complet.

2° Le crétinisme n'est endémique que dans les contrées qui ont une action délétère, dépressive sur les parens et leurs progénitures. Ce sont les vallées plus ou moins enfermées, humides, chaudes, exposées plus ou moins aux changemens brusques de température, jusqu'à une certaine hauteur au-dessus du niveau de la mer. La mauvaise qualité de l'eau, surtout de celle qui est dure et renferme du gypse, n'a qu'une importance secondaire.

Traitement. Pour faire disparaître le crétinisme dans les endroits où il règne, M. Roesch propose :

1° Le dessèchement des vallées basses, la régularisation des rivières et des routes.

2° Des habitations bien construites, exposées au soleil, sur le penchant de la montagne, et autant que l'industrie le permet, loin de la rivière. Le rez-de-chaussée ne doit pas être trop bas; les chambres doivent être hautes de 10 pieds, placées à 8 au-dessus du sol et jamais au-dessus des écuries et être dirigées au midi ou au soleil levant. Dans les vieilles villes, on doit démolir, abaisser ou perforer les murs d'enceintes et les tours de portes qui empêchent l'accès de l'air.

3° Les habitations ne doivent pas être cachées par des arbres trop touffus.

4° Dans les endroits où l'eau n'est pas bonne et chargée de trop de matières terreuses, il faut chercher à en amener de plus pure par des canaux, ou au moins la faire filtrer à travers du charbon.

5° De s'opposer par des mesures de police à l'abus des liqueurs alcooliques, surtout de l'eau-de-vie, et de surveiller la fabrication des boissons, principalement de la bière.

6° De diminuer les causes de pauvreté en favorisant l'agriculture et l'industrie.

7° Les habillemens doivent être en rapport avec l'état de l'atmosphère. Dans les trois à quatre premiers mois, les enfans doivent être baignés ou lavés journellement avec de l'eau de moins en moins chaude, et enfin tout à fait froide. Les pédiluves et les bains de rivière sont fortement à recommander.

8° L'établissement de salles d'asile entourées de cours et de jardins où les enfans des parens occupés de leur industrie puissent être surveillés.

9° Les femmes grosses ne doivent pas être occupées à des travaux trop rudes, être traitées avec ménagement, et il faut autant que possible leur éviter la vue des crétins et leur interdire, aussi bien qu'aux femmes en couche, l'usage de l'eau-de-vie.

10° De favoriser le croisement des races, d'empêcher les mariages entre des membres d'une même famille ou de deux familles dont l'une et l'autre comptent des crétins; lors même que les individus qui veulent s'unir seraient bien constitués; défendre le mariage entre deux individus portant seulement quelques signes de crétinisme, tolérer seulement le mariage entre crétins et bien portans lorsque le crétinisme n'est pas très prononcé; défendre autant que possible le mariage dans les familles où des cachexies telles que les scrofules, la phthisie pulmonaire, la goutte, sont héréditaires.

Le traitement proprement dit des jeunes crétins doit consister à les transporter sur des montagnes élevées où l'on doit former à cet effet des établissemens bien organisés, semblables à celui qui existe déjà, sous la direction du docteur Gaggenbühl, sur le Abenberg dans les environs d'Interlacken (canton de Berne). L'exemple qui a été donné par un petit pays ne manquera pas d'être suivi ailleurs, et ce qu'on a fait pour les aliénés, les aveugles et les sourds-muets, peut facilement être imité pour les crétins, et doit l'être.

L'examen rapide auquel nous venons de soumettre le travail de M. Roesch suffira pour en faire apprécier l'importance. Nous croyons devoir rendre à l'auteur le témoignage qu'il a traité avec autant de sagacité que d'érudition les intéressantes questions qui recommandent toute cette matière à l'attention, non seulement des médecins, mais aussi des philantropes et des publicistes.

Le deuxième volume est de M. le docteur Maffei; il traite des crétins des Alpes du Nord. Nous en rendrons compte plus tard.

VARIÉTÉS.

MYOTOMIE RACHIDIENNE.

La lettre suivante a été adressée à l'Académie. Le conseil d'administration n'a pas cru devoir en autoriser la lecture. Nous respectons les motifs de sa décision, et comme lui nous avons à cœur de ne pas perpétuer une discussion qui n'a jamais eu la science pour mobile. Nous devons cependant à nos collègues et au public médical quelques courtes explications, dont le but et la portée ressortent d'eux-mêmes de la lettre que nous avions cru devoir adresser à l'Académie. Voici cette lettre :

Monsieur le président,

Dans la dernière séance, à propos du mémoire sur la myotomie rachidienne, M. Velpeau a fait allusion à une circonstance que, *par respect pour certaines personnes*, a-t-il dit, il aurait désiré passer sous silence. Il s'agirait de pièces, ou du mémoire principal, qui auraient *disparu* momentanément, et même, suivant certaines versions, qui auraient été *soustraites* des bureaux de l'Académie. Par une déférence que tout le monde appréciera, M. Velpeau n'a pas nommé la personne que cela regarde. Quelques membres de la compagnie m'ayant fait l'honneur de me demander des explications à cet égard, je m'empresse, Monsieur le président, de vous les adresser, avec prière de les communiquer à l'Académie.

Le lendemain du jour où le mémoire sur la myotomie rachidienne fut lu en séance, je me rendis au secrétariat de l'Académie. En ma qualité de membre de la compagnie, et comme personnellement intéressé dans la discussion, je priai M. Delamotte, chef des bureaux, de me confier le mémoire pour quelques heures, afin de pouvoir le lire avec attention et faire prendre les notes et extraits nécessaires à ma défense. En échange, je laissai un reçu très explicite. Je ne gardai ce mémoire que vingt-quatre heures; je le rapportai moi-même à M. Bousquet, lequel, après avoir, sur ma demande, compté et paraphé les feuillets, le transmit directement et le même jour à M. Velpeau.

J'ajouterai, par la même occasion, que je n'ai jamais vu ni même soupçonné d'autres pièces que le mémoire lu en séance. Quels que soient donc les observations particulières ou documens remis *après coup* à la commission, à *l'insu* de l'Académie et à *mon insu*, je déclare ne pas les connaître, et, pour ce motif, je proteste contre leur publication en quelque endroit que ce soit.

Veuillez agréer, etc.

J. Guérin.

— Baden in der Schweiz und seine warmen Heilquellen in medizinischer, naturhistorischer und geschichtlicher Hinsicht; von Alois Minnich, der Medicin und Chirurgie Doktor praktischen Arzte in den Bædern zu Baden. — Mit mehrern Kupfern und einer Karte; in-8°, 1845.

Baden, bei Hœhr und Langbein.

Zurich, bei S. Hœhr.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 4. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 25 JANVIER 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE GÉNÉRALE

DOCUMENS HISTORIQUES SUR LES FOYERS DE LA PESTE.

La peste n'a pas été inconnue des anciens. Les livres saints nous la montrent en Egypte et en Syrie. Ils la font marcher devant la face du Seigneur accompagnée du charbon, l'un de ses symptômes caractéristiques. « *Ante pedes ejus procedebat* (Habacuc, III vers. 5). Elle a pour précurseurs la famine et la guerre, ces deux fléaux, que l'observation des temps modernes signale si souvent comme cause des grandes épidémies. « *Ecce mittam in eos famem, gladium et pestem, et persequar eos in fame, gladio et peste.* » Jerem. cap. 21 vers. 6.)

Hippocrate trace avec sa supériorité accoutumée le tableau d'une constitution pestilentielle; il décrit à grands traits l'affection épidémique née sous son influence et mentionne, entre autres symptômes, des tumeurs vers les régions inguinales. Dans les aphorismes nous retrouvons encore cette indication du bubon : « Les fièvres dans les bubons sont toutes fâcheuses, excepté les fièvres éphémères. » (Traduct. de M. Littré.)

Dans les écrits des poètes, des historiens et des philosophes le nom de ce fléau (Pestis. latr, λοιμος) vient presque à chaque page témoigner de son existence aux époques les plus reculées.

Si l'on objecte que leurs indications sont vagues, qu'elles peuvent s'appliquer à toute autre maladie qu'à la peste orientale, le doute cesse dès le premier siècle de l'ère chrétienne. Voici comment s'exprime Rufus, auteur contemporain de Trajan, dont le texte a été publié en 1831, par le savant cardinal Maï. « Les bubons appelés pestilentiels sont les plus dangereux et les plus aigus, tels qu'on les voit surtout dans la Libye, l'Egypte et la Syrie, et dont a fait mention Denis, surnommé Kyrtus. Dioscoride et Posidonius s'en sont surtout occupés au sujet de la peste qui

Feuilleton.

IMPRESSIONS MÉDICALES D'UN VOYAGE EN ITALIE.

(Deuxième série.)

FLORENCE.

On a épuisé depuis longtemps le vocabulaire des épithètes pour élever Florence, sous le rapport de la gracieuse beanté des lieux, au-dessus de toutes les autres villes de l'Italie. C'est peut-être parce qu'elle a eu de nombreux poètes qui ont saisi toutes les occasions de la célébrer que sa renommée s'est partout répandue. On l'appelle la cité des fleurs et du plaisir. Et malgré l'exagération dans laquelle tombent si volontiers les poètes et surtout les poètes italiens, leurs louanges ne peuvent être accusées de mensonge; mais il y a cependant une distinction à établir. Si Florence est la ville heureuse pour les voyageurs qui se portent bien il ne serait pas exact de lui accorder les mêmes avantages vis-à-vis de ceux qui sont malades. Il faut être, ce nous semble, dans une bonne disposition corporelle pour trouver un charme irrésistible à la gracieuse campagne qui se déroule autour des murs, et aux frais bosquets qui couvrent les sinuosités du fleuve. Les malades éprouvent en effet, pour peu qu'ils prolongent leur séjour à Florence, que ce charme n'est pas sans mélange de quelques fâcheuses déceptions. Certainement il y a des jours où l'air est transparent, le soleil chaud et l'atmosphère tranquille; mais cet état s'interrompt souvent d'une journée à l'autre; et le ciel se couvre de nuages et les rues sont balayées par le vent. Ces caprices atmosphériques n'excitent nullement la sensibilité de ces touristes infatigables qui courent après les monumens ou les plaisirs; il n'en est pas de même des malades. Les phthisiques, par exemple, qui s'éloignent de Pise pour échapper aux ennuis de sa mortelle monotonie, éprouvent bientôt l'influence de ce changement. Pour ne pas voir empirer rapidement leur état, ils sont obligés de fuir vite la joyeuse Florence pour aller respirer l'atmosphère humide et paisible qui les attend à quelques lieues. Pourquoi Florence présente-t-elle ce caractère? Pourquoi cette cité paraît-elle participer si peu aux avantages atmosphériques qui font rechercher avec raison certaines autres villes de l'Italie? Ces différences tiennent à la disposition des lieux. Nous allons tracer avec quelques détails l'esquisse de cette importante topographie.

Lorsqu'on arrive à Florence, soit du côté du midi soit du côté du nord, il faut descendre des plateaux élevés, ou des montagnes abruptes. L'orient a aussi ses fortifications naturelles; et si on suit la direction sinueuse de l'Arno du côté de l'occident, on s'aperçoit bientôt que le fleuve s'est tracé un passage à travers des gorges étroites, ou des masses rocheuses très élevées. L'Apennin, qui touche à Florence et contribue à former l'enceinte montagneuse qui entoure la cité porte en hiver une épaisse couche de neige. Cette chaîne forme une sorte de croissant qui embrasse Florence du nord à l'orient. Or à cause de l'étendue de la surface que forment ses sommets glacés on peut préjuger d'avance de son influence sur

régna de leur temps en Libye; ils disent que dans cette peste il y avait une fièvre aiguë, de la douleur, une tension de tout le corps, du délire et le développement de bubons volumineux, durs et qui ne venaient pas à suppuration. Ces bubons se formaient non seulement dans les lieux ordinaires, mais encore aux jarrets et aux condes. »

M. Littré, qui le premier a fait connaître en France ce passage remarquable, en le reproduisant dans les notes de sa belle traduction d'Hippocrate, fait observer que Posidonius cité par Rufus pourrait tout au plus être son contemporain. On voit d'ailleurs qu'il s'agit d'une affection déjà bien connue et bien étudiée.

Galien parle aussi des bubons qui surviennent dans les fièvres pestilentielles; il établit les caractères qui distinguent le charbon pestilentiel du charbon ordinaire.

Aymonius nous fournit la preuve de l'apparition de la peste dans le midi de la France dès les premières années du sixième siècle, en 503. « En ce temps-là, dit-il, il arriva une grande mortalité à Marseille et dans les autres villes de la Provence par une maladie qui faisait sortir aux hommes des glandes de la grosseur d'une noix aux aines et aux parties les plus délicates. » (DE GESTIS FRANCORUM, lib. III, cap. 86.) Le système qui tend à faire considérer la peste comme une maladie nouvelle, et assigne le milieu du sixième siècle pour date à sa première explosion, pèche donc par la base. L'illustre médecin qui l'avait développé reconnaissait d'ailleurs implicitement l'ancienneté de la peste, du moins en Égypte, en démontrant que l'embaumement des cadavres était une pratique d'hygiène appliquée sur l'échelle la plus étendue, et en attribuant à son interruption le développement du fléau; car où trouver l'explication rationnelle de cette pratique, si ce n'est dans de grandes calamités contre le retour desquelles les peuples ont cherché à se défendre?

Mais si l'on est fondé à faire remonter aux premiers âges historiques l'existence de la peste en Égypte, doit on considérer cette contrée comme le foyer primitif et nécessaire du fléau, Constantinople et la Turquie seulement comme un foyer secondaire?

Cette question, qui offre un grand intérêt au point de vue de la police sanitaire, est une de celles dont le ministère du commerce me proposait la solution pendant mon séjour en Orient. Mais je n'ai recueilli sur les lieux que des données contradictoires; ainsi, comme l'avait déjà remarqué Louis Franck, Constantinople accuse l'Égypte de lui envoyer le fléau; l'Égypte accuse Constantinople; Smyrne les accuse toutes deux.

Ces témoignages contraires des localités rivales, je les ai retrouvées dans les écrits des voyageurs et des médecins.

Les uns, et ce sont à la vérité les plus nombreux, attribuent à la peste une origine tout égyptienne. Ils considèrent l'Égypte comme le foyer où s'élabore nécessairement l'infection pestilentielle, comme le point de départ de toutes les épidémies qui ont ravagé le globe. Je citerai parmi eux, Paris, Fodéré, presque tous les médecins de l'armée d'Égypte. MM. Pariset, Lagasquie, Roche. Ch. de Ségur Dupeyron, inspecteur des établissements sanitaires, a placé à la fin de son rapport de 1839, des tableaux destinés à démontrer que depuis le commencement du siècle dernier, la peste n'a jamais affligé les pays musulmans qu'après avoir préalablement régné en Égypte.

Les autres proclament au contraire la salubrité naturelle de cette contrée, attestée dans l'antiquité par les écrits d'Hérodote et de Strabon. Au XVIe siècle, Prosper Alpin écrivait que la peste observée en Égypte vient habituellement de Grèce, de Barbarie et de Syrie. « L'Égypte, dit le chevalier Butel, loin d'être comme beaucoup d'écrivains l'ont prétendu, le berceau de la peste, est plutôt le rendez-vous de celles du Levant et de la Barbarie qui viennent y expirer. » Volney affirme que son véritable foyer est Constantinople, où elle se perpétue par l'aveugle négligence des Turcs. Olivier, agent du gouvernement français sous le Directoire, la fait venir également de cette capitale par le moyen des pelleteries que le commerce fait passer à Alexandrie. Enfin, j'ai sous les yeux un état dressé par le docteur Grassi, médecin de l'intendance sanitaire à Alexandrie, dans le but de prouver que, de 1831 à 1837, la peste y a été dix fois introduite par la voie de mer.

Examinons si les faits justifient ce qu'il y a d'absolu et d'exclusif dans l'une et l'autre opinion.

La tradition historique établit sans doute la grande prospérité de l'Égypte à certaines époques de son histoire, la pureté de son atmosphère, la salubrité de son climat. Mais en empruntant à Hérodote et à Strabon ces témoignages favorables, il ne faut pas perdre de vue que l'époque à laquelle ils écrivaient était pour ce pays celle d'une civilisation très avancée. L'hygiène publique avait même atteint chez les Égyptiens un degré de perfection que nous aurions peut-être à envier. Il faut considérer d'autre part qu'une civilisation aussi complète n'est jamais une création spontanée, éclose fortuitement dans les premiers jours de la vie d'un peuple. Nous ne pouvons voir en elle que l'œuvre tardive d'un laborieux enfantement; car combien de siècles s'étaient écoulés avant qu'on eût creusé ces canaux dont l'admirable système fertilisait et assainissait le sol avant que la pratique des embaumements eût été appliquée non seulement à l'homme, mais à une foule d'animaux! Et ces grandes pensées une fois réalisées, combien d'années s'écoulèrent encore avant que les peuples fussent appelés à recueillir les premiers bienfaits de leur réalisation. Aussi, est-ce pendant les labeurs d'une civilisation naissante que les textes bibliques nous montrent la peste dans toute sa puissance de destruction.

On trouve d'ailleurs dans les écrivains de l'antiquité des faits propres à infirmer la réputation de salubrité attribuée à l'Égypte. Ainsi Quinte-Curce rapporte que l'armée d'Alexandre y contracta une fièvre de mauvais caractère. Théophraste (ATHÉN. liv. II, chap. IV) parle de la mortalité que causent les eaux du Nil corrompues par les chaleurs de l'été. Le même fait est mentionné par Pline. Qu'était, en réalité, cette fièvre? A quelle affection était due cette mortalité? Ces indications ne peuvent elles pas se rapporter à la peste elle-même.

Récemment on s'est appuyé des intervalles souvent considérables qui ont séparé les épidémies, pour nier l'endémicité de la peste en Égypte. On a dit, par exemple, que dix années s'étaient écoulées sans aucune apparence de cette maladie, lorsqu'elle y éclata en 1834. A cela je répondrai avec toutes les personnes qui connaissent les pays et le caractère musulmans, qu'avant l'établissement des commissions sanitaires il était impossible de constater l'existence de la maladie lorsqu'elle ne se montrait pas à l'état épidémique; qu'aujourd'hui encore plusieurs cas doivent échapper aux investigations de l'autorité sanitaire, tant il est difficile de vaincre des répugnances puisées dans les préjugés religieux.

J'ajouterai que d'autres obstacles naissent de l'éloignement et des communications difficiles ou mal établies par lesquelles certaines localités

---

la température de l'atmosphère. Les vallées basses qui s'étendent dans la direction du cours inférieur et du cours supérieur de l'Arno y sont abritées sans doute par les contreforts naturels de la chaîne appennine. Mais il y a dans les conditions de la topographie de la campagne des causes permanentes de mobilité dans l'atmosphère et dans la température. Bien que l'Arno rencontre dans la voie qu'il parcourt depuis Florence jusqu'à la mer plus de défilés étroits que de larges vallées, le vent qui passe sur la mer a un libre accès jusqu'au bassin de la ville. D'autre part, le vent qui souffle des Apennins trouve un passage naturel dans ces vallées que s'ouvre le fleuve dans son cours supérieur. Ainsi loin d'être protégée contre les secousses atmosphérique qui sont généralement le partage des villes construites dans des lieux découverts ou sur des plateaux élevés, Florence y est exposée d'une manière presque complète. Puis les vents qui viennent ou des Apennins ou de la mer ont des qualités essentiellement différentes. Du côté de Pise, c'est l'air chaud et humide; du côté des montagnes, l'air vif, sec et froid. Si le vent qui vient des plages de la Méditerranée assombrit le ciel d'épais nuages et amène la pluie, celui qui souffle des sommets de l'Apennin balaie l'espace, et donne le signal du beau temps. L'un énerve les forces du corps, et fait rechercher le repos; l'autre combat au contraire cette disposition morbide; car il ranime l'activité vitale et pousse en quelque sorte au travail et au mouvement.

En présence de deux conditions atmosphériques si opposées et dont les causes toutes matérielles s'exercent avec beaucoup d'énergie, on conçoit que les changemens d'une aire de vent à une autre se fassent très brusquement. A Florence, en effet, les transitions n'ont pas de moyen terme. Il y a peu de pays où la girouette présente plus d'inconstances et le ciel soit plus capricieux. On peut trouver jusque dans le mode de développement de la végétation la preuve ou la trace de ces influences. Lorsqu'en effet le vent humide et chaud de la mer s'étend sur les vallées qui entourent la ville, les fleurs s'épanouissent avec une merveilleuse rapidité. C'est à tel point que le promeneur est étonné d'une métamorphose qui se fait quelquefois dans l'espace d'une ou deux journées. Mais si le vent des montagnes vient régner sur l'atmosphère, la floraison s'arrête, excepté que ce ne soit à l'époque où son soufle rafraîchissant vient tempérer les grandes chaleurs.

Les influences atmosphériques qui règnent sur Florence présentent par conséquent deux conditions bien tranchées: elles se composent à la fois, de celles qui caractérisent les climats des lieux bas, humides et abrités, et des lieux qui sont élevés, secs et découverts, avec la mobilité de plus dans les transitions des aires du vent, et les caprices de la température. Florence participe en même du climat de Pise et du climat de Sienne. Elle appartient aux conditions atmosphériques de cette dernière ville par son voisinage des Apennins; et aux conditions de l'autre par l'influence qu'elle reçoit de la mer. Ici une question se présente: puisque la capitale de la Toscane réunit les qualités communes aux climats bienfaisans de Sienne et de Pise, ne pourrait-elle pas être admise à son tour parmi les cités thérapeutiques de l'Italie? Non; car l'influence à laquelle les malades peuvent le moins résister, c'est l'inconstance du temps, c'est la mobilité de la température. Le système nerveux est toujours affecté par ces changemens brusques dans les conditions de l'air et l'aspect du ciel. Et l'organe malade s'altère bientôt de plus en plus, fatigué qu'il est par une nouvelle cause d'excitation à

sont soustraites à l'action administrative, de l'incompétence ou de la mauvaise foi de certains agens appelés à visiter les malades ou les morts, c'est-à-dire *des barbiers* et *des femmes* que, sous le titre de *connaisseurs de peste*, la défiance musulmane adjoint aux médecins européens près des commissions sanitaires. Aussi nous paraît-il rationnel de penser que, pendant ces dix années, la peste a pu procéder par attaques isolées, sans que celles-ci aient été connues ou divulguées. Un fait remarquable vient d'ailleurs confirmer notre manière de voir, c'est que, depuis l'adoption des mesures sanitaires par l'Egypte, un certain nombre de cas a été constaté chaque année dans la seule ville d'Alexandrie.

A l'argument tiré de l'importation par les provenances maritimes de la Turquie, il nous suffira d'opposer le passage suivant tiré de la relation de la campagne d'Egypte, par sir Robert Wilson. « Longtemps, y est-il dit, on a supposé que la peste était transportée de Turquie par des navires chargés de vieux babillemens débarqués à Alexandrie pour y être vendus. Mais ces raisons et d'autres semblables ne peuvent plus être alléguées, puisque la maladie a pris annuellement naissance en Egypte pendant les quatre dernières années; malgré qu'aucune communication n'ait été possible, et même a commencé par la Haute-Egypte. » Desgenettes fait la même remarque, et il conclut à l'endémicité de la peste, « puisque, dit-il, elle y règne depuis des siècles, et qu'elle y a été cent fois observée dans cent lieux différens qui n'avaient eu entre eux aucune espèce de communication. »

La peste n'est donc pas une maladie étrangère à l'Egypte, et nous acceptons les conclusions de Desgenettes comme légitimement déduites de la discussion à laquelle nous venons de nous livrer. Mais si le fait de son développement spontané ne nous paraît pas douteux, en résulte-t-il qu'à l'Egypte seule appartienne le fatal privilége d'engendrer le fléau, que la Turquie et les autres pays levantins ne soient infectés que secondairement? Nous ne le pensons pas; du moins les preuves alléguées nous semblent toutes récusables.

On a parlé de l'épidémie d'Athènes décrite par Thucydide, de celle de Constantinople au sixième siècle, comme ayant pris naissance en Egypte. Telle est, en ce qui concerne cette dernière, l'opinion de Procope. Mais Evagre, historien du même temps, la fait venir d'Ethiopie. Quant à la peste d'Athènes, une saine critique, jugeant sur les descriptions de Thucydide et de Lucrèce, ne peut y reconnaître les symptômes caractéristiques de la peste orientale. L'Ethiopie et la Libye avaient d'ailleurs été envahies avant l'Egypte.

Les tableaux dressés par M. de Ségur Dupeyron ne prouveraient au plus que l'antériorité de la peste en Egypte pendant un laps de temps donné. Encore faudrait-il qu'il n'y eût pas lieu d'appliquer à tous les pays musulmans ce que nous avons dit de l'impossibilité de constater l'existence de la maladie quand elle n'avait pas le caractère épidémique. Or, les causes précitées existaient partout au même degré qu'en Egypte.

Pour ce qui concerne Constantinople en particulier, nous dirons que certaines conditions de température semblent nécessaires au développement de la maladie. Par suite de sa position géographique, cette capitale ne se trouvant que plusieurs mois après l'Egypte sous l'influence de conditions analogues, peut-être faut-il expliquer par cette circonstance son apparition plus tardive.

« L'hiver, dit Volney, détruit la peste à Constantinople, parce que le froid y est très rigoureux. L'été l'allume, parce que la chaleur y est humide à raison des mers, des forêts et des montagnes voisines. En Egypte, l'hiver fomente la peste, parce qu'il est humide et doux; l'été la détruit, parce qu'il est chaud et sec. »

Si parfois l'apparition de la peste a paru coïncider avec l'arrivée des convois qui venaient annuellement d'Egypte avant les changemens politiques survenus en Orient, souvent aussi les premiers accidens précédaient de plusieurs semaines l'arrivée des navires. Ce fait se trouve signalé dans un ouvrage rempli d'intérêt, de M. le docteur Brayer, qui a séjourné neuf ans à Constantinople.

Comme on le voit, l'accusation dirigée contre l'Egypte n'est pas mieux justifiée que celle de l'Egypte à l'égard de Constantinople et de la Turquie. La question ne me paraît pas d'ailleurs convenablement posée; et nous ne la maintiendrons pas plus longtemps sur l'étroit terrain où l'ont amenée des idées systématiques. Laissant de côté un débat stérile entre l'Egypte et la Turquie, nous allons rechercher si la plupart des contrées de l'Orient ne sont pas susceptibles d'engendrer la peste, si sous l'influence des causes qui la produisent dans ces contrées (nous étudierons ces causes), elle a pu prendre naissance dans les autres régions du globe.

Papon, Louis Franck, l'auteur de l'article *Peste* du DICTIONNAIRE ABRÉGÉ DES SCIENCES MÉDICALES, Lassis, les docteurs Lefèvre et Auber, admettent ce développement spontané; et nous devons reconnaître que leur opinion s'appuie sur des faits d'une valeur incontestable. Ainsi, nous reportant à nos précédentes citations, nous voyons que dans l'Ecriture la Syrie est menacée comme l'Egypte. L'Europe et l'Asie mineure avaient été le théâtre des observations d'Hippocrate. Le précieux fragment de Rufus signale le bubon pestilentiel comme un symptôme d'observation journalière. La Libye, l'Egypte et la Syrie s'y trouvent d'ailleurs placées sur la même ligne comme théâtre habituel du fléau. Aymonius ne paraît pas chercher en dehors les causes de la peste de Provence en 503.

Remarquons en outre que l'Egypte et la Turquie ont même été mises hors de cause par plusieurs écrivains, par Prosper Alpin entre autres, qui accuse la Grèce, la Barbarie et la Syrie d'être des foyers originaires. Bntel place ce foyer dans l'Asie mineure, Niebur en Chine, Friend dans les Indes orientales, ce qui semble indiquer que la peste a été observée dans chacune de ces contrées, indépendamment de ses rapports avec l'Egypte et Constantinople.

Mais c'est surtout dans les écrits des médecins des seizième et dix-septième siècles que nous trouverons les faits les plus concluans; car ici ce ne sont plus de simples assertions d'historiens et de personnes étrangères à la science. Ces grands observateurs étudiaient des épidémies développées sous leurs yeux, dont ils suivaient toutes les phases, et dans la production desquelles ils auraient signalé l'intervention d'une cause étrangère, s'il elle avait existé.

Ambroise Paré, par exemple, attribue la peste qui de son temps ravagea l'Agenais, à la décomposition de nombreux cadavres entassés dans un puits au château de la Pène. Peut-on supposer que ce grand homme, dont la probité scientifique égalait le génie, ait négligé de s'entourer de tous les renseignemens propres à l'éclairer? Nous ne voyons pas d'ailleurs que son assertion ait été contredite par ses contemporains.

Willis nous donne la description d'une épidémie qui attaqua au com-

---

laquelle il est toujours difficile et souvent impossible de le soustraire. Florence pourrait exercer une salutaire influence sur les mélancoliques chez qui la maladie n'a pas fait encore de grands progrès. Dès que le corps est affaibli ou qu'un organe est plus ou moins altéré, il faut fuir, comme nous le disions il n'y a qu'un instant, les climats où le ciel est inconstant. Mais lorsque l'esprit seul est malade et que l'économie jouit encore des conditions essentielles de la normalité, Florence a une physionomie si gracieuse même pendant les tristesses des journées humides de l'hiver et des orages de l'été, qu'on ne saurait y succomber à l'ennui. La campagne garde même pendant la froide saison une physionomie printannière. Il suffit d'une journée chaude pour y faire germer des fleurs. Puis, les arbres verts qui ne laissent jamais tomber leurs feuilles sont cultivés dans les villas qui entourent Florence avec une sorte de profusion. Ainsi le paysage n'est jamais triste et froid comme dans notre France; on peut toujours aller lui demander de douces rêveries ou de voluptueuses sensations. Lorsque la promenade est interdite, la ville présente de nombreuses compensations. La population aime trop le plaisir pour ne pas se montrer hospitalière; et si on veut fuir le monde et ses amusemens bruyans surtout à Florence, on peut aller s'égarer dans les routes fleuries de l'admiration, en allant visiter les magnifiques musées où brillent les chefs-d'œuvre des maîtres de la peinture.

La constitution morbide du pays s'accorde complètement avec les influences que nous venons de caractériser. Les maladies y atteignent en quelques jours le degré le plus élevé de l'état aigu. Là, elles se font remarquer par la rapidité de leur invasion, et souvent par la rapidité non moins grande de leur dénoûment. Généralement elles se compliquent d'un état spasmodique très prononcé. Ainsi, les affections de poitrine, si communes au commencement et jusques vers le milieu de l'hiver, présentent cette complication convulsive qui termine les jours du malade avant le développement régulier des périodes de l'inflammation. Cette catégorie de maladies prend même, dans certaines années, le caractère épidémique, et exerce une influence meurtrière sur la population. Les maladies nerveuses proprement dites sont aussi très communes. L'épilepsie, l'hystérie, présentent à Florence des exemples multipliés. Nous pourrions nous étendre plus longuement sur la constitution morbide des habitans de cette ville; nous n'en avons pas besoin. Tout se lie dans le caractère des maladies qui s'exercent le plus généralement sur une localité. Ainsi, lorsque l'élément nerveux semble dominer les autres ou jouer, dans les maladies les plus communes, un rôle presque toujours actif, il faut en tirer la conséquence que dans les affections les moins saillantes, il ne s'abdique pas. Or, ici rien n'explique mieux l'influence morbide qui règne sur Florence que les conditions de son climat. On n'ignore pas, en effet, que ce sont les transitions brusques et surtout opposées des conditions de l'air ou de la température qui excitent la sensibilité du système nerveux. Ces influences répétées agissent sur le système comme agirait l'étincelle électrique. C'est une stimulation puissante qui, en se multipliant trop souvent, développe outre mesure l'excitabilité de l'appareil sensitif. Si on joint à cette condition l'action débilitante du vent de la mer tout imprégné d'humidité, et si énervant surtout quand il s'y joint une certaine élévation de température, on comprendra que l'abaissement d'énergie musculaire ajoute une cause de plus au développement de l'irritabilité nerveuse, et que le Florentin présente des phénomènes physiologiques analogues, dans ses maladies, ses mœurs, ses ha-

mencement du printemps de 1643 l'armée envoyée contre le comte d'Essex. D'abord renfermée dans l'enceinte du camp où elle sévissait surtout contre les fantassins entassés dans d'étroites barraques qu'infectaient les immondices amoncelés par leur négligence, elle envahit vers le solstice d'été le pays environnant dans un rayon de dix milles. Mais elle ne dépassa pas ce rayon. Willis fait remarquer qu'à cette époque la peste ne régnait dans aucune autre partie du royaume.

Diemerbrock, parlant de la peste d'Amsterdam, signale la coïncidence de son développement avec l'arrivée des navires infectés venus de Barbarie. Eh bien! malgré cette apparence d'importation, le médecin de Nimègue hésite; il se demande si l'atmosphère n'avait pas reçu précédemment quelque chose d'une semence pestilentielle, *aliquid seminis pestilentialis*; si la maladie n'avait pas pris naissance sous l'influence de chaleurs inaccoutumées, et par suite de l'infection produite par les égouts et les immondices, puisque déjà, ajoute-t-il, la peste régnait dans d'autres villes et bourgs de la Hollande?

On peut lire dans Forestier ce qui est relatif aux épidémies pestentielles de Harlem et de Derfelt, à celle causée par la putréfaction d'une baleine échouée sur le rivage d'Egmont. Dans aucune d'elles, on ne trouvera la trace d'une origine étrangère. Nous en dirons autant de celle d'Arras en 1654, alors que les provinces méridionales de la France en étaient exemptes, de l'épidémie de Rochefort, observée par Chirac en 1694 et dont l'origine locale ne saurait être contestée.

Les observations de Donald Monza et de Lovet, médecins de l'armée anglaise, en Allemagne, pendant la campagne de 1761, semblent se rapporter à une véritable peste? car quel autre nom donner à une fièvre maligne, accompagnée de bubons aux aines et aux aisselles?

Qu'on rapproche tous ces faits de l'opinion de Louis Franck qui croyait le typhus de nos climats susceptible de se changer en peste dans des conditions données d'insalubrité, et l'on s'étonnera moins de voir l'illustre Desgenettes s'exprimer en ces termes: « Arrivé en présence de cette maladie si redoutée, je la reconnus pour l'avoir vue maintes fois dans le Bas-Languedoc, la Provence et la rivière du Ponent de Gênes. » Paroles à l'appui desquelles il fournit une observation détaillée, recueillie à Montpellier en 1790. (ENCYCL. MODERNE, art. *Peste.*)

Est-il vrai que des médecins anglais ont fait dans ces dernières années une remarque analogue à celle de Desgenettes, qu'ils ont cru découvrir des cas de peste dans leur pays? Nous avons lu cette assertion dans une brochure publiée avant 1840; et si notre mémoire ne nous trompe pas, l'auteur l'appuie du témoignage de l'honorable M. Bowring. Nous regrettons de ne pouvoir qu'indiquer un fait aussi grave. Mais s'il ne doit pas être invoqué en faveur de l'opinion du développement spontané de la peste, ceux qui précèdent sont acquis à la science, et méritent, comme tels, l'attention des médecins et des législateurs.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE BEC-DE-LIÈVRE; par M. DEMARQUAY, aide d'anatomie à l'École-de-Médecine de Paris, interne des hôpitaux et membre de la Société anatomique.

Mon intention n'est point de donner un travail complet sur le bec-de-lièvre; tant de maîtres et des plus distingués ont écrit sur cette matière que ce serait à moi témérité de le faire: mon but en publiant ce petit travail est:

1° De faire connaître une complication rare que nous avons eu occasion d'observer sur un enfant affecté de bec-de-lièvre double;

2° De signaler un fait où la saillie des os intermaxillaires fut heureusement combattue par le procédé opératoire imaginé par M. le professeur Blandin;

3° Enfin d'appeler l'attention des chirurgiens sur l'influence de l'hérédité dans la production de cette difformité.

Cette influence est souvent niée, presque toujours négligée par la plupart des chirurgiens. M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire a résumé l'opinion de ces derniers dans son remarquable ouvrage sur les anomalies de l'organisation de l'homme et des animaux (tome 1er, p. 583).

« Les enfans, dit cet auteur, affectés de bec-de-lièvre naissent presque toujours de parens bien conformés. La fissure labiale est en effet l'une des anomalies qui se transmettent le moins fréquemment par voie de génération. Les faits sur lesquels on a prétendu établir l'hérédité du bec-de-lièvre sont en effet très peu nombreux et pour la plupart même peu authentiques et privés de toute valeur. »

EXPOSITION DES FAITS SUR LESQUELS NOUS NOUS APPUIERONS POUR CONFIRMER LES ASSERTIONS ÉMISES PLUS HAUT.

BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE AVEC SAILLIE DES OS INTERMAXILLAIRES; DISPOSITION PARTICULIÈRE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE; INFLUENCE DE L'HÉRÉDITÉ SUR LA PRODUCTION DE CETTE DIFFORMITÉ. (Observation recueillie salle Saint-Paul, n° 2.)

OBS. I.—Le 17 avril 1844, Alexis Pareille, fort et bien constitué, né à la Haussaye (Seine-et-Marne), entrait à l'Hôtel-Dieu, conduit par sa mère, pour se faire traiter d'un bec-de-lièvre double compliqué d'une saillie considérable des os intermaxillaires. Voici les renseignemens fournis par la mère: cette femme est âgée de 45 ans; elle est née avec un bec-de-lièvre double, dont elle porte encore des traces. Cette difformité était accompagnée d'une saillie des os intermaxillaires à laquelle un chirurgien distingué remédia en partie par l'ablation de cet os; je dis en partie, car actuellement cette personne se trouve dans l'état suivant: elle n'a point de division de la voûte palatine ni du voile du palais; la division congéniale du maxillaire supérieur s'arrêtait au canal palatin antérieur. Par suite de l'ablation des os qu'elle a subie, il résulte que la lèvre supérieure est fortement déprimée. Le nez paraît très proéminent si on regarde l'opérée de face. Derrière ce rideau mobile formé par les lèvres supérieures, on trouve un espace qui fait communiquer la bouche et les fosses nasales, d'où un nasonne-

---

bitudes et jusqu'aux moindres accidens de son état normal.

En remontant à une catégorie d'influences qui contribue aux manifestations de toute nature, dont l'ensemble caractérise une population, nous sommes parvenu à confirmer le jugement de l'histoire sur un peuple dont les annales ont eu un si grand retentissement. M. Delécluze qui, dans son excellent livre sur FLORENCE ET SES VICISSITUDES, s'est inspiré des relations et des jugemens de tous les écrivains contemporains, s'exprime ainsi en parlant des agitations de la population pendant les troubles de la république: « Dans cet état d'exaspération subite et intermittente, on croirait reconnaître certains symptômes de la folie; et il faut avouer qu'en lisant l'histoire des Florentins pendant la république, l'excès et la fixité de leurs passions d'une part, et de l'autre l'absence de raison et de réflexion chez un peuple d'ailleurs si intelligent, font penser que cette double disposition tient à un état maladif. » Il est impossible d'être plus catégorique. Cet état d'enthousiasme et de passion pour une idée, et puis cette impuissance de raison pour maîtriser ou du moins pour modérer la volonté, tout cela n'est-il pas la traduction physiologique du tempérament nerveux le plus développé? tout cela ne prouve-t-il pas un mode d'activité nerveuse, une condition de sensibilité poussée jusqu'à l'état morbide, comme le dit M. Delécluze lui-même, en historien judicieux? Mais, si le peuple florentin présentait ce caractère du temps de la république, il a bien changé depuis. Autrefois, il était turbulent; maintenant il n'est pas de population plus exempte de passions politiques, plus facile à gouverner. D'où vient cette complète métamorphose? Quel élément nouveau s'est introduit chez les Florentins pour modifier si puissamment ce qui constituait leur principal trait de caractère? « On voit ce même peuple, dit M. Delécluze, sous le même climat, environné des mêmes monumens, se nourrissant de son ancienne littérature, et fier de ses aïeux si turbulens, devenir, à partir de Pierre Léopold, la population la plus calme, la plus exempte de passions et la plus heureuse de l'Europe. » M. Delécluze croit avoir trouvé l'explication de ce phénomène physiologique dans une guérison. Ce peuple était malade du temps de la république; il a été guéri par la manière dont il est gouverné. Ses grands-ducs ont été pour lui d'excellens médecins. Mais un peuple ne change pas de constitution au bout de quelques années, même malgré la puissance des causes. Il faut du temps et un concours d'événemens et de circonstances qui certainement n'existe pas. Voici seulement, d'après nous, comment on peut expliquer cette révolution morale. Les passions n'ont pas disparu; elles ont pris une autre direction. Au lieu de puiser leur aliment ou leur excitation dans les affaires de la cité, dans les querelles politiques, maintenant elles le trouvent surtout dans les amusemens de la rue et les plaisirs des salons.

Ce goût est d'ailleurs très ancien chez la population de Florence. Maintenant elle s'y livre tout entière, tandis qu'autrefois elle le tempérait peut-être par la passion des discussions et des luttes politiques. Tous les historiens s'accordent, en effet, sur cet amour du plaisir et même des amusemens vulgaires que recherchait si avidement le peuple florentin, lorsque les guerres et les révolutions lui laissaient quelques loisirs. Il était curieux, railleur, voulant tout voir et tout savoir, et se livrait avec le plus grand charme aux commérages. Il était si avide de mouvement et de bruit qu'il faisait du plus mince événement une affaire importante. Un cheval venait-il à s'échapper et à courir à l'aventure par les rues de la ville, la foule se groupait, s'amoncelait jusqu'à faire croire aux magistrats

ment considérable quand cette femme parle; de plus, le bord libre de la lèvre inférieure n'ayant pas de rapport avec celui de la supérieure, cette première se trouve relevée dans sa partie moyenne; elle forme un demi-cercle; elle est d'ailleurs beaucoup plus épaisse que la supérieure, laquelle au contraire est aplatie. Les dents incisives médianes inférieures ont acquis un développement plus considérable, les supérieures correspondantes manquant; mais une particularité sur laquelle je dois insister, c'est que sur les parties latérales de la ligne médiane de la lèvre inférieure, se trouvent deux dépressions, sur lesquelles on voit constamment un liquide visqueux et transparent. Ces deux dépressions au premier abord paraissent causées par la présence des incisives supérieures jadis anormalement développées; mais si on cherche à introduire un stylet dans les deux dépressions, on voit que l'un et l'autre ne sont que l'orifice externe de deux cavités qui pénètrent à un centimètre et demi dans la lèvre inférieure; ces deux cavités semblent formées par un repli, un renfoncement de la muqueuse, en un mot, ce sont des follicules hypertrophiés.

Cette femme déclare que son père et son grand-père étaient affectés de la même difformité que celle qu'elle offre à notre observation. Si elle ne peut nous donner de détails assez précis pour déterminer si ses assertions sont exactes, c'est-à-dire pour affirmer que vraiment ses grands parens présentaient en tout point un bec-de-lièvre analogue au sien, elle nous assure au contraire que plusieurs de ses frères et sœurs sont morts jeunes avec la même difformité. Elle-même a eu sept enfans, parmi lesquels quatre se trouvent avoir eu un bec-de-lièvre en tout semblable au sien et à celui de son fils que nous allons décrire. De tous ses enfans un seul lui reste; les autres sont morts; plusieurs eurent des convulsions.

Le jeune Alexis est affecté d'un double bec-de-lièvre; le vomer surmonté des os intermaxillaires fait une saillie considérable en avant; il dépasse de 2 centimètres au moins le niveau de la lèvre supérieure. Le vomer est incliné à droite; cette circonstance fait que la division du même côté est moins marquée que la gauche, et que la narine droite est très petite relativement à l'autre; l'os intermaxillaire est surmonté d'un lambeau charnu quadrilatère. Les dents incisives médianes sont venues à l'époque ordinaire, mais elles étaient horizontalement dirigées; elles sont tombées de bonne heure. Quant aux incisives latérales, elles sont normales, ainsi que le bord alvéolaire qui les supporte. La division du voile du palais s'arrête au canal palatin antérieur. Latéralement, en suivant les faces du vomer, on pénètre dans les fosses nasales. A gauche, en raison de l'inclinaison de la cloison médiane, on voit le cornet inférieur; rien n'est visible de la fosse nasale du côté opposé. Le lambeau de lèvre qui surmonte le tubercule médian paraît se continuer et même se confondre avec la sous-cloison; mais si on examine attentivement les parties, on voit nettement qu'il y a un sillon profond entre cette portion de lèvre et la seconde. La lèvre inférieure est plus élevée qu'elle ne devrait l'être; elle forme comme chez la mère de cet enfant un demi-cercle; elle est portée en avant. Sur les parties latérales de la ligne médiane, on trouve aussi deux follicules en tout semblables à ceux que nous avons décrits plus haut. Le nez est un peu écrasé, large à la base; l'aspect de l'enfant est désagréable; la parole est nasonnée. Toutes les fonctions se font bien.

L'opération que M. Blandin fit subir à cet enfant fut commencée le 20 avril; il réséqua tout d'abord du vomer un triangle osseux, dont la partie antérieure était obliquement coupée, tandis que la postérieure était verticale. Cette section comprenait toute la hauteur du vomer. Cela fait, le tubercule médian vint de lui-même se ranger à sa place normale et une partie de la difformité avait disparu. Ce premier temps de l'opération fut assez difficile, tant à cause de l'indocilité de l'enfant que de la dureté de la portion d'os à réséquer. On se servit d'une *triquoise*, instrument très utile dans cette circonstance, à cause de la force qu'il permet de développer. Pour prévenir tout accident hémorragique, le reste de l'opération fut remis à quelques jours, pendant lesquels il se déclara un peu de fièvre et un peu d'érysipèle à la face, qui forcèrent le malade à quitter l'hôpital. Le tubercule médian, devenu mobile, fut maintenu avec une bandelette agglutinative. Ce fut seulement le 16 mai que l'opération fut terminée; on réséqua encore une portion de vomer, qui était inhérente aux os intermaxillaires, afin qu'ils s'accommodassent mieux avec les parties voisines. L'opération fut terminée par la suture, comme s'il se fût agi d'un bec-de-lièvre double sans aucune espèce de complication. Pour empêcher le lobule médian d'obéir à l'action que le nez exerçait sur lui, M. Blandin mit sur le sommet de ce dernier une bandelette agglutinative, dont les deux chefs se joignaient en arrière. Cette pression est importante pour le succès de l'opération; elle doit même être continuée jusqu'à ce que la cicatrice soit ferme et résistante. Au bout de quatre jours, la réunion était parfaite.

Comme le nez se trouvait un peu épaté, on chercha à y remédier au moyen de petits tampons de linge, placés sur les parties latérales et maintenus par des bandes de diachylon.

Le 5 juin, le chirurgien enleva les deux follicules de la lèvre inférieure, au moyen de deux incisions formant un triangle, dont la base comprenait les deux follicules; on réunit les deux plaies à l'aide de la suture entortillée. Lorsque l'enfant quitta l'hôpital, il était dans l'état où se trouve un enfant qui a subi l'opération d'un bec-de-lièvre non double, mais simple. Le tubercule médian était très ferme, et tout faisait espérer qu'il serait bientôt immobile.

BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE; DIVISION DE LA VOUTE PALATINE; OBSERVATION RECUEILLIE CHEZ UNE ENFANT DE SIX MOIS, NÉE D'UNE MÈRE AFFECTÉE DE MÊME VICE DE CONFORMATION.

Obs. II. — Elise Dif, âgée de 6 mois, née à Montfort-l'Amaury, entra salle St-Paul, n° 8, le 27 juillet 1844. Cette enfant est forte, bien constituée; sa grand'mère, qui l'a amenée à Paris pour lui donner des soins pendant son séjour dans cette ville, nous dit que la mère de cette enfant, c'est-à-dire sa propre fille, est née elle-même avec un bec-de-lièvre simple; mais qu'aucun autre membre de sa famille ne naquit avec cette difformité. Au moment de sa naissance, Elise était affectée d'un bec-de-lièvre double avec division complète de la voûte palatine et du voile du palais. Mais l'espace qui sépare le maxillaire gauche du droit, ainsi que les os palatins, est très peu considérable; aussi finit-il par disparaître promptement. Au moment où nous vîmes l'enfant, elle était affectée d'un bec-de-lièvre double ne présentant rien de particulier, si ce n'est la division de la voûte palatine en arrière et celle du voile du même nom.

L'opération fut faite le 2 août par le procédé ordinaire.

Le 4, les épingles furent enlevées; un seul côté était réuni.

Le 12, l'enfant sortit, sa grand'mère ne voulant point laisser terminer l'opération.

A ces deux observations rapportées plus haut, je puis joindre les faits suivans tendant à établir l'influence de l'hérédité :

1° M. Lacazette, étudiant en médecine, a observé dans son pays un charpentier et son fils, l'un et l'autre affectés de bec-de-lièvre.

2° M. Lebert a tout dernièrement opéré, en Suisse, une petite fille de dix jours, née d'une mère affectée du même vice de conformation.

3° M. Thierry a opéré un jeune homme pour remédier à cette difformité. Ce dernier lui dit que son père fut soumis à pareille opération par Desault.

La première observation de ce travail présente plusieurs particularités importantes à noter. La plus remarquable est celle de la lèvre inférieure qui est privée de ces ondulations qui la caractérisent, et présente une augmentation considérable en hauteur, bien nécessaire pour s'unir vers la partie moyenne au tubercule médian fortement reporté en avant. Sans cette disposition, la salive se fût incessamment répandue au dehors, et c'eût été un accident nouveau venant se joindre à un état déjà si fâcheux. Toutefois, cette disposition de la lèvre inférieure de la mère et de l'enfant n'arrêterait point mon attention, si l'une et l'autre n'offraient

---

que les corps de métiers venaient de lever l'étendard de la révolte. Le grand conteur des anecdotes florentines, Francesco Sacchetti, rapporte une histoire de ce genre qui donne la mesure exacte du goût prononcé de la population pour les bruyans amusemens de la voie publique. Elle joignait à ce goût celui de la galanterie, qu'elle poussait quelquefois jusqu'aux excès du libertinage. En faisant la part des exagérations auxquelles se livrait un peuple qui vivait dans un état constant d'excitation, à cause de la mobilité presque sans exemple de son gouvernement, ce portrait des Florentins du temps de la république ne ressemble-t-il pas à celui qu'on pourrait faire des Florentins d'aujourd'hui? Excepté la passion politique qui devait s'éteindre devant une organisation qui concilie tous les intérêts, ce peuple n'est-il pas toujours le peuple railleur, indiscret, badaud, galant, dont le caractère a toujours les mêmes tendances, mais seulement dont les mœurs sont plus polies? On a raison de le dire, les Florentins ressemblent aux Athéniens d'autrefois, et aux Français, qui, sous le rapport du caractère national, ont tant de traits de parenté avec l'ancienne population athénienne.

Florence a-t-elle conservé dans les types de la population des traces de son origine grecque? La Toscane est le sol de l'antique Etrurie; et les Florentins modernes sont les fils des Étrusques auxlignes si pures, aux visages si dignes du ciseau de Praxitèle ou de Phidias. Mais cette cité a été éprouvée par bien des vicissitudes. Après avoir été étrusque, elle est devenue romaine. Puis elle a subi l'invasion d'Attila pour être rebâtie par les Romains. Nous avons plus d'une fois porté nos armes sur cette terre. La population a donc subi bien ses influences qui ont dû en altérer plus ou moins profondément les caractères. Néanmoins le type pur se retrouve encore. N'oublions pas qu'il a donné à la grande école des peintres toscans ces modèles si parfaits qui ont fait descendre pour ainsi dire la beauté divine sur la terre.

Ainsi Florence est à peu près la même, soit qu'on considère les mœurs, soit qu'on étudie les caractères physiques de sa population. Si les historiens nous eussent laissé sur la constitution morbide des Florentins et sur le climat de leur cité si riante et si heureuse des renseignemens aussi complets, nous pourrions tirer une conclusion absolument identique. Tout ne se lie-t-il pas en effet dans la physionomie générale d'une population? Un phénomène ne sert-il pas de cause à un autre phénomène? N'existe-t-il pas entre toutes les choses soit du domaine moral, soit du domaine physique une étroite corrélation qu'il est impossible de nier? Nous avons donc fait de l'histoire, et de l'histoire exacte en rapprochant tout ce que nous avons pu observer ou apprendre sur les habitudes ou les mœurs, sur le climat ou la constitution morbide de la ville que nous avons visitée. On croira peut-être que nous sommes allé trop loin, en n'attribuant pas à Florence la réputation hygiénique que des médecins lui ont donnée. Mais à une époque où les faits sont souvent considérés comme des argumens plus solides que les doctrines, on ne rejettera pas les nôtres, car ils ont été recueillis avec autant de conscience que de soin. L'observation des phénomènes pour rendre compte des influences; tel est en effet le point d'où nous sommes parti, et sur lequel nous nous sommes guidé jusqu'au bout.

Ed. C.

sur les parties latérales de la ligne médiane deux dépressions qui, au premier examen, paraissaient déterminées par la pression des incisives. Si on fait attention que ces deux cavités sont sans cesse baignées par un liquide incolore transparent, filant comme la salive, et si d'ailleurs on y fait pénétrer un stylet, on constate que ce dernier pénètre à 1 centimètre et demi environ du côté de la bouche, et vient soulever la muqueuse labiale. Nul doute alors que cette disposition de la lèvre ne tenait point à la cause vers laquelle l'esprit se porte tout d'abord, et que ces deux petites cavités terminées en cul-de-sac ne soient dues à des follicules anormalement développés.

Remarquons aussi que cette disposition ne se trouva point seulement sur le fils et sur la mère, mais encore sur les autres enfans de cette femme, si ses rapports sont exacts. Les recherches que j'ai faites à propos de cette disposition me portent à croire qu'elle est fort rare; car je ne l'ai vue signalée nulle part.

Du côté des os maxillaires supérieurs, nous signalerons encore une particularité moins rare que la première, et qui viendrait à l'appui des assertions de Goëthe, si la découverte de ce grand poète avait encore besoin de preuves nouvelles. Sur les deux sujets de notre observation, nous ne trouvons ni la division de la voûte palatine en arrière, ni celle du voile du même nom. Mais en avant, à partir du canal palatin antérieur jusqu'au niveau du bord alvéolaire, nous trouvons une communication facile de la bouche et des fosses nasales.

Cette circonstance devait être notée; car il est assez rare de voir une saillie des os intermaxillaires compliquant un bec-de-lièvre coïncider avec une division du palais en avant. Dans cette circonstance, il semble que ces os aient été violemment détachés des maxillaires supérieurs et poussés en avant par le vomer.

La mère de l'enfant qui fait le sujet de la première observation, et sur laquelle j'insiste à dessein, avait été opérée suivant le procédé de Franco. Le tubercule médian avait été enlevé; il était curieux de comparer la nouvelle méthode à l'ancienne, deux méthodes essentiellement différentes; car la première enlève ce que la seconde conserve. Comme l'opération faite sur la mère a porté sur le bec-de-lièvre seulement, et qu'on n'a point fait l'ablation des deux follicules de la lèvre inférieure, opération qu'a faite M. Blandin, nous comparerons le résultat, très heureux d'ailleurs, obtenu par le procédé ancien à celui obtenu par le professeur auquel nous faisons allusion.

Sous le rapport anatomique, il est facile de voir que le procédé opératoire imaginé par M. Blandin est supérieur à celui de Franco, tandis que l'enfant sortait avec une lèvre supérieure bien conformée, sa mère, au contraire, portait des marques indélébiles de son opération; par suite de l'ablation des os inter-maxillaires, la lèvre supérieure était fortement déprimée, le nez s'avançait beaucoup en avant et en bas, tandis que la lèvre inférieure avait acquis un développement considérable. Cette disposition des lèvres donnait à la bouche quelque chose de disgracieux. De plus, il existait chez la première une facile communication de la bouche avec le nez, ce qui changeait considérablement le timbre de la voix et empêchait la prononciation de quelques syllabes. La conservation du tubercule médian chez l'enfant rendra au contraire la voix plus agréable qu'elle ne l'était.

Ainsi cette opération a fourni à son auteur deux succès, les seuls cas où il fut appelé à la pratiquer; elle a également réussi entre les mains d'un de nos anciens collègues, M. Debrou, avec une addition toutefois sur laquelle je n'insiste pas, le fait ayant été publié.

Nous arrivons enfin à la troisième partie de ce travail, à l'influence de l'hérédité sur la production du bec-de-lièvre.

Pouvons-nous logiquement déduire des faits que nous avons signalés plus haut que l'hérédité joue un rôle dans la production du vice de conformation qui fait l'objet de ce travail? En présence de tant de faits où cette influence ne se fait point sentir, ne pourrait-on pas considérer les observations que nous avons rapportées comme offrant des circonstances bizarres ne se rattachant en rien à l'hérédité, en supposant que cette manière de voir pût s'appliquer aux derniers faits rapportés plus haut, ce qui serait hasardé, attendu que cette influence joue souvent un rôle actif dans la production des phénomènes anatomiques, physiologiques et pathologiques? A coup sûr ce raisonnement ne serait point applicable à la première observation: ne voyons-nous pas plusieurs générations successives se transmettre ce fatal héritage? Ce fait tout seul ne resterait-il pas comme un argument vivant en faveur de l'opinion que je défends?

Je pourrais invoquer l'opinion de M. Roux. Ce professeur disait dernièrement à l'Hôtel-Dieu: que non seulement il croyait à l'influence de l'hérédité dans la production de cette anomalie, mais encore à celle de l'imagination de la mère sur l'enfant, comme cause secondaire venant s'adjoindre à l'arrêt de développement auquel il faut rapporter ce vice de conformation. M. Roux possède en effet une observation qui témoigne de l'influence de l'hérédité.

L'opération du bec-de-lièvre a été dans ces derniers temps soumise à une révision sévère; on s'aperçut enfin que les résultats qu'elle fournit étaient rarement satisfaisans et qu'elle laissait presque toujours des traces du vice de conformation qu'elle était appelée à corriger. Deux chirurgiens, MM. Malgaigne et Mirault, modifièrent cette opération dans le but de la rendre aussi parfaite que possible; mais s'il importe de prévenir les petits revers que peut présenter une opération, il importe aussi de savoir les combattre. Dans l'observation qui suit on verra comment M. Blandin parvint à faire disparaître toute trace de difformité chez un enfant qui avait deux fois subi l'opération dont il s'agit.

OBS. III. — Au printemps de l'année 1844, M. Blandin pratiqua en ville l'opération du bec-de-lièvre sur un enfant de 10 mois environ, bien portant et parfaitement constitué. Le procédé ordinaire fut mis en usage; quatre jours après à la levée des épingles, la réunion était parfaite; tout faisait espérer un heureux résultat d'autant mieux que l'affection était fort simple. Le deuxième jour, après la réunion, l'enfant tomba de son berceau sur le parquet et se rompit la cicatrice mal affermie. Il fallut donc recommencer, aviver de nouveau les bords de la solution de continuité, faire, en un mot, que les deux parties latérales des lèvres eussent une tendance plus grande à l'écartement et produisissent par conséquent plus facilement cette petite coche médiane sur laquelle nous avons insisté ci-dessus. Cette seconde opération eut tout le succès qu'on pouvait en espérer.

L'enfant fut ramené dans son pays. Mais tout dernièrement les parens le représentèrent à M. Blandin, pour qu'il eût à corriger la petite dépression médiane de la lèvre supérieure correspondant au tubercule médian que l'on trouve normalement.

Voici ce qui fut fait:

Deux incisions obliques, partant de la partie supérieure du sillon médian, vinrent tomber sur le bord libre de la lèvre supérieure qu'elles respectèrent toutefois; elles circonscrivaient donc un espace triangulaire dont la base comprenait la partie à corriger et dont le sommet était en haut. Ce lambeau était adhérent à la lèvre par les deux angles latéraux qui étaient continus avec le bord libre. Le triangle fut abaissé, et il résulta ceci d'heureux, c'est que la base de ce dernier qui était concave devint convexe et forma par conséquent le lobule médian. Il fut facile de maintenir la disposition des parties dans la place que nous venons d'indiquer au moyen de deux épingles dont la supérieure réunissait la partie supérieure des deux lèvres de la plaie récente, et dont la seconde joignait la partie supérieure du triangle aux parties latérales. Un fil fut passé autour de ces épingles.

Cette petite opération eut un plein succès. La réunion par première intention fut parfaite et laissa à peine une trace.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. THE LANCET.

ERREURS ET INCONVÉNIENS DES SONDES ET CATHÉTERS, ET SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENS URÉTRAUX; par M. WILKINSON KING.

Sous ce titre, qui exprime d'une manière aussi pittoresque que précise ses convictions, l'auteur expose les argumens qui l'ont porté à condamner tout traitement local ou mécanique dans le plus grand nombre des cas de rétrécissemens urétraux. Pour bien comprendre la valeur de ses raisonnemens, il est indispensable de dire d'abord quelle est à ses yeux la nature des rétrécissemens.

A une première période, il n'y a qu'excitation, injection des capillaires de la partie. En second lieu, une affection catarrhale survenant comme par sauts vient augmenter la lésion locale et parfois une obstruction de nature inflammatoire aiguë s'y surajoute. En troisième lieu, l'épaississement de la membrane vient compliquer l'injection; et ces deux causes peuvent se combiner entre elles de diverses manières. A une dernière époque, le rétrécissement du canal est devenu définitif, et l'induration des tissus peut se manifester.

Ces distinctions expliquent bien les différences qu'on observe, selon les cas, dans la marche et dans les symptômes de la maladie. Il n'y a pas, à proprement parler, diverses espèces de rétrécissemens. Leurs caractères variables tiennent seulement à la période particulière à laquelle l'affection est parvenue au moment où on l'étudie. Quant aux différences que le mal offre dans son évolution chez les divers sujets, elles dépendent de

la susceptibilité plus ou moins grande que chaque individu a aux altérations de vitalité des membranes muqueuses.

La sonde guérit les rétrécissemens! Voilà, dit M. King, une opinion qui ne suppose pas moins d'irréflexion que d'ignorance dans ceux qui la soutiennent. Contre cette assertion mille fois répétée, je dirai, continue-t-il, qu'il ne faut rien faire, c'est-à-dire ne faire aucun traitement local dans ces cas. Tout ce qui est guérissable dans un rétrécissement, savoir l'irritation passagère qui vient parfois l'aggraver, se guérit spontanément ou par des soins hygiéniques. Puis, le canal se trouve définitivement réduit à un calibre qui est le tiers ou la moitié de sa capacité naturelle, et la vessie augmente en conséquence sa contractilité à un degré qui est en proportion avec le degré de la stricture. Un tel état est parfaitement compatible avec la santé. En effet, si l'on a soin de ne point employer le cathéter, et avec la précaution prise par le malade et le médecin d'éviter toute cause de perturbation, la tendance à l'injection locale se dissipe et l'engorgement cède un peu. L'urètre reste plus étroit il est vrai; mais un canal étroit est bien suffisant pour l'intégrité des fonctions pourvu que cet état soit définitif et qu'il n'y ait pas d'autre désordre dans l'excrétion de l'urine que la lenteur de son émission.

On espère dilater la partie rétrécie!... Mais ne sait-on pas combien il est difficile de dilater des ouvertures qui, situées beaucoup plus superficiellement, sont par conséquent sous les yeux et sous l'action immédiate des instrumens? Tels sont le méat urinaire et l'ouverture du prépuce. Bien loin de là, si le rétrécissement est le résultat d'une cicatrice, la dilatation deviendra l'agent le plus énergique qu'on puisse mettre en usage pour le rendre plus serré. En effet, l'induration qu'offrent les cicatrices de brûlure n'est point du tout, comme on le voit, le résultat de la cicatrisation elle-même. Elle n'est que la conséquence des efforts réitérés auxquels on se livre pour étendre la cicatrice; c'est ce que prouve la direction des cordes et des bandes fibreuses des cicatrices; car ces cordes sont toujours dans le sens des mouvemens qu'on imprime pour rendre aux parties leur mobilité. C'est ainsi qu'en orthopédie on voit les tissus fibreux s'hypertrophier par la distension; et, par exemple, le ligament latéral interne de l'articulation tibio-fémorale augmenter de volume lors de l'inclinaison vicieuse du genou en dedans. De même, la distension opérée sur les cicatrices de l'urètre par le passage répété de la sonde est plutôt propre à diminuer qu'à agrandir le diamètre de l'ouverture qu'elles circonscrivent.

Si l'induration chronique pouvait être transformée par l'action des bougies en tissu normal, oh! alors on serait bien certainement autorisé à les employer; mais les exemples cités plus haut d'ouvertures très superficielles et dont l'agrandissement par les corps dilatans est à peu près impossible à obtenir d'une manière définitive montrent qu'on se flatterait en vain d'arriver à ce résultat.

Avec de semblables données, on pressent les conclusions de l'auteur. La partie vraiment efficace du traitement des coarctations urétrales consiste, selon lui, dans les modifications du régime alimentaire et dans des habitudes plus régulières. Ce traitement, tout constitutionnel, a sans doute besoin d'être encore perfectionné. Mais des habitudes prudentes, un régime simple, des vêtemens chauds, beaucoup d'exercice, des apéritifs, des diaphorétiques, l'opium, les toniques, dans l'occasion la saignée, la diète, l'émétique, les bains chauds, sont les moyens qui en forment la base et à l'aide desquels on pourra diminuer l'injection de la membrane urétrale et sa tuméfaction. C'est aussi par là que, guérissant du rétrécissement tout ce qui en est curable, on préviendra le mieux les rechutes.

— M. King paraît avoir vu beaucoup de cas de rétrécissemens urétraux; il n'en cite cependant que peu qu'on puisse regarder comme étant à l'appui de ses vues. Est-ce parce que le sujet, tel qu'il l'a compris, n'admettait guère la démonstration expérimentale? Est-ce plutôt parce qu'il n'aurait que difficilement pu réunir en grand nombre des faits capables de confirmer une semblable thèse? Nous ne le savons; mais il n'est besoin ni de beaucoup de réflexions ni d'une expérience consommée pour voir tout ce qu'il y a d'erroné et de dangereux dans les conclusions qu'il pose comme préceptes absolus. Sans doute, l'art a des bornes très étoites dans le traitement des strictures de l'urètre; et trop souvent on a à déplorer son impuissance qui ne permet pas, ainsi que le dit l'auteur, de rendre aux tissus indurés la structure et les propriétés normales. Souvent, et le plus souvent sans contredit, le chirurgien doit ici se contenter d'une amélioration sans prétendre à une cure radicale.

Mais mieux vaut un secours même partiel que l'inertie complète dont l'auteur s'est fait ici l'apôtre mal inspiré. Et pour quiconque a vu de près des rétrécissemens et a pu constater les dangereuses conséquences que les plus légers d'entre eux sont susceptibles d'amener à la longue, de tels préceptes ne sauraient risquer de faire des prosélytes.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'EMPLOI DE DIVERS MOYENS HYGIÉNIQUES DANS LE TRAITEMENT DE DIVERSES AFFECTIONS; par le docteur MARSHALL-HALL.

Utilité d'entretenir dans la chambre d'un malade l'air à une température et à une humidité régulières. Il serait difficile de se prononcer positivement sur l'utilité de la recommandation que fait M. Marshall-Hall dans cette communication; cependant il ne paraît pas douteux qu'elle ne doive, dans certains cas, avoir des résultats avantageux, et que les courans d'air auxquels les malades sont souvent exposés dans des chambres mal closes ou les variations de température et d'humidité qu'ils y éprouvent ne modifient souvent la marche de la maladie d'une manière défavorable. Nous n'indiquerons pas tous les moyens que conseille l'auteur pour arriver à cette régularité et qui consistent pour la température à ménager les ouvertures, de manière à ne point établir de courant d'air aux environs du lit du malade, de l'entourer de rideaux qui interrompent les courans d'air sans empêcher son renouvellement, et pour l'humidité, à entretenir au pied du lit ou entre les rideaux de larges bassins pleins d'eau à la température 70 à 75° R.; par ce moyen, dit M. Marshall-Hall, j'ai amené à guérison un cas très grave de pleuro-pneumonie dont je rapporterai les principaux traits.

OBS. — M. W. depuis deux ans éprouvait une toux qui l'avait fait maigrir, et depuis six semaines surtout il se plaignait de douleur au côté droit. Il fut saigné quatre fois pendant les quatre premiers jours durant lesquels je lui donnai des soins; mais la douleur n'avait pas diminué, l'expression du malade était pleine d'anxiété, la respiration courte et très gênée; la toux continuait avec une expectoration muqueuse opaque et une douleur très aiguë dans le côté droit qui était mat à la percussion dans toute son étendue. La voix était égophonique, la respiration bronchique et accompagnée d'un râle muqueux abondant. Les mouvemens de la respiration étaient arrêtés par l'intensité de la douleur du côté.

On saigne le malade étant debout jusqu'à la syncope commençante, ce qui eut lieu après qu'on eut tiré 8 onces de sang. Le côté droit est couvert d'un immense cataplasme qu'on renouvelle souvent; puis après avoir évacué les intestins par une dose d'huile de ricin on donne un grain de tartrate d'antimoine dans 2 onces d'eau simple toutes les deux heures; l'atmosphère de la chambre est maintenue à une température régulière de 70° R. fournie d'une quantité suffisante de vapeur aqueuse et chaude et sans aucun courant d'air.

L'effet en fut des plus satisfaisans. Tous les signes et tous les symptômes de la pneumonie disparurent graduellement dans l'espace d'une semaine, et au bout de ce temps ayant examiné la poitrine, ce que je n'avais pas fait depuis lors, voyant l'amélioration se développer graduellement et ne voulant point fatiguer inutilement le malade je trouvai que le côté droit avait presque recouvré toute sa sonorité; l'égophonie avait disparu et la respiration était de retour.

Je n'avais jamais vu, dit l'auteur, un cas aussi grave s'améliorer d'une manière aussi rapide et aussi uniforme, et j'attribue cet heureux résultat en grande partie à la douce chaleur, et à l'état hygrométrique de l'atmosphère entretenu continuellement le jour et la nuit, sans aucun changement. J'ai éprouvé également des résultats très avantageux de l'emploi des mêmes moyens (atmosphère chaude et humide) dans la bronchite, la coqueluche.

Qui n'a été témoin de l'exaspération des douleurs déjà si vives dans le tétanos et l'hydrophobie que causent la moindre agitation de l'air, le moindre mouvement du lit ou du plancher, l'idée seule de l'eau ou de la boisson, sans comprendre immédiatement combien il serait important de mettre le malade à l'abri de l'influence fâcheuse de ces différentes causes d'exaspération? On a vu des malades qui avaient presque échappé au tétanos être promptement enlevés par cet accident grave à la suite d'un refroidissement, du bruit d'une voiture, du son du tocsin ou des trompettes, du bruit du canon. Il n'y a pas d'état où l'extrême repos du corps et de l'esprit soit plus indispensable.

L'auteur présente ensuite quelques considérations sur un certain nombre d'affections locales où l'on se trouve bien de mettre les parties à l'abri du contact de l'air par divers moyens, tels que les cataplasmes, l'application du nitrate d'argent, les vésicatoires, les emplâtres de divers genres qui ont tous une action spéciale, mais agissent aussi tous d'une certaine façon en empêchant le contact de l'air dans la pleurésie, le lombago, la sciatique, le rhumatisme, les névralgies et même le squirrhe. Certains cas de rhumatisme ont dû leur guérison uniquement à cette dernière action. L'auteur promet une nouvelle communication sur l'emploi de certaines préparations qui semblent agir d'après le même principe dans plusieurs affections de la face, telles que la gélatine et la colle forte dissoutes dans l'eau et appliquées sur les parties malades avec un pinceau.

MORT PAR SUITE DE LÉSION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE CHEZ UNE FEMME QUI S'ÉTAIT PENDUE POUR SE SUICIDER; par M. DE MORGAN.

Les exemples bien constatés de mort par lésion de la moelle à la suite de pendaison ne sont pas assez nombreux pour qu'il soit inutile d'en reproduire ici un nouveau cas. On y trouvera de quoi éclairer cette question si avancée déjà par les belles expériences de M. Orfila (v. GAZ. MÉD., 1840, p. 652). Mais il offre encore de l'intérêt sous un autre rapport, comme étant la preuve qu'une lésion mortelle de la moelle peut être déterminée par le renversement violent de la tête en arrière. MM. Devergie et Esquirol avaient, il est vrai, cité une observation semblable; mais la preuve indispensable, l'autopsie, manque à leur récit.

OBS. — Une femme âgée de 50 ans, souffrant de vives douleurs par suite d'une maladie de matrice déjà ancienne, pria un jour son mari de la laisser seule un instant, alléguant qu'elle voulait reposer. Celui-ci passa dans une chambre voisine, se contentant de venir de temps en temps voir si elle n'avait besoin de rien. Il ne l'avait quittée que depuis une demi-heure lorsque en rentrant dans la chambre, il la trouva pendue à la barre placée au-dessus du lit. Un vieux mouchoir de soie dont elle se servait pour se soulever d'une main, et qui, à force d'être employé à cet usage, s'était roulé en corde, avait été l'instrument choisi par elle pour se pendre. Le nœud en était placé justement sous le menton. Il y avait assez d'espace entre le cou et la corde pour empêcher de croire que la trachée ou que les veines du cou eussent pu être comprimées. Et en effet la figure était calme, sans apparence de congestion; elle était plutôt pâle et comme dans son état naturel. Il n'y avait que 3 pouces de distance entre les pieds et le sol. On ne put rappeler la malade à la vie.

AUTOPSIE. On ne trouva ni dans les poumons ni dans les gros vaisseaux aucune marque de congestion. Les cavités droites du cœur contenaient même une quantité de sang moindre que d'ordinaire. Les yeux n'étaient ni injectés, ni saillans; la langue pâle, sans traces de morsures, et cachée dans la bouche. Le lieu que la corde avait occupé sur le cou était figuré par une ligne sèche, brune, parcheminée. Aucune ecchymose n'existait alentour. La direction de ce sillon était remarquable; situé très haut en arrière et précisément au niveau de l'atlas, il descendait obliquement en bas et en avant de chaque côté jusqu'aux bords postérieurs des muscles sterno-mastoïdiens, un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire. En avant, il n'existait aucune impression, excepté celle faite par le nœud sous le menton.

Examinant alors la colonne vertébrale, on trouva d'abord autour des seconde et troisième vertèbres cervicales des ecchymoses dans les muscles profonds. Le canal ayant été ouvert, on aperçut une ecchymose dans la gaîne membraneuse, vers la partie correspondante au lieu de la lésion externe. Au côté gauche, et en dehors de la gaîne, existait un épanchement considérable de sang coagulé. La moelle étant ramollie dans toute son étendue, on ne put constater s'il y avait un défaut pathologique de consistance dans ce point. On ne découvrit ni fracture, ni luxation, ni déchirure de ligamens; seulement il y avait un degré de mobilité extraordinaire entre les troisième et quatrième vertèbres cervicales, comme si les ligamens qui les unissent eussent été distendus.

La tête ne fut pas ouverte.

— Cette intéressante observation, outre son importance particulière que nous avons signalée en commençant, confirme encore, et de la manière la plus frappante, les remarques faites par M. Orfila sur les différences qui, soit pour la cause de la mort, soit pour l'apparence extérieure du cadavre, existent entre les cas où la suspension a agi en interceptant la respiration et ceux où elle a déterminé une lésion de la colonne vertébrale. Dans le premier cas, l'asphyxie et ses caractères si tranchés de rongeur et de gonflement de la face; dans le second, l'absence de ces mêmes signes, tel est le tableau différentiel que notre célèbre confrère a tracé d'après nature et qui suffira toujours au praticien exercé pour lui faire juger du premier coup d'œil à laquelle de ces deux lésions le pendu a réellement succombé.

APPAREILS PNEUMATIQUES POUR MESURER EXACTEMENT LA CAPACITÉ DE LA POITRINE; par le docteur HUTCHINSON.

Cet appareil consiste en deux instrumens : l'un appelé *machine respirante*, et destiné à mesurer le volume de l'air rejeté dans l'expiration; et l'autre l'*inspirateur*, qui indique le degré de force nécessaire, soit pour inspirer, soit pour expirer une quantité d'air donnée. Disons quelques mots sur la construction de ces deux instrumens avant de faire connaître l'application qu'en a faite leur auteur et les services qu'on peut en attendre dans l'intérêt de la science.

Le premier (machine respirante) est composé de deux vases cylindriques, dont l'un est rempli d'eau dans laquelle plonge le second, destiné à recevoir l'air expiré, appelé pour cela le réceptacle, et qui s'élève au-dessus de l'eau, en raison de la quantité d'air qu'y expirent les poumons des personnes soumises à l'expérience. Parmi les autres pièces de l'appareil, et que nous ne pouvons pas décrire, nous n'oublierons pas cependant l'échelle qui accompagne le réceptacle, monte et descend avec lui, et indique le nombre de pouces cubes d'air que contient le réceptacle, et qui peut s'élever jusqu'à 388; et le tuyau par lequel l'air pénètre sous le réceptacle, puis la soupape destinée à laisser sortir l'air du réservoir après que l'expérience est achevée.

Le second instrument (l'inspirateur) est construit sur le principe qu'une colonne de mercure élevée par l'effort des muscles inspirateurs et expirateurs peut donner la mesure exacte de la force mise en action par ces muscles dans l'exercice de leurs fonctions. C'est une plaque graduée en pouces et en dixièmes de pouces, et divisée également par une ligne perpendiculaire, le côté gauche portant la mesure des inspirations et le droit celle des expirations, avec quelques mots à chaque degré exprimant les différens degrés de force, ainsi qu'il suit :

ÉCHELLE DES FORCES.

Inspirations. Pouces.		Expirations. Pouces.
1,5	faibles	2,00
2	ordinaires	2,50
2,5	fortes	3,50
3,5	très fortes	4,50
5,5	remarquables	5,80
5,5	très remarquables	7,00
6,0	extraordinaires	8,50
7,0	très extraordinaires	10,00

Cet instrument a été construit d'après les résultats de près de 1,200 observations sur des hommes de tous les états, pauvres, ouvriers, bourgeois, soldats, matelots, attachés aux différentes polices, bateleurs, pugilistes, etc., et de toute taille, depuis le nain M. Robinson, âgé de 36 ans, dont tous les membres sont dans une proportion si régulière, et qui n'a que 3 pieds 9 pouces (anglais) de hauteur, jusqu'au géant Randall, qui a 6 pieds 11 pouces 3/4.

L'auteur ayant résolu de rapprocher les résultats obtenus de l'emploi de ces deux instrumens de ceux que fournit la mesure de la poitrine prise à diverses hauteurs, l'élévation de la taille, le poids du sujet, le nombre de ses pulsations et de ses inspirations, n'a trouvé, entre ces divers résultats, qu'un seul rapport, mais qui est d'une grande importance : c'est un rapprochement très intime entre la *capacité* et la *force* de la respiration et la hauteur de la taille des individus. Ce rapport est si concluant et si prononcé que M. Hutchinson peut, chez un homme bien portant, indiquer exactement l'étendue et la force de son organe respiratoire par la seule connaissance de la hauteur de la taille.

Plusieurs tableaux, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, indiquent la progression ascendante de l'ampleur de la poitrine et de l'élévation de la taille sur un nombre considérable d'hommes, et nous voyons la quantité d'air inspirée et expirée augmenter d'une manière notable à chaque pouce d'élévation qu'offre la taille dans les douze groupes, formés par l'auteur, d'hommes dont la taille variait de 5 à 6 pieds (anglais). Ainsi, chez 14 hommes hauts de 5 pieds, la moyenne de la respiration était de 135 pouces d'air, tandis que chez 68 qui avaient plus de 6 pieds, la moyenne était de 260 pouces; en sorte qu'une différence d'un pied (anglais) dans la hauteur de la taille va presque jusqu'à doubler la quantité d'air expiré. Entre ces deux hauteurs (5 et 6 pieds), nous trouvons le même rapport, et même en dehors de ces deux extrêmes. Ainsi, chez le nain Robinson, qui n'avait que 3 pieds 9 pouces de hauteur, la capacité n'était que de 80 pouces cubes, tandis que, chez le géant Randall, haut de 6 pieds 11 pouces 3/4, cette capacité était de 464 pouces cubes.

De tous ces faits, et d'une foule d'autres, M. Hutchinson a induit la loi suivante : c'est que, pour chaque pouce de hauteur en plus, de 5 à 6 pieds, la capacité augmente de 8 pouces cubes d'air à la température de 12° R au-dessus de zéro.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que des résultats de capacité observés chez l'homme en parfaite santé. Ceux qu'on obtient chez l'homme malade ne sont pas moins intéressans, et M. Hutchinson croit qu'il n'y a pas de maladie de poitrine qui n'apporte une modification assez notable dans sa capacité pour que l'on ne puisse s'aider avec beaucoup d'avantage de l'emploi de son appareil pour en faciliter le diagnostic. L'application qu'il en a faite à la phthisie tuberculeuse indique ce que l'on peut attendre de l'emploi de ce moyen lorsqu'il aura été perfectionné.

Le tableau suivant compare la capacité dans deux cas de phthisie à deux époques différentes de la maladie avec la capacité à l'état de santé.

AU DÉBUT.

Capacité chez le phthisique.	Capacité chez l'homme sain.
113	220
105	173
128	220
100	193
100	204
136	229
115	173
130	204
120	229
140	246
110	220
135	204

A UNE ÉPOQUE AVANCÉE.

59	135
89	224
108	254
72	135
80	229
75	254
34,5	246
18	183

Ce tableau démontre que, par exemple, dans la première période de la phthisie, le sujet dont la capacité n'était que de 113 pouces cubes en aurait eu une de 220, s'il eût été bien portant, tandis que, dans une période avancée de la même maladie, nous voyons un homme ne respirer que 34,5 pouces cubes d'air, tandis qu'en santé il en aurait respiré 254. L'instrument de M. Hutchinson, s'il a réellement cette exactitude, ne viendrait-il pas quelquefois en aide au stéthoscope? Dans les cas de courbure du rachis, la capacité éprouve une altération notable; l'auteur en cite un où elle s'abaisse jusqu'à 27 pouces cubes. Une différence un peu notable entre la capacité actuelle et celle qui résulterait de la taille de l'individu serait donc un motif suffisant pour redouter quelqu'affection des poumons. M. Hutchinson signale pourtant une exception à cette règle : c'est pour le cas des personnes douées de beaucoup d'embonpoint, et chez lesquelles la capacité thoracique est notablement diminuée, bien qu'elles jouissent d'une bonne santé.

Il paraît aussi qu'il n'existe presqu'aucun rapport entre la capacité de la poitrine et son développement extérieur; ainsi, chez 11 hommes de 5 pieds 8 pouces (anglais), dont la poitrine offrait 35 pouces de circonférence, la capacité était de 235 pouces, tandis que, chez des hommes dont la poitrine mesurait 38 pouces, la capacité n'était que de 226 pouces cubes. Chez un homme dont la poitrine avait 40 pouces de circonférence, la capacité n'était que de 147 pouces cubes. Ainsi donc, le développement apparent de la poitrine n'est point la preuve d'une grande capacité des poumons.

M. Hutchinson ne put s'expliquer cette espèce de contradiction (il a observé que les hommes minces, étroits et grands ont la plus forte capacité) tant qu'il n'eut pas remarqué cette influence de la hauteur de la taille sur la capacité des poumons; toutes ses observations n'arrivaient qu'à une espèce de chaos, qui fit place à l'ordre et à la régularité aussitôt qu'il eut trouvé cette loi. Aucun autre signe physique ne peut être comparé sous ce point de vue à la hauteur de la taille. Le poids, la grosseur varient à toutes les époques de la vie. La taille reste toujours à peu près la même. Chez les femmes, cependant, ces résultats sont difficiles à constater.

L'instrument destiné à mesurer la force des muscles respirateurs est disposé pour être appliqué au nez, la seule condition qui permette de connaître exactement les forces des organes respiratoires isolés de toute autre force, tous les autres instrumens dynamiques pourvus d'une pièce à bouche pouvant amener à de graves erreurs, à cause de l'influence des muscles de la langue et des joues, dont il est difficile de tenir compte.

Les résultats obtenus avec cet instrument étant doubles, c'est-à-dire ayant rapport à l'inspiration et à l'expiration, les tableaux qui les reproduisent sont plus compliqués, et leur analyse exacte plus difficile ou même impossible. Aussi, nous nous bornerons à présenter quelques-unes des conclusions les plus remarquables tirées de l'appréciation de ces faits.

Les hommes de toutes les classes sont distribués, dans ces tableaux, en treize divisions, suivant l'élévation de leur taille, depuis 5 pieds jusqu'à 6, et les résultats obtenus sur la force de l'inspiration et de l'expiration indiqués par les chiffres marqués sur l'échelle décrite au commencement de cette notice, et représentés par une ligne qui arrive à son point le plus élevé, et en s'élevant graduellement, chez les hommes de tous les ordres, à la taille de 5 pieds 9 pouces pour la force de l'inspiration et de l'expiration; ensuite elle redescend chez les classes d'une taille plus élevée. La même opération faite, non plus sur des hommes de toutes les classes, mais sur quatre classes d'hommes choisis par des médecins pour leur force et leur bonne santé, et destinés à remplir des fonctions publiques qui demandent une grande force, et qui sont les pompiers, la police de Londres, la police de la Tamise et les gardes royaux à cheval, ce n'est plus à 5 pieds 9 pouces que l'on trouve la plus grande force d'inspiration et d'expiration, mais bien à 5 pieds 7 pouces; au-delà, la ligne qui représente ces forces s'abaisse, en sorte que la force semble diminuer à partir de ce point, en raison de l'élévation de la taille.

La force d'expiration est d'un tiers environ plus élevée que celle de l'inspiration, et cependant, quand on choisit des hommes sous le point de vue de la force, c'est surtout à celle de l'inspiration qu'on doit faire attention. La force de l'expiration peut être augmentée par la manière de vivre, les occupations, ainsi qu'il arrive chez ceux qui jouent des instrumens à vent; chez les bijoutiers, qui emploient le chalumeau; enfin, chez toutes les personnes qui, par état, sont obligées de crier beaucoup. La force de l'inspiration est moins susceptible d'être modifiée par l'état général de la santé; aussi M. Hutchinson la regarde-t-il comme le vrai moyen de connaître la force de l'organisation, le *vis vitæ*.

La conclusion pratique de ces faits, c'est que lorsqu'on choisit des hommes destinés à déployer une grande force de corps, on doit les prendre de 5 pieds 7 à 8 pouces (anglais), et marquant à l'échelle une force de 3 pouces dans l'inspiration, et de 4 pouces 1/2 dans l'expiration. M. Hutchinson ne balance même pas à affirmer que tout homme dont la force d'expiration n'est pas plus forte d'un tiers que celle de l'inspiration doit être considéré comme *malade*.

L'excès de la force de l'inspiration porte spécialement sur les viscères abdominaux; aussi l'auteur assure-t-il avoir, par ce moyen, découvert des hernies qu'on cherchait à cacher, ou de graves maux de tête, ou des attaques, et avoir constamment constaté la rupture de la membrane du tympan lorsqu'elle existait, et il y arrivait par la voie de l'inspiration ou de l'expiration, on par les deux voies à la fois. Sur un charretier robuste, dont la force d'expiration ne dépassait pas 0,55 de pouce, il obtint immédiatement 5,50 en lui faisant se boucher les oreilles avec les doigts, la force d'inspiration restant toujours à 3,70, que les oreilles fussent ouvertes ou fermées. Son attention avait été frappée en voyant que la force d'expiration était dix fois moindre que celle d'inspiration.

L'auteur termine par quelques conseils aux médecins militaires sur le choix des hommes, et la nécessité de tenir compte, dans ce choix, des élémens fournis par les deux instrumens de son invention, qu'il a appliqués dans plus de 10,000 cas, et avec des résultats souvent fort remarquables, et dont nous n'avons, dans cette notice, indiqué que quelques-uns n'ayant en vue que de signaler le principe sur lequel reposent ces expériences, et non d'en signaler toutes les applications.

CAS DE CARIE DES CARTILAGES ARYTÉNOÏDES AYANT OCCASIONÉ LA MORT; par M. O'SHEA.

Voici sans doute un des cas les plus curieux d'introduction des corps étrangers dans les voies aériennes qu'on puisse ajouter à l'histoire, si abondamment fournie, de ces accidens que la science possède déjà.

Obs. — Le 20 mai 1844, dit l'auteur, je fus appelé auprès d'un homme âgé de 49 ans, qui était affecté d'enrouement et de dyspnée extrême. L'inspiration était longue et l'expiration sifflante. La dyspnée augmentait de temps en temps par paroxysmes. Face pâle et anxieuse à l'excès; pouls à 120, filiforme. (Saignée, opium et calomel.) Les accidens persistèrent trois jours pendant lesquels on se borna à des médications internes. Enfin, le quatrième jour, on pratiqua la trachéotomie; mais le malade, déjà épuisé avant l'opération, mourut quatre heures après.

Autopsie. Ulcération du ligament thyro-aryténoïdien droit. Le même ligament à gauche avait été détruit par un ulcère qui servait d'ouverture à un abcès où étaient compris et le cartilage aryténoïde de ce côté et les muscles adjacens. Le cartilage aryténoïde était détaché, et converti en une substance osseuse cariée, cunéiforme, engagée dans la fente glottique. La portion du cartilage qui s'articule avec le cricoïde était tournée en haut, regardant le voile du palais. La carie s'étendait au cartilage cricoïde. Nulle apparence d'inflammation aiguë ne se manifestait au larynx. Les poumons étaient sains quoiqu'il y eût un peu de congestion et un emphysème partiel. Quelques tubercules existaient à la base du lobe inférieur du poumon gauche.

RÉSULTAT ET TRAITEMENT CONSÉCUTIF DES CAS D'AMPUTATIONS FAITES A L'HÔPITAL DU NORD DE CORK; par M. BULLEN.

Malgré le petit nombre de cas dont ce tableau offre le résumé, et quoi-

qu'on regrette de n'y pas voir mentionnées plusieurs circonstances importantes, telles que le lien où a été faite chaque amputation, l'âge des sujets, etc., il n'en présente pas moins des données précieuses. Ce seront d'utiles documens à ajouter à ceux qui ont déjà été rassemblés en Europe et en Amérique pour établir comparativement la véritable valeur clinique de chaque amputation sous le rapport de sa gravité.

Sous ce titre : *Amputations au-dessous du genou*, l'auteur comprend 29 cas, savoir : 26 amputations circulaires, sur lesquelles 2 sujets sont morts; et 3 à lambeaux, où un seul a succombé.

Amputations au-dessus du genou : 19, dont 13 circulaires, avec 5 morts; et 5 à lambeaux, avec 1 mort.

Amputations du bras : 12, dont 3 circulaires et 9 à lambeaux. Tous les opérés ont guéri.

Amputations de l'avant-bras : 6 dont 5 circulaires et 1 à lambeau. Tous ont guéri.

Amputations de l'épaule : à lambeau, 1 cas. Guérison.

Total général : sur 58 amputations, 49 guérisons et 9 morts; c'est-à-dire 1 mort sur 6 4/9.

Ce sont là assurément de magnifiques résultats, et tels qu'aucun chirurgien des hôpitaux de France ne pourrait se flatter d'en avoir obtenu de pareils, si ce n'est exceptionnellement. L'auteur, qui signale lui-même cette différence entre sa pratique et la nôtre, n'hésite pas à déclarer qu'il faut l'attribuer à quelque chose de défectueux dans nos procédés opératoires et curatifs. Selon lui, l'Anglais est mieux disposé à supporter les amputations, d'abord à cause de ses sentimens religieux qui lui donnent ce courage passif dont la crainte de la mort ne saurait triompher, puis à cause du régime végétal que suit une grande partie du peuple et qui le rend moins accessible aux causes d'inflammation. Du reste, et à part ces deux remarques, nous n'avons rien trouvé dans le travail de M. Bulleo qui indiquât une grande différence entre la chirurgie des deux pays, soit pour le manuel opératoire, soit pour les soins à donner aux malades après l'amputation.

Voici cependant quelques observations qui nous paraissent empreintes d'une sagacité pratique remarquable. Il s'agit des circonstances qui peuvent contr'indiquer la réunion immédiate. Quand on opère, dit l'auteur, de vieux sujets dont les extrémités inférieures ont été pendant longtemps le siége d'inflammations chroniques, on trouve quelquefois les veines des membres très variqueuses, et en même temps les artères d'un très petit calibre. Après l'amputation, il arrive alors que l'hémorragie est abondante et difficile à réprimer. Le tourniquet, en causant une congestion veineuse du membre, augmente encore l'écoulement sanguin; et la pression seule du bandage suffit quelquefois pour renouveler le saignement plusieurs heures après l'opération. Quand on examine soigneusement l'état du membre, on trouve les muscles d'un rouge-pourpre, mous, se rétractant peu, et les tégumens mollasses et presque bleuâtres. Il y a là manifestement une atonie locale, un défaut d'action vitale, auquel il faut remédier par des moyens particuliers, si l'on veut placer la partie dans des conditions où la réunion de la plaie puisse avoir lieu. Le premier objet est d'arrêter l'hémorragie. Pour celà, il faut mettre de côté le tourniquet et tout instrument qui n'agirait qu'en comprimant, fléchir la cuisse sur le bassin de manière à ce que le moignon soit élevé, pendant qu'on fait tomber à sa surface un jet d'eau froide d'une certaine hauteur. Il ne reste après cela qu'un suintement de sang veineux que la réunion des lèvres de la plaie et l'application d'un bandage augmenteraient infailliblement, tandis que des compresses imbibées d'eau aluminée et la précaution de tenir le moignon à un courant d'air frais y mettent ordinairement fin. Indépendamment même du danger de l'hémorragie, il ne conviendrait pas de pratiquer la réunion de la plaie dans les cas de ce genre; car le plus souvent il arrive alors que le moignon, comprimé par les pièces de pansement, tombe en gangrène. Or, la gangrène consécutive à l'amputation, chez les sujets âgés et affaiblis, est habituellement mortelle. On devra en conséquence s'efforcer toujours de la prévenir par l'emploi des stimulans locaux et généraux, savoir : à l'intérieur, l'opium, le sous-carbonate d'ammoniaque, le vin et un régime nutritif, et, sur la plaie, des pansemens avec l'onguent élémi et la térébenthine, pour y développer des granulations de bonne nature.

OBSERVATION D'UN CAS DE MORT PAR L'ACIDE PRUSSIQUE; par M. CRISP.

Les phénomènes de l'empoisonnement produit par l'acide prussique pris à l'intérieur sont loin d'être aussi bien établis qu'on le pense communément; le fait suivant prouve que sous le point de vue de l'instantanéité des accidens, des lésions anatomiques et de l'odeur que laisse ordinairement cet agent quelque temps après les accidens produits, il nous reste encore beaucoup à apprendre.

Obs. — Appelé en toute hâte auprès de M..., âgé de 42 ans, je le trouvai mort en arrivant. Il était couché sur le bord droit du lit, incliné un peu à gauche, la face livide et les lèvres couvertes de mucosités blanchâtres et écumeuses; la peau des extrémités était froide; celle du tronc conservait un peu de chaleur. Je supposai que la mort était arrivée depuis environ une heure. J'appris que la veille au soir le mort était bien portant, mais que depuis quelque temps il avait été profondément affligé par des pertes d'argent. Je trouvai, dans le pot de nuit qui avait été poussé un peu au-dessous du bord du lit à droite, un verre et un flacon de 64 grammes portant en étiquette *acide prussique* et flottant sur l'urine bien que le flacon fût débouché.

Autopsie 70 heures après la mort.

Le corps est robuste et les muscles sont très prononcés; il s'est écoulé une sérosité sanguine par la bouche. La peau présente une couleur violette générale et spécialement sur les parties déclives. Le bras gauche (qui se trouvait en dessous) présente un état singulier. Les veines cutanées sont distendues par du sang de couleur pourpre cramoisi et formant sur plusieurs points du corps des taches ou des raies d'un rouge très vif. Les viscères thoraciques et abdominaux sont à l'état normal, à l'exception de la couleur qui participait à l'état pourpre et bleuâtre du sang. Je ne pus découvrir l'odeur de l'acide prussique sur aucun point du corps. La veine coronaire de l'estomac dilatée par un gaz à la grosseur d'une plume d'oie fait entendre un petit clapottement quand on la comprime. Le cœur était vide et très flasque.

On n'a pu connaître exactement la quantité d'acide prussique qui avait été prise; mais d'après le caractère et la profession de l'individu qui connaissait parfaitement ses propriétés, on pensa à l'enquête qui eut lieu sur ce cas qu'il n'avait pu en prendre qu'une quantité très notable. Une autre question qui fut aussi agitée à l'enquête est celle relative à la possibilité où a été le sujet de mettre le verre et la fiole dans le pot de nuit et probablement après avoir bu l'acide prussique qui y était contenu. Dans les cas où l'empoisonnement a été opéré par une grande quantité de cet acide, l'individu a été le plus souvent foudroyé avec une telle rapidité qu'il n'aurait pas eu le temps de prendre ces petites précautions qui supposent une grande liberté d'esprit.

SOUPÇON D'EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE ADMINISTRÉ SOUS FORME DE MÉDICAMENT; par M. REEBALL.

Nous ne mentionnons ce fait qu'à cause de la rareté des cas d'empoisonnement par le phosphore. Par lui-même il offre peu d'intérêt; car outre qu'il est fort incomplet il nous paraît difficile de trouver une liaison nécessaire entre les accidens éprouvés pendant la vie ou les lésions trouvées après la mort et l'action présumée du phosphore. Nous nous bornerons à reproduire ce fait très brièvement.

Obs. — Le sujet était un enfant âgé de 10 ans, confié aux soins d'un charlatan pour une affection dont le caractère est mal indiqué et qui lui prescrivit le phosphore sous plusieurs formes et principalement sous la formule suivante :

Prenez : Huile d'olive........ 48 grammes.
Phosphore........ 2 —
Essence de Bergamotte. Q. S.
M. S. A.
18 gouttes à prendre quatre fois par jour dans du lait.

Sous l'influence de ce traitement, continué pendant vingt-quatre jours, l'enfant fut pris de vomissemens, de violentes douleurs d'entrailles, puis de stupeur, avec convulsions, dyspnée constante que la mort suivit bientôt.

Autopsie faite deux jours après la mort.

Le cerveau offre une injection générale avec quelques points de ramollissement. A la poitrine on trouve dans chaque plèvre trois pintes environ d'un liquide séro-sanguinolent. Le péricarde contenait une certaine quantité du même liquide; la membrane interne du cœur et de l'aorte est beaucoup plus rouge que d'habitude. L'œsophage offre dans son tiers inférieur, sur une longueur d'un pouce et demi, une ligne noire, semblable à celle qu'eût produite un pinceau imbibé d'une forte solution caustique et passé sur cette partie. La muqueuse de l'estomac est ramollie dans toute son étendue. Les intestins paraissent à l'état normal jusqu'au niveau de la valvule iléo-cœcale où le cœcum très injecté et changé ainsi qu'une partie de la longueur du colon, en une espèce de cordon.

LUXATION DE L'HUMÉRUS AVEC FRACTURE DE SON COL; par M. HOUGHTON.

Obs. — Un homme, âgé de 53 ans, petit et maigre, tomba, étant ivre, sur l'épaule droite. L'accident arriva le 27 décembre 1843. Lorsque le malade se présenta le lendemain à M. Houghton, la tuméfaction était trop considérable pour permettre d'établir le diagnostic. On se contenta donc d'employer les résolutifs jusqu'au 6 janvier 1844. A cette époque, l'engorgement étant dissipé, on put constater l'état suivant. En regardant le membre par derrière, la pointe

du coude droit descend un pouce et demi plus bas que le gauche. Il existe en dehors une notable dépression de la surface du bras, à 2 pouces environ au-dessus de l'insertion du deltoïde. La rondeur de l'épaule n'est que peu diminuée. Un creux s'observe au-dessous de l'acromion qui est proéminent. La cavité qui, à l'état naturel, existe entre l'apophyse coracoïde et le milieu de la clavicule, est remplie par la tête de l'humérus, qu'on sent distinctement aussi en portant les doigts dans l'aisselle. La tubérosité que cette tête forme normalement sous l'acromion, a disparu; et à 3 ou 4 pouces au dessous de l'acromion, on voit une saillie considérable qui se porte directement en avant.

L'humérus peut être élevé presque à angle droit avec le tronc sans produire beaucoup de douleur. Pendant qu'on fait exécuter ce mouvement, on sent une crépitation très distincte. On peut aussi rapprocher le bras du côté et le porter en avant et en arrière.

Le 6 janvier, le blessé étant assis sur un tabouret, M. Houghton se plaça derrière lui. le genou solidement fixé contre l'épaule malade (le pied du chirurgien appuyant sur le tabouret). Avec une serviette ployée, mise en travers de l'aisselle, il fit une extension en bas et en arrière, la serviette, par conséquent, pressant directement sur la tête de l'os. En même temps, un aide, situé devant le malade, dirigeait l'application de la serviette, et de ses mains aidait à l'extension. La tête de l'humérus rentra de cette manière à sa place au bout de cinq minutes. Le chirurgien et l'aide sentirent tous deux distinctement cette réduction, mais sans avoir entendu aucun bruit. On appliqua alors autour du bras des attelles et un bandage.

Le 30 janvier, on enleva le bandage, qui n'avait été renouvelé qu'une fois; l'union paraissait solide. L'humérus faisait un peu de saillie en avant au niveau de la fracture. On s'occupa alors d'imprimer à l'articulation des mouvemens; et l'on gagna ainsi beaucoup en six semaines, malgré la grande pusillanimité du malade, qui ne se prêtait qu'avec répugnance à cet exercice. Il en était cependant venu au point de pouvoir manger, s'habiller sans aide et porter la main à la tête. Il voulut alors sortir, et fut depuis perdu de vue.

Cette observation offre un bel exemple de succès dans un cas où le pronostic porté par les auteurs classiques est, comme chacun le sait, extrêmement grave. A la vérité, M. Houghton pense que la luxation de l'humérus n'était ici que partielle; « car si elle eût été complète, ajoute-t-il, je doute qu'un résultat aussi heureux eût été obtenu. » Mais les lecteurs jugeront si, avec les signes que nous avons exposés d'après le texte même, si, avec un alongement du bras d'*un pouce et demi*, on ne doit pas plutôt admettre une luxation sous-coracoïdienne complète. Pour nous, nous n'hésitons pas à croire que telle était la nature du déplacement; et nous expliquerions les doutes qu'élève M. Houghton par son respect pour les autorités classiques, bien plutôt que par quelque obscurité dans les symptômes caractéristiques qui étaient au contraire aussi tranchés qu'ils peuvent l'être.

Nous n'avons, du reste, que des éloges à donner à la conduite que le chirurgien a tenue dans cette conjoncture difficile. Quelque peu probable que soit alors le succès de la réduction immédiatement tentée, c'est toujours par là qu'il faut commencer, ainsi que nous l'avons exprimé nous-même (V. Gaz. Méd., 1843, p. 497), en appliquant l'agent d'extension directement sur la tête humérale. Ce n'est qu'en cas de non réussite qu'il serait permis de provoquer d'abord la consolidation de la fracture pour renouveler, après l'avoir obtenue, les essais de réduction; et la formation artificielle d'une pseudarthrose entre les surfaces fracturées (moyen conseillé par M. Riberi comme méthode générale et primitive de traitement) ne devrait être mise à exécution qu'après l'insuccès des deux tentatives précédemment indiquées.

III. THE MEDICAL TIMES.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Des effets de la diète sur le fœtus dans la matrice*; par M. Ch. Clay. (L'auteur ne croit pas à l'efficacité de la diète imposée à la mère pour diminuer le volume du fœtus. Il ne justifie son opinion que par le raisonnement et par la citation d'autorités nombreuses.) 2° *Sur le siége de l'organe de l'amativité;* par M. Robert Spencer. 3° *Sur le relâchement et la séparation des symphyses du bassin et de leurs ligamens*; par M. Ch. Clay. (L'auteur se borne à citer les écrivains qui croient à la réalité et à la constance de ce phénomène dans les derniers temps de la grossesse. Il invoque aussi l'exemple de quelques mammifères, et entre autres celui du veau marin, où il est très marqué.) 4° *Sur l'anatomie physiologique et la physiologie de l'homme*; par M. Robert Knox. 5° *Sur la manière et le temps convenable pour pratiquer le toucher explorateur chez les femmes enceintes et de la rupture prématurée des membranes*; par M. Ch. Clay. (Préceptes pratiques qui se retrouvent dans tous les livres). 6° *Sur l'emploi de l'extension dans les lésions traumatiques de la colonne vertébrale*; par M. W. Tuson. 7° *Considérations sur les opinions émises récemment sur le sang, l'inflammation et ses conséquences*; par M. Dermott. 8° *Traitement des convulsions chez les enfans*; par M. A. W. Close. 9° *Fréquence de la ménorrhagie active et passive à Londres*; par M. Rigney

SUR L'EMPLOI DE L'EXTENSION DANS LES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA COLONNE VERTÉBRALE; par M W. Tuson.

Lorsqu'à la suite d'un coup ou d'une chute un homme se trouve subitement paralysé des membres inférieurs, qu'on aperçoit en même temps une saillie sur quelque point de la colonne vertébrale, que l'état du pouls et de la respiration annonce le danger le plus imminent, doit-on chercher à sauver le malade en exerçant sur le rachis des manœuvres qui puissent soustraire la moelle à la compression qu'exercent sur elle des vertèbres luxées ou fracturées?.. Cette question a été diversement résolue. Les uns, prenant en considération l'urgence extrême, s'en réfèrent à l'aphorisme *melius anceps remedium quàm nullum*, et hasardent tout pour profiter des quelques chances dont l'art peut disposer en faveur du malade. D'autres, redoutant à l'excès d'augmenter le mal (et plus encore peut-être qu'on l'attribue à leur intervention) s'abstiennent et laissent succomber le blessé sans secours. Ce dernier parti, qu'on veut bien appeler celui de la prudence, a généralement prévalu; et nous n'avons que rarement occasion, dans nos revues périodiques, d'enregistrer quelques plaidoyers en faveur de l'extension. Ce sera donc rendre un service et à l'humanité et à l'art consciencieusement pratiqué, que de reproduire ici le travail d'un partisan de l'extension. Ses argumens, fondés sur des faits indéniables, pourraient bien contribuer à ramener l'opinion publique vers cette pratique, que, pour notre propre compte, nous n'hésitons pas à déclarer bonne et indiquée, toutes les fois que le danger est assez pressant pour faire craindre prochainement une terminaison funeste.

M. Tuson, tout en recommandant d'essayer l'extension dans les cas où une lésion du rachis a été suivie de paralysie, fait remarquer avec raison qu'elle convient surtout lorsque la paralysie s'est prononcée immédiatement après l'accident. Si, au contraire, celle-ci ne se manifeste que plus tard et d'une manière graduelle, on doit penser qu'elle est produite par un épanchement sanguin, par une inflammation ou toute autre affection de la moelle ou de ses annexes, et l'on conçoit que ce n'est pas contre de pareilles causes de compression que l'extension pourrait avoir quelques chances de succès. Mais, dans le cas de paralysie immédiate, la réduction des vertèbres déplacées peut avoir les effets les plus heureux et les plus immédiats, ainsi que le prouvent les trois exemples suivans:

Obs. I. — Th. Hichson, âgé de 42 ans, entra, le 27 octobre 1842, à l'hôpital de Midlesex. Une heure et demie avant son admission, étant ivre, il était tombé du haut d'un chariot sur le dos. Il fut relevé et transporté à l'hôpital dans une voiture qui le secoua beaucoup. Il avait entendu au moment de la chute un craquement derrière le cou. Lorsqu'il voulut sortir de voiture, il trouva qu'il ne pouvait plus se tenir sur ses jambes, et qu'il ne sentait même plus lorsqu'on les lui touchait. En examinant les apophyses épineuses de la septième cervicale et de la première dorsale, là où le choc avait porté, on trouva dans ce point quelqu'irrégularité et du déplacement. Priapisme; pouls à 50; perte du mouvement et de la sensibilité des jambes. M. Tuson fit alors fixer la tête et tirer fortement et graduellement sur les jambes; immédiatement le mouvement et la sensibilité reparurent comme à l'état naturel. Le malade dit qu'il était guéri; il leva les deux jambes et les agita en tous sens. Le priapisme cessa. Il fut couché à plat et on le sonda, les urines ne coulant plus spontanément.

Jusqu'au 13 janvier, la motilité et la sensibilité des membres étaient demeurées parfaites; il avait même recouvré en peu de temps la faculté de rendre volontairement les urines, lorsque, ce même jour, il se plaignit de douleurs à la partie postérieure du cou et d'engourdissement le long des bras, jusqu'au petit doigt. On le condamna alors au repos le plus absolu. Cet état dura jusqu'au 24 janvier. Depuis ce moment, il regagna graduellement de la force. Sauf de légères variations, le sentiment et la myotilité se rétablirent dans les membres supérieurs. Il quitta l'hôpital le 21 février, assez bien portant, quoique faible encore. Il revint encore à la consultation pendant un mois. Au bout de ce temps la guérison était complète.

L'époque à laquelle l'engourdissement des bras a paru, et surtout l'intervalle de santé parfaite qui avait existé auparavant prouvent bien que cet état passager fut le résultat de quelque inflammation consécutive, déterminée autour d'un épanchement sanguin ou par toute autre cause. Mais le changement produit par l'extension a été tellement instantané, qu'il serait bien difficile de nier l'influence souveraine que cette manœuvre a eue sur la guérison. Le cas suivant est encore un exemple de succès dû à la même méthode.

Obs. II. — Henri Blades, âgé de 29 ans, fut apporté à l'hôpital de Midlesex le 25 avril 1843, dans un état d'insensibilité absolue, les pupilles dilatées; la seule partie sensible au toucher était le dos, au voisinage de l'occiput. Quand on pressait de la main les vertèbres cervicales, le malade remuait le pied; et si l'on pressait sur l'une des vertèbres dorsales, les deux jambes exécutaient un mou-

vement convulsif semblable à celui qu'aurait produit l'étincelle électrique dirigée sur l'épine rachidienne. La pression exercée sur les vertèbres lombaires ne déterminait rien de semblable. En l'examinant, M. Tuson crut, mais sans en être bien sûr, apercevoir une dépression dans un point de la région cervicale et y entendre de la crépitation. La tête ayant été mise à plat sur le lit et fixée avec une main placée de chaque côté, un aide fit l'extension en levant les jambes du patient et tirant fortement et graduellement sur elles. Cette manœuvre dura deux ou trois minutes. Immédiatement après un changement eut lieu dans la respiration, qui, auparavant difficile et pénible, devint large et aisée. L'extension fut alors graduellement suspendue; pouls 48, dur et plein. (Saignée de 14 onces; le malade est couché sur le dos, avec un petit coussin sous le cou.)

M. Tuson, continuant sa visite, était à deux lits de celui-ci, lorsque son attention fut excitée par un gémissement que venait de pousser le malade. Revenant vers lui, il trouva qu'il s'était retourné de lui-même sur le côté droit et qu'il avait recouvré la faculté de mouvoir les jambes et les bras lorsqu'on le lui commandait; mais la sensibilité demeurait abolie. Il put alors donner quelques détails sur la chûte qu'il avait faite. Il se plaignait de douleurs à la partie supérieure du cou; il y tenait la main portée, et quand on y touchait, il levait involontairement les jambes et les bras. Trois heures après, la sensibilité locale était revenue, et il pouvait répondre à toutes les questions.

Le troisième jour, se trouvant bien, quoique faible, il voulut absolument quitter l'hôpital, malgré les recommandations les plus expresses.

La promptitude de cette guérison inspirera sans doute quelques soupçons sur la justesse du diagnostic porté, et il est, en effet, assez difficile de supposer que, après une luxation ou une fracture même partielle des vertèbres, un homme ait pu, au bout de trois jours, marcher et quitter l'hôpital. Cependant le bon résultat de l'extension ne saurait pour cela être contesté. Le cas suivant serait un exemple beaucoup plus probant de l'efficacité de la méthode. Malheureusement, l'auteur fait observer qu'il lui a été communiqué par un de ses amis, grand *partisan de l'extension*, et qu'il ne saurait, pour son propre compte, se porter garant de la véracité du récit.

Obs. III. — Un médecin étant un jour à se promener vit un homme tomber de cheval. Ce fut la partie postérieure du cou qui supporta le choc, et le blessé resta sans connaissance sur la place où il était tombé. Le médecin, courant à lui, reconnut en l'examinant qu'il y avait luxation d'une vertèbre cervicale. Il s'assit aussitôt de manière à pouvoir placer ses deux pieds sur les épaules du blessé, et, lui prenant la tête entre ses mains, il la tira à lui et parvint ainsi à réduire la luxation.

EMPLOI DE L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE A L'EXTÉRIEUR DANS LE TRAITEMENT DES CONVULSIONS CHEZ LES ENFANS; par le docteur CLOSE.

Le moyen suivant qui n'est pas nouveau, et qui a probablement été employé déjà dans le traitement de la même maladie, paraît avoir en entre les mains de l'auteur de cette communication des succès assez nombreux et assez frappans pour qu'il croie devoir le recommander dans des cas analogues. Quelque opinion que l'on ait sur la cause et la nature des convulsions chez les enfans, il est certain que dans un très grand nombre de cas on s'est bien trouvé des révulsifs employés avec une certaine mesure. C'est à ce titre que nous rapportons ici, en l'abrégeant, une des observations consignées par M. Close et où il se trouva bien de la médication que nous allons faire connaître par le fait lui-même.

Obs. — Le 21 mars 1844, je suis appelé pour un enfant âgé de 8 ans qui était agité par de violentes convulsions et était étendu sur le lit, la tête fortement et convulsivement fléchie en arrière; les mâchoires, les paupières, les muscles du côté des bras et de la jambe du côté droit étaient agités de violens mouvemens convulsifs; le pouls était à 140; les pupilles contractées et immobiles, les yeux horriblement déviés, les traits de la face tout bouleversés, la bouche pleine d'écume. Une saignée de 400 grammes est immédiatement faite par la jugulaire; puis l'enfant est plongé pendant plus de vingt minutes dans un bain chaud, ce qui n'ôte aux convulsions rien de leur fréquence ni de leur gravité. Alors une bande de flanelle de la longueur de l'épine de l'occiput au sacrum et imbibée d'essence de térébenthine est appliquée sur le rachis. A peine cette application est-elle faite que l'enfant pousse plusieurs soupirs, sa respiration devient plus facile; il recouvre connaissance, et en moins de cinq minutes revient complètement à l'état normal, son pouls ayant repris en même temps sa fréquence ordinaire.

L'auteur rapporte plusieurs autres observations semblables qu'il serait sans intérêt de reproduire ici et assure en avoir recueilli un plus grand nombre d'autres. Il affirme que dans plusieurs de ces cas où la térébenthine avait eu le même succès sur les convulsions, il a combattu avec avantage par quelques sangsues appliquées à la tête et par l'administration du calomélas l'irritation cérébrale et la tendance à l'épanchement qui persistaient après la cessation des convulsions. Dans un cas du même genre, il assure s'être bien trouvé de l'iodure de potassium chez un enfant chez lequel la térébenthine avait arrêté les convulsions, mais dont la tendance à l'assoupissement n'avait pas cédé à l'emploi des moyens précédemment indiqués. Un grain administré toutes les deux heures ne tarda pas à amener des vomissemens, puis une transpiration abondante, un amendement de tous les symptômes et enfin une guérison rapide et complète.

FRÉQUENCE DE LA MÉNORRHAGIE ACTIVE ET PASSIVE A LONDRES; par le docteur RIGLEY.

Les détails suivans sur une affection qui n'est pas moins fréquente à Paris qu'à Londres, avec cette exception peut-être qu'elle se complique plus souvent chez les femmes de la première de ces deux villes de troubles du système nerveux, nous paraissent assez exacts et d'un intérêt pratique assez puissant pour devoir être reproduits d'une manière abrégée.

La *ménorrhagie active* est de la forme de cette maladie que l'on observe le plus rarement à Londres, ce qui tient au défaut d'exercice, d'une alimentation suffisante et à toutes les causes de débilitation qui pèsent sur la population de la métropole. Cependant les femmes qui en sont atteintes sont ordinairement jeunes, fortes, pléthoriques, et chez elles cette affection doit être considérée comme un moyen de soulager les vaisseaux engorgés, mais aggravée et entretenue par différentes causes qui augmentent la congestion locale.

Les premiers symptômes sont ordinairement ceux d'une forte congestion des organes pelviens: chaleur, douleur, pesanteur et raideur dans les reins et les lombes, avec sentiment de distension dans le bassin et battemens dans la région recto-vaginale; le pouls est dur; il y a une céphalalgie occipitale, et enfin tous les phénomènes précurseurs d'une menstruation trop abondante.

Les règles s'établissent subitement et avec profusion, venant comme par flots et avec des caillots et offrant des diminutions, des interruptions, puis des retours jusqu'à ce que les organes utérins soient débarrassés, puis tous les accidens disparaissent et le calme renaît. Plus souvent cependant, par l'effet de quelque congestion locale ou de toute autre cause, l'écoulement revient et ne quitte la malade qu'après qu'elle a été épuisée par les pertes et trop souvent par un traitement antiphlogistique déplacé. C'est ainsi que la ménorrhagie passe fréquemment à la forme passive par la diminution graduelle des forces qui est le résultat de ces retours répétés.

L'observation suivante offre un exemple remarquable de ces ménorrhagies actives qui ont tendance à passer à la forme passive.

Obs. — S., âgée de 22 ans, grande, très robuste, servant à la cuisine dans une grande maison où elle peut manger et boire autant qu'il lui plaît, rapporte que, depuis un an, ses règles paraissent à de très courts intervalles (deux semaines) et durent au-delà du temps ordinaire (dix jours et plus), précédées de vives douleurs dans les reins et les hanches, et de battemens avec chaleur et pesanteur. L'écoulement, qui est très abondant et en partie formé de caillots, amende ces symptômes. Elle se plaint d'un fort mal de tête, avec battemens, surtout dans la région occipitale. Les pieds et les chevilles présentent du gonflement vers le soir, et conservent l'empreinte du doigt qui les presse. Elle dit que ses selles sont régulières, se plaint d'avoir la bouche mauvaise le matin et des douleurs dans l'hypochondre droit. Elle n'a pas d'appétit, son pouls est faible et peu développé. (Pilules de calomel et d'extrait de jusquiame, de chacun 25 centigrammes; sulfate de magnésie, 15 grammes; carbonate de magnésie, 12 décigramme dans eau de menthe q. s. Lotionner matin et soir le dos et les reins avec de l'eau froide.)

Le 3 septembre (au bout de trois jours), il y a eu deux ou trois selles chaque jour, noirâtres; forte chaleur avec douleur à la tête. Les règles sont attendues pour le 10; mais les sensations que la malade éprouve dans les seins lui font penser qu'elles viendront avant cette époque; cependant elle ne se plaint ni du dos, ni des reins, mais bien des membres; l'appétit est un peu meilleur et la bouche moins mauvaise; elle continue les lotions sur les flancs et les reins, dont la peau est, dit-elle, extrêmement chaude. (Continuer les moyens précédens, et prendre chaque jour deux fortes cuillerées de la potion suivante:

Prenez :	Nitrate de potasse.	12 décig.
	Ether nitrique	16 gram.
	Teinture de jusquiame. . .	8 —
	Sirop d'oranger	32 —
	Eau de menthe.	250 —

La malade ne prend cette mixture que pendant quelques jours, ayant remarqué qu'elle la resserrait. Les menstrues ne viennent que le 12, aussi abondantes que précédemment. Le pouls est mol et faible. On lui prescrit chaque jour deux des pilules suivantes:

Prenez :	Sulfate de fer.	1 décig.
	Extrait de jusquiame . . .	} 2 —
	— de gentiane. . . .	
	pour deux pilules.	

Et la mixture que voici toutes les six heures:

Prenez : Eau de menthe . . . . . } 20 gram.
Eau distillée. . . . . . . }
Acide sulfurique étendu. 10 décig.
Sirop de rhubarbe. . . . }
Sulfate de magnésie . . } 4 gram.

Le 20, la malade est beaucoup mieux. Les règles n'ont duré qu'une semaine. Le 4 octobre, la malade est très bien. On cesse l'usage des pilules.

C'est évidemment, dit l'auteur, à l'usage du sulfate de fer que cette fille a dû le retour de la santé et la régularité des menstrues, administré au moment où la débilitation causée par les pertes trop abondantes allait faire passer la ménorrhagie à l'état passif.

Cette dernière peut se présenter sous plusieurs formes très différentes, et se lie souvent à l'existence de quelque cause de congestion locale, bien que, dans ces cas, l'économie soit déjà notablement débilitée. Ainsi, tout obstacle, même léger, à la circulation abdominale et pelvienne, tend à engorger les vaisseaux utérins et à produire un écoulement sanguin. Ainsi, l'hypertrophie du foie, la constipation, le développement d'un ovaire, la présence de tumeurs dans l'utérus suffisent souvent pour gêner le retour du sang des vaisseaux pelviens et pour entretenir la ménorrhagie. On doit éviter de confondre cet état avec la ménorrhagie passive primitive dans laquelle les capillaires partagent la faiblesse et le défaut de résistance de tout l'appareil circulatoire. Dans ces cas encore, il y a aussi congestion locale, mais d'un caractère purement passif, et l'écoulement dépend de l'impossibilité où sont ces vaisseaux de retenir le sang qu'ils contiennent.

La ménorrhagie, suite de l'avortement, est aussi une forme fréquente de la ménorrhagie passive ; elle dépend non seulement de l'anémie générale et de la débilitation, mais aussi d'un relâchement réel des tissus de l'utérus, qui ne conserve plus assez de contractilité pour clore les vaisseaux ouverts à sa surface interne. C'est le même état que l'on observe chez les femmes faibles, atoniques, à la suite de couches, chez lesquelles il survient à des époques éloignées des hémorragies ou des écoulemens séreux, et dont l'utérus gros, mou, flasque, réclame impérieusement un traitement tonique.

Suivant l'auteur, celle de ces formes différentes qui serait, sinon la plus fréquente, au moins la plus grave et la plus opiniâtre, c'est celle qui se lie à une congestion du foie. Dans ces cas, la maladie est compliquée de douleurs avec sensibilité et pesanteur dans l'un des hypocondres, avec douleur dans l'épaule droite et difficulté à rester couché sur le côté sain. Souvent aussi on observe en même temps une constipation opiniâtre qui, à elle seule, est déjà une forte prédisposition chez quelques personnes. M. Rigby cite ici plusieurs observations de ce dernier genre, et que les longs détails qui en sont inséparables ne nous permettent pas de reproduire, mais dans lesquelles les médications employées ont été les laxatifs, les altérans et les applications locales d'un côté, et de l'autre des doses modérées de sulfate de fer.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 JANVIER.

DE LA DIGESTION DES MATIÈRES FÉCULENTES ET SUCRÉES, ET DU RÔLE QUE CES SUBSTANCES JOUENT DANS LA NUTRITION.

M. Bouchardat lit, en son nom et celui de M. Sandras, un mémoire dans lequel ces auteurs se sont proposé d'étudier d'une manière générale les modifications que les principes immédiats qui forment la base de nos alimens éprouvent dans les organes digestifs. Voici en quels termes ils exposent les résultats de leurs recherches nouvelles sur la digestion des matières féculentes et sucrées et sur le rôle que ces substances jouent dans la nutrition.

Digestion des sucres. Les auteurs ont nourri pendant plusieurs jours des chiens avec des sucres de cannes en excès. Ils ont retrouvé ce principe dans toute la longueur du canal digestif ; une partie encore à l'état de sucre de cannes, une autre à l'état de sucre interverti, une autre enfin à l'état d'acide lactique. Quand l'animal est nourri pendant plusieurs jours avec du sucre, l'urine en contient des traces. Il en a été trouvé dans la bile, dans le sang, dans le chyle. Voici la série de modifications que le sucre de cannes éprouve lorsqu'il est introduit en proportion modérée dans l'estomac. Sous l'influence du suc gastrique et des membranes vivantes, il se transforme en sucre interverti et en acide lactique. C'est sous ces états qu'il est absorbé et que les auteurs en ont constaté la présence dans le sang.

Du sucre de cannes introduit en nature dans le sang passe dans les urines.

Le sucre de cannes a été remplacé par la même quantité de glucose dans une expérience, et par la même quantité de sucre interverti dans une autre expérience, et dans ces deux cas les auteurs n'ont retrouvé dans l'urine ni glucose, ni sucre interverti.

Toutes leurs expériences et leurs observations leur ont nettement démontré que le sucre de cannes, pour être détruit dans le sang, devait au préalable être changé en sucre interverti, ou converti en acide lactique dans le canal digestif. Les produits ultimes de cette destruction sont l'eau et l'acide carbonique ; mais ne s'en forme-t-il pas d'intermédiaires ? MM. Bouchardat et Sandras ont fait des expériences pour résoudre cette question. Ils ont examiné le sang fourni par des hommes ou des animaux trois heures après qu'ils avaient mangé du sucre en proportion notable ; ils y ont toujours constaté la présence du sucre interverti, et dans deux cas seulement, ils ont pu y déceler des traces d'acide formique combiné à la soude.

Digestion de la fécule crue. Les expériences de MM. Bouchardat et Sandras leur ont prouvé que l'homme et les animaux carnivores digéraient très imparfaitement la fécule crue. Ils l'ont retrouvée en grande partie dans les excrémens sous forme de grains inaltérés.

Voici le résumé des observations qu'ils ont réunies sur la digestion de la fécule crue chez les rongeurs herbivores.

La fécule crue ne subit aucune altération dans l'estomac de ces animaux. C'est dans l'intestin grêle que commence le travail de la digestion de la fécule crue. Si on examine la bouillie contenue dans cet organe, elle présente partout une réaction alcaline, excepté quelquefois à l'extrémité pylorique du duodénum. L'examen microscopique montre dans cette bouillie des grains de fécule entiers, d'autres fissurés, d'autres érodés, d'autres enfin presque entièrement détruits. La solution iodée permet de suivre facilement ces divers degrés d'altération, l'analyse chimique y fait découvrir de la dextrine et des traces de glucose. C'est donc dans l'intestin grêle des animaux herbivores que s'opèrent les modifications principales qui doivent rendre la fécule crue soluble dans l'eau. Voici les conditions qui favorisent ces modifications et qui se trouvent réunies : 1° température de 40° ; 2° alcalinité légère du liquide ambiant ; 3° présence d'un principe sécrété qui agit à la manière de la diastase quoiqu'avec beaucoup moins de puissance.

Le cœcum contient une pâte à réaction acide.

Les auteurs y ont constaté la présence de quelques grains de fécule entiers, de dextrine, de glucose et d'acide lactique. Ces mêmes matières se sont retrouvées dans les excrémens contenus dans le rectum. La digestion de la fécule crue n'est donc pas toujours absolument complète chez ces animaux ; quoi qu'il en soit ils ont vu que la fécule se convertissait en produits solubles suivans : 1° dextrine, 2° glucose, 3° acide lactique, qu'ils ont pu suivre dans le sang, dans la bile et qu'ils n'ont jamais retrouvés dans l'urine.

Le sang de la veine-porte était plus riche en eau et contenait une proportion plus élevée de ces produits combustibles que le sang artériel.

Après l'usage des féculens, ajoutent-ils, nous n'avons jamais trouvé d'acide formique dans le sang.

La digestion de la fécule crue est plus facile et plus complète chez les oiseaux granivores que chez les mammifères. Dans le jabot, elle ne subit aucune altération ; déjà dans le gésier qui est toujours fortement acide, nous avons constaté la présence de traces de dextrine et de glucose, mais presque tous les grains de fécule y sont parfaitement intacts. Le commencement de l'intestin grêle est encore quelquefois acide, mais tout le reste de cet organe contient une pâte à réaction alcaline, où l'on peut suivre, à l'aide du microscope, avec la plus grande facilité, les altérations physiques des grains de fécule. Quelques-uns sont entiers, d'autres portent des fissures en divers points et ressemblent parfaitement alors à des poires qui auraient été entamées par un instrument tranchant ; quelques-uns de ces grains sont déformés et d'autres presque entièrement détruits.

A la fin de l'intestin grêle, on trouve encore chez les poules quelques grains de fécule entiers ; on n'en observe plus chez les pigeons ; l'intestin grêle de ces oiseaux jouit d'une merveilleuse aptitude à convertir les grains féculacés en dextrine et en glucose ; tes cellules et les fibres ligneuses sont elles-mêmes désagrégées et paraissent subir un commencement de dissolution. Cette action dissolvante plus énergique est due à une température de 43°, à une alcalinité plus forte et à la présence d'un principe sécrété dont les propriétés se rapprochent davantage de celles de la diastase.

Les matières contenues dans les gaz intestinaux des poules et des pigeons nourris de grains de fécules sont acides ; elles contiennent de la dextrine, des traces de glucose et de l'acide lactique ; elles ne renferment pas ordinairement de grains de fécule entiers.

Ils ont constaté dans le sang des oiseaux granivores des traces de glucose, de dextrine et d'acide lactique.

Digestion de la fécule cuite. L'homme et les animaux carnivores digèrent les féculens après que la coction a brisé les tégumens de la fécule. La dissolution commence dans l'estomac, elle se continue dans les diverses parties du canal intestinal. Les matières excrémentitielles contiennent souvent des parties féculentes sans altération ; mais, dans tous les cas, cette dissolution s'effectue avec beaucoup de lenteur. Tel est le résultat général de toutes nos observations sur l'homme en santé et sur les animaux.

L'estomac et les intestins de l'homme et des animaux carnivores qui sont nourris de féculens cuits contiennent : 1° de la substance ingérée intacte ; 2° de la dextrine ; 3° des traces de glucose ; 4° de l'acide lactique et les autres matières normalement suintées dans le canal intestinal.

Une condition très importante de la digestion des sucres et des féculens est la suivante : il faut qu'une proportion très modérée (1 gramme au plus pour un

chien adulte) de ces substances soit versée à la fois dans le torrent de la circulation ; si, par une circonstance quelconque, ces proportions sont exagérées, du sucre est éliminé par les reins.

Deux moyens principaux sont réunis pour concourir à ce but de l'introduction lente et successive dans le sang des produits dérivés des féculens. En première ligne, la lenteur de la dissolution ; en seconde ligne, la voie principale de leur absorption. En effet, les substances féculentes se convertissent principalement en composés solubles dans les intestins ; cette solution absorbée par les expansions des rameaux de la veine-porte est transportée au foie, et si les matériaux combustibles surabondent dans le sang, la majeure partie de ces principes solubles sont sécrétés par le foie, associés avec la bile, qui est de nouveau versée dans les intestins. Les parties solubles de la bile sont absorbées à leur tour et suivent la même voie. Il s'établit ainsi une circulation bornée de la matière alimentaire combustible, qui n'est, par cet admirable artifice, que transmise successivement dans le torrent de la circulation.

L'idée que les auteurs viennent de développer est en opposition avec la théorie qui voulait que les alimens soient convertis en chyle ; mais si on se rappelle qu'après l'introduction, dans l'estomac des animaux, d'alimens sucrés ou féculens, le chyle est très peu abondant dans le canal thoracique ; si l'on considère qu'après l'ingestion des dissolutions sucrées contenant de la matière colorante, du safran et du prussiate de potasse, le chyle ne contient aucun de ces produits et que la bile en renferme, on admettra, nous l'espérons, que c'est principalement par les ramifications de la veine-porte que sont absorbés les sucres et les produits dérivés des féculens ; non seulement on les retrouve dans la bile, mais encore la matière colorante et le prussiate de potasse qui a été ingéré avec eux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CANDIDATURE.

MM. CHASSAIGNAC et BELHOMME adressent leurs titres de candidature à la place vacante dans la section de physiologie et anatomie.

EMBAUMEMENT.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture d'une lettre de M. Gannal, qui demande que l'Académie veuille bien désigner une commission pour examiner et soumettre à des expériences comparatives ses procédés d'embaumement, sur lesquels l'Académie a déjà fait un rapport favorable, et ceux qui lui ont été soumis depuis par différentes personnes.

La demande de M. Gannal est accueillie et renvoyée à la commission déjà chargée de l'examen de cette question.

M. DUPUY demande qu'on adjoigne à cette commission celle de la peste. (Rire ; interruption.) On rit et on ne me laisse pas le temps de développer ma pensée. (Le silence se rétablit.) La peste n'a commencé à régner en Égypte que du moment où l'on a cessé la pratique des embaumemens ; nul doute que si cette pratique était remise en usage la peste disparaîtrait. Il ne serait donc pas sans quelque avantage pour l'éclaircissement de ces deux questions de mettre en rapport les commissions qu'elles concernent. (Marques d'assentiment.)

M. LE PRÉSIDENT : La proposition de M. Dupuy sera prise en considération par les membres de la commission.

STATISTIQUE DU PERSONNEL MÉDICAL.

M. P. DUBOIS fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE, du livre intitulé : STATISTIQUE DU PERSONNEL MÉDICAL EN FRANCE ET DANS QUELQUES AUTRES CONTRÉES DE L'EUROPE.

M. Dubois, en indiquant les principaux objets que renferme ce livre, exprime le regret que les usages de l'Académie ne permettent pas de faire de rapport sur des ouvrages imprimés, car elle y trouverait, dit-il, des documens d'un grand intérêt.

— M. LE PRÉSIDENT annonce qu'à trois heures et demie l'Académie se formera en comité secret pour la continuation de la discussion qui a occupé les deux dernières séances.

M. LONDE demande quel est le motif qui a déterminé à discuter en comité secret une question qui n'a rien de personnel et qui intéresse la science.

M. LE PRÉSIDENT répond que cette détermination a été prise par l'Académie dès le début de cette discussion, et qu'il n'a pas le droit de revenir sur une pareille décision.

ABLATION D'UN CANCER DU VOILE DU PALAIS.

M. BLANDIN présente un malade auquel il a fait l'ablation du voile du palais par le procédé de la ligature. Cet homme avait tout le voile du palais, jusqu'au pharynx, envahi par un cancer. Il n'existait heureusement point d'engorgement des ganglions cervicaux. Songeant aux résultats heureux obtenus par la ligature comme moyen d'ablation, notamment entre les mains de M. Récamier, M. Blandin s'est demandé si ce procédé ne serait pas applicable à ce cas. Il a lié tout le pourtour de la tumeur à l'aide de points de suture ; le cancer, ainsi cerné, est spontanément tombé au bout de quelques jours. Une petite portion malade étant restée, elle a été circonscrite, à l'aide d'une nouvelle ligature, qui en a déterminé promptement la chute. Aujourd'hui ce malade est complètement guéri, et une circonstance remarquable sur laquelle M. Blandin a appelé l'attention de l'Académie, c'est la régularité avec laquelle les débris de la membrane muqueuse du palais se sont rapprochés par suite du retrait de la cicatrice, de manière à reconstituer en quelque sorte un nouveau voile du palais.

Il est trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

HANDBUCH FUER DIE PHYSICAT'S-VERWALTUNG ETC. — MANUEL D'ADMINISTRATION MÉDICALE (OU DE MÉDECINE DANS SES RAPPORTS AVEC L'ADMINISTRATION), OU DEVOIRS, DROITS ET ATTRIBUTIONS DES MÉDECINS FONCTIONNAIRES ADMINISTRATIFS, D'APRÈS LES LOIS BAVAROISES, BADOISES, WURTEMBERGEOISES, HESSOISES, PRUSSIENNES ET AUTRICHIENNES ; publiées à l'usage des médecins-praticiens et fonctionnaires, par R.-H. ROHATSCH. — Augsburg, 1843.

M. le docteur Hœfer, chargé par M. le ministre de l'instruction publique d'étudier l'organisation de l'enseignement médical en Prusse et dans les états secondaires de l'Allemagne, a établi, dans son rapport du 28 janvier dernier, qu'il existe chez nos voisins une classe de médecins inconnue en France, celle des médecins fonctionnaires publics. Il nous a fait connaître l'ordre hiérarchique d'après lequel ils sont classés dans la monarchie prussienne.

Or, voici un ouvrage dans lequel le docteur Rohatsch s'est spécialement occupé de faire connaître le dernier échelon de cette hiérarchie ; c'est-à-dire celui qui, comprenant les médecins appelés à exercer leurs fonctions au sein des masses, tant dans les villes que dans les campagnes, est en réalité le plus important. Ce sont : en Saxe, les Bezirksœrtztes ; en Prusse et en Autriche, les Kreisphysiller ; dans le pays de Bade, les Amtsœrtztes ; en un mot, les médecins attachés aux circonscriptions territoriales qui correspondent à peu près à nos cantons, et que nous désignerons donc une fois pour toutes sous le titre de médecins cantonnaux.

L'organisation des médecins cantonnaux en Allemagne n'est pas seulement, comme dans l'un de nos départemens français, celui du Bas-Rhin, où elle fut établie par M. le préfet de Marnesia, de philantropique mémoire, une simple institution de charité destinée à assurer les secours de la médecine aux indigens ; elle est en même temps l'organe actif, exécutant, de l'administration supérieure dans toutes les questions qui ont trait à la santé publique.

Sans être identiquement la même dans tous les Etats de la Confédération, ni même dans les différentes provinces d'une seule et même monarchie, par exemple, en Prusse, cette organisation est cependant établie partout à peu près sur les mêmes bases.

Dans une première partie, l'auteur rend compte des droits accordés et des devoirs imposés aux médecins cantonnaux.

Quoique leur nomination ne résulte pas d'un concours formellement établi, chaque médecin qui désire entrer dans la carrière administrative est obligé de subir en Prusse un examen spécial, et le gouvernement choisit ensuite entre les plus dignes.

Le chiffre des appointemens attribués aux médecins cantonnaux varie dans les différens états, et n'est nulle part assez considérable pour rendre indépendante la position du titulaire. L'auteur, adoptant comme nécessaires les fonctions de surveillance imposées au médecin cantonnal sur ses confrères les praticiens ordinaires (opinion qui est loin d'être admise par tous les médecins français), voudrait que le traitement de chaque médecin fonctionnaire fût assez considérable pour qu'il puisse au besoin renoncer à la pratique de la médecine, et que son indépendance fût complète dans l'exercice de ses droits et de ses devoirs vis-à-vis du personnel médical soumis à sa surveillance.

Dans une seconde division, M. Rohatsch expose les fonctions du médecin cantonnal dans ses rapports avec l'administration, ou autrement dit de ses fonctions de police sanitaire. Il traite successivement de la surveillance de l'état sanitaire du district en général, qui comprend :

1° *La topographie médicale.* Dans le grand-duché de Bade, dix années ont été accordées aux médecins cantonnaux lors de leur création, pour fournir au ministère une topographie médicale complète. Un cadre comprenant tous les détails de cette importante question a été fourni par l'administration.

2° *La rédaction d'un rapport annuel comprenant le résumé de tous les faits d'un intérêt général relativement à la santé publique, observée pendant l'année.* Dans ce rapport, il est du devoir du médecin de faire à l'autorité compétente, toute proposition d'amélioration ou de réforme dans les affaires de police médicale que ses observations lui auront suggérées. Dans l'intérêt des médecins de campagne et de leurs clients, nous recommandons cette disposition aux rédacteurs de notre future loi d'organisation tant promise.

3° *Répression de l'exercice illégal de la médecine et de la vente illicite de médicamens.* Ici se fait déjà sentir le besoin d'une complète indépendance pour le médecin cantonnal chargé de solliciter l'action de la police et du pouvoir judiciaire.

4° *Avis et enseignemens populaires pour la destruction de préjugés contraires à la santé, d'habitudes anti-hygiéniques, l'usage de substances minérales ou de plantes plus ou moins nuisibles, etc.* Le médecin cantonnal est chargé de propager, d'expliquer, de commenter les publications faites à ce sujet par le gouvernement. Il doit ajouter de son chef celles que peuvent nécessiter les besoins spéciaux de sa localité.

5° *Inspection des substances alimentaires et des ustensiles employés à leur préparation.* En Autriche, des médecins sont chargés de l'inspection des marchés et étaux de vente de champignons, de fruits, etc., et sont obligés, ainsi qu'en Prusse, de prêter leur concours aux inspecteurs de la police relativement aux alimens et boissons susceptibles d'altération ou de sophistication.

6° *Les devoirs des médecins cantonaux en cas d'accidens ou de morts subites.* Dans le grand-duché de Bade en Autriche, en Prusse, on a multiplié autant que possible des bureaux de secours avec les appareils nécessaires. Des règlemens administratifs ont fixé le matériel attaché à ces bureaux, et en ont confié la surveillance et l'emploi aux médecins cantonnaux.

7° *L'inspection des habitations insalubres concurremment avec les officiers de police.*

8° *La surveillance des effets fâcheux que peut produire sur la santé publique le dégagement de gaz délétères.* Dans ce chapitre rentrent les dispositions relatives à l'établissement d'usines ou manufactures incommodes ou nuisibles.

9° *La vérification des décès et la surveillance des maisons de dépôts mortuaires.* A l'exception de quelques grandes villes, rien de pareil n'existe chez nous. Nous appelons l'attention de nos administrateurs sur les excellentes dispositions réglementaires adoptées dans le grand-duché de Bade, et principalement sur celle qui défend d'inhumer avant quarante-huit heures de décès dans les cas ordinaires et avant trente heures au minimum dans les cas extraordinaires déterminés par le médecin cantonnal.

10° *Des fonctions et devoirs du médecin cantonnal en cas d'épidémie.* Ici encore une grande différence entre l'organisation allemande et celle des médecins des épidémies en France. Ces derniers ne sont appelés à agir que quand le maire du lieu infecté a prévenu le sous-préfet qu'une épidémie a éclaté. Aussi nos maires de villages, ne sachant pas toujours lire le recueil des actes administratifs destinés à guider leur inexpérience dans le dédale de leurs fonctions, ne préviennent l'autorité supérieure que quand une mortalité extraordinaire a répandu la terreur; alors seulement le médecin des épidémies est invité à se transporter sur les lieux, et quelquefois ne trouve plus rien à faire qu'à dresser une table nécrologique (*experto crede Roberto*).

En Allemagne, au contraire, le médecin cantonnal est non seulement autorisé, mais il est obligé d'user d'initiative dès qu'une apparence de maladie épidémique s'est déclarée. Je citerai encore ici l'excellence des règlemens tracés dans ce but par l'administration badoise; celles de Bavière, d'Autriche, de Prusse, ont également élaboré des règlemens qui embrassent tous les détails de la question. Des instructions populaires générales et d'autres spéciales relatives aux principales maladies épidémiques ou contagieuses ont été publiées en Prusse, et leur propagation recommandée aux médecins cantonnaux.

11° *La vaccination et la revaccination.* Dans une lettre que nous publiâmes, il y a quelques années, dans la GAZETTE MÉDICALE, nous avons mis à nu les vices de l'organisation de la vaccine en France. C'est encore chez nos voisins que nous pourrons trouver des modèles pour cette partie importante du service médical public. Nous dirons seulement que dans les états constitutionnels de Bavière et de Baden, comme dans les monarchies despotiques d'Autriche et de Prusse, la vaccination est obligatoire pour chacun. Sans cette base, nous pouvons assurer que pendant longtemps encore les efforts de l'administration française resteront illusoires.

12° *L'examen des recrues pour le service militaire.* Ces fonctions ne sont dévolues que dans certains cas et par exceptions aux médecins cantonnaux.

Remarquons que presque toutes les fonctions centralisées dans les mains d'un médecin cantonnal dont nous avions parlé jusqu'ici, ont leurs analogues en France, avec cette différence qu'étant maculées et partagées, il y a ici un médecin des épidémies, là un médecin vaccinateur, puis un médecin légiste, quelquefois un autre chargé des expertises administratives, toutes fonctions mesquinement rétribuées et qui, comme les différens rouages d'une machine désorganisée, sont dépourvues d'un moteur capable de leur imprimer la vigueur et l'unité de mouvement nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

Dans l'organisation allemande, au contraire, l'initiative du médecin cantonnal est chargée de solliciter, de la part des tribunaux ordinaires, la prompte exécution des lois; puis l'action des conseils aux colléges médicaux, et enfin de l'autorité supérieure vient au besoin soutenir ses efforts.

Nous arrivons maintenant à une division de l'ouvrage de M. Rohatsch qui traite de fonctions sans analogue en France : c'est la surveillance, par le médecin cantonnal, du personnel médical et des établissemens médicaux ou sanitaires de sa circonscription.

1° *La surveillance du personnel médical en général, et particulièrement celle des fonctionnaires et praticiens d'un ordre inférieur.* S'il ne s'agissait ici que de la surveillance des chirurgiens de seconde classe (en Prusse), comme de nos officiers de santé, des chirurgiens-barbiers, ventouseurs, des sages-femmes, etc., la tâche du médecin cantonnal serait peut-être facile; mais il n'en est pas de même vis-à-vis des docteurs ses égaux, pour lesquels il n'est tantôt qu'un collègue et tantôt une autorité surveillante. Cette disposition, d'une exécution très difficile en Allemagne, s'accorderait encore moins facilement avec nos mœurs et nos idées en France. Cependant, nous croyons que, dans l'état auquel est arrivée la médecine, quelque chose est à faire dans cette voie. Bien entendu qu'il n'est pas seulement ici question de la surveillance et de la répression des fautes commises dans le domaine de la science, et que, chez nous, on a malheureusement, depuis quelques années, commencé à déférer aux tribunaux ordinaires, presque toujours incompétens; mais encore de tout ce qui, dans la conduite publique d'un médecin, serait de nature à porter atteinte à la considération due à sa profession. Nous pensons que la connaissance de ces deux espèces de fautes devrait toujours être dévolue aux conseils ou colléges médicaux supérieurs. Pour les premières, le médecin cantonnal, investi d'un droit de première appréciation, serait l'utile intermédiaire entre le conseil et les plaignans; pour les secondes, une salutaire initiative pourrait lui être accordée; il pourrait représenter le ministère public près du conseil supérieur.

2, 3, 4, 5, 6, 7. *Surveillance des chirurgiens-barbiers, des accoucheurs, des sages-femmes, des pharmaciens et de leurs officines, des médecins vétérinaires et des établissemens sanitaires.*

C'est au médecin cantonnal qu'il appartient de surveiller la stricte observation des règlemens qui limitent les attributions de chacune des divisions du personnel médical, et dans certains états, par exemple dans le grand duché de Bade, ils sont chargés d'examiner les élèves en chirurgie de second ordre.

L'expérience n'a que trop appris combien les sages-femmes sont sujettes à oublier promptement les principes qu'on leur a enseignés pendant leur année de scolarité, pour se livrer ensuite à la routine et aux préjugés les plus pernicieux qui ont cours dans leur cercle d'action. L'administration prussienne, pour remédier à un mal aussi grave, a adopté une mesure qui nous paraît digne d'être imitée. Les médecins cantonnaux sont chargés de faire subir tous les trois ans au moins un nouvel examen à chacune des sages-femmes de leur circonscription. Une gratification est accordée à celles dont l'instruction est reconnue complète, et des punitions sont infligées à celles qui ont négligé leur instruction. Elles peuvent même, en cas de trop grande ignorance, être suspendues de leurs fonctions ou temporairement renvoyées à l'école.

Enfin, dans une dernière division, l'auteur traite des fonctions médico-légales du médecin cantonnal. Nous ne le suivrons pas dans les divisions de ce chapitre, qui abondent en détails techniques indiqués par les règlemens en usage dans les différens états d'Allemagne pour tous les cas qui peuvent se présenter.

En appelant l'attention de nos lecteurs sur l'excellente compilation de M. Bohatsch, dans un temps où le besoin d'une sage organisation est senti par une grande partie des médecins français, nous ne prétendons pas recommander sans réserve l'application du système allemand ; mais nous sommes convaincus qu'en élaguant certaines dispositions peu en harmonie avec nos mœurs et nos habitudes françaises, on y trouverait tous les matériaux propres à constituer une loi qui réponde tout à la fois aux besoins du corps médical des grandes villes et de celui des campagnes. Nous insistons pourtant sur ce dernier point.

VARIÉTÉS.

NOTE SUR LES ALTÉRATIONS ET LES FALSIFICATIONS DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES, par M. A. CHEVALLIER.

Cette note extraite, des ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, a été l'objet d'une pétition adressée par l'auteur aux chambres, dans le but de provoquer un rapport sur les mesures à prendre pour empêcher les fraudes qui y sont signalées.

Ces fraudes ont été constatées :

1° SUR LES FARINES DESTINÉES A LA PRÉPARATION DU PAIN, cet aliment de première nécessité; en effet, on a reconnu que des farines vendues, comme étant de bonne qualité, étaient altérées, et qu'elles avaient subi une fermentation acide, que d'autres étaient allongées de fécule de pommes de terre, d'autres de farines préparées avec des légumes piqués par des insectes, et qui ne pouvaient plus être vendus sans être dénaturés ; on a mêlé à des farines de la poudre d'albâtre: on a même poussé la fraude à un point tel qu'on a offert sur la place des substances minérales réduites à l'état de poudre dans le département de l'Allier pour être mêlées aux farines.

Nous ne pensons pas que l'addition de la fécule à la farine puisse être nuisible à la santé, mais c'est un vol du vendeur envers le boulanger, car la fécule introduite dans la farine et panifiée, comme l'est la farine, n'absorbe pas d'eau, et ne rend pas autant de pain que la farine; c'est un vol envers le consommateur si le pain préparé avec la farine mêlée de fécule, et qui contient moins de gluten, est, comme le pensent beaucoup de savans, moins nourrissant ; c'est surtout un vol nuisible à l'ouvrier qui ne peut comme le riche, comme l'homme des classes aisées, manger autant de viande qu'il le veut.

Nous sommes convaincu qu'on pourrait avec la fécule et la farine de froment, dans la proportion de 25 à 50 p. 100 de farine pour 50 à 75 de fécule, preparer un pain blanc savoureux, salubre, qui pourrait être livré à un prix moins élevé que le pain de farine pure de froment, mais il faudrait que la composition de ce pain fût indiquée par celui qui le prépare, et qu'il fût vendu à sa valeur réelle.

2° SUR LE PAIN. — Les fraudes sur cet aliment sont heureusement plus rares en France que dans un pays voisin (la Belgique), où les sulfate de cuivre et de zinc sont ajoutés à la pâte, par suite de l'idée fausse que l'addition de ces sels donne lieu à un rendement plus considérable en pain. Cette coupable adultération fut pendant quelque temps pratiquée en France; mais, depuis quelques années, elle a été totalement abandonnée.

Ce qu'il y a positif, c'est qu'on fait entrer en ce moment dans la confection du pain, de la pomme de terre cuite; c'est qu'on a voulu vendre tout récemment un brevet d'invention pour l'application déjà faite de ce mode de panification.

Nous ne pensons pas que l'administration puisse défendre à celui qui prépare le pain destiné à son usage habituel d'y faire entrer les substances qu'il voudra y introduire, mais nous croyons que l'administration ne doit pas tolérer, à Paris, l'introduction, par le boulanger, de quelque substance que ce soit dans le pain livré à la consommation de la population ; en effet, dans la capitale, le pain est taxé et la taxe est basée sur l'emploi que doit faire l'industriel de farines pures et non d'autres substances, quelles qu'elles soient, fussent-elles, ce qui n'est pas, supérieures à la farine.

Si un boulanger a trouvé, on si on lui a communiqué un procédé de fabrication du pain qui soit économique, il ne devrait le mettre en usage qu'avec l'autorisation de l'administration, qui doit juger de la salubrité de ce procédé, et qui alors doit débattre les intérêts de ses administrés.

Ce mode de faire, mis en pratique, pourrait avoir l'avantage de réduire le prix du pain, et on sait, d'après M. de Chabrol, que la diminution de 10 centimes par kilogramme de pain est d'une haute importance pour la classe peu aisée qui habite la capitale. En effet, ce savant administrateur a établi qu'en admettant qu'il existât dans Paris 500,000 consommateurs peu aisés, 5 centimes par jour d'augmentation dans leurs dépenses, pour l'achat du pain, donneraient par an une somme de 9,125,000 fr.

Si nous supposons que, par des procédés économiques et salubres, on puisse obtenir une diminution de 10 centimes par kilogramme de pain, cet aliment étant aussi nutritif, ce serait pour la classe pauvre un dégrèvement annuel de 9,125,000 fr.

La proportion d'eau contenue dans le pain livré à la consommation mériterait, nous le pensons, toute l'attention de l'administration ; en effet, un pain de 2 kilogrammes, qui ne pèsera que ce poids, peut représenter plus de matière nutritive qu'un pain où les 2 kilogrammes sont complets ; dans l'un, l'eau a été évaporée par la cuisson ; dans l'autre, l'eau n'a pu se volatiliser et fait poids.

3° SUR LA VIANDE. — Cet aliment est quelquefois vendu à faux poids, d'autres fois il est gâté au moment où on le met en vente. Nos observations sur la vente des viandes gâtées ont le plus souvent eu pour sujet la vente des viandes cuites.

4° SUR LE LAIT. — Le lait qui est vendu à Paris est pour les neuf dixièmes allongé d'un tiers d'eau, à laquelle on ajoute depuis quelque temps un peu de cassonnade ou de caramel, enfin du bi-carbonate de soude pour empêcher le lait de *tourner*.

Il y a quelques années, la farine, la fécule, la fleur de riz, la gomme étaient employées pour falsifier le lait ; il paraît que ces substances ont été abandonnées par les fraudeurs.

La fraude sur le lait, à Paris, sera difficile à réprimer, par la raison que la population peu aisée est accoutumée à payer le lait au-dessous de sa valeur ; il serait indispensable, avant de chercher à réprimer cette fraude, de faire comprendre à la population qu'elle serait forcée de payer de suite le lait au moins un tiers plus cher qu'elle ne le paie actuellement, et qu'elle ne l'obtient à bas prix que parce qu'il contient au moins un tiers d'eau et deux tiers seulement de lait.

C'est à tort qu'on a dégoûté la population en publiant que le lait était préparé avec la cervelle d'animaux, et notamment avec celle des chevaux abattus à Montfaucon : toutes les recherches faites dans le but de reconnaître si cette annonce était vraie ont démontré la fausseté d'un fait avancé, on ne sait dans quel but.

5° SUR LA BIÈRE. — La bière vendue à Paris ne devrait être fabriquée qu'avec les graines de céréales préparées convenablement et le houblon. On sait cependant qu'une partie de cette boisson est le résultat d'un travail dans lequel on fait entrer, au lieu d'orge malté, du sirop de fécule, qui quelquefois contient des sels de cuivre, et que le houblon y est quelquefois remplacé par les feuilles du buis et par celles du méniantbe.

Il serait, ce me semble, facile de faire cesser ces fraudes, puisque les brasseurs qui s'en rendent coupables sont exercés, sous le rapport fiscal, par des employés de l'administration, qui pourraient donner d'utiles renseignements sur ces préparations insalubres.

6° SUR LE SEL DE CUISINE. — Le sel marin, ce condiment indispensable qui entre dans la préparation de nos alimens, a été le sujet de fraudes nombreuses qui ont été réprimées en partie, mais qui ne le sont pas totalement.

Le sel a été mêlé 1° de plâtre cru (de pierre à plâtre réduite en pondre), et cette falsification était telle pour Paris, qu'un manége était utilisé par un industriel pour la pulvérisation de cette pierre à plâtre, qui était ensuite vendue dans le commerce sons le nom de *poudre à mêler au sel*; 2° de grès réduit en poudre; 3° des sels de varech et des sels de toute nature provenant de diverses fabriques de produits chimiques. On doit se rappeler qu'en 1827 une épidémie qui atteignit plus de 400 personnes fut causée par du sel de cuisine vendu dans le département de la Marne. Ce sel fut le sujet de diverses expériences, et on reconnut qu'il contenait des iodures et de l'arsenic. On ne sut d'abord à quoi attribuer la présence de l'arsenic dans ce sel ; mais on apprit beaucoup plus tard que ce sel avait donné lieu à ces accidens provenant d'une fabrique dans laquelle on fabriquait des sels de varech destinés à être mêlés au sel marin raffiné, fabrique où l'on préparait en même temps des sels arsénicaux. Du sel semblable fut vendu à Paris et rendit malade la famille Pymor. Ce sel détermina it la boursouffiure de la face, des douleurs de tête, une soif ardente, l'inflammation des amygdales, des douleurs intolérables dans tout le trajet de l'estomac et des intestins, suivis d'un flux diarrhéique presque toujours sanguinolent.

Le mélange des sels provenant des fabriques avec le sel alimentaire peut offrir de très grands dangers. La PRESSE du 17 décembre 1843 fait connaître qu'à La Haye plus de 80 personnes furent empoisonnées pour avoir fait usage, pour l'assaisonnement de leurs mets, de sels provenant d'une fabrique qui livrait ce condiment à très bas prix. Les expériences faites ont démontré que ce sel contenait une préparation arsénicale.

Le sel blanc a été mêlé à des sels de varech, à des sels blancs résultant de l'extraction du salpêtre. Quelques-uns de ces sels contenaient un composé de cuivre provenant des chaudières dans lesquelles on avait fait évaporer ces produits. Nous avons vu du sel blanc destiné aux soldats : ce sel était du sel de varech qui était réduit en petits grains, en passant à travers un tamis de fil de cuivre recouvert de vert-de-gris.

(La fin au prochain numéro.)

— M. Leuret avait proposé pour 1844 un prix de 300 francs à donner à celui de ses élèves qui aurait recueilli les meilleures observations sur les maladies incidentes des aliénés. Ce prix vient d'être remporté par M. Marcel, élève interne des hôpitaux.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET C[e], RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE FOETALE.

MÉMOIRE SUR LA DÉGÉNÉRESCENCE HYDATIQUE ET HYDATIFORME DES REINS CHEZ LE FOETUS (1); par M. A. BOUCHACOURT, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon.

> « On a trouvé quelquefois le tissu cellulaire qui entoure les reins rempli d'hydatides nombreuses; ces hydatides peuvent être formées dans le tissu même des reins et avoir des parois plus ou moins épaisses et plus ou moins amples; j'en ai vu qui auraient pu contenir un œuf de pigeon et même de plus grandes encore. »
>
> (Portal, ANAT. MEDIC., t. V, p. 363.)

Deux ordres d'altérations me paraissent ne pas avoir été compris sous le nom d'*hydatides* du rein ou *hydropisie* rénale. Dans l'un il s'agit d'un arrêt de développement des parois vésiculaires produit par la compression atrophique qui résulte d'une oblitération de l'urètre; dans l'autre, ce sont de vraies hydatides qui se sont développées dans le tissu rénal. Ce sont des hydatides, comme celles du foie, de la rate, comme celles du poumon et du cerveau. De là, dans ce dernier cas, isolement de la lésion des reins d'avec tout autre vice de conformation ou arrêt de développement organique, et au contraire, dans le premier, coexistence presque nécessaire de cette altération et d'autres vices de conformation.

Est-il nécessaire de rappeler que les reins qui apparaissent après les capsules surrénales, c'est-à-dire entre deux à trois mois, sont primitivement composés d'un nombre plus ou moins considérable de lobules creux qui communiquent assez largement entre eux, et sont réunis par un tissu large et assez facile à séparer? Le rein a donc primitivement la structure vésiculaire, comme le foie, le pancréas, comme toutes les glandes. Bientôt ces vésicules se rapprochent plus intimement, se confondent en quelque sorte les unes dans les autres et deviennent moins nombreuses; leur ouverture de communication est moins large, et bientôt elles n'offrent plus qu'un pertuis assez étroit qui s'ouvre dans un réservoir commun, le bassinet. Pendant que s'opère cette union plus intime des lobules du rein, la substance corticale se forme peu à peu; elle est assez prononcée à six mois. Ces lobules secrètent à leur intérieur, et, de très bonne heure, un

(1) Bien que l'expression de dégénérescence ne doive pas être conservée dans une nomenclature anatomo-pathologique exacte, je la rappelle cependant au commencement et dans le cours de ce travail, parce qu'elle ne préjuge rien comme terme général. Le rein semble transformé, dégénéré en tumeurs hydatiques ou hydatiformes, sans qu'on veuille dire que ces élémens organiques soient réellement modifiés dans leur nature. Il ne s'agit que de la forme extérieure; car si les produits de la formation nouvelle ont altéré la structure primitive au point de la rendre méconnaissable, le tissu rénal existe encore; ou, s'il a presqu'entièrement disparu, c'est qu'il a été refoulé, et plus tard en partie absorbé sous l'influence de la compression. Je tenais à faire ces réserves dans les premières lignes de ce mémoire, et à ne pas formuler une hérésie anatomique.

Feuilleton.

ESPRIT DES ANCIENNES INSTITUTIONS MÉDICALES.

(Suite et fin.)

Parmi les traits distinctifs et saillans de l'esprit de ces institutions, nous avons signalé leur développement successif à travers les âges, sans le moindre changement notable des bases principales; puis la solidarité des médecins entre eux, solidarité assurée par les réglemens, par les usages, par les intérêts, enfin par ce je ne sais quoi qui ne *s'écrit pas* et néanmoins donne une vie secrète, puissante à toute institution. Un autre caractère non moins remarquable des anciens établissemens de médecine est l'entière liberté dont ils jouissaient, soit par leur constitution elle-même, soit par les priviléges qui leur furent concédés. Chaque Faculté de médecine avait le *droit de statuer*, c'est-à-dire le droit d'ordonner par soi-même ou de corriger ce qui avait été ordonné précédemment; et comme ce droit s'exerçait dans une large sphère, ces facultés changeaient, modifiaient, bouleversaient même leurs statuts, sans qu'ils eussent besoin de l'*autorisation* confirmative d'un pouvoir supérieur. Le doyen convoquait l'assemblée générale, et ce qu'elle décidait, prenant le nom de *décret*, auquel on apposait les *armes de la Faculté*, était ordinairement sans appel. Cette grande liberté d'action s'exerçait principalement sur l'enseignement, sur les réceptions, sur la question des fonds, sur les choses administratives. Quant à l'enseignement, il était nul ou à peu près; toutefois, dans les derniers temps, on institua des *docteurs-régens;* l'était qui voulait ou à peu de chose près, la rétribution étant d'ailleurs assez médiocre. En général, les anciennes Facultés de médecine ne s'inquiétaient nullement de l'instruction des élèves; c'était à eux à se pourvoir à cet égard comme ils l'entendaient. Mais il n'en était pas de même quand il s'agissait des réceptions; là se trouvaient des difficultés multipliées, une filière d'épreuves à n'en pas finir, une suite d'examens, de discussions, de controverses scholastiques à subir, où beaucoup succombaient. Chaque Faculté redoutant ce monstre qui dévore tout, qui écrase tout, qui met obstacle à tout, la concurrence illimitée, avait d'excellentes raisons pour qu'on n'entrât *in docto corpore* que par une porte étroite et difficile. Elle exigeait dans les candidats des études premières solides, de la fortune et une grande instruction médicale. Si la seconde manquait et que le candidat eût un mérite des plus remarquables, on lui faisait remise des droits de réception, alors considérables à Paris. C'est ce qui arriva au célèbre Dodart. Cette libéralité était d'autant plus facile à la Faculté ou corporation qu'elle disposait entièrement, absolument de ses finances. Son argent était son bien, sa propriété, et elle l'employait d'après ses besoins, sans en rendre compte à qui que ce soit. Bien plus, la Faculté de médecine de Paris prêta à Louis XIII, dans un pressant besoin, une somme assez considérable, et dont elle tira *quittance*

fluide blanc et séreux qui les distend et s'en trouve expulsé à mesure que la substance corticale venant à se former, l'épaisseur de la paroi du lobule augmente à proportion que sa cavité diminue; alors il est probable que ce fluide, toujours sécrété, s'écoule dans le bassinet, et de là par l'uretère de la vessie.

Si l'uretère offre une interruption ou une oblitération de son canal, ce fluide séjourne dans le lobule, le distend, l'entretient à l'état vésiculeux, s'oppose au libre développement de la substance corticale, et au lieu du rein, « On trouve, dit Billard, à l'ouverture du cadavre, une masse plus ou moins grosse de vésicules transparentes irrégulièrement agglomérées les unes aux autres, communiquant plus on moins directement avec le bassinet et constituant une véritable hydropisie enkystée chez le nouveau-né. » (Billard, MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS, page 451.) N'y a-t-il pas de l'analogie entre ce qu'on observe alors et cette dilatation avec atrophie du tissu des reins qui se voit chez les malades atteints depuis longtemps d'hypertrophie de la prostate, de rétrécissement urétral ou de tout autre obstacle à l'excrétion urinaire? Dans un cas, pas plus que dans l'autre, la maladie de rein ne saurait être considérée comme primitive; elle est tout à fait liée dans son développement et sa persistance à l'action d'une cause en quelque sorte mécanique, le plus souvent impossible ou fort difficile à éloigner.

La cinquante-troisième observation de Billard (loc. cit., p. 451) va nous offrir l'exemple remarquable de ce vice de conformation du rein coïncidant avec l'oblitération de l'urètre.

OBS. I. — Jules Martin, âgé de 4 jours, entré le 23 février à l'infirmerie, est fort; il a les tégumens colorés, porte à la région lombaire une tumeur arrondie, molle au toucher, offrant à son centre une excoriation rougeâtre, et à sa circonférence un bourrelet dur, rouge et inégal. L'enfant reste à l'infirmerie pendant un mois; durant ce temps il maigrit et s'étiole insensiblement; il a le dévoiement et des vomissemens abondans; son cri est toujours faible et sa circulation très lente. Enfin, il meurt le 21 mars.

On trouve, à l'ouverture, un épanchement considérable de sérosité dans les ventricules latéraux, le long du rachis et dans la tumeur qui existait à la région lombaire, au niveau de l'écartement des apophyses épineuses des dernières vertèbres lombaires et des premières sacrées. L'appareil digestif n'offrait rien de remarquable, mais l'appareil urinaire présentait la disposition suivante.

Le rein gauche consistait en une masse grosse comme un œuf d'oie, de lobules semi-transparens, irrégulièrement agglomérés et qui formaient autant de petits kystes remplis d'un liquide blanc et inodore. Ces kystes communiquaient tous entre eux, les plus voisins du bassinet s'ouvraient dans ce réservoir, qui lui-même était rempli d'un fluide semblable au précédent. Le rein n'offrait aucune trace de sa texture naturelle; cependant, vers sa scissure, on remarquait une couche épaisse et comme condensée. C'est dans ce tissu que venaient se terminer, en s'oblitérant, la veine et l'artère rénales. J'ai cherché vainement la connexion de l'uretère avec le bassinet; celui-ci formant un véritable cul-de-sac sans débouché. L'uretère était bien développé près de la vessie où il s'ouvrait comme à l'ordinaire. Mais, en remontant vers le rein, on le voyait dégénérer en deux petits cordons très minces, bifurqués et nullement perforés, et près du bassinet ces filamens se multipliaient et s'appliquaient au rein en forme de patte d'oie.

Le rein droit plus développé qu'à l'ordinaire; la vessie, très peu dilatée, contenait de l'urine trouble dans laquelle se trouvait une grande quantité de petits graviers fins comme du sable; les poumons étaient un peu gorgés de sang; les ouvertures fœtales oblitérées.

Cette hydropisie enkystée du rein, si l'on peut ainsi appeler ce mode d'altération, était surtout remarquable par sa coexistence avec l'oblitération et l'imperfection de l'uretère. Elle offre l'exemple d'un double vice de conformation de l'appareil urinaire; mais l'un semble être le résultat de l'autre; il est permis de penser, en effet, que l'hydropisie du rein a été le résultat du séjour obligé du fluide, qui ne pouvait s'écouler, ni par le bassinet ni par l'uretère. Je ferai remarquer l'atrophie ou l'arrêt de développement porté à un tel degré que le rein n'offrait aucune trace de sa texture naturelle, si ce n'est la scissure où l'on trouvait une couche de tissu cellulaire assez épaisse et comme condensée. N'oublions pas la coïncidence du spina-bifida avec l'altération du rein gauche, c'est-à-dire l'existence simultanée de deux arrêts de développement, portant l'un sur les enveloppes du système nerveux central, l'autre sur un organe sécréteur qui se trouve assez intimement lié par ses fonctions avec la moelle épinière.

OBS. II. — Chez un autre enfant né à terme (obs. 54), Billard constata l'absence de l'orifice interne de l'urètre; ce canal, long d'un demi-pouce seulement, allait en se rétrécissant graduellement à partir du sommet de la verge, et finissait par ne plus consister qu'en un filament allongé, étroit et perdu pour ainsi dire dans le tissu cellulaire du périnée. Les uretères s'ouvraient parfaitement bien dans la vessie; leur diamètre était large, et ils se rendaient, en s'élargissant insensiblement, jusqu'au rein, qui était de chaque côté à peu près gros comme un œuf de poule, et offrait la même structure lobuleuse que dans le cas précédent. Cependant, les lobules étaient moins gros, moins transparens, et se trouvaient en partie recouverts de substance corticale; mais les calices et le bassinet étaient beaucoup plus larges et plus distendus qu'ils n'ont coutume de l'être. Un fluide blanc et inodore remplissait les lobules vésiculeux, qui communiquaient tous ensemble et s'ouvraient dans le bassinet; l'ouraque ne consistait qu'en un très petit conduit oblitéré.

Il n'y avait pas d'anus, et le rectum, aminci à l'intérieur, offrait un cul-de-sac complet et bien adhérent à la vessie. Les autres organes ne présentaient rien de remarquable. La vessie, énormément développée, remplissait presque toute la capacité abdominale; les circonvolutions intestinales étaient refoulées en arrière et en haut.

L'oblitération de l'urètre comme arrêt de développement de l'uretère, dans la précédente observation, semblait, chez cet enfant, avoir causé l'hydropisie de la vessie, et celle-ci l'hydropisie des reins, dont le développement normal avait été entravé ou même suspendu. Leur altération était moins profonde que dans la première observation, parce qu'elle était plus secondaire, et qu'avant la dilatation des bassinets, des calices et de la substance rénale elle-même, la vessie avait prêté et arrêté d'autant la dilatation atrophique de la glande.

On pourrait arguer de ces deux faits en faveur de l'opinion qui admet que les excrétions du fœtus, au moins celles des voies urinaires, sont, dans l'état normal, rejetées hors du corps, et probablement déposées dans les eaux de l'amnios, puisque lorsqu'il survient un obstacle au cours de ce fluide, il reflue dans ses réservoirs et les distend outre mesure, ainsi que cela s'observe chez les adultes qui sont affectés de rétrécissement de l'urètre ou de paralysie de la vessie. Il serait cependant permis de supposer que l'irritation aiguë ou chronique, sous l'influence de laquelle ces conduits muqueux se sont oblitérés, a pu tout aussi bien déterminer une hypersécrétion de liquide, comme une autre phlegmasie affectant par exemple l'utérus pour les membranes muqueuses, ou le péritoine, la plèvre pour les séreuses. Les élémens nous manquent pour discuter ces opinions contradictoires, que je me contente d'avoir mises en présence.

OBS. III. — M. Rayer a donné, dans l'atlas de son bel ouvrage sur les mala-

en bonne forme. On voit quelle force de position, quelle liberté d'action, quelle sûreté de gestion s'étaient attribuées ces anciennes institutions médicales, par l'esprit qui les animait. Aucune d'elles n'était exposée au contrôle d'une centralisation administrative parfois éclairée, souvent aussi un instrument de tracasseries oppressives. Partout de la vie, de la spontanéité; aucune de ces discussions pointilleuses de bureau à bureau, de ces conflits d'autorité si gênans, si absurdes; nul embarras de chiffres, de calculs d'une effrayante multiplicité; jamais de ces avalanches de paperasseries dont on est menacé à chaque instant dans les administrations modernes. Aujourd'hui, ce qu'on nomme la Faculté ou l'École de médecine, ni l'Académie de médecine ne peuvent disposer d'un centime *ad libitum* sans en rendre compte à qui de droit. La haute administration des fonds leur est tout à fait interdite; elles sont à cet égard dans un état de minorité ou de tutelle. Nous n'examinons point si c'est un bien, si c'est un mal qu'il en soit ainsi, s'il est convenable ou non de maintenir, pour ces deux institutions, l'exhérédation de toute puissance administrative et financière; nous exposons les faits, le lecteur conclura.

La bonne et sainte cause de la liberté n'existait donc point soutenue, déclarée dans l'état politique d'autrefois; mais son influence était immense dans les institutions particulières; la décision ou le *décret* des Facultés avait droit de souveraineté, sauf certains cas très graves qui ressortaient au Parlement ou au conseil du roi. Mais c'est surtout dans les assemblées que l'on voyait régner l'égalité parfaite de tous les membres de la cité médicale. Certes, le niveau *triangulaire* emprunté par la révolution à la franc-maçonnerie avait ici toute son action; le grand et important principe de toute association, *nemo suprà, nemo infrà*, y jouissait de sa pleine vigueur. Dans certaines circonstances, c'était un sentiment de haute émulation, et non d'absurdes rivalités de boutiques. On voyait alors parmi les médecins ce qu'on observe aujourd'hui dans le temps des élections, où les simples patentés sont courtisés, adulés par les riches, les hauts barons du coffre-fort. Dans les anciennes Facultés, les médecins des rois, des grands seigneurs rendaient service à leurs confrères moins avancés, tantôt directement pour certains postes plus ou moins lucratifs, tantôt par des priviléges obtenus pour la corporation. D'un autre côté, on comptait sur les médecins moins en renom, mais influens par le nombre pour obtenir une décision importante. C'est alors qu'on put remarquer la puissance de l'individualité collective, combien la position donne quelquefois à l'homme une importance que lui refuse la fortune. Chacun pouvait dire : Je suis petit, mais je deviens grand par mon titre, par mon union coopérative avec d'autres. C'est ainsi que se forme, que s'évalue l'énorme pouvoir des petits et des faibles (1). Il est maintenant facile

(1) On voit, dit un illustre publiciste, dans le *Banquet de Xénophon*, une peinture bien naïve d'une république où le peuple a abusé de l'égalité. Chaque convive donne à son tour la raison pourquoi il est content de lui : « Je suis content de moi, dit Charmidès, à cause de ma pauvreté. Quand j'étais riche, j'étais obligé de faire ma cour aux calomniateurs, sachant bien que j'étais plus en état de recevoir du mal que de leur en faire. La république me demandait toujours de nouvelles sommes; je ne pouvais m'absenter. Depuis que je suis pauvre, j'ai acquis de l'autorité, personne ne me menace, je menace les autres;

dies des reins (8e livr., pl. XXVI, fig. 4) la figure d'un cas remarquable d'atrophie et de dégénérescence enkystée du rein chez un nouveau-né. En dehors de la petite masse formée par l'agglomération des kystes, on voit une poche conique qui n'est autre chose que le bassinet et le commencement de l'uretère dilatés par suite d'un obstacle au cours de l'urine. Le rein au côté opposé était sain.

Il y avait atrophie totale de la glande, envahie par la dégénérescence hydatiforme, sans dilatation ni formation d'une tumeur considérable remplissant en partie la cavité abdominale, comme dans les autres observations et notamment celle qui va suivre. Dès lors, on comprend que si cette altération, en supposant que le sujet eût vécu, eût exercé de l'influence sur ces fonctions sécrétoires, l'accouchement n'en aurait pas certainement été rendu plus difficile, comme on le verra dans les faits de la seconde catégorie dont il sera question plus loin.

Je dois à l'obligeance d'un élève distingué de M. Rayer, mon ami le docteur Bureau, de Lyon, la connaissance d'un autre fait dont l'histoire a été recueillie dans le service de M. Rayer, en 1836. Le sujet de son observation était âgé de 17 ans; cependant tout porte à penser que la maladie était congénitale.

HYDRONÉPHROSE DOUBLE; VICE DE CONFORMATION DES URETÈRES; MORT; AUTOPSIE.

OBS. IV. — François Staud, âgé de 17 ans, cartier, d'une constitution chétive, ne paraît pas avoir plus de 12 à 13 ans; il est rachitique; ses jambes sont courbées en X; il est blond et d'un tempérament lymphatique. Son enfance a toujours été maladive, bien qu'il n'ait présenté aucune affection particulière, si ce n'est il y a sept ans. Alors il éprouva une forte douleur dans la région rénale gauche, accompagnée de crises nerveuses et de vomissemens. Jamais il n'a rendu de gravier avec les urines, et leur excrétion n'a jamais été ni douloureuse ni suspendue un instant. Depuis lors, à plusieurs reprises, les mêmes crises se sont manifestées; mais il y a deux ans une plus violente survint, pendant laquelle il urina du sang noir et eut des vomissemens durant trois jours. Jamais il n'a rien éprouvé du côté du rein gauche.

Le 11 janvier 1836, le ventre du malade est arrondi, plus volumineux qu'à l'état normal, le flanc gauche plus saillant; la région lombaire du même côté, au lieu de présenter un enfoncement léger, est bombée très sensiblement. Matité, sensation de fluctuation dans le même point. La pression n'y éveille pas de douleurs; la région lombaire droite n'attire pas l'attention; l'urine est aqueuse, presque incolore et insipide.

Le 21, sans cause appréciable, rétention d'urine; la vessie remonte jusqu'à l'ombilic; la sonde la vide complètement. Pendant cinq jours cette rétention persiste, et à dater du deuxième jour le malade tombe rapidement dans une espèce d'agonie. Altération profonde des traits, affaissement, écume à la bouche, pupilles très dilatées, pouls à 142 très faible; le malade n'accuse pas de douleurs dans le ventre. On trouve que la distension de la région lombaire gauche a sensiblement diminué; cependant aucun symptôme de péritonite n'indique que la poche se soit ouverte dans l'abdomen.

Deux jours après, mort.

AUTOPSIE. Le péritoine ne présente pas de traces d'inflammation; il ne contient pas de liquide. Les intestins sont à l'état normal, mais déviés de leur position naturelle par les tumeurs sous-jacentes. Après les avoir enlevées, on découvre deux tumeurs: l'une beaucoup plus grosse, siégeant dans le flanc gauche; l'autre plus petite dans le flanc droit, venant à leur rencontre sur la ligne médiane; on reconnaît facilement à la position et à la forme de ces deux masses qu'elles sont formées par les reins dégénérés.

L'aspect extérieur du rein gauche représente un gros cœcum qui serait distendu par de l'air, allongé d'un tiers, ayant sa concavité dirigée vers la colonne vertébrale, s'abouchant avec une vessie remplie d'urine. Cette grande poche membraneuse est couverte de nombreuses bosselures représentant les différens lobules dont se compose le rein. Dans quelques points, elle est très amincie; dans d'autres, on retrouve des vestiges du tissu rénal qui a échappé à l'absorption; la partie supérieure est surmontée par la capsule surrénale qui est aplatie et n'offre rien de remarquable.

La seconde poche, le bassinet, est également distendue par du liquide; la membrane est également blanchâtre à l'extérieur, mais d'un blanc plus mat; elle est partout uniforme, sans bosselure; son tissu semble être devenu plus solide, plus serré. Au bas de la tumeur, on voit l'urètre qui n'a point changé et qui paraît à l'état normal; cependant on voit avec quelque attention, et en injectant du liquide de bas en haut, que l'uretère, après avoir serpenté dans l'espace d'un pouce sous la membrane interne, pénètre dans la poche rénale par une ouverture, d'une ligne environ d'étendue, tout à fait semblable à une valvule veineuse; l'eau y arrive par un jet petit et contourné; lorsqu'au contraire on verse de l'eau dans l'intérieur de la poche, elle y reste, et ne s'échappe point par l'uretère.

Le rein droit est de moitié moins volumineux que l'autre; du reste, les mêmes lésions organiques s'y rencontrent. L'uretère présente vers son orifice supérieur un petit coude avec étranglement qui gêne la marche du liquide dans son intérieur, mais qui ne l'arrête pas tout à fait quand on pousse de bas en haut en injectant de haut en bas. L'eau pénètre dans le bassinet, non par son orifice naturel ni par une ouverture linéaire comme de l'autre côté, mais par un seul petit point qui ne dépasse pas la grosseur des points lacrymaux; en versant le liquide dans la poche il ne franchit pas cet obstacle et reste dans la poche.

Il résulte donc de ce double vice de conformation que l'urine, s'écoulant avec grand'peine par l'uretère dans la vessie, devait dilater le bassinet et par suite les reins, d'où la formation de ces deux énormes poches qui les constituaient; plus tard, l'effacement par compression et absorption de la substance rénale et les accidens consécutifs. Le point de départ aurait donc été une altération congénitale. Le rétrécissement ou l'oblitération presque complète de l'urètre et les autres altérations ne se seraient développées qu'à la suite, à mesure que la sécrétion urinaire prenant plus d'activité, l'obstacle, à son écoulement, se faisait de plus en plus sentir. Telle fut l'opinion de M. Rayer à l'époque où cette observation fut recueillie, et c'est pour ce motif que nous l'avons placée à côté d'autres faits dont l'interprétation ne laisse pas le moindre doute.

M. le professeur Moreau a montré l'année dernière à l'Académie royale de médecine les reins d'un fœtus, qui étaient le siége d'une altération presque semblable. On voit, en outre, dans l'histoire abrégée de ce fait, la coïncidence déjà signalée entre la maladie du rein et l'oblitération de l'uretère.

OBS. V. — Un fœtus, venu à huit mois et demi, mourut vingt-quatre heures après sa naissance, sans avoir offert d'autres symptômes qu'une grande somnolence. Son ventre pendant la vie était fort tuméfié. Les reins ont été trouvés entièrement convertis en une multitude de kystes d'un volume variable, mais se rapprochant beaucoup de celui d'une cerise. Il ne reste plus de vestiges de la substance rénale. On dirait, à voir les organes, que chacun des lobules dont ils sont composés dans les premiers temps de la vie est devenu un kyste; cependant le nombre de ces derniers est beaucoup trop considérable pour laisser admettre une pareille supposition. M. Moreau pense qu'ils sont le résultat de la distension des canaux tubuleux de l'organe; celui du côté gauche est du double plus volumineux que le droit; son uretère est oblitéré; du côté droit, l'uretère a été enlevé.

On ne dit pas si l'accouchement fut laborieux, et quels moyens on dut employer pour le terminer; il eut lieu à huit mois et demi. Que ce soient les lobules de l'organe ou ces canaux tubuleux distendus qui aient donné naissance à

---

d'expliquer par le *droit commun* qui existait ces liens étroits, ces rapports de bienveillance mutuelle qu'on voyait entre les médecins. Malgré les dissentimens particuliers, la confraternité n'était pas alors un insignifiant je ne sais quoi, un mot vague et vide de sens; la réalité s'en faisait sentir chaque jour. Qu'est-il besoin maintenant de faire observer la différence de cet ordre de choses d'avec celui de notre temps? Où est le médecin tant soit peu réfléchi qui ne sache que la plaie médicale, la plaie douloureuse, la plaie rongeante de notre profession est l'isolement. De là, il est vrai, aucune surveillance, aucune intervention disciplinaire; mais aussi nul soutien, aucun appui, jamais de ressource dans la corporation. Comment ne pas comprendre que bien souvent tout ce qui gêne l'homme le fortifie, que ce qui l'arrête peut aussi le soutenir, qu'il ne peut faire un sacrifice sans se perfectionner, enfin que la véritable liberté n'est pas autre chose que le droit d'échanger une mauvaise discipline contre une meilleure?

Quoi qu'il en soit, et il ne faut pas s'en étonner, les assemblées faites dans les anciennes institutions, selon la teneur des *statuts*, étaient parfois très orageuses; là où il y a des hommes, là sont des intérêts, le moule ordinaire des opinions. Cependant, deux contrepoids balançaient les inconvéniens de pareilles discussions. Le symbole médical est la prudence, figuré par le serpent; or, les médecins étaient alors fort réservés dans le public sur leurs dogmes, sur leurs principes, qu'on assimilait en quelque sorte aux dogmes religieux. Une seule fois, dans la Faculté de Paris, ils oublièrent cette prudence, et bien mal en prit à la profession. Ce fut dans la longue et terrible dispute de l'antimoine. Un grand peintre du cœur humain vivait alors, Molière, et il n'épargna, dans ses redoutables plaisanteries, ni la médecine, ni les médecins. L'empreinte en sera éternelle, car elle est inhérente à des chefs-d'œuvre. La seconde cause neutralisant ces fâcheuses disputes était le respect, la déférence qu'on avait pour les anciens de la Faculté. Rien de plus rare que leur avis ne fût pas prépondérant; ils savaient interpréter l'expérience de l'art et des hommes aux plus jeunes; ils leur faisaient comprendre non seulement la notion du *droit* et la notion corrélative du *devoir*; mais ils leur enseignaient la science du monde, la voie du succès, de la fortune; or, il n'est rien comme l'intérêt pour redresser l'esprit et éclaircir la vue. D'ailleurs, ces assemblées se tenaient avec une gravité tout à fait doctorale; la robe, le costume furent longtemps de rigueur; puis on y renonça, malgré le sarcasme du vieux docteur Mulot contre ceux qui avaient l'habit ordinaire: « Je ne reconnais les ânes que quand ils ont un bât sur le dos. »

Mais veut-on un caractère des plus saillans de l'*esprit* des vieilles institutions de médecine? Cherchez-le dans l'influence qu'elles exerçaient à fond et en plein sur les mœurs médicales. Le titre de docteur accordant le double privilége d'exercer la profession et de faire partie de la Faculté ou corporation, on tenait à honneur d'être un membre fidèle de cette dernière. Il y avait à cet égard une doctrine conservatrice, des principes, des formules traditionnelles qui, transmises d'âge en âge, étaient considérées comme un Code sacré qu'il n'était donné à

---

je puis m'en aller ou rester. Déjà les riches se lèvent de leurs places et me cèdent le pas. Je suis un roi, j'étais esclave. Je payais un tribut à la république, aujourd'hui elle me nourrit; je ne crains plus de perdre, j'espère d'acquérir. »

ce volumineux assemblage de kystes multiples, peu importe ; il est cependant constant que l'uretère se trouvait oblitéré, sans doute à droite comme à gauche, bien que l'état de ce canal du côté droit n'ait pas été indiqué, et il est constant qu'il n'y avait pas la véritable dégénérescence hydatique du rein quoiqu'un examen superficiel ait pu le faire supposer.

Ces faits, je pense, conduiraient à étudier avec une grande attention l'état des reins auquel on a donné d'une manière vague le nom de *reins hydropiques*, si déjà M. Rayer n'avait observé et décrit avec soin chez l'adulte les kystes et les acéphalocystes du rein. (Atlas, 8e livr.) D'après lui, les kystes des reins sont de petites vésicules ou des poches accidentelles qui contiennent une matière morbide ordinairement liquide, des acéphalocystes ou de l'urine plus ou moins altérée. La dégénérescence enkystée est très commune dans les reins (il n'en cite qu'un cas chez le fœtus, voyez plus haut). Les kystes des reins peuvent être, suivant lui, simples, acéphalocystiques et urinaires. D'après ce qu'il a observé, les kystes de la substance tubuleuse sont toujours très petits; ce sont des espèces de vésicules qui ne dépassent presque jamais le volume d'un grain de chenevis et qui contiennent ordinairement une matière séreuse ou gélatiniforme. La rétention d'urine dans le bassinet et l'uretère, par affection de la vessie ou de l'urètre, peut être cause de l'atrophie du rein ou du développement d'un grand nombre de kystes, c'est ce qui eut lieu chez le malade qui fait le sujet de la fig. 3 (8e livr., pl. XXVI) ; et qui s'observe dans les reins de beaucoup de vieillards, avec cette différence que les kystes sont toujours plus isolés, moins nombreux; le tissu rénal plus compact, moins solide, prête moins à la distension, et ses lobules se laissent difficilement séparer, d'où le développement moins prononcé des kystes et la résistance des lobules à l'envahissement des kystes. Il existe donc sous ce rapport une remarquable différence entre ce qui se passe chez les jeunes sujets et ce qu'on observe chez ceux avancés en âge.

J'arrive à la dégénérescence hydatique proprement dite. Deux observations en offriront chacune un exemple tranché et permettront d'établir les caractères qui la distinguent de l'affection hydatiforme.

DÉGÉNÉRESCENCE HYDATIQUE DES REINS ET DU PANCRÉAS CHEZ UN FOETUS; ACCOUCHEMENT LABORIEUX; EMBRYOTOMIE; RUPTURE DE L'UTÉRUS; MORT. (Observation recueillie à la Maternité de Lyon) (1).

OBS. VI. — Le 12 avril 1833, M. Nichet fut appelé, dans l'après-midi, dans la salle des filles en couche, auprès de Catherine Possi, âgée de 23 ans, primipare, entrée à une heure du matin, ayant déjà les douleurs de l'enfantement. La dilatation de l'orifice s'était faite avec lenteur, l'enfant s'était présenté par les fesses, le sacrum tourné à droite. Lorsque le chirurgien arriva auprès de cette fille, les cuisses de l'enfant étaient à la vulve depuis longtemps, et les tractions qu'on avait exercées sur elle n'avaient pu l'ébranler, retenu qu'il était par le ventre au détroit supérieur. La main droite introduite entre le bassin et l'enfant fit reconnaître que le ventre avait un volume énorme, et comme il était très mou, M. Nichet pensa qu'il y avait une ascite, et pratiqua au dessous de l'ombilic une ponction qui ne fit point sortir de liquide. La main portée plus haut, à la surface de la poitrine, constata un élargissement très considérable de cette cavité dans sa direction antéro-postérieure, tandis qu'elle avait perdu beaucoup de sa hauteur par le rapprochement des côtes. Un crochet aigu, appliqué dans un espace intercostal, ne put faire descendre le fœtus. On prit le parti de déchirer largement avec le doigt les parois thoracique et abdominale, afin d'extraire le corps, quel qu'il pût être, qui faisait obstacle. En effet, le chirurgien saisit, dans l'hypocondre droit d'abord, une masse bosselée faisant partie d'une autre plus volumineuse qu'il retira en introduisant sa main une seconde fois; alors le fœtus aminci n'éprouva plus de difficulté à descendre et à franchir les parties génitales externes. On fit immédiatement la délivrance.

Le fœtus flétri paraissait mort depuis longtemps, sa tête était petite; les membres, surtout inférieurs, étaient très peu développés. M. Nichet éprouva d'abord beaucoup de peine à déterminer quel était le siége primitif des deux grosses masses charnues qui occupaient l'abdomen; mais, passant en revue les organes de cette cavité, il s'aperçut que les reins étaient absens et que ces tumeurs n'étaient autre chose que ces organes eux-mêmes énormément développés. En effet, le rein gauche, complètement arraché, avait encore le bassinet à son échancrure; le rein droit tenait encore par les vaisseaux et l'uretère. La forme générale de l'organe était conservée; mais chaque masse avait un volume triple du rein d'adulte et occupait tout l'espace compris entre la crête iliaque et le sommet de la poitrine, car le diaphragme avait été refoulé jusqu'aux premières côtes. Les côtes elles-mêmes, rapprochées jusqu'au contact, n'occupaient qu'un très petit espace et étaient renversées en haut.

Les reins énormes, lisses et largement bosselés étaient enveloppés d'une tunique fibro-celluleuse, sorte de capsule très difficile à déchirer. Chaque lobe était séparé du lobe voisin par des cloisons celluleuses. Les espaces limités par ces cloisons étaient remplis par des vésicules à parois minces et transparentes, dont le volume variait depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois. Ces vésicules pressées, tassées, les unes sur les autres, contenaient un liquide blanc, limpide, transparent, qui jaillissait lorsque l'on faisait une piqûre aux parois. Si l'on déchirait la substance de l'organe, on voyait apparaître ces vésicules par myriades. Ainsi, ces masses morbides n'étaient composées que de deux élémens : tissu cellulo-fibreux en filamens et en membranes, tissu vésiculaire. On n'a point découvert de traces des capsules surrénales.

Le pancréas conserve son volume normal, mais il est transformé en vésicules comme les reins.

Le lendemain de l'accouchement de cette fille, elle a été prise des symptômes d'une violente péritonite à laquelle elle a succombé le quatrième jour, malgré le traitement antiphlogistique le plus énergique. Outre les altérations ordinaires de la péritonite et une injection vive d'une assez grande étendue de la muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac, M. Nichet constata une rupture du vagin à son insertion à la matrice dans un tiers de sa circonférence et à gauche. Cette dernière lésion est certainement l'effet des contractions prolongées de la matrice. Il y avait déjà quinze heures que cette fille était aux fortes douleurs lorsqu'il fut appelé auprès d'elle, et avant son arrivée la sœur accoucheuse avait observé que lorsque l'on tirait sur les membres inférieurs de l'enfant, la malade poussait des cris et ressentait de vives douleurs dans l'aine gauche. Le crochet aigu porté dans la matrice et appliqué sur la poitrine a été constamment recouvert de la main; son action paraissait insuffisante; on n'a pas insisté sur son emploi. Il a été retiré avec beaucoup de ménagemens et n'a pu par conséquent concourir à produire cette déchirure.

Voilà une lésion toute différente de celle signalée par Billard. Il ne s'agit plus de vésicules juxta-posées communiquant les unes avec les autres, et toutes avec le bassinet. Ce ne sont plus les parties constituantes de la glande converties par la pression excentrique du fluide qui les distend en poches séreuses; mais de nouveaux corps ont apparu : ce sont des hydatides.

Remarquez l'énorme développement des deux reins malades, les viscères abdominaux refoulés et déplacés, les parois de la cavité qui les renferme considérablement dilatées; aussi l'accouchement est rendu laborieux, comme dans le cas d'ascite. Une ponction faite dans cette supposition ne

(1) Je dois les détails de cette observation intéressante à M. le professeur Nichet, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

---

personne ni d'oublier, ni d'enfreindre, et par conséquent jamais périmées. Les jeunes licenciés en étaient pour ainsi dire nourris, alimentés, saturés: aussi appelaient-ils la Faculté leur nourrice, leur mère bienfaisante, *alma mater*, etc. Dans l'existence de chaque médecin, on se rappelait comme une époque digne d'intérêt et de souvenir, comme un éminent motif de liaison et d'amitié, d'avoir été de la *même licence*, de subir conjointement les mêmes épreuves, d'avoir assisté aux mêmes *paranymphes*, de s'être trouvé ensemble aux *Vesperies*, etc. Bien plus, lorsque, par les chances de la fortune, on avait acquis de l'autorité, de l'influence, ou s'en servait pour obtenir des avantages au profit de la Faculté, et par conséquent de tous. A quelque position que l'on fût placé, il eût été indigne et odieux d'oublier son origine médicale. Lorsque Fagon fut nommé premier médecin de Louis XIV, en 1673, la corporation voulut députer vers lui pour le féliciter; mais Fagon répondit : « qu'il était *enfant de la Faculté*, et que de semblables députations ne devaient pas se faire vis-à-vis d'un *confrère* qui avait toujours été dévoué à l'ordre entier des médecins, et à chaque membre en particulier. » Ces paroles adroites et profondément sensées d'un homme aussi haut placé, car le premier médecin du roi était alors une véritable puissance, même à la cour, peignent parfaitement la force et l'indissolubilité des liens qui attachaient chaque médecin à sa corporation.

Dans ce temps instable et versatile où nous vivons, à notre époque tourmentée, blasée, nivelée de toutes manières, il serait inutile de chercher quoi que ce soit qui approchât de ce que nous venons de dire. De nos jours, ce sont les hommes distingués qui honorent les institutions; autrefois c'étaient celles-ci qui d'abord recommandaient les hommes, différence énorme et fatale en ce que les hommes passent et les institutions persistent plus ou moins. Ce n'est pas qu'il n'y ait eu autrefois, comme aujourd'hui, des médecins dont les travaux, le mérite ne fussent hors de ligne. Il en sera toujours ainsi; au fait, tant vaut l'homme, tant vaut l'état ou la profession. Toutes les fois que l'homme a pour but de s'enrichir par le travail, le mérite ou l'avance de ses capitaux, il faut l'intelligence qui dirige, l'activité qui féconde, l'ordre qui règle et surtout l'économie qui conserve. Toujours est-il que les médecins trouvaient dans les anciennes institutions, et pendant leur vie entière, une sorte d'éducation professionnelle, établie, acceptée, entièrement refusée aux médecins de notre époque. Par les dispositions de l'organisation actuelle, un médecin est muni de son diplôme; il a son titre, son droit, son parchemin. N'est-il pas vrai qu'on lui a dit : La barrière est ouverte, va où tu veux, fais ce que tu peux, tire de toi seul tes ressources, le monde est là pour ta fortune, tes succès, ton triomphe; mais aussi ne compte sur personne pour t'avertir, pour t'aider, pour te défendre. Que résulte-t-il de ce beau régime? Par une fatalité logique irrévocable, d'une part, l'incertitude, le dégoût, les tâtonnemens sans fin de l'homme instruit, timide, inexpérimenté; de l'autre, une prime d'impunité pour l'audace et l'effronterie. Il est tel charlatan plongé dans la fange du mépris public auquel nos formes d'institution conviennent à merveille, et qui couvre cette horrible licence du nom de la liberté; tandis que la charité d'honorables confrères petrit le dernier morceau de pain du pauvre médecin; le premier trompe, empoisonne, il a presque ses coudées franches, tout lui réussit, pourvu qu'il se contente de s'enrichir et qu'il ne pretende ni à l'estime, ni à la considération.

Sous le règne des anciennes institutions, les choses se passaient différem-

peut réduire les dimensions du fœtus, cela s'explique par la nature de l'hydropisie. Ce n'est pas seulement, en effet, un kyste multiloculaire, c'est une agglomération de vésicules qui a dilaté l'enveloppe fibreuse du rein; la même altération se voit des deux côtés; elle existe dans le pancréas, quoique moins avancée. Du reste, aucune altération ni arrêt de développement dans les autres organes.

Ce fait se rapproche singulièrement d'une observation rapportée par le docteur Oesterlen, de Murrhad (Wurtemberg), dans le NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE, 3e cahier, 7e volume. (Voy. ARCHIV. DE MÉD., avril 1841, pag. 501.)

DÉVELOPPEMENT EXTRAORDINAIRE DES REINS CHEZ UN NOUVEAU-NÉ; ACCOUCHEMENT RENDU DIFFICILE; MORT; AUTOPSIE DE L'ENFANT.

OBS. VII. — M. Oesterlen fut appelé, en janvier 1840, près d'une femme en travail. Il trouva la tête du fœtus au delà de la vulve; mais le ventre n'avait pu se dégager malgré de vives douleurs. L'enfant était mort. Comme les contractions persistaient vives et énergiques, il se contenta d'exercer sur la partie du corps du fœtus qui se présentait quelques tractions qui suffirent pour terminer l'accouchement. L'examen de l'enfant, qui était une grosse fille à terme, permit de remarquer tout d'abord un notable développement de l'abdomen, surtout dans la région sous-ombilicale. On ne put déterminer de fluctuation, et la percussion donnait partout un son mat. L'enfant pesait 9 livres. Sa longueur était ordinaire.

A l'ouverture de l'abdomen, on voit à droite et à gauche une énorme tumeur obronde qui de chaque côté remplit l'excavation abdominale. Ces tumeurs que l'on reconnaît bientôt pour les reins sont enveloppées d'une membrane vasculaire, mince et transparente ayant l'aspect d'une séreuse, et paraissant être aussi l'enveloppe que le péritoine fournit à ces deux organes. On ne trouve pas de trace de tissu adipeux. Au-dessous de cette première membrane, il en existe une deuxième, mince, mais résistante, fibreuse et se laissant facilement détacher de la substance rénale; c'est l'enveloppe propre. La surface externe des reins est unie; elle offre par places une couleur rouge, rose ou violette, au milieu de laquelle ressortent de toutes parts de petits grains ronds, d'une couleur plus foncée gris bleu. Ce sont de petites hydatides qui parsèment la substance rénale. Cette tumeur, comme il arrive aux reins des enfans, est subdivisée en tumeurs secondaires par des tumeurs superficiels. Les deux reins se ressemblent parfaitement quant à l'aspect, la structure et la couleur. Leur longueur était de près de 5 pouces et demi, leur largeur à la partie moyenne de 4 pouces, et l'épaisseur antéro-postérieure d'environ 3 pouces. Chaque rein, débarrassé de son enveloppe et des capsules surrénales, pèse 9 onces. Leur forme est celle des reins ordinaires.

Si l'on fait une incision à la convexité de ces masses jusqu'au milieu, on remarque sur toute la surface de l'incision une quantité de petites vésicules isolées. Les plus petites ont un diamètre d'un quart de ligne; elles avoisinent les substances corticales les plus grandes ont jusqu'à deux lignes de diamètre; elles sont situées au centre; le plus grand nombre a 3/4 de ligne ou 1 ligne; elles sont du reste irrégulièrement entremêlées. La couleur de ces vésicules est claire, d'un gris perlé, et laisse deviner la transparence du liquide qu'elles renferment. Ces hydatiques sont excessivement fines dans la substance papillaire. Elles sont sphériques, formées d'une membrane mince, renfermant un liquide terne et transparent. L'alcool, la coction ne troublent pas cette transparence, tout en donnant une couleur blanche à la membrane. A quelques-unes de ces vésicules sont accolées d'autres vésicules très petites, et qui en paraissent indépendantes. Les calices, au nombre de sept à huit, sont développés, formés par une membrane épaisse et fibreuse. Les mamelons sont épais et saillans, mais séparés seulement les uns les autres par des sillons superficiels.

Les bassinets sont petits en proportion du volume des reins et des calices. Ils contiennent un liquide aqueux, clair et communiquent avec les uretères. On n'y trouve pas de trace des pyramides de Malpighi ou de Ferrein, non plus que les conduits de Bellini; tout a subi la transformation hydatique. Ces hydatiques étaient réunis et maintenus par un tissu rougeâtre et filamenteux qui paraissait être le rudiment du parenchyme rénal atrophié.

Ces organes contenus dans l'abdomen avaient subi de notables déplacemens et modifications par suite de ce développement considérable des reins.

Notons dans cette observation, indépendamment de l'altération anatomique des reins, l'obstacle momentané qu'ils apportèrent à l'accouchement; on n'eut pas besoin, comme chez la femme de la Charité de Lyon, d'en venir à l'embryotomie, de recourir à des manœuvres toujours fatales au fœtus et souvent funestes à la mère (à tel point que ce ne serait pas trop avancer que de soutenir que l'embryotomie n'est guère moins dangereuse pour la mère que l'opération césarienne. Il faut bien dire aussi que le volume des reins semble avoir été moins considérable, et partant l'obstacle à l'accouchement plus facile à surmonter.

Comme j'ai retrouvé dans la description du docteur Oesterlen tous les caractères des véritables acéphalocystes, je n'ai pas hésité à classer son observation parmi les exemples de dégénérescence hydatique du rein. Elle appartient à cette catégorie tout aussi bien que les faits observés chez l'adulte et dont je dirai quelques mots plus bas.

Je n'ai pas trouvé cette variété d'obstacles à l'accouchement provenant du fœtus, indiquée par les auteurs classiques de traités d'accouchement, MM. Martin jeune, Richard (de Nancy), Bottex, Imbert, Nichet (de Lyon), qui, par leur pratique, font autorité en pareille matière, m'ont dit n'avoir rencontré jamais rien de pareil.

M. Oesterlen ne connaît que six cas d'hypertrophie du rein qui ont été décrits par Heusinger, Meckel, Chaussier, et Sandifort (Observ. citée, GAZ. MÉD., 1840, pag. 794). Il ne dit pas si, dans les faits qui lui sont connus, il s'agissait d'une simple hypertrophie ou d'une dégénérescence analogue à celle dont il rapporte un exemple. Comme il se borne à cette indication générale, je n'ai pas été à même de m'éclairer sur ce point.

Quant à ce qui regarde l'adulte, suivant M. Rayer (loc. cit.), l'acéphalocyste des reins est très rare chez l'homme et assez commune chez d'autres animaux, surtout chez le mouton. Ordinairement chez l'homme, un des reins est seul affecté; dans la cavité du kyste, les acéphalocystes sont presque toujours multiples (*acephalocystes socialis vel prolifera*). Dans les kystes des reins du mouton, les acéphalocystes sont presque toujours solitaires. Du reste, la marche des acéphalocystes est la même dans les reins que dans les autres organes; les tissus s'atrophient, peuvent s'enflammer, etc., etc. Les kystes peuvent s'ouvrir chez l'homme dans le bassinet, ce qui n'aurait jamais lieu chez le mouton, suivant M. Rayer.

Portal (ANAT. MÉD.), Brodie (ANAT. PATHOL.), M. Cruveilhier (DICT. en 15 vol., art. *Acéphalocystes* et *Anat. pathol.*) ont parlé des hydatides du rein chez l'adulte, et ont montré l'analogie qu'il y avait entre elles et la même altération développée dans d'autres organes. Je renvoie à leurs ouvrages pour l'histoire générale de cette affection, n'y trouvant rien de relatif à la même maladie étudiée chez le fœtus. On y verra le rapport qui existe entre cette lésion observée à deux époques de la vie, et en même temps la justification des deux catégories que j'ai admises, sans avoir la prétention d'y faire rentrer tous les cas, tous ceux surtout observés à une autre époque que celle de la vie fœtale.

Il reste donc prouvé par des faits :

---

ment, bien que le charlatanisme exerçât encore son déloyal pouvoir, car sa racine est dans un sentiment du cœur humain, l'espérance. Quand il s'agissait de pareilles infractions à la dignité de la profession, la Faculté décidait presque sans appel; toute cause de ce genre en *litispendance*, selon le mot des jurisconsultes, était jugée par des confrères délégués à cet effet, ou par la Faculté assemblée. Les peines étaient plus sévères qu'on ne pense, surtout d'après l'opinion et l'attachement que chaque membre avait pour la corporation. D'abord on était averti secrètement par le doyen, c'est-à-dire l'élu de tous; ensuite on encourait une ou deux réprimandes devant les *anciens* de la Faculté, puis dans une assemblée générale tenue *ad hoc*, si le coupable persistait ou le cas étant grave, on était *rayé* du tableau temporairement, enfin d'après la circonstance définitivement rayé et exclu. Qu'on le croie bien, cette force de répression disciplinaire était immense pour des hommes profondément habitués à regarder la corporation ou Faculté comme une famille dont il n'était permis à qui que ce soit d'encourir le blâme et l'indignation. Il y avait en outre le mauvais effet d'une pareille exclusion bientôt connue dans le public toujours avec un certain éclat. Ajoutons que celui qui était *rayé* du tableau, chose rare, cessait de participer aux priviléges de la Faculté; il se trouvait privé des avantages pécuniaires venant des réceptions; il ne pouvait assister à aucun acte et les cours publics lui étaient interdits. Bien plus, aucun confrère ne devait avoir de consultation avec lui dans le public, disposition aussi désagréable que déshonorante dans beaucoup de cas. La plupart de ces peines disciplinaires paraîtront aujourd'hui ou ridicules ou insuffisantes; mais il n'en est pas ainsi dans une corporation fortement constituée. N'en voyons-nous pas un exemple sous nos yeux? L'ordre des avocats où l'on examine les candidats d'après ces trois conditions, la *légalité*, la *capacité*, la *moralité*, maintient ses membres avec sévérité aux assujétissemens de la discipline. Il existe même, à cet égard, une sorte de rigueur qui paraîtrait aux médecins tout à fait intolérable. Eh bien! c'est précisément cette sorte de contrainte qui élève la corporation, qui la maintient à un haut degré d'estime, qui lui donne une incalculable puissance. Bien plus, il semble qu'en raison de cette juridiction disciplinaire ou police intérieure rigoureuse, à laquelle chacun participe, à laquelle chacun est soumis; il semble, dis-je, que le lien d'union à l'ordre ou corporation acquiert encore plus de force. Cet attachement tient en quelque sorte du dévouement ou de l'abnégation. Qui ne se rappelle ces paroles d'un avocat dans un plaidoyer : Mes confrères *d'abord*, mes chiens *ensuite*, la cour *après*. Tel était l'ordre de ses affections, et certainement en s'exprimant ainsi, cet avocat ne pensait nullement manquer de respect aux magistrats. Donés de cette raison hardie avec sagesse et libre avec mesure, les hommes sont bien près de résoudre ce difficile, ce grand problème : soutenir ses intérêts sans troubler l'ordre, sans voiler la statue de la liberté. Telle fut en beaucoup de choses l'esprit des anciennes institutions médicales; elles atteignirent souvent le but de leur établissement, parce que leurs moyens furent toujours excellens, c'est-à-dire puisés dans la raison et l'intérêt, bases sur la prévoyance, le calcul et le bon sens.

On nous aurait mal compris néanmoins si l'on pensait que nous ayons regardé ces institutions comme le *summum* de la perfection. Le bien ne se fait que péniblement, et toujours avec des inconvéniens; partout il y a je ne sais quel mélange d'ombres et de lumières; telle est la longue histoire de l'humanité, et

1° Que les reins peuvent être, chez le fœtus, le siége de la dégénérescence hydatique ou hydatiforme.

2° Que la dégénérescence hydatiforme ou hydronéphrose (Rayer) est ordinairement le résultat d'un vice de conformation de l'urètre ou de l'uretère.

3° Qu'un des caractères extérieurs de cette altération est l'augmentation considérable du volume du rein malade.

4° Que cet accroissement est cependant moins marqué que dans la dégénérescence hydatique.

5° Que l'accouchement peut être rendu laborieux par suite du développement extraordinaire des reins, et réclamer la perforation du ventre de l'enfant, l'arrachement des tumeurs, etc. (obs. 6), la simple ponction indiquée dans les cas d'ascite demeurant insuffisante.

6° Cependant, comme il est impossible *à priori* de connaître si le volume de l'abdomen est dû à une simple ascite, ou à la dégénérescence des reins, on devra, après avoir suffisamment attendu et compté sur les efforts de la nature, essayer de pratiquer la ponction, quitte à recourir plus tard à une perforation plus large de l'abdomen, et à l'extraction des tumeurs qui le remplissent.

7° Il faut donc ajouter un nouveau paragraphe au chapitre des dystocies par le fœtus, une variété fort importante aux tumeurs qui forment obstacle à l'accouchement, et que les auteurs n'ont considérées qu'autant qu'elles s'étaient développées à l'extérieur.

C'est à ces différens titres, indépendamment de l'intérêt qu'elle offre au point de vue de l'anatomie pathologique, de l'histoire des arrêts de développement et des vices de conformation, que j'ai pensé que la dégénérescence hydatique ou hydatiforme des reins chez le fœtus pourrait, même aujourd'hui, avec ce petit nombre de faits, être décrite d'une manière générale, sans rien préjuger de ce qu'une observation plus étendue, et partant plus complète, pourra nous apprendre par la suite.

SÉMÉIOLOGIE.

DES DIVERS MODES D'EXPLORATION DU COL UTÉRIN; par M. le docteur E. PERAIRE, de Bordeaux.

DE L'EXPLORATION EXTÉRIEURE AVEC L'OSTINCHOMÈTRE.

On s'élevait dernièrement contre la multiplicité des instrumens de chirurgie, en insistant sur la nécessité d'en diminuer le nombre. Ce qu'il y a de surprenant, c'est que c'est précisément à l'occasion des maladies de la matrice que cette opinion a été émise. On sait pourtant comme le diagnostic de cette affection est obscur, et combien sa thérapeutique présente de difficultés à vaincre. Il n'est pas un chirurgien qui s'occupe de cette partie de la pathologie qui ne soit arrêté à chaque instant par des craintes d'erreurs ou par l'insuffisance des moyens qu'il emploie, tont pour une exploration raisonnée que pour le choix d'un procédé opératoire convenable au traitement local.

Il serait fâcheux, pour les progrès de la science, de se renfermer dans les limites trop circonscrites de la routine, et de se restreindre aux seules leçons qu'on a écoutées. Les études incessantes de tous les médecins de l'Europe, sur les maladies de la matrice, semblent confirmer cet axiôme : que la chirurgie doit s'enrichir d'instrumens propres à faire connaître les résultats des médications qu'on emploie, et d'une application assez sûre pour pousser la hardiesse du médecin au delà des bornes qu'on lui a assignées.

L'exploration extérieure du col utérin est un moyen important pour arriver à un résultat positif, et l'on doit tenir à connaître comment une lésion organique ou physique de l'utérus passe de l'état grave à celui d'amendement, et s'il est permis d'attendre des succès du traitement qu'on emploie pour les combattre. L'ostinchomètre, ou instrument destiné, comme son nom l'indique, à mesurer le museau de tanche, offre une éducation à faire, si je peux me servir de cette expression, éducation qui réclamera des études spéciales basées sur une expérimentation consciencieuse et raisonnée. En traitant des maladies de la matrice, je ferai sentir combien il est utile, pour les malades et pour le médecin, de les combattre dès leur naissance, parce qu'à cette époque la thérapeutique offre de grandes ressources, surtout si le chirurgien apporte dans ses recherches ce zèle et cette attention qui naissent de l'intérêt et du désir de distinguer une foule d'états de maladies qui paraissent se confondre parfois à tel point qu'il doit en résulter les plus grandes méprises. Les exemples sont nombreux; les journaux de médecine fourmillent de faits qui proclament des cures de cancers là où il n'y avait qu'engorgement avec ou sans indurations, et quelquefois même de simples états variqueux qui sont loin d'être les maladies annoncées, bien toutefois que je convienne, avec M. Lisfranc, que plusieurs de ces affections puissent donner lieu à tous les accidens qui caractérisent le cancer.

Sans m'étendre trop sur les maladies de l'utérus, je dirai qu'il est incontestable qu'elles moissonnaient autrefois la plus grande partie des femmes qui en étaient atteintes. Le défaut de recherches suffisantes, le manque d'instrumens appropriés semblaient favoriser l'extension des élémens morbifiques, et la confusion qui régnait dans le diagnostic les enveloppait tous dans la même insuffisance de soins. Ces maladies sont mieux connues aujourd'hui. On trouve des médecins assez habitués à les diagnostiquer sur les plus légères données, et qui les combattent avec assurance et savoir.

Grâce aux études spéciales sur cette matière, elles ne sont plus réputées toutes incurables, parce qu'en cherchant les causes qui les produisent, on les trouve dans les fatigues et les vicissitudes de la vitalité de ces organes plus souvent que dans les prédispositions constitutionnelles, bien que, comme l'a fait remarquer M. le professeur Marjolin, ces causes soient capables de les développer à elles seules. Je dirai aussi que Bell a dit le premier qu'on observait plus souvent les squirrhes de la matrice chez certaines personnes qui, par leur constitution, sont plus exposées aux affections scrofuleuses. Il fait observer que le type de cette prédisposition se trouve dans l'alliance de beaux cheveux noirs, d'un teint pâle, de grands yeux et une excessive mobilité nerveuse.

Il y a aussi des causes extérieures qui peuvent produire des affections de la matrice. Je veux parler des causes traumatiques. Les lésions par cause externe sont peu communes, j'en conviens; mais il n'en est pas moins vrai que les modifications que ces maladies apportent à l'organe lui-même, et que les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence méritent de fixer un instant notre attention.

---

comme les temps passés, les âges futurs n'échapperont pas à cette loi inflexible; il ne faut donc pas demander à ces institutions ce qu'elles ne pouvaient donner, ni les condamner pour quelques imperfections inévitables. Le bon et sage esprit d'association se changeait quelquefois, en raison de la fibre si irritable des médecins, en un esprit de corps petit et étroit, susceptible, tracassier, contentieux. Toute compagnie a un instinct d'intolérance, de domination exclusive qui se manifesta plus d'une fois dans les anciennes institutions corporatives. Leurs droits, leurs priviléges, étaient l'arche intangible qu'il ne fallait pas approcher! Ce fut là précisément la cause de cette guerre acharnée que la Faculté de médecine de Paris fit si longtemps aux chirurgiens; guerre qui ne discontinua même pas dans le dix-huitième siècle à l'époque de la grande lutte des libres penseurs contre les abus du régime absolu. On sait toutes les violences du doyen Nicolas Andry, contre saint Côme et ses adhérens. Le *despotisme rayeur*, comme on disait alors, s'exerça aussi dans mainte circonstance avec une injustice marquée des formes passablement âpres et blessantes.

Il y eut aussi des temps où la corporation voulut exercer son influence sur la science, et sur la pratique elle-même, funeste abus qui produisit les plus vives querelles à toutes les époques. Où est la vérité absolue en médecine? à quels signes la reconnaître? qui donc possède ce magnifique trésor? Dans beaucoup d'institutions d'autrefois on pensait que les anciens avaient tout dit, et dès lors tout progrès était considéré comme une dangereuse innovation. L'Université de Bologne fit longtemps jurer aux récipiendaires qu'ils n'admettraient jamais la circulation du sang. La Faculté de Paris resta longtemps à se prononcer sur cette grande découverte. A une certaine époque, elle proscrivit l'antimoine, et un médecin nommé Palmer fut banni de la corporation, en 1609, pour avoir employé ce médicament. Plus d'un siècle après, J.-F. Devilliers, médecin distingué, ayant soumis un de ses ouvrages à la censure de la Faculté de Paris, on lui renvoya sa préface non seulement *batonnée*, mais déchirée, parce qu'elle contenait une critique de Boërhaave, mort depuis quarante ans; il obtint cependant une justice complète. On citerait bien des exemples d'une tyrannie aussi absurde que contraire à la vérité. Toutefois comme la vitalité des anciennes institutions tirait sa source de principes largement posés, par la succession des temps et le rayonnement du progrès, les abus, les prétentions, les préjugés les plus vivaces finissaient par disparaître, sans rien changer aux bases principales de l'institution. Aussi l'antimoine fut déclaré digne de figurer dans la matière médicale; après bien des querelles, la chirurgie prit le rang qui lui appartenait. Longtemps la Faculté s'opposa aux idées de Chirac pour fonder une Académie de médecine; elle déclara même que ceux de ses membres qui en feraient partie seraient rayés du tableau. Cependant quelques années s'écoulent, la *Société royale* de médecine est fondée et l'illustre Vicq-d'Azyr en est nommé le secrétaire perpétuel. Tous les abus des anciennes Facultés partaient plutôt des hommes que de ces institutions elles-mêmes. Ils existaient pourtant ces abus; et ceux qui réclamèrent des changemens à l'approche de la révolution en 1790 ne manquèrent pas de les énumérer et surtout de les exagérer. Aveugles utopistes! ils demandaient instamment des réformes, ils criaient anathème contre ce qui existait; leurs vœux ne furent que trop exaucés. Ce vent de destruction échappé des outres de la révolution ne tarda guère à tout renverser de fond en comble. Nous devions être des Francs régénérés, et nous ne sommes depuis près de soixante

Il y a des exemples de ces lésions faites pendant le travail de l'accouchement. Il peut arriver qu'une prompte rétraction des tissus les réduise à l'état de plaies simples et superficielles ; mais quelquefois aussi leur caractère est plus grave, plus persistant.

Je signalerai, comme cause traumatique importante à connaître, l'habitude qu'ont certaines femmes, celles surtout qui mènent une vie dissolue, d'introduire le doigt indicateur dans le vagin pendant leur toilette et de circonvenir le col. Cette imprudence est surtout dangereuse quand il y a prolapsus de la matrice. J'ai vu une femme qui coupa, en dédolant, la lèvre antérieure du museau de tanche, dans l'étendue de 15 millimètres. Ce fragment resta tout entier sous l'ongle. On peut rapporter à ce genre de lésion le développement de certaines tumeurs, des sarcômes entre autres, qui, comme on le sait, prennent leur implantation sur le derme.

L'avortement artificiel, on par cause mécanique, cause de graves solutions de continuité, à part même les métrites et les métrorrhagies signalées par beaucoup d'auteurs. Je tairai, comme eux, les moyens blâmables et parfois criminels qu'emploient certains esprits pervertis pour produire ces effets ; mais je ne saurais passer sous silence les désordres qui suivent les manœuvres de certaines femmes pour se débarrasser du fruit de la conception, ou pour mieux dire du produit du libertinage. Les lésions de ce genre peuvent paraître légères ; mais, examinées de près, la déchirure des vaisseaux et la blessure des filets nerveux de l'utérus leur ôtent tout caractère de bénignité apparente. La perforation du fond de la matrice avec un corps vulnérant est d'autant plus fâcheuse que, dans les premiers temps de la grossesse, il y a une fluxion sanguine très active qui donne de l'accroissement à la matrice. Le sang qui succède entraîne, avec les caillots, l'embryon, qui est confondu avec lui ; et de là naissent aussi la congestion hémorragique, la métrite simple et la métrite purulente.

Je ne balance pas à affirmer que la blessure de la matrice par cause mécanique doit produire un trouble tel que la mort peut en être la suite instantanée. La femme ressent, peu de temps après qu'elle a eu lieu, un frémissement général qui reste longtemps à se dissiper. A ce premier effet succède un engourdissement dans tout l'utérus, qui s'irradie insensiblement dans ses dépendances. La sensation qu'éprouve la malade peut être comparée à l'effet que produit la piqûre de certains insectes ; peu de temps après le col se gonfle, et cette enflure est suivie d'accidens de nature variée ; les plus ordinaires sont la douleur, l'irritation, l'engorgement inflammatoire, qui peuvent être considérés comme des symptômes primitifs, tout aussi bien qu'une sécrétion particulière d'un fluide muqueux provenant de la matrice, occasionnée accidentellement par la lésion de quelques filets nerveux. Cette opinion est une application des belles expériences de M. Magendie sur le nerf lacrymal, dont la piqûre provoque un écoulement abondant de larmes.

Les effets consécutifs des lésions par cause externe sont la métrorrhagie, l'étranglement des tissus, l'ulcération avec suppuration ichoreuse, âcre, abondante, semblable à celle du tissu cellulaire ; bientôt aussi on observe des désordres nerveux plus ou moins intenses, tels que le malaise, les spasmes, la cardialgie ; un phénomène bien remarquable, et que je crois signaler le premier dans ces circonstances, c'est un tressaillement général que provoque l'action du doigt porté dans le vagin, et qui a lieu toutes les fois qu'il touche la partie malade.

La plupart des symptômes que je mentionne se retrouvent dans les deux observations suivantes.

Obs. I. — Je fus appelé, au mois de mars 1841, pour donner des soins à la dame Henriette. Elle avait depuis quelque temps une abondante perte utérine, suite d'une fausse couche. Quelques circonstances commémoratives, jointes à la pâleur excessive de la malade qui paraissait en proie à de violentes douleurs, me firent soupçonner qu'elle avait dû sa délivrance à des manœuvres dirigées dans le but de détruire le germe. Pressée par mes questions, elle finit par m'initier aux mystères de son avortement. Il avait eu lieu par cause mécanique et avait gravement compromis son existence. Son linge et les couches du lit étaient inondés par un liquide sanguino-purulent répandant une odeur infecte. Ce fut avec peine que mon spéculum put arriver jusqu'au col ; le vagin était rétréci par suite de la phlogose de la muqueuse vaginale ; sa coloration était celle du phlegmon. J'aperçus à la partie postérieure du museau de tanche un point noirâtre laissant exsuder un liquide assez consistant d'un jaune verdâtre. Je cherchai à introduire, dans cette ouverture, un stylet mousse, et je pénétrai, sans la moindre difficulté, dans le corps de la matrice ; la sensibilité qui accompagna cette opération fut extrême ; il en résulta une grande perte de sang. Les astringens locaux et généraux l'arrêtèrent en peu d'instans. Le col utérin, examiné le lendemain, me parut envahi par une ulcération assez étendue, profonde et saigneuse ; elle paraissait environnée d'une éruption papuleuse assez étendue. Le régime antiphlogistique fut prescrit pendant quelques jours ; des cataplasmes de décoction de jusquiame et de riz furent appliqués sur la région hypogastrique. Ils calmèrent les douleurs, avec des demi-bains gélatineux, des injections sédatives et les tisanes adoucissantes. J'en vins à la cautérisation coup sur coup avec le nitrate acide de mercure et le nitrate d'argent alternativement. A la troisième cautérisation, la métrorrhagie avait cessé. Les ulcérations furent traitées par les cautérisations et les pansemens avec la pommade de suie ; et après soixante-cinq jours de traitement, les plaies du col furent cicatrisées. La malade parut jouir d'une assez bonne santé pendant quelques jours. Elle ressentit quelques douleurs dans le bas-ventre ; la marche et la station parurent pénibles. Il fallut examiner de nouveau ; de nouvelles granulations nécessitèrent quelques cautérisations dans la partie du col avoisinant la première cicatrice. Elles furent secondées d'injections avec du vinaigre rosat. Peu à peu le mieux se déclara, et cette fois la guérison fut durable. La malade habite Paris.

Obs. II. — Il y avait cinq ans environ que la dame L., rue Voltaire, avait avorté par cause volontaire. Les manœuvres qu'on mit en usage pour obtenir ce résultat furent si violentes qu'elle en eut des douleurs continues dans la région hypogastrique correspondant au fond de la matrice. Depuis plus de deux ans, elle n'éprouvait de soulagement pendant aucun intervalle. Les douleurs s'irradiaient dans les régions lombaire et inguinales, jusque vers la partie moyenne des cuisses. La perte rouge était continuelle ; sa couleur était celle de viande lavée ; elle était abondante et semblait épuiser la malade. Elle avait aussi une perte blanche par momens très abondante ; la pesanteur qu'elle ressentait dans le vagin lui faisait croire à l'existence d'une descente de matrice.

Le 1er novembre 1841, la malade réclama mes soins. Elle pouvait à peine marcher sans courber tout son corps ; elle était dans un état de maigreur extrême. On avait vainement mis plusieurs traitemens en usage. La palpation du ventre éveilla une vive douleur dans la région de l'utérus. La sensibilité s'étendait dans les fosses iliaques. A l'exploration immédiate, je trouvai le col utérin gonflé, légèrement entr'ouvert, situé fort en arrière. Une sensibilité très grande accompagnait la pression exercée sur le point répondant à la jonction du vagin et du col. On sentait, dans cet endroit, une tumeur assez volumineuse. Le col, mis à découvert avec le spéculum, était hypérémié, de couleur violacée. Plusieurs ulcérations discrètes se firent apercevoir, une entre autres placée au milieu de la tumeur ; sa couleur est grisâtre. Un long stylet d'argent est porté dans la partie centrale et pénètre dans le corps de la matrice après avoir donné lieu à une grande perte de sang. Une suppuration abondante et ichoreuse baigne ces parties, qui sont phlogosées. Une dernière ulcération située sur un point de la

---

ans que de pauvres chercheurs du bon, du mieux et surtout du stable. Notre sagesse expérimentale est malheureusement restée jusqu'à présent à l'état de désir et de théorie.

Il nous serait facile de pousser plus loin cet examen de *l'esprit* des anciennes institutions de médecine ; mais le temps et l'espace nous manquent également. Cette esquisse suffira, nous l'espérons du moins, pour faire comprendre ce qu'étaient ces institutions, le principe de leur force, de leur durée, de leur éclat, et en quoi elles diffèrent des institutions modernes. Ces recherches n'ont eu d'autre but que la vérité, et nullement l'intention de donner une préférence marquée aux institutions de nos ancêtres. Ces institutions avaient ce qui manque aux nôtres, et ces dernières ont des avantages dont les premières étaient privées, notamment ce magnifique ensemble d'instruction pour les élèves dont on obtient chaque jour de brillans résultats. D'ailleurs à quoi bon regretter sans cesse les anciennes institutions? Qui aurait la puissance de s'opposer à ce large et impétueux courant de faits, d'intérêts, d'idées qui a tout transformé dans notre société? Le passé se régénère-t-il jamais complètement? comme l'a dit un illustre poète :

« Tu sais de quel linceul le temps couvre les hommes. »

N'en est-il pas de même des institutions qui ont vécu? elles étaient liées à des mœurs, à des formes sociales qui n'existent plus. Il ne faut donc pas toujours voir dans le passé un précédent qui oblige, un engagement *fatal* qui impose à jamais la même direction ; l'erreur serait grande et funeste. Cependant l'expérience, cette loi suprême des choses humaines, est cachée au fond de l'histoire des anciennes institutions. Or cette expérience ne peut-elle être utile dans tous les temps? Convient-il de renoncer à ses enseignemens, à ses lumières, à ses résultats? Ainsi, peut-on regarder comme impossible de fondre dans une vaste conception les avantages des anciennes et des nouvelles institutions? Enfin, verrons-nous éternellement une foule de médecins réduite à l'état de plebe sans droit, sans lien commun, sans solidarité? Nous ne pouvons le croire. Il ne faut pas trop s'effrayer des obstacles tout insurmontables qu'ils paraissent. Nous ne sommes pas de ceux qui, quand on leur parle d'organisation médicale, répondent avec une douloureuse amertume : je n'y crois plus. ce mythe a fait son temps. Pourquoi cette lassitude d'espérance avec la singulière mobilité de notre société actuelle? le temps, la persévérance, des réclamations faites avec mesure sans cesser d'être énergiques, amèneront tôt ou tard des chances favorables. La suppression de la patente en est un exemple encourageant. Nul n'a la clarté des événemens futurs et les abus les plus vivaces n'ont qu'une durée relative. Mais lorsque nous serons arrivés à cette heureuse époque de la régénération médicale, quand l'heure de la *bonne nouvelle* aura enfin sonné, on comprendra alors la nécessité de l'accord des anciennes avec les institutions modernes ; on saura que le passé doit jusqu'à un certain point s'incruster dans nos mœurs ; que ces deux sèves, loin d'être hétérogènes, peuvent produire par leur fusion es plus beaux fruits. Toutefois si nous voulons, en ce qu'ils avaient de bon, de sage, de prévoyant, imiter nos ancêtres, mettre nos pieds dans leurs traces, *insistere vestigia*, n'oublions pas que la patience n'est pas de l'inertie, que le vague désir ressemble beaucoup à l'indifférence, enfin que *vouloir* précède impitoyablement cette grande faculté *pouvoir*; l'histoire des choses humaines en est la preuve la plus décisive.

R. P.

circonférence du col s'engage visiblement dans sa partie interne. La malade est fatiguée par un prurit incommode qui la prive de sommeil. Douze sangsues furent appliquées sur le col. Un traitement antiphlogistique fut suivi pendant quelques jours. C'est alors que j'employai le traitement énergique de la cautérisation coup sur coup avec les pansemens simultanés avec la résinéone. J'ai fait 32 cautérisations dans l'espace de 30 jours, secondées de douches avec l'eau et le vinaigre rosat. A la troisième, la perte rouge avait cessé. J'ai également employé les injections avec l'eau distillée de goudron étendue dans dix fois son poids d'eau de fontaine. Ce traitement a été secondé par un traitement interne et surtout par l'iodure de potassium en solution. Sous cette médication, les ulcérations ont changé de couleur, et, ramenées à l'état de plaies simples, elles ont marché avec rapidité vers la guérison. Le col a repris sa couleur et son volume normal. La malade jouit maintenant d'une excellente santé.

MM. Locoock et Merreman, médecins anglais, ont reconnu qu'il serait indispensable de parvenir à constater l'action des médicamens employés dans les cas de tumeurs de la matrice, et d'attester, par des résultats positifs, la décroissance de ses lésions organiques. Si donc la mensuration du col utérin devient une condition préalable du traitement, l'indication se trouvera remplie. On ne saurait disconvenir, en effet, que les fonctions des organes utérins rendent très fréquentes leurs lésions physiques et surtout leurs altérations organiques. La crainte que ces maladies abandonnées à elles-mêmes ne dégénérassent en des affections fort graves avait fait à Dupuytren une loi de les examiner dès leur début avec la plus grande attention et de les combattre activement.

L'exploration extérieure du col utérin nous paraît nécessaire dans tous les cas. L'ostinchomètre doit éviter des erreurs; car, outre qu'il décèle la nature et la consistance des tumeurs développées sur le col, il donne des notions précises sur les progrès ou la décroissance du mal. M. Gimelle a prouvé à l'Académie de médecine de Paris qu'on pouvait confondre, par le toucher, certaines de ces affections; le polype avec le cancer, par exemple. Ce fait fera sentir l'importance de déterminer d'avance le genre de maladie auquel on a affaire. N'a-t-on pas prétendu avoir guéri également des affections cancéreuses de l'utérus à l'aide de moyens spéciaux, tels que l'oxide d'or précipité par la potasse, comme l'indique Chrétien, les préparations d'arsenic, le sulfate de fer, etc.? Je suis loin de vouloir contester l'action salutaire de ces agents thérapeutiques. Je les ai moi-même employés dans d'autres circonstances avec avantage. Mais il est possible que les affections pour lesquelles on les a employés n'existassent pas en réalité, ou bien que, si elles ont existé, on soit parvenu seulement à leur imposer un temps d'arrêt. Je citerai à ce sujet l'observation recueillie par le docteur Pearson. Ce médecin a eu à traiter en Amérique une négresse d'un squirrhe au col de la matrice, qu'il dit avoir guéri avec la teinture d'iode. Il est très possible, ou que l'affection désignée n'existât pas, ou qu'elle ne soit pas réellement guérie, comme il l'a annoncé. Il manque à son observation, comme à la plupart de celles de ce genre, le cachet de la résolution ou tout au moins la présomption de l'état stationnaire constaté par la mensuration du col pendant la durée du traitement soit local soit général.

Pour être fixé sur le volume que le col utérin peut acquérir à l'état pathologique, il faut considérer les dimensions qu'il présente à l'état normal. Il a environ 30 millim. de longueur. Il y a des conditions de la vie qui lui impriment des modifications importantes. M. Gibert a divisé le col en virginal et en maternel. Je crois devoir ajouter à cette division l'état tout particulier qu'offre le col chez les femmes stériles. Je le désignerai sous le nom de col stérile. Cette condition de la femme imprime en effet au tissu du col de la matrice une forme et un aspect caractéristiques dont il faut tenir compte aussi bien que de certains états qui ne sauraient être qualifiés de maladies parce qu'ils sont constitutionnels, malgré qu'ils puissent en imposer souvent par leur étrangeté. En effet, le col utérin peut acquérir le double, le triple de son volume ordinaire sans constituer une maladie. Ce que j'ai dit du volume s'applique à la forme qui présente une foule d'anomalies singulières. Il est quelquefois chez certaines personnes dans l'état de santé, plus gros et plus long que chez d'autres de même taille et de même âge. Ces modifications offrent les mêmes particularités dans les divers états pathologiques. Dans quelques indurations, dans les affections tuberculeuses, il est inégalement bosselé. Il peut conserver sa forme normale dans certains squirrhes, mais le plus ordinairement il est entr'ouvert et irrégulier au point que la déformation est considérable; et quand il se développe sur le col utérin des tumeurs de la nature de celles que j'ai signalées, celles-ci, pédiculées à leur naissance, prennent la forme d'un champignon. J'ai fait plus particulièrement cette remarque quand le col est malade sans la participation du corps de la matrice.

Sans vouloir trop m'étendre sur la gravité des maladies de la matrice et sur les chances plus ou moins favorables qu'elles offrent de guérison, je dirai néanmoins quelques mots sur l'ordre qu'il est convenable d'établir entre elles et qui les place dans des conditions plus ou moins probables de curabilité. Les gonflemens partiels succédant à un état phlegmasique ou œdémateux, certains engorgemens avec et à plus forte raison sans induration, quelques squirrhes, certaines maladies engendrées dans le tissu propre de la matrice, sans dégénération confirmée, sont curables au premier et même au deuxième degré. Les hypertrophies du col et aussi celles de la partie correspondante du corps utérin dont Chaussier a cité plusieurs exemples se trouvent dans le même cas. Quant aux affections cancéreuses et aux transformations fibreuses et calcaires, elles ne sont pas susceptibles d'une terminaison si favorable surtout quand elles ont produit le trouble dans l'exercice des fonctions générales. A ce degré elles sont même au-dessus des ressources de l'art.

L'ostinchomètre a la forme d'une pince à anneaux; il a 25 cent. 1/2 de longueur. Les branches antérieures sont minces, arrondies et terminées par des rondelles ovales. Légèrement concaves sur leur surface intérieure, les branches postérieures ont la forme ordinaire; dans l'épaisseur de l'une des branches est logée une échelle de proportion, qui rentre ou sort à volonté d'une coulisse pratiquée dans la branche correspondante. Cette échelle est graduée depuis 1 millim. jusqu'à 1 centim.; ce qui forme neuf intervalles de 1 millim. chacun et 90 millim. entre l'écartement des branches correspondantes aux rondelles. En multipliant par conséquent chaque millimètre par 10, on aura toujours d'une manière précise la capacité de l'organe dont on cherchera à connaître le volume.

Pour faire l'application de cet instrument, il faut préalablement introduire un spéculum dans le vagin. Celui dont je me sers habituellement a deux valves plus plates et plus larges que celles des spéculum ordinaires. C'est le spéculum à branches mobiles. Ses branches, garnies de bois d'ébène, se replient sur les valves; elles sont brisées audessus de la charnière qui joint les pièces de l'instrument. Chaque branche a sa vis de pression destinée à la maintenir en place quand il est armé. Mon spéculum reçoit plusieurs pièces qui aident le chirurgien aux soins que réclament les maladies de l'utérus. On y adapte une troisième valve destinée à contenir les parois du vagin et à les écarter. Cette valve supplémentaire se fixe à l'instrument à l'aide de deux coulisses qui s'engagent dans les boutons de métal fixés sur l'une des deux valves. Un ressort très doux à crémaillère, placé entre les branches du spéculum, est destiné à les écarter et à les tenir ouvertes. Pour obtenir cet effet, il suffit de les rapprocher. En abaissant un bouton placé en dehors, il est facile de les écarter et de réunir les valves. Des soins de propreté rendaient une troisième pièce nécessaire. J'adapte, à cet effet, une plaque longue, percée de trous, dans le centre et jusqu'à son extrémité postérieure. Celle-ci est arrondie. En avant, elle est coudée et soudée à une cuvette oblongue qui embrasse le rebord du spéculum. Les injections et les produits malpropres des pansemens s'engagent dans les trous et se font issue au-dehors sans entraver l'opération. On évite, par ce moyen, toute préoccupation et on abrège beaucoup les fatigues que cause à la malade une position fatigante.

Le spéculum étant placé assez profondément pour mettre à découvert le col de l'utérus, après avoir débarrassé ce dernier de tout ce qui pourrait en gêner l'examen, à l'aide d'injections, de charpie ou de papier de soie, on ouvre l'échelle de l'ostinchomètre. Le chirurgien porte l'instrument au fond du spéculum. Il écarte les anneaux dans lesquels ses doigts sont engagés, et la mensuration s'opère dans le sens des diamètres du bassin. Les rondelles sont appliquées avec soin contre les parois de la tumeur, la main placée en supination. Le pouce et l'annulaire de la main qui opère sont placés dans les anneaux, tandis que l'indicateur et le médius sont allongés sur la branche interne de la pince. Cette position de la main permet de voir de suite l'étendue de l'écartement de l'ostinchomètre dans le sens du diamètre transverse. Pour l'exploration du diamètre antéro-postérieur, il suffit de faire exécuter à la main un léger mouvement de pronation.

DE L'EXPLORATION INTÉRIEURE DU COL UTÉRIN A L'AIDE DU SPÉCULUM DU COL.

Les hommes instruits, qui sont acquis chaque jour à la science par leur savoir, exercent en général un tel prestige sur l'esprit des médecins qu'une louable ambition porte ces derniers à s'associer aux exemples qui peuvent les aider à surmonter les préjugés aveugles et à vaincre les difficultés sans cesse renaissantes attachées à la profession qu'ils exercent. J'ai entendu dire à M. Lisfranc que les ulcérations se montraient ailleurs que sur le museau de tanche, et en effet on en voit fort souvent sur la paroi intérieure du col utérin; dans l'un et l'autre cas ces maladies n'échappent pas toujours à la vue, ainsi qu'on l'a avancé, et s'il est difficile de les apprécier au premier abord il n'est pas impossible de finir par les découvrir.

Quand les ulcérations de la partie interne sont situées sur les bords de l'écartement des lèvres du museau de tanche, il suffit quelquefois de soulever la lèvre supérieure pour les apercevoir. J'emploie, à cet effet, un petit instrument que je nomme le releveur. Il est également fort utile pour permettre les pansemens et faciliter l'introduction des petits tampons enduits d'onguent sur la surface ulcérée. Le releveur a la forme d'un trident; chaque dent est recourbée, arrondie et plate; elles sont réunies en haut et forment une seule pièce qui est fixée à une tige d'acier qui a la longueur d'un double décimètre. Mais quand les lésions physiques siégent dans la cavité du col proprement dit, cet instrument est insuffisant, et je recours à un autre intrument dont nous ne tarderons pas à nous occuper. L'action du releveur est facile à obtenir; il suffit de porter en haut on en bas le manche de l'instrument et de refouler légèrement le col utérin sur le cul-de-sac du vagin pour mettre le mal à découvert. Il faut avoir le soin de ne pas trop enfoncer le spéculum, car il arriverait que le releveur, venant à butter contre l'implantation du col, causerait une violente pression et par suite une douleur presque insupportable. L'emploi de cet instrument m'a paru d'autant plus utile qu'il est indispensable de bien voir la nature et l'étendue des ulcérations de cette partie, qui sans cela échapperaient à l'inspection la plus consciencieuse, et deviennent plus tard le germe des maladies les plus graves qui nécessitent des opérations sanglantes. On conçoit sans peine que les solutions de continuité de cet organe doivent acquérir de l'extension par l'influence d'une inflammation érythématique provoquée par la suppuration d'une plaie sur les tissus circonvoisins.

Les ulcérations de la partie interne du col utérin offrent des signes fort importans à connaître. Ces maladies sont presque toujours accompagnées d'une sécrétion interne de couleur roussâtre ou jaune foncé, parfois verdâtre, âcre et sanieuse. Les douleurs qu'éprouvent les malades sont plus aiguës que lorsque ces affections siégent sur le museau de tanche; la congestion utérine et la phlogose du col sont plus prononcées; les dépendances de l'organe gestateur sont plus profondément lésées; aussi ne manque-t-on pas d'observer une sensibilité assez vive dans la région hypochondriaque correspondant aux trompes ou aux ovaires, et même elle s'étend parfois jusqu'aux ligamens de la matrice. Le flux menstruel est moins régulier dans son apparition et dans sa durée. Examiné dans ce moment, le col est hypérémié. Il n'est pas étonnant de rencontrer alors par l'effet de cet état congestif quelques excoriations discrètes de la nature des aphtes (obs. 1).

Aux symptômes que je viens de mentionner qui caractérisent les ulcérations de la partie interne du col, j'ajouterai le sentiment d'un prurit parfois fort incommode, qui peut presque en être considéré comme le signe pathognomonique. Il est quelquefois assez fatigant pour donner lieu à des phénomènes hystériques et entraîner des habitudes nuisibles à la santé, comme je l'ai observé deux fois. Mais il arrive souvent qu'on remarque chez la même malade une ulcération de la partie extérieure et de la partie intérieure du col. Il est rare que quand la première est guérie on ne croie pas avoir fini le traitement. Ce n'est le plus ordinairement que quelques jours après qu'on reconnaît l'insuffisance des soins. A quels signes le médecin pourra-t-il penser que ses soins sont incomplets? Il aura cette certitude quand la perte blanche ou la perte sanguine continuera, quand l'introduction du spéculum sera douloureuse, et que l'émission des urines éveillera de la chaleur dans l'urètre, ou qu'il y aura du ténesme vers le rectum. Lorsque l'orifice vaginal du col restera entr'ouvert, alors s'il arrivait que le médecin n'aperçût pas de lésion apparente, il ne devrait pas moins craindre que la maladie ne fût pas parfaitement guérie. Il doit supposer qu'il existe une autre lésion physique dans la cavité du col. Si avec cette appréhension on ne cherchait pas à guérir la maladie, on ne serait pas surpris que le cortége des souffrances habituelles de la malade se renouvelât. On aurait de plus la phlogose du col, une métrite ou une phlegmasie concomitante des trompes et des ovaires à combattre. Dans une circonstance pareille, j'ai vu se former une hydropisie de l'ovaire droite. La coïncidence de ces affections surprendra d'autant moins que les phlegmasies des membranes muqueuses se propagent d'un organe à un autre avec la plus grande facilité. C'est cette facilité de transmission, ce genre de sympathie morbide qui faisait dire à Broussais « que lorsque dans un organe il existe une irritation depuis longtemps, les tissus analogues à celui qui souffre sont disposés à contracter les mêmes affections. » (Obs. 2.)

L'ulcération du museau de tanche peut donc se communiquer à la partie interne du col. Il ne faudrait pas pourtant donner une extension trop ample à ces principes, et dire, par exemple, que les lésions de la partie interne du col sont toujours transmissibles au corps de la matrice. Chacun de ces organes peut avoir ses maladies particulières et limitées. Sous ce rapport, j'embrasse volontiers l'opinion d'Osiander, Alphonse Leroy et Dupuytren, qui pensent que le col utérin peut être malade, indépendamment du corps de l'organe. Tous les chirurgiens, je le sais, ne professent pas de tels principes; M. le professeur Marjolin a une opinion contraire: il lui semble impossible que la maladie soit limitée au col; et s'il en était ainsi, dit-il, il y aurait absence de signes pathognomoniques de ces lésions isolées.

C'est à l'aide d'un spéculum particulier que je reconnais et que je soigne les affections de la partie interne du col; on peut également s'en servir avec avantage pour écarter les lèvres du museau de tanche, quand il s'agit de rechercher le pédicule de certaines tumeurs situées sur les parois ou dans l'utérus lui-même. Cet instrument remplacerait donc, dans quelques cas, les incisions pratiquées pour obtenir ce résultat, et qui ont été faites par M. le docteur Rufz, à la Martinique, pour un polype utérin; et tout récemment M. Amussat, dans un cas de tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus. Après trois débridemens, en effet, la tumeur put seulement se faire jour au dehors et être excisée. Ce procédé n'est pas sans danger. La dilatation sera d'autant préférable qu'il ne résulte aucun inconvénient de l'écartement des parois du col. Ce fait est confirmé par l'accouchement.

Le spéculum du col présente deux anneaux à l'une de ses extrémités. Vers le tiers de sa longueur se trouve placée une vis de pression. Les branches antérieures sont minces, arrondies et légèrement arquées en dedans. Un spéculum bi-valve est placé à l'extrémité des branches. Il est infundibuliforme; la base du cône tronqué a 2 centimètres de diamètre, et le sommet 5 millimètres.

Les conditions préliminaires étant remplies, et le chirurgien ayant mis le col à découvert avec le spéculum ordinaire, le spéculum du col est saisi avec l'une ou l'autre main placées en supination; le pouce placé dans un des anneaux; le doigt annulaire et le petit doigt dans l'autre; le médius est placé sur un des côtés, et l'indicateur est allongé sur le point d'écartement des branches de la pince. La vis de pression est tournée en haut; le spéculum est plongé dans cette position jusqu'au fond du vagin. Il y a une condition à remplir pour rendre exact le manuel opératoire: c'est de maintenir en place le spéculum *uteri*, dont les branches ont été confiées à un aide ou à la malade elle-même, en appliquant l'indicateur de la main libre sur le point diamétralement opposé. Sans cette précaution, le spéculum se déplacerait et ferait cesser les rapports respectifs du col et de l'instrument. Le chirurgien engage alors les valves de l'instrument entre les lèvres du museau de tanche, en lui faisant exécuter quelques légers mouvemens latéraux et orbiculaires. Il le pousse dans une profondeur variable. Il entr'ouvre alors les branches et dilate le col. C'est seulement alors qu'il peut distinguer la lésion de la partie interne du col. J'ai vu quelques malades exprimer un sentiment de douleur dans les premières applications; une d'elles avait grand'peine à rester assise et couchée. Il ne faut pas se promettre de toujours obtenir un résultat satisfaisant et conforme à ses désirs. Le col oppose parfois de la résistance et exerce une constriction assez forte sur l'instrument pour en contrarier l'action; il faut joindre, dans ces cas, la prudence à la patience, afin d'éviter des ruptures qui ne manqueraient pas d'augmenter les embarras du traitement, et peut-être d'aggraver l'état de la maladie. Conduite d'après les principes que je viens de tracer, la dilatation du col, bien que douloureuse, peut être tentée sans danger. Ce résultat obtenu (c'est-à-dire la résistance vaincue, et elle sera d'autant plus grande qu'il sera plus nécessaire d'écarter les lèvres du col), le chirurgien applique le traitement le plus approprié à la maladie.

On doit mettre les plus grands ménagemens dans l'emploi des cautérisations pratiquées sur cette partie de la matrice. Cette opération est plus douloureuse qu'ailleurs; les injections stupéfiantes, les demi-bains, le repos le plus absolu, doivent, avec les boissons antiphlogistiques, succéder à l'application du caustique, dont le choix est basé sur la lésion qu'on a à combattre; presque toujours, il y a, après la cautérisation, de la fluxion vers le col et même dans tout le système utérin; un peu de leucorrhée lui succède; on observe des élancemens dans la partie malade, des douleurs vagues, lombaires et inguinales, quelquefois aussi un peu de ténesme vers le col de la vessie. Un mouvement fébrile se déclare également; mais tous ces accidens cèdent à une petite saignée, à un bain, et si on avait quelque chose à redouter de la congestion sanguine du col, on recourrait avec avantage à l'application de quelques sangsues sur le col lui-même ou à la région hypogastrique.

Le plus ordinairement ces accidens se dissipent d'eux-mêmes à mesure que l'état pathologique s'amende; l'écoulement blanc diminue alors, et finit par disparaître insensiblement. Les menstrues, qui étaient irrégulières dans leur apparition et dans leur cours, semblent reprendre leur état normal. L'assimilation et la nutrition, qui sont le complément du retour à la santé, réunissent leurs élémens de tonicité et font disparaître

peu à peu la teinte jaune de la peau qui accompagne les affections chroniques de la matrice.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite et fin. —Voir les numéros 3 et 4.)

IV. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur l'anatomie microscopique du cancer;* par M. Houston. 2° *Observations d'expectoration tubulaire;* par M. J. Reid. 3° *Synovite sub-aiguë du carpe du côté gauche;* par M. Hargrave. (Inflammation consécutive à une contusion; antiphlogistiques et mercuriaux; guérison.) 4° *Deux cas de fracture;* par M. Lawless. (Rien de saillant.) 5° *Cas de plaie de l'abdomen;* par M. Wade. 5° *Luxation de l'avant-bras en haut et en arrière, réduite six jours après l'accident;* par M. Hargrave. (Une inflammation aiguë du coude fut la cause qui força de temporiser; ce fut surtout la saignée générale qui servit à en triompher.). 7° *Arthrite aiguë de la bourse pré rotulienne;* par le même. (Suppuration, incision; guérison malgré une diathèse goutteuse.) 8° *Statistique d'hôpitaux d'aliénés.* 9° *Théorie et pratique de la saignée chez le cheval et chez les autres quadrupèdes;* par M. Ferguson. 10° *Sur l'ablation des kystes ovariques;* par M. Phillips. (Dans la discussion que la lecture de ce travail a soulevée, on a remarqué l'opinion exposée par M. Moore sur l'origine de ces kystes. Selon lui, il y en a trois sortes. Les uns sont formés par l'ovaire même devenu malade; le liquide est alors aqueux et la ponction peut amener la guérison. Dans d'autres cas, c'est une vésicule de Graaf qui a dégénéré; souvent alors il y a plusieurs kystes contenant un liquide jaune et épais. Enfin, dans la troisième catégorie, une inflammation des parties contiguës à l'ovaire a provoqué la sécrétion d'un liquide épais, visqueux, comme purulent. Les deux dernières espèces guérissent difficilement sans opération.) 11° *Nouveau speculum uteri;* par M. Proth. Smith. 12° *Cas de rétinite aiguë causée par l'emploi du microscope;* par M. W. Cooper. 13° *Sur la fièvre typhoïde;* par M. Connor. 14° *Déplacement partiel des cartilages semi-lunaires du genou;* par M. Sandham. 15° *Plaie du cou résultant d'une tentative de suicide, guérie par la ligature de la carotide primitive;* par M. M'Carthy. (Le vaisseau lésé était la faciale ou la linguale. Mais l'abondance de l'hémorragie ne permit pas de porter le fil directement sur l'artère dans la plaie. On fit immédiatement la ligature de la carotide.) 16° *Anévrisme de la fémorale guérie par la compression exercée sur l'artère au-dessus de la tumeur;* par M. Bellingham. 17° *Considérations sur la physiologie des reins, avec des observations de quelques maladies de ces organes;* par M. Ch. Kindd. 18° *Observation d'anévrisme poplité guéri par la compression exercée sur l'artère fémorale;* par M. Kirby. (La tumeur développée chez un homme robuste, de 28 ans, à la suite d'une extension forcée du jarret, datait de trois mois; elle avait le volume d'un œuf de poule. On appliqua la pression successivement sur divers points de la fémorale, et principalement dans celui où ce vaisseau contourne en bas le fémur pour gagner le jarret. Le traitement dura moins de deux mois, au bout desquels la tumeur était réduite à un petit noyau dur et solide.) 19° *Sur la nature et le traitement des excroissances en forme de choufleur de l'utérus;* par M. Will. Scott. (Premier article.)

CAS DE PLAIE DE L'ABDOMEN; par M. WADE.

De cette observation, longuement rapportée, nous ne reproduirons ici qu'une circonstance. Le malade avait reçu une plaie par instrument tranchant de trois quarts de pouce de longueur, entre l'ombilic et le pubis. Par cette ouverture était sortie une anse intestinale longue de 12 pouces. Pendant trente-trois heures que le malade survécut, on essaya à diverses reprises de réduire l'intestin; mais chaque fois qu'on le repoussait un flot de sang sortait de l'abdomen et une syncope survenait. Malgré cela on débrida la plaie; mais il fut impossible néanmoins d'obtenir la réduction.

En examinant le cadavre, on reconnut que l'artère épigastrique avait été divisée et qu'un mince caillot de sang obstruait son ouverture.

Ainsi, dans ce cas, la pression de l'intestin contre la bouche du vaisseau a seule prévenu l'hémorragie et prolongé l'existence. Cette observation pourrait-elle devenir une source d'indications? Et si les mêmes circonstances se reproduisaient devrait-on différer la réduction de l'intestin plutôt que de courir la chance d'amener une hémorragie mortelle? Devrait-on, au contraire, malgré l'extrême faiblesse du sujet, repousser l'intestin, et chercher ensuite à lier le vaisseau blessé?... Nous nous bornons ici à poser ces questions.

NOUVEAU SPÉCULUM UTERI; par M. PROTH. SMITH.

L'addition que propose M. Smith est extrêmement simple. Pour augmenter le pouvoir réflectif de la surface interne du spéculum, il conseille de placer à son intérieur un autre tube en verre. Le tube extérieur métallique devra avoir reçu à sa face interne un beau poli. Son extrémité utérine sera terminée par un bord mousse, faisant une légère proéminence en dedans afin de limiter la progression du tube de verre. A l'autre extrémité, il sera noirci pour prévenir la réflexion de rayons lumineux qui, sans cette précaution, seraient répercutés de manière à éblouir l'œil de l'observateur. Quant au tube de verre, il devra glisser dans l'autre, et le dépasser à l'extérieur d'une certaine longueur, afin qu'on puisse le retirer isolément avec facilité.

Telle est la construction de cet instrument. Comme il est surtout destiné à favoriser l'exploration du vagin, l'auteur propose encore de percer sur le tube métallique une ouverture latérale près de son extrémité utérine.

CAS DE RÉTINITE AIGUE CAUSÉE PAR L'EMPLOI DU MICROSCOPE; par M. W. COOPER.

L'observation suivante, très intéressante en elle-même et au point de vue clinique, mérite à tous égards d'être portée à la connaissance des médecins. Elle sera un avertissement très utile pour ceux de nos confrères qui se livrent avec une ardeur exagérée aux recherches microscopiques ou qui font usage d'instrumens d'une force trop considérable.

OBS. — M. G., bien connu par son habileté dans les investigations microscopiques les plus ardues, s'occupait le 29 mars dernier, à disséquer les nerfs de la langue de l'homme, sous un grossissement très grand. Il était, dans cette situation, exposé aux rayons du soleil qui, quoique obscurcis par un temps brumeux, perçaient néanmoins de temps en temps. Les nerfs, bien isolés, étaient d'une blancheur éblouissante. Pendant qu'il les regardait attentivement au microscope, le soleil se dégageant tout à coup brilla de tout son éclat. Au même instant, notre anatomiste sentit dans l'œil une douleur aiguë, qui envahit tout le globe avec tant de force qu'il sauta en arrière en poussant un cri. Il cessa de travailler; mais pendant quelques momens il ne put rien voir de cet œil, l'image solaire l'occupant toujours quoiqu'il fût fermé. Vingt minutes après, il put continuer sa dissection, mais en se servant de l'autre œil.

Le lendemain, la douleur ayant cessé, il eut encore l'imprudence de se servir de l'œil malade. Comme la veille, un rayon de soleil vint de nouveau le frapper et renouvela la douleur avec plus de force encore. Cette fois, le malade continua de souffrir toute la soirée et la nuit.

Le jour suivant, les symptômes avaient empiré; il y avait sensation de plénitude du globe et horreur de la lumière, larmoiement abondant, pupille contractée, conjonctive peu injectée, pouls faible et irritable, abattement moral. Dès que le malade voulait regarder, il apercevait le spectre lumineux.

Des fomentations n'ayant apporté aucun soulagement, M. Cooper le fit coucher dans une chambre obscure et ordonna 12 sangsues autour de l'œil ainsi que des pilules purgatives.

Le troisième jour, une amélioration avait lieu. (Frictions sur le sourcil et la tempe avec l'onguent mercuriel et l'opium. A l'intérieur, les mercuriaux combinés à la ciguë, et de temps en temps une dose d'émétique.)

Tout alla de mieux en mieux. Il fallut cependant continuer encore le mercure; et le malade fut obligé de rester plus d'une semaine avant de pouvoir recommencer à se servir de son œil.

DÉPLACEMENT PARTIEL DES CARTILAGES SEMILUNAIRES DU GENOU; par M. SANDHAM.

L'auteur ne cite aucune observation détaillée de cet accident; mais il assure l'avoir éprouvé lui-même et l'avoir vu en outre chez un autre malade. Voici le traitement qu'il conseille contre ce déplacement, et qu'il regarde comme supérieur à ceux proposés par Hey et A. Cooper, quoique cependant le mode de réduction qu'il indique ici ne nous semble pas très différent du procédé décrit par A. Cooper.

Placez le patient sur le dos, couché par terre ou sur un sopha; fléchissez la cuisse sur le bassin. Placez alors un coussinet dur ayant la forme de la partie charnue de l'avant-bras du malade, ou, ce qui est mieux, faites placer le bras du malade lui-même sous son genou. A ce moment, pliez fortement la jambe sur la cuisse. L'effet de ce mouvement sera de séparer la tête du tibia des condyles du fémur, et de laisser aux cartilages l'espace libre pour reprendre leur situation normale. Cela fait, et ayant soin de maintenir la flexion du genou, tournez la jambe en dehors si c'est

le cartilage interne qui est déplacé, en dedans dans le cas contraire. (Ce diagnostic sera facile à porter au moment même où l'on tente la réduction; car si lorsque vous commencez à tourner la jambe en dehors, une douleur se prononce immédiatement, il faut vous arrêter, ce n'est pas le cartilage interne qui était déplacé. Tournez alors la jambe en dedans; si la douleur est nulle ou beaucoup moindre, vous pouvez continuer; cette manœuvre est celle qui convient au cas.) Maintenant donc la jambe tournée dans la direction voulue, vous étendez le membre graduellement et sans user de violence en aucune manière. Vous sentez en même temps le cartilage revenir à sa place naturelle. Une genouillère élastique, des ablutions froides ou des douches pour donner du ton à la partie sont les moyens à mettre en usage afin de prévenir le retour de l'accident.

D'après l'auteur, la maladie en question est caractérisée par la flexion ou la demi-flexion du genou. Le malade peut poser le pied à terre, pourvu qu'il garde cette attitude; mais il lui est impossible d'étendre la jambe, et tout effort dirigé dans ce but cause des douleurs intolérables.

ANÉVRISME DE LA FÉMORALE GUÉRI PAR LA COMPRESSION EXERCÉE SUR L'ARTÈRE AU DESSUS DE LA TUMEUR; par M. BELLINGHAM.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est le même dont nous avons déjà rapporté l'histoire (V. GAZ. MÉD., 1844, p. 43), et qui avait été guéri, par le même procédé, d'un anévrisme dans le creux poplité du côté opposé. Voici la suite de ce cas.

OBS. — Rentré à l'hôpital quinze mois après sa sortie, James Hayden se plaignait d'avoir éprouvé récemment comme une douleur de rhumatisme au dessus du genou gauche. On profita de l'occasion pour examiner le jarret droit où avait siégé l'anévrisme. On le trouva à peine plus saillant que l'autre et ne présentant aucune pulsation. Cependant la douleur dont il s'était plaint à la cuisse gauche se reproduisit à la suite de ses fatigues, et lorsqu'il entra à l'hôpital une troisième fois, on trouva au niveau du canal du grand adducteur une tumeur de 2 pouces de diamètre, agitée par des pulsations qui cessaient dès qu'on pressait sur la crurale à l'aine. Battemens du cœur normaux; pouls à 88; santé générale bonne.

Le 22 juin 1844, saignée de 12 onces; potion avec la teinture de digitale.

Le lendemain, la tumeur est plus douloureuse, et les battemens semblent y avoir augmenté de force.

Le 25, nouvelle saignée; applications froides.

Le 27, les progrès de l'anévrisme continuant, on appliqua sur la crurale à l'aine un instrument compressif semblable à celui qui avait réussi précédemment à guérir le malade de son anévrisme poplité, et on le maintint en place le reste du jour et la nuit, le relâchant seulement un peu quand la pression devenait trop douloureuse à supporter. Bientôt le malade substitua à cet instrument un poids de 7 livres qui pesait sur l'aine à travers un coussinet et qu'il n'ôtait que pendant la nuit. Il garda cet appareil du 30 juin au 15 juillet. A cette époque, un nouvel instrument de pression à vis fut appliqué. On employa aussi, pendant deux jours, la glace et un bandage entourant la partie inférieure du membre et la tumeur. A l'intérieur, la digitale fut continuée, et on fit une troisième saignée.

Le 9 août, à la visite du matin, on trouva que les pulsations de la tumeur qui avaient jusque-là diminué progressivement avaient complétement cessé. On aperçut alors pour la première fois un vaisseau assez volumineux et superficiellement placé, rampant sur le trajet de la fémorale, et qui s'était évidemment développé depuis l'oblitération du sac anévrismal; car on ne l'avait pas vu auparavant. Le malade déclara que la nuit précédente il avait éprouvé dans la tumeur et dans le genou un sentiment de chaleur incommode. Mais cette chaleur, qui s'était aussi propagée au membre tout entier, disparut en moins d'un jour, et la tumeur devenant de plus en plus petite et solide, la guérison fut assurée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 JANVIER.

POSSIBILITÉ DE L'INFLAMMATION CHEZ LES ANIMAUX A SANG FROID.

M. LEREBOULLET, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, communique le fait suivant, qui est de nature à intéresser les physiologistes.

Le 8 janvier de cette année, on lui apporta le corps d'un *caïman à lunettes* (femelle) qui venait de périr le même jour dans une ménagerie ambulante.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il vit que cet animal était mort d'une péritonite parvenue au plus haut degré d'intensité. Le péritoine, fortement épaissi, était tapissé dans toute son étendue d'une couche de pus recouvrant des membranes qui se détachaient par lambeaux, et dont quelques-unes avaient jusqu'à un millimètre d'épaisseur. Les intestins, d'un rouge lie de vin plus ou moins foncé, suivant les régions, mais généralement très intense, étaient couverts d'une couche de pus jaunâtre et adhéraient fortement les uns aux autres par de fausses membranes.

Après avoir séparé, non sans quelque peine, les diverses portions de l'intestin, il trouva au fond de la *cavité péritonéale un morceau de bouchon de liége*, de forme quadrilatère, aplati, à bords irréguliers. Je ne tardai pas, dit-il, à découvrir la perforation intestinale qui avait donné passage à ce corps étranger; elle se présentait sous la forme d'une fente presque linéaire, d'un centimètre et demi de longueur sur une largeur de 2 à 3 millimètres seulement, située dans l'angle du quatrième repli intestinal.

Ce fait présente les caractères d'une véritable inflammation : rougeur intense, exsudation de lymphe plastique, formation de fausses membranes, agglutination des intestins, sécrétion purulente.

Il démontre de la manière la plus péremptoire la possibilité de l'inflammation chez les animaux à sang froid; il fait voir qu'on ne doit pas toujours accorder aux expériences une confiance aveugle et surtout qu'il ne faut pas se hâter d'en déduire des conséquences générales. Ce fait prouve, en un mot, suivant l'auteur, qu'on a eu tort d'avancer que l'inflammation est impossible chez les animaux à sang froid.

NOUVEL OBTURATEUR PALATIN.

M. STEVENS adresse une note relative à un nouvel appareil obturateur palatin de son invention, qui paraît avoir de grands avantages sur tous les appareils de ce genre usités jusqu'à présent et qui met à l'abri des inconvéniens qu'on leur reproche généralement.

Une application de cet appareil a été faite à un officier de spahis, qui, à la suite d'une plaie d'arme à feu, a eu une portion de la voûte palatine détruite. Cet officier, dit M. Flourens en rendant compte de ce fait, qui peut à peine articuler quelques mots, et qui ne parvient point à se faire entendre lorsqu'il est privé de son obturateur, parle de la manière la plus distincte, tant sur le ton ordinaire que sur le ton de commandement, lorsqu'il est pourvu de cet appareil.

ROLE PHYSIOLOGIQUE DES MATIÈRES SUCRÉES ET AMYLOÏDES.

M. MIALHE adresse une réclamation de priorité au sujet du travail de MM. Bouchardat et Sandras, lu dans la dernière séance. Le fait principal qui ressort des recherches de MM. Bouchardat et Sandras, dit l'auteur, c'est que la digestion et l'assimilation des matières sucrées et amyloïdes ne deviennent possibles que lorsque ces substances ont été chimiquement influencées par des alcalis. M. Mialhe rappelle qu'il a communiqué à l'Académie, le 15 avril 1844, un travail dans lequel il établissait que toutes les substances alimentaires hydrocarbonées, telles que le sucre de raisin, la dextrine, etc., ne peuvent éprouver le phénomène de l'assimilation qu'après avoir été transformées par les alcalis du sang en de nouveaux produits, au nombre desquels figure un corps doué d'un pouvoir désoxigénant très énergique. Il considérait dès-lors ce composé comme devant servir de contre-partie à la respiration, et il en concluait que les individus chez qui la décomposition chimique en question a lieu lors de l'ingestion des matières sucrées et amylacées, ne sauraient avoir du sucre dans leurs sécrétions urinaires. Ce fut cette découverte, ajoute M. Mialhe, qui me conduisit à reconnaître la véritable cause du diabète et à proposer contre cette maladie, considérée jusque là comme incurable, un traitement rationnel qui a déjà eu plusieurs fois du succès.

— M. NELKEN communique la description d'un instrument de son invention pour la ligature des fistules siégeant dans les régions les plus hautes du rectum.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il vient d'apprendre à l'instant que M. Ribes est malade.

M. BOULLAY annonce également que M. Virey est retenu chez lui par le m motif.

MM. Reveillé-Parise et Boullay sont priés de transmettre à MM. Ribes et Virey les témoignages d'intérêt que l'Académie prend à leur santé.

— M. LE PRÉSIDENT prévient que l'Académie se formera en comité secret à trois heures et demie.

OBÉSITÉ DU CORDON OMBILICAL.

M. CAPURON fait un rapport sur un mémoire de M. Hamel (de Lanyon) ayant pour titre : DE L'OBÉSITÉ OU DE L'ÉTAT GRAS DU CORDON OMBILICAL.

Le rapporteur propose pour conclusions d'adresser des remercîmens à l'auteur, d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant et de renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

INUTILITÉ DES MESURES SANITAIRES.

M. ROCHOUX lit une note intitulée : DE L'INUTILITÉ DES MESURES SANITAIRES;

Les maladies contagieuses, suivant M. Rochoux, sont de deux ordres; les une, comme la variole, la syphilis, la rage, la morve, le vaccin, la pustule maligne, etc., sont produites par un virus doué d'une faculté de germination tellement active, qu'une parcelle de l'agent délétère suffit aussi bien qu'une quantité plus considérable au développement du mal. Les autres maladies contagieuses ou les typhus, quoique susceptibles de se communiquer par le moyen du principe morbifère qu'elles développent, ont néanmoins pour origine des miasmes formés de toutes pièces, ou, en d'autres termes, l'infection. La peste, le typhus nosocomial, le typhus des camps, le typhus amaril, etc., ne naissent pas autrement. Toujours l'infection règne et domine aux lieux où ils sévissent. Il y a deux mois, M. Hamont a mis ce fait hors de doute pour le Delta d'Égypte; il en a fait autant depuis pour Tanta. Il a, en outre, prouvé avec quelle facilité les miasmes exhalés par les pestiférés sont dispersés dans l'air, en montrant par de nombreux exemples qu'on peut impunément ouvrir en plein air les cadavres d'indi-

vidus morts de la peste, ce qui certainement n'arriverait pas pour la variole, avec des sujets aptes à la contracter.

Le principe producteur du typhus, dont on exagère énormément la puissance, acquiert un surcroît d'activité par la concentration, l'encombrement des malades; il se détruit promptement, facilement par leur dispersion, l'aération, la propreté, la ventilation. Dans tous les cas, en outre, son action, bien différente de celle des virus, est proportionnée à sa dose; c'est ce qu'on a vu à Paris, en 1814 et 1815; c'est ce qui était déjà arrivé vingt ou trente fois peut-être en divers endroits de l'Europe, durant les guerres de la république et de l'empire. Or comme rien n'indique que la peste soit plus contagieuse que le typhus, il n'y a pas de raison pour employer à son égard des moyens préservatifs d'un ordre particulier; surtout quand M. Hamont, confirmant les observations de Pugnet par les siennes, nous la montre se limitant à certaines localités, absolument comme sont les autres typhus, comme on l'a vu durant le typhus de Barcelone en 1821, et lors de toutes les épidémies analogues de l'Espagne ou des Etats-Unis d'Amérique.

Après une longue discussion des argumens invoqués par les partisans des mesures sanitaires, et par M. Hamont en particulier, M. Rochoux ajoute :

Dans un esprit de conciliation, dont on me saura sans doute gré, j'ai considéré nos mesures sanitaires tout simplement inutiles. La justice, la vérité me commandaient de les déclarer, à l'imitation de Chervin, irrationnelles, absurdes, désastreuses pour la santé publique, sans compter le tort qu'elles font au commerce. Mais pour bien établir une pareille thèse, il m'aurait fallu y consacrer un temps que d'autres occupations réclament; j'ai dû, par conséquent, la mettre de côté. Pourtant je ne puis m'empêcher de citer à son appui un fait d'une certaine valeur. Depuis longtemps les esprits éclairés ont reconnu et signalé les graves inconvéniens, la *noxiété* des quarantaines faites à bord. Leur opinion a fini par être goûtée de M. Hamont, qui propose de supprimer ces quarantaines. Vous *serez* sans doute comme moi de son judicieux avis.

A trois heures et demie, les personnes étrangères à l'Académie sont invitées à quitter leurs places.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION ET RÉFLEXIONS SUR LA TRACHÉOTOMIE DANS LE TRAITEMENT DU CROUP; communiquées par M. le docteur Thore, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, membre de la Société anatomique.

On est loin d'être d'accord sur la valeur de la trachéotomie dans le traitement du croup, et beaucoup de médecins reculent encore aujourd'hui devant l'emploi de ce moyen. Les uns, s'appuyant sur des faits de guérison obtenue par les émissions sanguines et les vomitifs, veulent la proscrire d'une manière absolue; les autres en faire une opération exceptionnelle, la réservant pour le cas où la suffocation toujours croissante présage une mort rapide. On est encore bien moins d'accord quand il faut établir la proportion exacte des succès et des revers que donne la trachéotomie. Ainsi, M. Trousseau avance que sur cent cinquante-cinq opérés on trouve quarante guérisons; tandis que M. Malgaigne, réunissant pour compléter ce tableau les résultats de la pratique de plusieurs autres chirurgiens, obtient une proportion de soixante-quatorze morts sur quatre-vingt-une trachéotomies, différence trop considérable pour qu'il ne reste pas quelques doutes dans l'esprit. Il est certain que beaucoup de faits restent ignorés ou sont publiés d'une manière incomplète et privés de détails qui leur donnent quelque valeur. S'il est difficile de fixer cette proportion pour toute opération chirurgicale, ces difficultés s'accroissent quand il s'agit d'une opération dans laquelle il faut tenir le plus grand compte des circonstances individuelles et du moment précis où elle est pratiquée. C'est une nécessité indispensable de recueillir et de publier avec soin tous les succès et les revers qu'on a obtenus, les revers surtout qu'on est toujours malheureusement trop disposé à taire, et qui, cependant, doivent être scrupuleusement comptés dans l'inventaire que fait chaque jour la science, des faits destinés à décider cette importante question. Je crois donc obéir à un devoir en publiant un cas de croup dans lequel la trachéotomie a été pratiquée et a échoué malgré tous mes efforts; le fait présente d'ailleurs plusieurs circonstances remarquables sur lesquelles nous reviendrons après en avoir tracé l'histoire.

ENFANT DE DEUX ANS; CROUP; INVASION BRUSQUE; MARCHE RAPIDE. — TRAITEMENT ÉNERGIQUE PAR LES CAUTÉRISATIONS AVEC L'ACIDE CHLORHYDRIQUE ET LES VOMITIFS. — 55 CENTIG. DE TARTRE STIBIÉ EN UNE JOURNÉE. — AU BOUT DE 24 HEURES, SYMPTÔMES D'ASPHYXIE ET MORT IMMINENTE. — TRACHÉOTOMIE PAR LE PROCÉDÉ DE M. MASLIEURAT-LAGÉMARD. — ASPHYXIE; CRIS PROLONGÉS. — RETOUR A LA VIE A LA SUITE D'ASPIRATIONS ET D'INSUFFLATIONS RÉPÉTÉES PENDANT UNE DEMI-HEURE. — L'ENFANT SUCCOMBE TRENTE HEURES APRÈS L'OPÉRATION.

Obs. — Edeline (Louis-Félix), âgé de deux ans, était depuis quelque temps dans la division des orphelins; cet enfant toussait depuis quelques jours; le 28 mars 1842, il était gai, avait joué et bien mangé toute la journée; cependant, comme il continuait à tousser, on le fit passer à l'infirmerie dans le service de M. Baron. On croyait qu'il allait avoir la rougeole; sa nuit fut agitée et on remarqua que sa toux avait quelque chose d'insolite.

Le 29, au moment de la visite, on est frappé de la difficulté qu'il éprouve pour respirer; sa toux ressemble à une sorte d'aboiement étouffé; sa voix est éteinte; il ne répond que par signes; il semble qu'il redoute le moindre effort; la respiration est bruyante, sans sifflement; il se tient debout, lève la tête et semble chercher l'air; la poitrine est sonore, le murmure respiratoire s'y entend bien partout; seulement les inspirations sont rudes et brusques et conservent quelque chose du caractère de la toux; les deux amygdales sont recouvertes dans toute leur étendue de pseudo-membranes blanchâtres qu'on enlève avec assez de facilité; la chaleur de la peau est élevée; le pouls bat cent vingt fois par minute. On pratique aussitôt une forte cautérisation sur les amygdales avec un pinceau imbibé d'acide chlorhydrique et l'on administre 5 centig. de tartre stibié; aussitôt il rejette d'abord une pseudo-membrane plate, molle, jaunâtre, et qui paraît provenir des amygdales; puis quelque temps après une autre pseudo-membrane de forme allongée, longue de 2 cent., assez épaisse, demi-circulaire et comme moulée sur la trachée et le larynx. On prescrit plusieurs grains de tartre stibié à donner de demi-heure en demi-heure pendant toute la journée; à midi il n'existe plus qu'une légère pseudo-membrane à la partie la plus supérieure de l'amygdale; tout le pharynx a pris une teinte noirâtre à la suite des cautérisations; on les renouvelle encore. Après cette cautérisation, il y a eu un vomissement composé d'un liquide visqueux, filant, contenant un assez grand nombre de petites bulles d'air; quelques stries sanguines et des débris de tissu cellulaire charbonné par l'acide chlorhydrique; il a eu dans la journée, sous l'influence de l'émétique qu'on lui donnait presque sans relâche, quelques autres vomissemens avec des débris petits et très peu consistans de fausses membranes. Je l'examine à quatre heures et demie du soir, il est à peu près dans le même état; toujours de la dyspnée; il cherche l'air et renverse sa tête en arrière; il lui arrive de temps en temps de rapprocher sur lui ses couvertures; il essaie de parler et sa voix est toujours éteinte; il articule quelques mots cependant d'une manière distincte; la toux conserve les caractères que nous avons indiqués; mais elle est moins fréquente. On continue l'administration du tartre stibié.

A huit heures et demie du soir, l'état s'est aggravé; affaissement bien plus considérable; les yeux sont fixes et commencent à s'excaver; il ne parle plus; sa toux est rare; 44 respirations; la dyspnée est très grande; anxiété. Il se renverse et change d'attitude à chaque instant. La température de la peau s'est fort abaissée, et il n'y a plus de chaleur qu'au tronc; les lèvres et les joues sont violacées. 35 centigr. de tartre stibié ont été donnés depuis le matin, et il a eu d'abord de nombreux vomissemens; il s'est établi une sorte de tolérance, et on provoque les vomissemens avec beaucoup de difficulté. Cependant on administre encore 10 centig. en même temps qu'on applique un vésicatoire à chaque cuisse. Cette dernière dose ne provoque aucun vomissement. L'état s'aggrave avec une effrayante rapidité. Le pouls est à 120, d'une extrême faiblesse; la face est très pâle et présente aux joues et aux lèvres une teinte violette; plus de toux, inspirations brusques et saccadées; on ne voit plus de pseudo-membranes au fond de la gorge.

A 10 heures, la respiration est encore devenue plus anxieuse; suffocation imminente; agitation extrême; il arrache ses vêtemens, surtout ceux qui sont voisins du col; il y a des mouvemens incessans et comme convulsifs; les veines du cou sont énormément tuméfiées; les yeux enfoncés dans les orbites; les lèvres sont d'un violet bleuâtre; par intervalles, il pâlit complètement; les cornées se ternissent; il n'y a plus de regard; la respiration est saccadée et ne se fait plus que par secousses convulsives; la mort est imminente et nous craignons de le voir succomber à chaque instant sous nos yeux. Cependant, pour tenter une dernière chance, je me décide à l'opérer; j'étais seulement assisté de mon excellent ami le docteur Maunoury, dont l'aide me fut si précieuse, et qui, de concert avec moi prodigua jusqu'à la fin ses soins à notre petit malade.

L'opération fut très simple; une incision d'un pouce de longueur fut faite sur la ligne médiane; la peau fut promptement divisée, puis le tissu cellulaire; il s'écoula à peine quelques gouttes de sang, et je parvins rapidement jusqu'à la trachée. Au moment de l'inciser il y a un accès de suffocation tellement violent, que nous craignons de voir succomber l'enfant avant que l'opération soit terminée; cet accès passé, la trachée est bientôt incisée, et l'incision rapidement agrandie par la section de trois anneaux de la trachée; il s'écoule alors une assez grande quantité de sang dont une bonne partie s'introduit immédiatement dans la trachée; l'enfant est aussitôt relevé, sa tête portée en avant, et nous cherchons à tenir l'incision béante en y appliquant aussitôt les crochets préparés à l'avance pour la dilater; malgré tout cela, une pâleur mortelle se répand sur la face; les cornées deviennent ternes, le cœur cesse de battre. Je crus l'enfant mort; cependant, je n'hésitai pas à plonger dans la trachée une sonde en argent. Une première aspiration amène de gros caillots, et elle est suivie de plusieurs insufflations successives. Au bout de quelques instans de ces efforts répétés, la vie commence à renaître. Le pouls bat d'une manière imperceptible; la respiration se rétablit, mais par intervalles éloignés; il y a plusieurs inspirations profondes ressemblant à celles que déterminaient les insufflations, mais qui, cette fois, sont spontanées. D'ailleurs, il ne manifeste aucun autre signe de vie. Les yeux sont immobiles; les pupilles ne se contractent pas. Insensibilité complète et résolution de tous les membres; la peau commence à se refroidir; de nouvelles aspirations ramènent un lambeau pseudo-membraneux assez considérable, d'un centimètre et demi de longueur, et quelques caillots. Une demi-heure après l'opération, ses yeux commencent à se diriger vers les objets qui l'entourent; les joues se colorent; quelques mouvemens; il se gratte. La respiration est devenue régulière, non précipitée; la

pouls à 120 et assez fort. Il reste couché sur le dos; il ressemble à un enfant qui sommeille; pas d'agilation, pas de plaintes. Il aspire maintenant l'air à pleine poitrine. A plusieurs reprises, il éprouve un peu de gêne pour respirer. Le bruit de l'air qui traverse la trachée est modifié et semble traverser un liquide. On aspire encore quelques gouttes de sang, et surtout de mucus rougeâtre et non spumeux. On retire une pseudo-membrane très longue de 4 centimètres, arrondie, striée, inégale et bifurquée à la partie inférieure, circonstance qui nous fait porter un fâcheux pronostic. Depuis ce matin, il y a plus de calme et la respiration est parfaitement régulière. Les bords de l'incision de la trachée sont maintenus par quatre épingles recourbées en crochets maintenus par des cordons attachés derrière le cou. L'ouverture reste béante, et l'air s'y introduit avec facilité.

Le reste de la nuit, l'enfant dort tranquillement; il témoigne le désir de boire, avale plusieurs gorgées de tisane.

30 mars. Le matin on pratique une instillation avec quelques gouttes d'une solution de 20 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. Il éprouve de la suffocation et l'on fait plusieurs instillations avec un liquide émollient; on les réitère plusieurs fois, parce qu'on remarque que le fond de la plaie commence à se dessécher. On recouvre l'incision d'une gaze très fine pour empêcher l'introduction des corps étrangers. A 10 heures 1/2, violent accès de suffocation. La face devient violette; ses membres se raidissent; pâleur des lèvres. La religieuse qui se trouvait alors seule auprès de lui pratique quelques insufflations avec la sonde. Je les continue à mon arrivée, qui avait peu tardé. On extrait chaque fois de nombreux fragmens pseudo-membraneux moins consistans que les premiers et formés de pellicules minces et molles et teintes en gris. Depuis ce moment, la respiration se rétablit très bien; l'enfant recommence à jouer, à reconnaître les religieuses qui lui donnent des soins; il fait signe qu'il veut boire et boit à plusieurs reprises, se lève sur son lit, change souvent d'attitude et se couche dans toutes les positions. Il ne fait aucune tentative pour enlever ou déranger le petit appareil qui maintient béante la plaie faite à la trachée. La journée s'est bien passée; il n'y a point eu d'accès de suffocation. Calme parfait, respiration tout à fait libre. Vers 7 heures 1/2 du soir, il se manifeste un nouvel accès de suffocation plus intense que les précédens et accompagné de mouvemens convulsifs. Face pâle, lèvres violacées, refroidissement de la peau; le cœur cesse presque complètement de battre; syncope ou plutôt mort apparente; on fait de nouvelles aspirations, qui ramènent des débris pseudo-membraneux, et l'on insuffle de l'air; la circulation, qui a été tout à fait arrêtée, commence à se rétablir, mais avec lenteur; le pouls bat et les joues se colorent. A neuf heures, on extrait encore des fausses membranes. Le calme se rétablit complètement; la respiration devient très régulière; les poumons se dilatent avec ampleur. 36 respirations; pouls à 120. Pendant la nuit, on fait à deux reprises des instillations d'un liquide émollient et de solution de nitrate d'argent, qui sont très bien supportées. L'expression de la figure est très satisfaisante. Pas la moindre apparence de dyspnée; l'enfant change plusieurs fois d'attitude, se couche sur le côté; il suce ses doigts et joue sur son lit. Je reste auprès de lui jusqu'à deux heures du matin, et il me paraît tellement bien, que je l'abandonne pour prendre quelques instans de repos, et je le confie aux soins d'une infirmière et d'une religieuse. Au moment où je le quitte, son sommeil est paisible; sa respiration d'une régularité parfaite, à peine accélérée; à l'auscultation, on trouve le murmure vésiculaire souple, doux et complet. A 4 heures du matin, il se lève tout à coup sur son lit, pâlit, tombe en syncope et meurt. J'accours immédiatement auprès de lui, et malgré les insufflations pratiquées un temps d'autant plus long, qu'en pareille circonstance elles nous avaient été souvent fort utiles, je suis forcé de renoncer à l'espoir de le sauver, et je ne le quitte que lorsqu'il est complètement refroidi.

Autopsie faite le 1er avril, à dix heures du matin.

Habitude extérieure. Taille 67 cent.; enfant peu développé; léger amaigrissement; la plaie du cou a une longueur de 2 cent. 1/2; les deux bords, même après l'enlèvement des épingles, se maintiennent écartés et l'incision reste béante comme auparavant. Une hernie inguinale existe du côté droit, on la réduit facilement et le doigt pénètre dans l'anneau.

Tête, cou et poitrine. Les méninges sont légèrement injectées; un peu de pointillé dans le centre ovale; le cervelet et le cerveau sont de consistance normale; quelques gouttes de sérosité dans les ventricules latéraux.

L'incision de la trachée a compris les quatre premiers anneaux; on trouve une couche pseudo-membraneuse très épaisse sur les amygdales et le voile du palais; les deux amygdales sont un peu rosées, leur tissu est manifestement ramolli; il existe un petit abcès dans l'amygdale droite; la partie supérieure du pharynx présente une teinte violacée; une couche pseudo-membraneuse très épaisse est étendue sur ses parois, et qui ne se prolonge point dans l'œsophage.

La muqueuse du larynx est rouge; sa cavité est vide; quelques traces de pseudo-membranes à peine adhérentes; la face inférieure de l'épiglotte et la partie supérieure du larynx sont aussi couvertes par une fausse membrane assez épaisse; les parois de la trachée sont couvertes d'un mucus jaune grisâtre; la surface de la muqueuse est inégale, sa teinte violacée, sa consistance assez bonne, absence de fausses membranes; les bronches et toutes leurs divisions sont remplies d'une mucosité épaisse et grisâtre; leur muqueuse est très injectée et d'un rouge violacé; dans la bronche droite on note que le mucus, déjà décrit, est plus épais, plus visqueux et plus opaque.

Les poumons sont sains; un peu de congestion à la partie postérieure du poumon droit; cœur, rien de particulier à noter; l'épaisseur du ventricule gauche, 8 mil. à la base, 7 au milieu, 6 au sommet; le droit, 5 à la base, 3 au milieu, 2 à la pointe; un caillot blanchâtre et assez consistant dans les cavités droites; canal artériel, 1 cent. de longueur.

Abdomen. L'estomac est fortement revenu sur lui-même, il est rempli par un liquide d'un jaune rougeâtre; la muqueuse est pâle, donne des lambeaux qui ont près de 2 cent. de longueur; la muqueuse des intestins est saine, pâle, donne des lambeaux de 1 cent. à 1 cent. 1/2, dans l'intestin grêle; le cœcum est tout à fait placé sur la ligne médiane, au-dessus de la vessie et son appendice, placé sur le côté gauche, semble tout prêt à s'engager dans l'anneau inguinal de ce côté pour former une autre hernie; la muqueuse du cœcum est violette, boursoufflée, on y trouve quelques ascarides; le foie est brun, assez volumineux; la vésicule, remplie d'un liquide jaune; la rate, petite et assez consistante; les reins ne présentent rien de remarquable.

Nous signalerons d'abord, dans cette observation, la rapidité de la marche; l'enfant a joué et fort bien mangé dans la journée du 29 mars, et c'est le lendemain au soir qu'une opération de trachéotomie était devenue nécessaire. Il toussait un peu et il n'a été placé à l'infirmerie qu'à cause de son âge peu avancé. Les symptômes ont été trop bien accusés pour qu'il soit convenable d'insister longtemps sur ce point; plaques pseudo-membraneuses très abondantes sur les amygdales, toux et voix caractéristiques, expulsion de fausses membranes tubulées, suffocation; en voilà plus qu'il n'en faut pour rendre évidente la nature de la maladie et indiquer la nécessité d'employer un traitement énergique et prompt.

La cautérisation par l'acide chlorydrique a été immédiatement mise en usage et répétée plusieurs fois dans la journée; en même temps, on provoquait des vomissemens d'une manière incessante, en administrant du tartre stibié dissous dans l'eau sucrée. Ils furent très abondans, et l'on reconnut, dans les matières vomies, de nombreux fragmens pseudo-membraneux; 45 centigrammes sont donnés ainsi; mais vers le soir il s'établit une sorte de tolérance qui rendit ce médicament inutile. Tous les autres moyens ne me paraissant point devoir agir avec assez de rapidité, je me déterminai bien vite, en présence de la suffocation toujours croissante et de la mort qui allait prochainement arriver, à avoir recours à l'opération.

J'étais pris à l'improviste; ne prévoyant point la nécessité de pratiquer la trachéotomie dans un délai si prochain, j'avais négligé de me munir d'une canule et d'un dilatateur. Il importait de ne point perdre de temps, je songeai alors au procédé décrit peu de temps auparavant par M. Maslieurat-Lagémard, et l'appareil fut facilement improvisé : deux épingles recourbées furent fixées à de longs rubans; et avec le seul aide de mon excellent ami le docteur Manoury, dont la présence contribua beaucoup à la décision que je pris, je pratiquai sans plus tarder la trachéotomie; elle n'a présenté rien de particulier à noter; pas une goutte de sang ne fut versée, et j'arrivai jusqu'à la trachée dans l'espace de quelques secondes; mais à peine le bistouri en eut-il divisé le premier anneau que le sang pénétra dans sa cavité et produisit une asphyxie immédiate; l'enfant paraissait mort; les cornées étaient ternes; absence complète des battemens du pouls; je n'hésitai point un instant; je n'avais qu'à imiter l'exemple donné par un illustre chirurgien, qui rappela à la vie d'une manière inespérée une femme qu'il opérait; j'introduisis rapidement une sonde dans la trachée; une première aspiration retira un long caillot de sang; je fis ensuite une insufflation, puis je continuai pendant quelque temps à aspirer du sang et des fausses membranes, et à insuffler de l'air. Nous exercions en même temps d'énergiques frictions sur la région précordiale, et nous comprimions successivement le thorax et l'abdomen. Au bout d'un quart d'heure de ces efforts soutenus, nous nous aperçûmes que les battemens du cœur reparaissaient, que des inspirations spontanées avaient lieu, et au bout d'une demi-heure l'enfant respirait avec calme et semblait se réveiller d'un long sommeil. Dans les premiers momens, j'avais cru l'enfant mort, et peut-être eût-il été abandonné comme tel par plus d'un médecin qui se serait borné à quelques tentatives pour les cesser bientôt, dans la conviction qu'elles seraient inutiles; mais, quoique mes premiers efforts n'aient point eu de résultats bien évidens, je ne perdis point courage. Dans plusieurs cas d'asphyxie et de syncope, une expérience personnelle m'avait appris qu'il ne faut pas se désespérer trop vite, et qu'il est souvent possible de rappeler une vie que l'on croit tout à fait éteinte. Mes efforts furent encore couronnés de succès, et j'eus la joie d'assister en quelque sorte à la résurrection de ce jeune enfant. Cette joie fut d'autant plus grande qu'en pratiquant cette opération j'assumais une grande responsabilité. C'était pour la première fois, dans cet établissement, qu'une trachéotomie était faite pour un cas de croup, et il importait que ce premier essai ne fût pas signalé par un aussi fâcheux résultat.

L'hémorrhagie fut d'ailleurs fort peu abondante, et nous n'eûmes point d'autre accident à redouter. J'appliquai le petit appareil destiné à écarter les bords de la trachée; les deux crochets s'adaptèrent avec facilité et furent maintenus par le ruban noué derrière le cou.

Ce procédé que M. Maslieurat-Lagémard a fait connaître est remarquable par sa simplicité, et il peut être employé facilement dans toutes les circonstances. Le dilatateur à double crochet, qu'il a imaginé ensuite, présente moins d'avantages, parce qu'il ne peut être aussi rapidement préparé. Cette idée n'appartient point d'ailleurs à ce médecin; elle re-

monte jusqu'à Fabrice d'Aquapendente qui appliquait ce moyen seulement à l'incision de la peau ; depuis lors, Solingen, Frédéric Wendt, Trousseau, Ch. Bell, Lawrence, Gendron, ont inventé des dilatateurs de différentes sortes ; tout récemment M. Garin (GAZETTE MÉDICALE, 1844, p. 608) a imaginé un collier dilatateur formé d'une paire de crampons fixés par une courroie aux extrémités d'un arc de métal flexible qui embrasse la partie postérieure du cou. Je ne veux point déprécier l'usage des canules, dont les avantages comme les inconvéniens sont bien connus et qui paraissent être aujourd'hui préférées aux dilatateurs. Cependant, je dois dire que jusqu'à la fin ce petit appareil ne se dérangea point, qu'il paraît beaucoup faciliter les soins à donner au malade ; les insufflations, les injections, les écouvillonnemens se pratiquaient sans la moindre gêne. Il existait un libre passage à l'entrée de l'air, qui ne fut point obstrué un seul instant. Au bout de quelques heures, on aurait pu sans inconvénient enlever les crochets, car la trachée conservait l'écartement qui avait été primitivement donné.

Le résultat vraiment inespéré dû aux insufflations au moment de l'opération me suggéra l'idée de les continuer pour remédier aux accidens de suffocation qui se manifestèrent à plusieurs reprises ; chaque fois elles dissipèrent la violence de la dyspnée et amenèrent au bout de peu d'instans le calme le plus parfait. Les religieuses qui donnaient à cet enfant les soins les plus intelligens et dont le zèle était stimulé par le désir de voir la réussite de cette opération, s'empressèrent d'avoir recours aux insufflations pour calmer ce fâcheux symptôme, lorsque nous ne nous trouvions point auprès du petit malade. M. Garin s'est aussi fort bien trouvé de l'emploi de l'insufflation chez un enfant sans cesse en proie à une suffocation imminente et dont il put par ce moyen prolonger l'existence. En même temps que la sonde introduite dans la trachée servait à insuffler de l'air, on l'employait aussi à aspirer les mucosités et les pseudo-membranes contenues dans les bronches. Il nous fut facile d'extraire des morceaux de fausses membranes très considérables et d'une manière plus facile et beaucoup plus complète que par tout autre moyen.

Ce procédé nous parut de tous points préférable aux écouvillonnemens tels qu'on les exécute d'ordinaire, et je dus continuer à le mettre en usage. Je fis en même temps quelques instillations, tantôt avec un liquide émollient et tiède, tantôt avec une solution de nitrate d'argent (20 centigrammes pour 30 grammes d'eau). Ce dernier liquide provoquait constamment des accès de dyspnée très intense, ce qui nous força d'y renoncer ; les instillations émollientes étaient toujours suivies d'un état de bien-être qui se continuait assez longtemps et elles étaient fort bien supportées.

Malgré tous les soins dont nous entourâmes le petit malade et notre présence presque continuelle auprès de lui, nous eûmes la douleur de le voir succomber au moment où nous nous flattions de voir notre opération couronnée de succès. Depuis plusieurs heures, il jouissait d'un calme parfait et ce ne fut pas sans surprise que, rappelé auprès de lui, j'appris qu'il était mort d'une manière subite.

L'autopsie ne nous a point permis d'expliquer sa mort, soit par la présence de fausses membranes dans les bronches, soit par le développement d'une pneumonie si fréquente après la trachéotomie. La cause s'en trouvera peut-être dans l'état de débilitation générale de l'enfant et surtout à cause de son âge peu avancé. On sait en effet qu'à cette époque de la vie, l'opération de la bronchotomie offre encore bien peu de chances de réussite, malgré l'éclatant succès obtenu par un habile chirurgien qui s'est vu dans l'horrible nécessité de porter le bistouri sur sa propre fille âgée de six semaines pour la soustraire à une mort imminente.

BIBLIOGRAPHIE.

RÉFLEXIONS ET OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE ; par M. J. BÉNIQUÉ. — Un vol. in-8° de 67 pages. Paris, 1845, chez Fortin, Masson et comp., 1, place de l'École-de-Médecine.

La thérapeutique des rétrécissemens urétraux n'a pas cessé d'être de toutes les spécialités la plus fructueuse et partant la mieux cultivée. Mais cette partie de la chirurgie, qui s'enrichit chaque jour de précieuses acquisitions de détails, n'avait pas, depuis bien longtemps, réalisé une de ces conquêtes qui, introduisant un nouvel élément dans des problèmes jusqu'alors mal posés ou mal compris, sont destinées à modifier profondément les habitudes des praticiens et la marche de la science. Le petit volume dont nous signalons aujourd'hui l'apparition pourrait bien contenir le germe d'une réforme de ce genre ; c'est, du moins, ce que l'on serait en droit de présager hardiment, si toujours le succès répondait aux premiers essais de l'auteur. Mais, quel que soit le résultat de ses tentatives, nous ne nous en féliciterons pas moins d'être des premiers à en avoir fait ressortir l'importance.

La méthode que M. Béniqué a adoptée pour le traitement des coarctations urétrales se rapproche beaucoup, quant aux instrumens qu'elle emploie, de celle qui est généralement connue sous le nom de *dilatation*. Mais elle en diffère de tout point, si l'on considère la rapidité et surtout la sûreté de ses effets. Le mot *dilatation* en effet ne s'entend pas partout et ne s'est pas entendu toujours de la même manière. Dupuytren, quoiqu'il eût lui-même beaucoup perfectionné ce mode de traitement, laissait les sondes et bougies séjourner un jour au moins dans l'urètre. De là des inconvéniens dont le repos forcé au lit et la perte énorme de temps pour le malade n'étaient que les moindres ; de là aussi des dangers variables en nature et en gravité selon l'ancienneté du mal, ses complications, l'âge et la constitution du patient ; mais qui, commençant par la cystite, pouvaient aller jusqu'à la perforation de la vessie ou la fièvre hectique. Cette méthode était cependant alors la seule en usage à l'Hôtel-Dieu ; et, chose bien remarquable, elle y était avec raison préconisée comme beaucoup plus innocente que ses rivales, la cautérisation et l'incision.

La pratique de la lithotritie fit faire un grand pas à la thérapeutique des rétrécissemens. Chez les sujets où la maladie calculeuse se compliquait de strictures urétrales, il fallait d'abord faire disparaître ces dernières. Mais en employant la dilatation, telle que nous venons de la décrire, chez des individus prédisposés aux phlegmasies des voies urinaires, on aurait immanquablement aggravé l'irritation vésicale déjà existante, et cela au point de rendre parfois ensuite la lithotritie contr'indiquée. On essaya donc la dilatation temporaire, en bornant à une heure ou deux le séjour de la bougie, et comme les résultats de cette innovation furent satisfaisans, on l'étendit généralement au traitement des rétrécissemens par la dilatation.

M. Béniqué, dans le commencement de sa pratique, avait lui-même suivi ces règles, lorsque, en 1839, un fait qui se présenta à son observation le conduisit à modifier ses idées. Il donnait des soins à un malade affecté d'un suintement ancien et d'un rétrécissement tel qu'une bougie de 3 millim. de diamètre fut arrêtée par lui à 12 centim. environ de profondeur. L'ayant ensuite franchi avec une bougie de 2 millim., il se disposait à la laisser séjourner une heure ; mais le malade se plaignit de ressentir une douleur très vive qui s'exaspérait au lieu de diminuer ; et comme elle s'accompagnait de spasmes nerveux, il se décida à retirer l'instrument qui les provoquait. Plusieurs fois il renouvela les mêmes tentatives sans plus de succès. Il savait cependant que le seul moyen de faire disparaître l'écoulement était de dilater le rétrécissement ; aussi persévérait-il courageusement dans ses essais. Enfin, à la quatrième séance, voyant la douleur cesser aussitôt qu'il ôtait la bougie, il essaya d'en introduire une seconde qui était seulement plus grosse d'un quart de millim. Elle passa facilement et fut retirée aussitôt. Le lendemain, nouvelle introduction de cette seconde bougie, qui fut suivie d'une troisième ; et en continuant ainsi, c'est-à-dire sans laisser jamais les bougies plus d'une demi-minute dans l'urètre, il arriva sans le moindre accident, sans déterminer la plus légère irritation, à un diamètre de 8 millim.

Ce fait, qui devint pour M. Béniqué un trait de lumière, contient à la fois le point de départ de la nouvelle méthode, l'exposé de ses règles et un exemple de son mode d'action. Constamment, depuis ce temps-là, il traita de cette manière tous les rétrécissemens qu'il rencontra ; et toujours le traitement fut court et dépourvu d'accidens, lorsque, du moins, le malade n'avait pas été soumis antérieurement à la cautérisation ou aux scarifications.

L'idée que développe ici l'auteur consiste donc à ne laisser la bougie engagée dans le rétrécissement qu'une ou deux minutes. Mais ce court intervalle suffit-il pour que la dilatation obtenue subsiste ultérieurement ? A cette objection, on pourrait répondre par quelques exemples qui démontreraient son peu de consistance. Ainsi les parois de l'abdomen, une fois qu'elles ont été distendues par l'ascite, ne reprennent jamais leur volume primitif. Ainsi l'orifice vulvaire, après avoir livré passage au fœtus, demeure tellement agrandi que, dans les accouchemens subséquens, le travail se termine sans causer, de ce côté-là, ni difficultés, ni retards, ni douleurs ; et cependant le corps dilatant qui a opéré ce changement n'était resté en contact avec l'ouverture que pendant quelques instans. Tout prouve donc que nos tissus, lorsqu'ils ont conservé leur structure normale, ne peuvent malgré leur élasticité supporter un certain degré de distension, *même temporaire*, sans éprouver une modification qui leur fait perdre partiellement la propriété de réagir de façon à regagner ensuite leurs dimensions primitives.

Mais à quoi bon multiplier ces exemples lorsque, sur l'urètre même, M. Béniqué a pu constater de la manière la plus rigoureuse la réalité de cette loi. Constamment, après avoir introduit une bougie et l'avoir laissée en place une ou deux minutes seulement, il a trouvé que si on voulait en-

suite la faire pénétrer de nouveau, elle traversait ce point rétréci avec plus de facilité et qu'on pouvait également en faire entrer alors une plus volumineuse. Mais ici se présentait encore un écueil, et l'occasion d'une réforme. Se proposant par dessus tout, grâce à sa méthode, de prévenir toute irritation des voies urinaires, il devait craindre de violenter les parties en substituant une bougie de fort diamètre à celle plus ténue qui l'avait précédée. Il fallait, pour éviter toute manœuvre irritante, ne procéder dans cette dilatation progressive qu'à pas extrêmement lents. Or la division ordinairement usitée de 10 millim. en 30 diamètres, d'après laquelle chaque bougie diffère de la suivante d'un tiers de millimètre, n'aurait pu permettre cette gradation par nuances insensibles, et la méthode, faute d'instrumens, fût souvent demeurée inapplicable. M. Béniqué a adopté, comme suffisamment lente le plus ordinairement, une progression par sixième de millimètres, en sorte que l'intervalle de 0 à 10 millim. comprenne soixante numéros également espacés, et il a fait confectionner des bougies sur cette nouvelle échelle.

Dans leur introduction, il faut d'abord soigneusement tenir compte de la facilité avec laquelle a pénétré une première bougie, soit par exemple celle de 3 milim. Pour peu que cette opération ait été difficile, en débutant par ce diamètre, on développerait de la douleur, de l'irritation, et tout progrès ultérieur serait interdit pour le moment; mais au contraire si l'on commence par faire pénétrer dans le rétrécissement trois ou quatre numéros inférieurs à celui-ci, il passera ensuite facilement, et presque toujours il pourra être suivi du numéro qui vient immédiatement après. Il n'est pas toujours nécessaire de suivre rigoureusement la progression par sixième de millimètre. Souvent, on peut sans inconvénient franchir un ou deux numéros de la filière. L'habitude rend cette appréciation ordinairement facile; mieux vaut toutefois excès de prudence qu'une trop grande précipitation. De même, il n'est point nécessaire, dans ce traitement, de placer une sonde tous les jours. On peut, sans craindre de perdre le terrain conquis, mettre quelque intervalle entre les séances; comme aussi ne faut-il point s'attacher obstinément à gagner un numéro à chaque fois. La lenteur, le repos, quelques jours d'interruption sont moins souvent nécessaires dans cette méthode que dans la dilatation ordinaire; mais il n'est jamais pernicieux pour le résultat de les permettre au malade lorsqu'il le désire ou que ses occupations lui en imposent l'obligation.

Fréquemment, M. Béniqué a eu à se louer de l'emploi des bougies métalliques; il les croit surtout indiquées dans les cas difficiles. Mais alors, fidèle à son principe d'éviter avant tout la violence, il faisait souvent usage d'instrumens dont les diamètres différaient à peine d'un douzième de millimètre. La sensibilité particulière que manifestaient les malades, selon la nature d'instrumens dont on se servait, était la seule règle qui lui apprît s'il devait employer les bougies métalliques ou les bougies élastiques.

A l'appui de ces vues éminemment judicieuses, M. Béniqué rapporte onze observations dans lesquelles le traitement dont nous venons d'exposer les principes a été mis en usage. Ce sont onze histoires, différentes quant aux circonstances antérieures et aux symptômes actuels, mais semblables et presqu'identiques entr'elles pour la rapidité de la guérison, la facilité des manœuvres et l'absence de tout accident. Malgré leur analogie presque parfaite, nous engageons vivement le lecteur à méditer toutes ces observations; il y apprendra, mieux que par des préceptes absolus, la conduite à tenir dans les épineuses conjonctures que le praticien seul peut prévoir et qu'il ne prévoit jamais toutes. Du reste, notre conseil est presque superflu; car il règne dans ces récits un ton de véracité si persuasif, un talent d'exposition si attrayant, une distinction de style si peu ordinaire, que la longueur des détails passe inaperçue et qu'on se trouve arrivé à la fin du recueil avant de s'être aperçu que ce sont des observations qu'on vient de parcourir, *des observations!* la plaie de nos ouvrages classiques et l'épouvantail à juste titre abhorré de celui qui tient à ne s'endormir qu'après avoir fermé son livre!

Par cette méthode, on guérit donc; les faits le prouvent surabondamment. Mais, guérit-on d'une manière solide et définitive? Le rétrécissement forcé et surpris, pour ainsi dire, ne revient-il pas sur lui-même plus activement que lorsque, comme par la méthode usuelle ou dilatation, on n'a vaincu son élasticité qu'en la lassant? M. Béniqué avance que les guérisons obtenues par son mode de traitement se sont montrées tout aussi durables que les autres. Mais ici, dit-il, avec beaucoup de sens, il faut s'entendre sur ce qu'on appelle *guérison radicale* des rétrécissemens; « ce mot peut se comprendre de deux manières. L'une absolue, dans laquelle on suppose que, le traitement une fois terminé, le malade est exempt à tout jamais, non seulement des accidens, mais des plus légers soins relatifs à son affection. Cette signification ne peut être adoptée que par le vulgaire. — Dans l'autre signification, pratique et médicale, le mot guérison exprime la cessation complète de tous les symptômes de la maladie, avec la faculté d'en prévenir le retour au moyen de quelques soins hygiéniques (parmi lesquels figure en première ligne la précaution d'introduire, à intervalles de plus en plus éloignés, une bougie de volume proportionné à la largeur obtenue à la fin de la cure). C'est là le sens médical qu'il leur convient d'adopter; l'autre est chimérique. »

La franchise de cette déclaration fait honneur au caractère de M. Béniqué. Peu d'inventeurs ont le courage de faire ainsi ressortir eux-mêmes ce qui peut amoindrir le mérite de leur découverte. Aussi la critique doit-elle, devant une telle loyauté, se départir de ses allures habituelles, et, se constituant pour cette fois défenseur d'office, dire bien haut qu'il serait souverainement injuste de faire peser sur la nouvelle méthode seule les conséquences d'un semblable aveu. Car cette instabilité de la cure, loin d'être un défaut qui lui soit exclusivement imputable, est l'écueil constant et fatal de tous les procédés par dilatation, sans exception aucune.

En lisant l'intéressant mémoire de M. Béniqué, le désir de répéter ses expériences se présente naturellement à l'esprit. Pour notre compte, nous nous serions crus presque coupables de ne pas essayer une méthode qui promettait les mêmes résultats que la dilatation ordinaire sans ses lenteurs et ses accidens. L'événement a justifié notre confiance; et dans plusieurs cas nous avons été à même de vérifier les assertions de l'auteur, principalement quant à ce qui concerne l'innocuité de cette espèce de cathétérisme.

Un obstacle pourrait arrêter les praticiens, c'est la difficulté de se procurer les instrumens spéciaux gradués à d'aussi faibles nuances que le recommande M. Béniqué. Ne possédant pas nous-mêmes les sondes telles qu'il les a fait confectionner, voici comment nous avons cru pouvoir y suppléer. Nous avons d'abord choisi parmi un grand nombre de bougies en cire une série de numéros séparés les uns des autres par d'aussi minimes différences de diamètre qu'il nous a été possible (ce qui, pour le dire en passant, est toujours plus facile avec ces bougies qu'avec celles en caoutchouc); puis, comme malgré ces précautions nous craignions de n'avoir pas encore obtenu une échelle assez graduellement progressive, nous usâmes d'un artifice afin de remplir les indications de l'auteur avec les instrumens usuels. Partant de cette observation que la pointe des bougies en cire qui doit traverser le rétrécissement est conique, nous nous dîmes qu'en enfonçant la même bougie à des profondeurs variables, on mettrait certainement en contact avec le rétrécissement un corps plus ou moins volumineux. De cette manière, en marquant de l'ongle le point précis de la bougie qui dans une première séance avait affleuré l'orifice urétral, on était sûr, en l'enfonçant le lendemain 2 ou 3 millimètres plus avant, de n'avoir augmenté la grosseur de l'instrument dilatant que d'une quantité extrêmement petite. Ainsi nous avons pu, lorsque cela paraissait nécessaire, mettre dans l'action dilatatrice toute la lenteur voulue; et, malgré la crainte qu'exprime M. Béniqué, de produire de la douleur en se servant de sondes coniques, nous n'avons pas eu à observer d'accidens de ce genre. Une seule chose doit ici s'appréhender, et il importe que les praticiens en soient prévenus, parce qu'elle pourrait leur inspirer une défiance injuste contre la méthode. Lorsqu'on a affaire à des malades intelligens qui savent se sonder tout seuls, il est rare que lorsqu'ils le font en l'absence du médecin ils ne laissent pas la bougie beaucoup plus longtemps qu'on ne le leur a recommandé, croyant en cela bien faire et abréger la durée de la cure. Ils se permettent même d'autant plus volontiers que, n'étant pas avertis par la douleur sur le moment, ils croient pouvoir impunément transgresser l'ordonnance. Mais si le lendemain le patient se plaint de chaleur, de sensibilité en urinant, de ténesme vésical, soyez assuré qu'il a dépassé le temps assigné par vous au séjour de la sonde, et ne cherchez pas ailleurs la cause ainsi que le remède de ces accidens.

VARIÉTÉS.

NOTE SUR LES ALTÉRATIONS ET LES FALSIFICATIONS DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES, par M. A. CHEVALLIER.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

7° LA FÉCULE. — La fécule est mêlée de carbonate de chaux. Tout récemment nous en avons trouvé qui était mêlé à de la poudre d'albâtre provenant du travail de pendules et de divers objets d'art. Les proportions de poudre d'albâtre ajoutées à la fécule ont été reconnues être de 6 et de 7 pour 100. Cette fécule était cependant renfermée dans des sacs portant une étiquette sur laquelle on lisait : *Fécule de pomme de terre dépurée pour l'usage alimentaire et pour les enfans.*

8° LE SUCRE. — Le sucre a été allongé de sucre de fécule, de matières terreuses et de sucre de lait. Ces substances ajoutées ne sont pas, il est vrai, nuisibles à la santé, mais elles sont d'un prix moins élevé que le sucre qu'elles remplacent.

9° LE CHOCOLAT. — Le chocolat vendu à Paris est souvent additionné de fécule, de farines et quelquefois d'une poudre inerte provenant du broyage des coques de cacao. Ces substances sont inertes, il est vrai; mais on n'achèterait pas le chocolat qui les contient si on était averti par l'étiquette qu'elles font partie de cet aliment.

Un fait qui peut démontrer la falsification du chocolat, c'est qu'il est de ce produit qui est vendu au-dessous du prix de revient. Cependant le fabricant doit avoir son bénéfice sur cette vente.

10° LE MIEL. — Le miel est allongé de fécule, de sirop de fécule. Nous avons vu du miel préparé avec le sirop de fécule et qui était devenu solide dans le baril, de façon que l'épicier qui l'avait acheté ne savait que faire d'un produit qui, par sa solidité, avait acquis fort heureusement des caractères qui ne permettaient plus de le livrer au public.

11° SUCRERIES COLORIÉES. — Les sucreries coloriées, les bonbons, les pastillages, ont été pendant longtemps un sujet de craintes graves pour l'administration : des matières sucrées destinées aux enfans avaient été coloriées avec de l'arsénite de cuivre, avec de la gomme gutte, avec du vermillon, avec des cendres bleues, avec du chromate de plomb, avec du minium; des liqueurs devaient leur couleur verte à un sel de cuivre. Le nombre restreint des fabricans a permis à l'administration de prendre des mesures de surveillance qui ont été efficaces. Ces mesures consistent à faire visiter les magasins et ateliers où l'on prépare ces sucreries, à faire analyser par des membres du conseil de salubrité de la Seine les substances employées; ces membres, outre ces visites, donnent gratuitement pendant toute l'année des conseils aux confiseurs qui désirent employer de nouvelles matières colorantes. C'est par suite de cette mesure qu'on a su qu'un fabricant de couleurs avait vendu à un confiseur pour de l'*outremer factice*, couleur bleue inoffensive, un mélange toxique formé par 60 pour 100 d'outremer et de 40 pour cent de cendres bleues, carbonate de cuivre.

12° L'HUILE A MANGER. — L'huile d'olive est journellement allongée d'une huile connue sous les noms d'*huile blanche*, *huile d'œillette*, qui est d'une valeur moindre, et dont la qualité n'est pas la même.

Souvent, pour donner à des huiles mêlées l'apparence de l'huile d'olive, on y fait entrer des matières grasses, solides, qui leur donnent l'apparence de l'huile concrétée par le froid...

13° LE CIDRE. — Le cidre qui est vendu à Paris est rarement pur; on lui substitue des liqueurs fermentées préparées avec le sucre de fécule, la cassonnade, le vinaigre; on en prépare de toute espèce avec des fruits secs, ou bien l'on opère dans des vases qui le rendent nuisible; nous avons vu du cidre contenant du plomb donner lieu à des accidens plus ou moins graves.

Nous avons vu vendre près et même dans l'intérieur des casernes, *sous le nom de cidre*, des liquides qui auraient mérité une sérieuse attention de la part de l'autorité militaire. Par la vente de ces liquides, on trompait d'abord le soldat sur la valeur du produit, mais encore on l'exposait à être plus ou moins gravement malade : ce soi-disant cidre contenait de petites quantités d'un sel de cuivre.

14° CAFÉ. — Le café qui est pour un grand nombre de personnes des classes peu aisées l'aliment nécessaire du matin, est souvent le sujet de nombreuses fraudes; des cafés avariés en mer sont repêchés, *travaillés*, puis livrés au commerce en concurrence avec des cafés de bonne qualité. Le café de bonne qualité est lors de sa mouture allongé: de café 1° épuisé et qui a été recueilli, puis desséché; 2° de poudres obtenues par la torréfaction et le broiement de divers produits, les racines de chicorée, de betterave, de carotte, les semences de fèves, de pois pointu, de seigle, etc., etc. Tous ces produits ne sont pas nuisibles à la santé, mais ils sont vendus pour ce qu'ils ne sont pas, et en substitution de produits d'une valeur plus élevée.

15° CAFÉ DIT CHICORÉE. — Il n'est pas jusqu'au café dit chicorée qui n'ait été le sujet de fraude; ce produit, destiné à être mêlé au café, a été falsifié à son tour. Ainsi on a livré au commerce comme café-chicorée : 1° un produit résultant d'un mélange de café épuisé et de pain torréfié; 2° un produit résultant d'un mélange du café-chicorée et de noir animal provenant de la décoloration des sucres, résidu des raffineries.

16° VINS. — Les vins vendus à Paris au détail sont en général des vins qui proviennent du mélange des produits des divers crûs. Mais ce mélange n'est pas une fraude; la fraude mise en pratique consiste à mêler à des vins du Midi qui sont alcoolisés fortement de l'eau acidulée soit par du vinaigre, soit par de l'acide tartrique. Quelquefois, au lieu d'eau, on prépare des macérés de fruits secs, et on colore ces mélanges avec des sucs préparés avec diverses matières, et notamment avec les baies de sureau. Autrefois, le vin qui était passé à l'aigre était saturé, adouci par de l'oxide de plomb, de la litharge, d'après le procédé de Martin le Bavarois. Aujourd'hui, cette saturation dangereuse est presque abandonnée; on a eu cependant l'occasion de la constater. Il y a quelques années, à Compiègne: là, plusieurs soldats du camp étant tombés malades, on rechercha quelle était la cause de leur maladie, et on reconnut que cette cause devait être attribuée à l'usage d'un vin vert, qui avait été adouci par l'acétate de plomb; le vigneron qui avait pris cher un pharmacien l'acétate qu'il avait introduit dans son vin fut traduit devant les tribunaux et condamné.

Le vin est encore, dans quelques cas, additionné de sulfate d'alumine et de potasse, d'alun, dans le but de l'obtenir plus clair et plus limpide.

17° EAUX-DE-VIE. — Les eaux-de-vie livrées en détail sont le plus souvent le résultat d'un mélange d'alcool de fécule et d'eau, le tout coloré par le caramel; quelquefois les eaux-de-vie, par suite de l'impureté de la matière première (de l'alcool), et, par conséquent, de la négligence avec laquelle on entretient les vases distillatoires, contiennent des sels de cuivre qui sont nuisibles à la santé.

18° VINAIGRE. — Le vinaigre vendu à Paris est encore, malgré la surveillance observée sur les personnes qui le vendent en détail, mêlé à des substances étrangères. Cet acide, que le pauvre emploie comme condiment dans les alimens dont il fait journellement usage, a été additionné 1° d'acide sulfurique (d'huile de vitriol), et cette falsification est encore constatée chaque année à Paris; 2° d'eau dans la proportion de moitié ou d'un tiers; dans ce dernier cas, le produit n'est pas nuisible à la santé, mais l'acheteur paie 60 centimes le litre d'un liquide qui ne devrait être payé que 30 ou 40 centimes; 3° d'eau acidulée par l'acide tartrique; l'acheteur, dans ce cas, est encore trompé sur la valeur du produit.

Outre le vinaigre de vin vendu à Paris, on fabrique dans cette capitale des vinaigres avec le sirop de fécule, avec les eaux de lavage des formes à sucre dites eaux de bac, avec des lies de vin, avec les bacquetures recueillies sous les comptoirs de marchands de vins; tous ces vinaigres ne peuvent être comparés pour le goût et pour l'acidité avec le vinaigre de vin. Ils devraient, selon nous, n'être vendus que pour ce qu'ils sont, et sous les noms de *vinaigres de sirop de fécule*, *d'eaux de bac*, *de lies de vins*, *de bacquetures*.

Ce dernier vinaigre, le *vinaigre de bacquetures*, contient le plus souvent un sel de plomb; on y a quelquefois, mais rarement, constaté la présence d'un sel de cuivre.

19° LE THÉ. — Le thé est falsifié comme toutes les autres substances; on mêle au thé de bonne qualité du thé qui a été employé, qui a été recueilli et qui est roulé par des moyens convenables; on colore les thés avec l'indigo, avec le bleu de Prusse.

En août 1844, l'administration fut informée que du thé provenant d'un navire anglais *the Reliance*, qui avait fait naufrage sur les côtes de France, avait été repêché, lavé à l'eau pour le priver du sel marin, puis coloré en vert par un mélange d'indigo, de talc et de chromate de plomb pour être livré au commerce.

Les auteurs de cette fraude, étaient un négociant et un ouvrier; ils furent d'abord condamnés en police correctionnelle à 50 francs d'amende et à huit jours de prison; appel ayant eu lieu de ce jugement, le négociant fut acquitté; la Cour royale considérant que si A... a fait subir aux thés avariés une préparation pour les rendre marchands, il n'est pas établi qu'il ait trompé sur la qualité de la marchandise vendue. Par suite de cet acquittement le thé fut rendu au sieur A... encore chargé de chromate de plomb, sel toxique, pouvant être nuisible à l'économie animale; il est fâcheux que l'administration n'ait pas, avant de rendre ces thés, exigé que ces thés fussent lavés pour être débarrassés du chromate de plomb.

Il est probable que ces thés colorés au chromate, à l'indigo et au talc, sont actuellement répandus dans le commerce.

On doit faire remarquer ici que cette fraude sur le thé ne se faisait pas seulement dans la capitale, car dans le moment où l'on s'occupait à Paris des thés colorés au chromate de plomb, M. Marchand, pharmacien à Fécamp, examinait des thés vendus dans cette ville, et qui étaient colorés par le même procédé.

Nous pourrions encore citer une foule d'autres produits qui, employés dans les usages alimentaires, sont le sujet de fraudes plus ou moins graves, mais il nous semble que les faits que nous venons d'exposer démontrent d'une manière positive la nécessité d'une loi sur la vente des substances alimentaires et condimentaires; loi qui ferait cesser, non seulement les fraudes nombreuses que je viens de signaler, mais encore celles que je passe sous silence. Cette loi présenterait le double avantage de protéger la santé et les intérêts des citoyens.

— Nous recevons la lettre suivante à l'occasion du mémoire de M. Peraire, inséré dans le numéro du 18 janvier.

D'après toutes les recherches faites jusqu'à ce jour, on doit accepter les idées: 1° de M. le professeur Velpeau, lorsqu'il dit qu'il n'y a aucune raison plausible pour ne pas considérer la structure de la cavité de la matrice comme étant parfaitement conforme à celle du col, puisque la membrane interne de la première se continue à celle du col; 2° du professeur Adelon, dans sa PHYSIOLOGIE DU TOUCHER, qui pense que le tissu très fin du col est formé par les vaisseaux et les dernières ramifications des filets nerveux; 3° enfin, celles de M. le docteur Peraire, qui admet positivement, et avec raison, l'existence des nerfs du col de la matrice; mais je ne suis nullement de l'avis de ce dernier lorsqu'il dit que le passage de la scie à travers le tissu médullaire de l'os fait éprouver au malade une vive douleur, et que cependant jusqu'à ce jour il n'a pas encore été possible d'y démontrer de nerfs. Je demande donc pardon à M. Peraire de ne pas être de son avis; mais avant tout la vérité. M. le professeur Flourens, dans son cours d'anatomie fait pendant l'année 1835, au Jardin des plantes, nous présenta, à l'occasion du développement des os, théorie qu'il a si bien démontrée depuis, les nerfs du périoste, de la membrane médullaire et de la moelle. D'après cela, il n'est donc plus extraordinaire de voir et d'entendre les malades sur lesquels on est malheureusement obligé de pratiquer des amputations se plaindre de douleurs très grandes au passage de la scie dans le canal médullaire.

J'ai l'honneur, etc.

PHILIPEAUX.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

DIAGNOSTIC MÉDICAL.

DE LA MENSURATION VERTICALE DU THORAX; par le docteur Laveran, médecin au Val-de-Grâce.

La pratique de M. le professeur Chomel, le livre intéressant de M. Woillez ont vulgarisé un procédé d'exploration indispensable à la connaissance précise des dispositions anatomiques du thorax. L'usage fréquent que j'ai fait de la mensuration, les loisirs d'un service où les affections graves sont rares, m'ont conduit à quelques remarques sur l'emploi de ce moyen et m'ont fourni quelques résultats que je vais communiquer.

Il m'a semblé que la mensuration circulaire isolée de la mensuration de la longueur du thorax (1) avait quelque chose d'incomplet, que la notion isolée de l'étendue de la circonférence ne satisfait pas l'esprit qui recherche une connaissance complète et de la maladie et des dispositions anatomiques que présente le malade. C'est à combler cette lacune que tiennent mes recherches.

Pour mesurer le thorax, je suis parti de points fixes et faciles à déterminer; j'ai pris la partie supérieure du sternum, la septième vertèbre dorsale et une ligne tracée à l'endroit précis où la percussion permet de limiter le thorax inférieurement. Cette manière de faire, quoique n'étant pas d'une rigueur anatomique, donne à l'exploration médicale quelques faits assez importans.

Je me suis servi pour mesurer la poitrine d'un ruban gradué, et j'ai toujours pratiqué la mensuration sur le malade couché sur le dos : je m'étais assuré en effet que sans la position assise les résultats sont très variables, et que l'étendue circulaire s'accroît alors de 1 à 2 centim. Il est donc plus convenable de placer le malade dans la supination, les muscles relâchés, la bouche entr'ouverte. S'il s'agit alors de mesurer l'étendue relative des deux côtés de la poitrine, on glisse la main derrière le dos, et, déterminant le point fixe qui répond au ventre, on a d'un seul coup la mensuration des deux segmens de la même circonférence. Le point fixe, pour la mensuration circulaire était pour moi le mamelon, également éloigné du sommet et de la base; je n'avais pas ainsi à compter

(1) Depuis huit ans M. Michel Lévy signale dans ses cours d'hygiène militaire au Val-de-Grâce la nécessité de tenir compte, dans l'appréciation de la conformation thoracique, de l'axe vertical de la poitrine autant que de sa circonférence; il a observé que la plupart des phthisiques à large poitrine, pèchent par l'insuffisance de la hauteur verticale de cette cavité; les poitrines courtes et à diamètre transversal étendu s'observent fréquemment chez les soldats alsaciens qui fournissent un ample contigent à la mortalité par phthisie dans les hôpitaux militaires.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Vous gourmandez ma paresse épistolaire, comme si vous ignoriez la disette de nouvelles qui afflige en ce moment les curieux du monde médical, comme si vos lecteurs avaient souci, par ces jours d'agitation frivole, de se tourner vers toute autre perspective que celle des salons étincelans de lumières et de parures, rendez-vous ouverts par la mode ou par l'opulence aux vanités, aux passions et voire même aux industries de plus d'une espèce.

Dixerat : o mores, o *tempora!* Tullius olim.

Ils sont loin de nous, les temps de sévère tenue et de jalouse dignité, où les médecins portaient jusqu'au lit de leurs malades les insignes d'un demi-sacerdoce, et ne s'avançaient qu'à pas lents et comptés à travers la tourbe mondaine; notre profession a subi une métamorphose sociale; à vrai dire, les changemens que le temps opère n'ont guère porté que sur elle : on saigne, on purge, on instrumente aujourd'hui comme il y a cent ans; on dispute en d'autres termes sur les mêmes questions; la science de chaque siècle soulève avec effort le bloc massif de ses doutes et de ses incertitudes, que chaque siècle voit retomber; la langue se fait souple et commode à traduire ces formules d'inépuisable phraséologie, la série inépuisable des hypothèses, des doctrines, des systèmes, des conceptions que deverse la cervelle humaine comme une excrétion de chaque jour; au fond, l'art avance peu ou point; et quant aux naïves intelligences que tourmente le besoin de vérité, nous les engageons à chercher une attitude de repos : tant de grands hommes, à commencer par Montaigne, ont dormi à l'aise sur l'oreiller du scepticisme. Mais parlez-moi de la profession : celle-là a marché, celle-là a participé largement aux progrès dont se targue notre époque; et s'il est vrai que l'homme se distingue de l'animal par une tendance aux changemens, signe de la perfectibilité de sa noble race, convenons que les phases de la profession médicale ne sont pas l'argument le plus faible à invoquer à l'appui de cette thèse. Entre le médecin à perruque et à robe noire et le médecin-dandy qui promène dans nos salons son regard armé d'un lorgnon, entre l'homme des institutions médicales qu'une docte plume a naguère esquissées, dans ces colonnes, et le praticien de ce temps-ci où l'on fait gageure de frivolité et poussière de science, on dirait qu'il s'est interposé une longue suite de générations; entre ces deux sociétés médicales on soupçonnerait quelque violente solution de continuité, et quand on se reporte brusquement de l'une à l'autre, quand on se retrouve en face de ces institutions, de ces priviléges, de ces statuts, de ces traditions, de ces pouvoirs respectés qui liaient en faisceaux tous les intérêts de la profession et lui donnaient pour base le sentiment presque religieux de le confraternité, on se prend à douter des bienfaits réels de la liberté illimitée qui s'applique aujourd'hui aux hommes et aux choses de la médecine :

avec les hétéromorphies de la première région ni avec l'agrandissement de la seconde qui se rattache aux affectinns de l'abdomen.

Mes observations portent sur 236 sujets, mesurés tous plusieurs fois; elles donnent pour moyenne :

Taille	1,668
Paroi antérieure	0,16
Paroi postérieure	0,29
Circonférence	0,80

Pour extrêmes :

	Maxima.	Minima.
Taille	1,775	1,570
Paroi antérieure	21	14
Paroi postérieure	35	27
Circonférence	88	77

En comparant la poitrine à la taille, j'ai tronvé les chiffres suivans : 29 hommes ayant plus de 1700, et comme taille moyenne 1738 avaient :

Paroi antérieure	18
Paroi postérieure	31
Circonférence	82

27 hommes au-dessous de 1600, ayant comme taille moyenne 1574 avaient :

Paroi antérieure	16
Paroi postérieure	28
Circonférence	79

J'ai groupé 40 individus dans deux catégories établies sur la force ou la faiblesse. J'appelle forts les bommes à grand appétit ayant une grande énergie musculaire; les faibles sont ceux qui présentent des circonstances opposées et qui n'ont cependant ancune lésion apparente.

Les hommes forts donnent :	Taille	1,673
	Paroi antérieure	17
	Paroi postérieure	30
	Circonférence	83
Les hommes faibles donnent :	Taille	1,626
	Paroi antérieure	16
	Paroi postérieure	29
	Circonférence	77

Pour compléter la connaissance des données fournies par la mensnration, je suis forcé d'emprunter quelques résultats aux médecins qni s'en sont occopés dans l'enfance et la vieillesse, mes observations ayant surtont ponr nbjet des snjets de 20 à 35.

MM. Rilliet et Barthès ont donné les chiffres de la mensuration dn thorax aux différentes époques de l'enfance, moins toutefois les trois premières années.

De 3 ans et demie à 5 ans la laitte varie de	0,82 à	0,95	Moyenne 0,88
La paroi antérienre de	11 à	13	0,12
La paroi postérieure de	14 à	22	0,18
La circonférence... de	52 à	61	0,55
De 6 à 10 ans, la taille varie de	95 à	1,27	Moyenne 1,11
La paroi antérieure de	12 à	15	13
La paroi postérieure de	18 à	25	21
La circonférence... de	55 à	66	60
De 11 à 15 ans, la taille varie de	1,25 à	1,34	Moyenne 1,29
La paroi antérieure de	12 à	18	15
La paroi postérieure de	23 à	29	26
La circonférence... de	66 à	78	72

De sorte qu'en prenant pour unité la disposition de la taille et dn thorax de l'enfant de trois ans, on a :

	De 3 à 5 ans.	De 6 à 10.	De 11 à 15.	De 20 à 35.
Taille	1	1,26	1,44	1,75
Paroi antérieure	1	1,08	1,25	1,35
Paroi postérieure	1	1,22	1,44	1,62
Circonférence	1	1,03	1,23	1,42

La taille s'accroît plns encore que la poitrine, la paroi postérieure est en rapport presqne égal avec la taille; la paroi antérieure est ce qui change le moins.

Ajoutons qne si la mensuration manque pour la première enfance, on sait très bien qne le thorax est alors très eourt; on sait aussi qu'il s'allonge au contraire dans la vieillesse, et que sa circonférence s'accroît avec la durée de la vie, comme l'a vu M. Woillez, qui donne pour la circonférence les chiffres suivans :

De 16 à 20 ans...	75	De 41 à 50 ans...	84
De 21 à 30 ans...	81	De 51 à 60 ans...	85
De 31 à 40 ans...	82	De 61 à 78 ans...	84

La poitrine va donc tonjours en s'élargissant jnsqu'à l'âge de la débilité sénile; la taille et la force mnsculaire agissant à peu près dans le même sens, mais d'une manière encore moins sensible, puisqne ces deux élémens donnent à peu près les proportions suivantes :

	Petite.	Moyenne.	Grande.
Taille	1	1,04	1,10
Paroi antérieure	1	1	1,10
Paroi postérieure	1	1,04	1,10
Circonférence	1	1,01	1,03

	Hommes faibles.	Hommes ordinaires.	Hommes forts.
Taille	1	1	1,02
Paroi antérieure	1	1	1,06
Paroi postérieure	1	1,07	1,18
Circonférence	1	1,04	1,07

I. — REMARQUES PHYSIOLOGIQUES.

Les résultats qui n'ont rien d'imprévu, permettent tontefois de constater, d'une part l'espèce de fixité qne présente l'étendne du thorax, d'antre part les élémens de son accroissement et de son étendne. La paroi postérieure qui est la plus variable suit, chose remarquable, la proportion exacte de l'accroissement de la taille, la parni antérieure la moins variable est encore plus en rapport avec la taille qu'avec la force; la circonférence est plutôt déterminée par la valeur de ce dernier élément.

Nnus n'avons pn dn reste épuiser ces recherches stériles sans rechercher quelquefois derrière ce qn'elles avaient d'aride, qnelque idée physiologique, quelque compensation pour la pensée que le travail féconde toujours un peu. Nous avons été surtout frappé par les idées suivantes;

Les rapports si remarqnables de la poitrine et du ventre, les dispositions réciproques de ces deux cavités, lenr influence l'une sur

---

il y avait peut-être en ces temps de solidarité morale et de superbe corporation, moins de médecins à romances, moins de docteurs à binocle doré et à jargon de courtoisie quintessenciée, moins de praticiens également dextres à serpenter dans les méandres d'un quadrille et à guérir tous les maux; mais la médecine n'étalait point à la pitié des autres classes de la société ses plaies et ses misères; elle n'était point envahie presqu'an tiers de sa population par cette gangrène du paupérisme qui a nécessité dans la plupart des grandes cités un appel à la charité par association; elle ne voyait pas alors se trémousser dans ses rangs une plébécule de charlatans qui s'abritent sous la légalité du diplôme : Orviétan occupait le Pont-Neuf et y clamait la merveille de ses drogues; mais il ne tenait point cabinet de consultations et ne tronvait point dans des journaux de médecine une place ponr ses réclames ni même pour la bibliographie de ses œuvres nominales!

Voilà, mon cher confrère, les réflexions que m'inspire cette période d'hivernales récréations où se précipitent, avec le flot banal de la gent à gant jaune, nos confrères de tous les degrés et de tous les âges, qui pour épier le sourire d'une lèvre officiette, qui pour serrer la main d'un client, qui pour étaler le faste bigarré de ses décorations, qui pour faire acte d'ubiquité et certifier en personne l'étendue de ses relations, etc.

On s'est beaucoup occupé à Bruxelles des articles qni ont paru dans ce recueil sur les institutions médicales de cette ville; l'auteur ne s'attendait pas à tant d'émotions ni à tant de commentaires; il avait dit ses impressions rapides sans y attacher aucune prétention de jugement; et si nous sommes bien informé, il compte les rectifier, les compléter plus tard par un examen plus direct et plus approfondi de l'organisation médicale d'un pays qu'il aime et où il a trouvé l'accueil le plus sympathique. Ceux qui désirent connaître la valeur des institutions et des hommes dont s'honore la Belgique médicale trouveront des details très intéressans dans un travail publié il y a deux ans par M. le docteur Ph. J. Van Meerbeeck (de Malines) qui a visité les Universités de Paris, de Berlin et de la Hollande; le parallèle qu'il établit entre elles et celles de la Belgique porte un peu l'empreinte du sentiment patriotique; mais c'est là un titre de plus pour M. Van Meerbeeck à l'estime de ses lecteurs; il est certain qu'en maintes parties de l'enseignement et de la pratique de l'art la Belgique n'a rien à envier aux autres pays; nous citerons notamment l'avantage dévolu à tous les élèves de participer dans une égale mesure à l'instruction clinique, tandis qu'il est à Paris un privilége pour les internes qui seuls se familiarisent avec la pensée du maître et jouissent en quelque sorte de son expérience. Paris possède d'admirables élémens de prééminence scientifique; mais il ne saurait prétendre à la supériorité universelle ni diminuer le mérite des efforts qui se font ailleurs pour l'avancement de la science.

M. Pariset a eu l'heureuse idée de réunir en deux jolis volumes les œuvres littéraires qu'il a mises au jour en sa qualité de secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; les mémoires de cette compagnie les avaient déjà enregistrées; mais c'est là un sépulcre plutôt qu'un panthéon, et les gens du monde qu'il importe d'occuper quelque peu des gloires de notre profession, n'auraient pas été les chercher dans cette vénérable collection in-4°. Les noms de Corvisart, de Pinel de Percy, de Vauquelin, de Laënnec, de Desgenettes, de Portal, de Chaussier, d'Esquirol, etc., retentissent dans notre siècle; mais ils auront dans la pensée publique une signification plus complète par les brillantes oraisons dont

l'autre, semblent en effet mieux comprises après le travail de la mensuration, qui fixe chaque moment la pensée sur ces relations dignes de notre étude.

Primitivement le ventre distendu, proéminent, témoignant encore de son origine ombilicale, comprime et efface la cavité du thorax, sorte d'appendice surajouté à sa partie supérieure. Mais des instincts puissans appètent l'air, des cris, des mouvemens, la réaction des parties distendues viennent au secours de la cavité thoracique; elle s'agrandit, se creuse, et bientôt des formes plus élevées, plus gracieuses, témoignent de forces plus égales entre les deux cavités abdominale et respiratoire. Mais ce qu'il y a de remarquable dans ce premier résultat, ce qu'il contient de fécond comme règle d'éducation physique, c'est que l'aliment est la condition première du développement des muscles et de l'agrandissement du thorax; je pourrais ajouter de la croissance générale; car ce que nous avons vu des rapports de la poitrine avec la colonne vertébrale, l'élongation que cette dernière doit éprouver par le tiraillement en sens contraire opéré par la pression intérieure, tout cela ne doit pas être indifférent pour l'agrandissement du sujet.

Dans l'âge adulte, les deux forces restent en présence. Mais la continuité de la pression atmosphérique agissant avec toute la puissance du choc que peuvent lui donner les muscles, l'élasticité des gaz échauffés dans le poumon, la difficulté de leur sortie, tout concourt à agrandir la poitrine. De plus, les viscères de l'abdomen qui ont vécu les premiers, diminuent et de volume et d'activité; le ventre s'affaisse, s'aplatit, et la poitrine à son tour domine et absorbe la plus grande étendue du tronc, double disposition que les peintres et les statuaires ont admirablement saisie dans la figure de l'enfance et de la vieillesse.

Ces dispositions nouvelles ont leurs conséquences et leurs prescriptions. La poitrine, habituellement distendue, est inhabile à se distendre encore : l'inspiration est incomplète là où l'expiration l'est aussi. Le vieillard respire donc peu, comme l'a vu M. Bourgery; il exhale peu d'acide carbonique, comme l'ont constaté MM. Andral et Gavarret. J'ajouterai qu'il lui faut, pour respirer, toute l'intégrité de ses forces; que le froid, l'obscurité, la diète doivent lui être nuisibles, comme la fatigue, l'épuisement vénérien et qu'il semble indiqué pour combattre la dyspnée du vieillard, d'une part, de prêter appui à la poitrine au moyen de la compression, d'autre part, de soutenir l'action de son système musculaire pour lui continuer la faculté d'agrandir, dans les étroites limites de sa dilatation, une poitrine privée d'élasticité et de mouvement.

Quoi qu'il en soit de ces considérations, je passe à la partie pathologique de ces recherches.

II. — PATHOLOGIE.

La poitrine, dans l'état de maladie, varie plus que dans l'état physiologique. Les variations d'étendue deviennent alors sensibles chez les mêmes individus aux différentes phases d'une maladie.

Je citerai, comme preuve, les chiffres suivans :

	Maximum.	Minimum.	
Paroi antérieure......	24	12	emphysème et ascite.
Paroi postérieure......	33	24	Id., id.
Circonférence........	90	74	emphys., phthisie.

ASCITES; ENGORGEMENS DES VISCÈRES.

J'ai réuni 12 cas de distension non fébrile de l'abdomen.

La moyenne est de 15—26—77
Le maximum... de 16—30—82
Le minimum... de 12—24—77

BRONCHITE; PNEUMONIE.

Les bronchites ne m'ont pas paru modifier l'étendue du thorax. J'ai constaté le même fait pour les pneumonies légères. Dans deux cas, au contraire, où la pneumonie occupait un poumon tout entier, nous avons trouvé pendant l'état aigu une augmentation d'un cent. et d'un cent. et demi. Enfin, dans cinq cas, par le fait sans doute des émissions sanguines abondantes et le retrait du foie et de la rate, j'ai trouvé un accroissement de longueur pendant la convalescence.

TUBERCULES.

Les phthisiques, toujours si nombreux dans nos hôpitaux, m'ont fourni des résultats plus fixes et plus nombreux. J'ai réuni 33 cas de phthisie; ils donnent les chiffres suivans. Disons qu'en général l'âge des phthisiques dépasse un peu celui des autres malades, circonstance qui explique en partie le peu de fréquence de cette affection en Afrique.

La taille moyenne est, pour les tuberculeux, de 1,660.

	Moyenne.	Maximum.	Minimum.
La paroi antérieure est	de 17	21	13
La paroi postérieure..	de 29	32	26
La circonférence.....	de 76	81	72

De sorte que, comme l'a établi M. Woillez, la tuberculisation frappe surtout les hommes à poitrine étroite.

Je ne puis passer sur ce point sans faire remarquer qu'il confirme les idées de Broussais sur la tuberculisation : dans la dénomination de subinflammation donnée à cette affection par l'immortel auteur des phlegmasies chroniques, il y a peut-être une expression mauvaise, mais derrière celle-ci, pour peu qu'on envisage les faits d'un point de vue élevé, on pénètre la justesse, le sentiment vrai du rapport qui lie la tuberculisation à l'inflammation : l'une et l'autre se développant dans les mêmes organes, l'une et l'autre exprimées par des produits de sécrétion puisés dans la partie séro-fibreuse du sang; l'inflammation ayant lieu brusquement par la réaction d'une vie puissante, à propos du froid en général; la tuberculisation, plus lente dans son développement, se rattachant presque toujours, au contraire, aux natures affaiblies par le vice originel ou étiolées par des excès ou le manque de matériaux alimentaires suffisans.

PLEURITES.

Je ne reviendrai pas sur la mensuration latérale comme moyen de diagnostic de la pleurite. Ce que je veux établir, c'est qu'alors même que la mensuration ne donne pas de trace du développement du côté malade, elle permet de constater un agrandissement général.

Je citerai les faits suivans :

1. Pleurite gauche....	18	30	84	Côté droit...	42	Gauche..	42
Convalescence.....	16	29	83	Côté droit...	41 1/2		
2. Pleurite droite.....	19	32	87	Côté droit...	44	Gauche..	43
Convalescence.....	16	30	85				

M. Pariset leur fait cortège. Que reste-t-il à dire encore sur le talent de cet écrivain fécond, ingénieux; son style s'échappe à larges flots du cœur et de la tête; peu de médecins ont porté plus loin la pureté, l'élégance, la noblesse et l'abondance du langage; peu d'auteurs ont possédé à un plus haut degré l'art d'analyser avec lucidité les phénomènes les plus complexes de l'organisation, de décrire avec intérêt des objets qui semblent repousser la plume, de dérouler avec mouvement et presque avec passion les événemens d'une vie illustre et les phases de l'élaboration scientifique qui l'a remplie. Nous ne connaissons qu'un médecin qui se place, quoique sur une autre ligne, à côté du secrétaire perpétuel de l'Académie; et comme pour nous inviter à un parallèle qui nous serait une si périlleuse épreuve, il a tenté plusieurs des sujets que M. Pariset a traités : Portal, Corvisart, Chaussier etc., ont trouvé, fortune rare! un second panégyriste dans M. Reveillé-Parise, panégyriste n'est pas précisément le mot, et c'est là que git l'une des différences qui séparent les deux écrivains : qu'on relise les biographies qui ont paru à diverses époques dans ce journal et qui viennent d'être réunies avec d'autres œuvres inédites et d'une sérieuse portée dans les ÉTUDES SUR L'HOMME DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET L'ÉTAT DE MALADIE et l'on trouvera matière à plus d'un rapprochement piquant entre deux genres d'écrits inspirés par le même sujet : dans l'un et dans l'autre, même élégance des formes du langage, même correction de la phrase, même tendance à l'ornement littéraire, voilà pour l'écorce; mais dans la moelle, on découvre une différence notable de structure. M. Pariset écrit pour la tribune académique. M. Reveillé-Parise pour le calme lecteur de cabinet; le premier parle, le second raconte; à la différence des genres s'ajoute celle des esprits; celui de M. Pariset vit dans les régions supérieures de l'idéal et se nourrit de principes, de spiritualisme religieux; les réalités de ce bas monde ne lui apparaissent qu'à travers le voile d'une sainte poésie; s'il descend dans les détails d'une vie célèbre, c'est pour en extraire les meilleurs élémens; il n'y cherche que les sucs dont il puisse composer le miel parfumé de ses éloges; l'âge ni les travaux d'une science qui attache l'esprit aux spectacles infimes de la matière, n'ont pu glacer en lui l'enthousiasme du beau, du vrai, du juste, du bien; et par les plus arides chemins, au milieu des amphithéâtres ou des hôpitaux, il sait entr'ouvrir des horizons radieux, percer des perspectives de lumière et de ciel bleu. Ce n'est pas qu'il évite les incidens de la biographie; il se fait narrateur avec autant d'esprit que de naturel; mais l'esprit littéraire n'est jamais sacrifié; lisez le récit du concours où Pinel fut vaincu par un ex-gendarme devenu médecin (t. I, p. 252), et tant d'autres anecdotes dont il entremêle ses discours : une citation érudite, un rapprochement historique, la coupe du récit, ou quelque autre détail de facture, trahit, non certes le labeur, car M. Pariset doit écrire avec entraînement et comme sous le coup des pulsations pressées de son cœur, mais l'habitude de l'arrangement littéraire. M. Reveillé-Parise part de la vie positive et s'élève souvent aussi haut que l'auteur des éloges académiques; mais avant tout il est conteur et philosophe pratique; expert des choses humaines, voyageur méditatif à travers les vanités et les folies de ce monde, réminiscent du passé, indulgent au présent, contempteur souriant de ce que la foule célèbre et recherche, un œil dans les vieux livres qu'il manie avec prédilection et l'autre dans la vie, il instruit plus qu'il n'émeut, il pénètre plus dans l'intimité psychique des personnages dont il retrace la carrière; il s'attache plus à l'analyse des hommes qu'à l'appréciation de leurs ouvrages; il se

EMPHYSÈME.

L'emphysème nous a surtout présentés des résultats concluans et dignes d'être offerts à la méditation des praticiens.

Dans 5 cas d'emphysème général, la taille étant de 1661 :

La paroi antérieure est	de 20	Maximum... 24	Minimum... 17
La paroi postérieure..	de 31	Maximum... 34	Minimum... 30
La circonférence.....	de 85	Maximum... 88	Minimum... 82

Résultat plus frappant que celui obtenu par M. Woillez, qui ajoute peu de valeur aux données de la mensuration dans l'emphysème, quoiqu'il cite les chiffres suivans dans les seuls cas détaillés de cette affection que contienne son ouvrage.

1er cas.........	85
2e cas.........	95
3e cas.........	84
4e cas.........	82

Ce que j'ai obtenu de la mensuration du thorax m'a paru important, surtout au point de vue de l'emphysème pulmonaire.

On est loin encore d'être d'accord sur les dispositions précises qui constituent cette lésion ; si toutes les analogies soutiennent l'opinion de la dilatation hypertrophique des vésicules, les preuves matérielles manquent à cette manière de voir, que les récentes recherches de M. Rochoux viennent encore de remettre en doute. Dans cette incertitude, toutes les données secondaires méritent d'être accueillies, interrogées. A ce titre, la connaissance de la distension habituelle du thorax est chose digne d'attention.

Dans l'emphysème, comme chez le vieillard, la distension permanente du thorax rétrécit le champ des variations d'étendue de la cavité respiratoire. Les expirations et les inspirations sont également peu abondantes ; le malade est réduit, comme le vieillard, à une respiration régulière et continuée ; le champ des efforts, l'exercice de la course lui sont à jamais interdits.

Dans l'emphysème, comme dans la vieillesse, la poitrine se meut tout d'une pièce ; l'inspiration s'accomplit par le jeu des parties les plus mobiles ; elle a besoin alors de toute l'énergie, de toute l'intégrité de l'action musculaire.

Aussi dans l'emphysème, comme dans la vieillesse, tout ce qui épuise l'action nerveuse, tout ce qui lui manque dans l'absence des forces extérieures, est une cause de malaise, de dyspnée : le froid, l'obscurité, le coït, rappellent les accès d'asthme.

On conçoit même, et cela paraît avoir eu lieu dans les observations si intéressantes de M. Prus, que le choc violent d'une passion, ou la fatigue d'une route, épuisant tout à coup les forces mises en réserve, l'emphysème puisse devenir une cause de mort subite.

Ce qui m'a fait adopter cette interprétation des cas d'emphysème cités par MM. Prus et Devergie, c'est l'observation d'une fièvre typhoïde pendant laquelle un emphysème, resté jusqu'alors à l'état latent, est devenu la cause d'une dyspnée qui a masqué d'abord tous les symptômes, au point de nous faire croire à l'existence de tubercules pulmonaires infiltrés.

FIÈVRE TYPHOÏDE COMPLIQUÉE D'EMPHYSÈME.

OBS. — L., garde municipal, âgé de 25 ans, entre au Val-de-Grâce le 31 octobre. Au service depuis quatre ans, il a fait d'abord partie d'un régiment de cuirassiers ; à part les fatigues du service et quelques accès de fièvre intermittente contractée à Dunkerque, il n'a jamais été ni malade, ni impotent.

Le 25 octobre, il suivit un détachement de la caserne Mouffetard au théâtre du Bazar. Mis en faction sitôt son arrivée, il éprouva un sentiment de froid, et dans sa course pour retourner à la caserne, les forces et l'haleine lui manquèrent plusieurs fois. A son arrivée, il fut pris d'un besoin pressant d'aller à la garde-robe ; en regagnant sa chambre, il se trouva mal.

L. est d'une taille élevée ; la face et les extrémités ont une coloration veineuse prononcée ; ses chairs sont flasques, ses mouvemens difficiles ; la faiblesse musculaire ne lui permet pas de garder quelque temps une position assise.

Chez lui, ce qui frappe à la première vue, c'est la dyspnée. Les inspirations sont nombreuses (40 par minute) et profondes ; le thorax se soulève tout d'une pièce ; l'inspiration est tout abdominale. La poitrine, assez bien conformée, paraît cependant comme déprimée d'avant en arrière ; sa paroi antérieure donne 20, la postérieure 32, la circonférence 83. Le son est clair à la percussion ; le bruit respiratoire est obscur et couvert en arrière par du râle sibilant ; il n'y a ni toux, ni expectoration. Les battemens du cœur sont forts à l'oreille et à la main ; le pouls plein, vibrant, est à 90 pulsations ; la peau ne nous paraît pas échauffée. La langue est légèrement visqueuse ; l'appétit aboli ; le ventre souple, affaissé. Il y a une ou deux selles liquides en vingt-quatre heures. Les urines sont rares (500 grammes environ) et sont rendues opaques par un dépôt blanc épais. (Diète ; une saignée ; le sang est incomplètement coagulé, sans couenne.)

Anxiété la nuit. Le 2, même état. Une nouvelle saignée ; le sang s'écoule difficilement, on peut à peine en avoir une palette.

Le 3, la dyspnée s'est encore accrue ; 48 inspirations ; la poitrine est de plus en plus affaissée. Il y a de la stupeur ; le ventre est légèrement ballonné ; les extrémités froides. (Frictions avec l'eau chaude ; potion avec opium, 0,05 ; tartre stibié, 0,4.)

Le soir, dyspnée un peu moindre ; en même temps, pour la première fois, développement de la chaleur fébrile.

Délire la nuit, le matin, stupeur plus marquée ; fuliginosités des gencives ; selles et urines involontaires. (Même prescription.)

A dater de ce jour, les symptômes vont sans cesse en s'aggravant ; le malade conserve la liberté de son intelligence pendant le jour ; la nuit, il délire. L'anxiété est à son comble ; l'inspiration se fait par secousses ; le thorax est toujours déprimé et l'adynamie considérable.

L. succombe le 18 à huit heures du matin.

NÉCROPSIE le 19.

Quelques taches opaques sur l'arachnoïde, à la face supérieure du cerveau ; pie-mère injectée ; 2 onces environ de sérosité dans les ventricules. Cerveau ferme et légèrement sablé.

Cœur volumineux distendu par des caillots mous ; hypertrophie du ventricule droit (0,008 millim.).

Pas d'adhérences pleurales.

Les poumons font saillie à travers l'ouverture du thorax ; leur surface est blanche ; elle offre quelques bulles d'emphysème sous-pleural.

Le tissu pulmonaire crépite ; il donne à la pression la sensation que produit un coussinet de crin ou de ouate enveloppé d'une étoffe de soie. Sa coupe est sèche, résistante et n'affaisse pas les saillies lobulaires indépendantes de l'incision. Le tissu incisé a besoin d'une légère pression pour s'affaisser.

Il n'existe aucune granulation tuberculeuse. Les bronches présentent d'espace en espace quelques rougeurs par plaques analogues aux rougeurs par teinture des artères.

La rate est volumineuse et molle ; les ganglions lymphatiques du mésentère ont une teinte bleuâtre ; 5 ou 6 sont volumineux et ramollis.

Le quart inférieur de l'intestin grêle est recouvert d'arborisations vasculaires. Les follicules isolés font saillie ; il existe 5 à 6 plaques de Peyer tuméfiées et ulcérées.

(*La suite prochainement.*)

---

cantonne au centre de leur individualité, et il en suit le rayonnement, tandis que l'illustre orateur de la rue de Poitiers tourne solennellement autour de leur image et leur jette avec piété l'encens délicat de ses bienveillantes appréciations, mêlées d'aperçus fins, de spirituelles anecdotes et de digressions qui lui sont un heureux prétexte d'éloquence.

Puisque nous glosons sur les publications de ces derniers jours, laissez-moi vous signaler le bon travail de M. Gaussail, sur l'influence que l'hérédité exerce dans la production de la surexcitation nerveuse ; l'académie lui a décerné une couronne, et quand vous aurez lu cet ouvrage vous jugerez que l'académie a bien fait. Reste à savoir si le même sujet, plus ou moins modifié dans les termes de sa formule, pourra inspirer tous les ans une œuvre digne de la même récompense ; tel est pourtant le cercle fatal où certains legs enferment les sociétés savantes. Que Mme de Civrieux ait chargé l'académie de décerner tous les ans un prix fondé par elle, rien de mieux ; l'académie de médecine n'est pas riche ; il convient qu'elle possède les moyens d'encourager les travailleurs et d'attacher aux œuvres de science solide la sanction de son éclatant suffrage : mais lui tracer de par testament les sujets qu'elle doit imposer aux médecins amoureux de palmes académiques, c'est frapper de stérilité l'institution du prix, c'est stéréotyper les résultats des concours ; cet inconvénient, auquel s'ajoute celui d'une monotonie sans fin, ressort d'autant plus vite que la question à laquelle se rapporte le prix Civrieux n'est pas de nature à faire naître des travaux très variés et d'un intérêt général pour la médecine pratique ; on est réduit à la torturer, à la dévier, à en faire sortir d'autres questions, tels que l'hypocondrie, le suicide, etc. Mais le suicide est-il toujours le résultat d'une surexcitation nerveuse ? Mais l'hypocondrie consiste-t-elle essentiellement dans le même état morbide, ou n'est-elle point le masque variable de la réaction cérébrale dans une foule de maladies ? Dès lors, vous débordez le programme testamentaire en ayant l'air de vous y conformer : petite finesse peu digne de la gravité d'une académie. Donc qu'elle avise à se dégager des liens qu'elle s'est laissé imposer ; le nom de l'honorable testatrice vivra dans une autre lignée de lauréats, et comme son intention était sans doute de contribuer au progrès de l'art, elle sera remplie encore et mieux qu'avec le maintien indéfini de ce vague sujet : surexcitation nerveuse. Mais le moyen légal d'en finir avec la servitude du programme académique et notarié, je l'ignore ; si vous croyez qu'il existe, faites-le connaître, au risque de décourager les fondateurs futurs de prix spéciaux ; il pourrait arriver tel jour qu'un bourgeois opulent qui aurait eu à souffrir de fréquens coryzas ou de certaines végétations épidémiques, instituât un prix perpétuel sur la question du rhume de cerveau, ou des cors aux pieds, à traiter tous les ans à raison de 2 ou 300 fr. le mémoire.

L'académie aura à nommer prochainement un anatomiste ; la section qui demande une recrue est fort nette et positive ; elle n'a pas à redouter les candidatures banales qui flottent entre cinq ou six départemens scientifiques, et suivant l'occurrence, se portent de l'une à l'autre, disant :

Je suis souris : voyez mon corps ;
Je suis oiseau : voyez mes ailes.

L'âne de la fable apprend avec une parfaite indifférence le changement de son maître :

CHIRURGIE PRATIQUE.

RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE (extrait d'un travail adressé à l'Académie royale des sciences, le 21 septembre 1844); par le docteur L.-AUGUSTE MERCIER.

Peu de maladies ont été l'objet d'aussi nombreux écrits que les rétrécissemens de l'urètre, et cependant il en est peu qui offrent plus de problèmes à résoudre. Leur pathogénie a été tout à fait inconnue jusqu'à présent, leurs effets mal appréciés, et leur traitement n'a été que trop souvent le fruit de l'empirisme ou de la routine.

J'espère que ces RECHERCHES jetteront quelque jour sur ces différens points; mais, avant d'entrer en matière, je prie le lecteur de déposer toute idée préconçue et de ne me juger que d'après l'observation.

On admet généralement des rétrécissemens *spasmodiques*, d'autres *inflammatoires*, d'autres enfin que l'on a désignés sous le nom d'*organiques*. Voyons ce qu'on doit penser de ces différentes espèces.

SUR CE QU'ON DÉSIGNE SOUS LE NOM DE RÉTRÉCISSEMENS SPASMODIQUES DE L'URÈTRE.

C'est particulièrement à J. Hunter que nous devons les idées régnantes sur ce point. Les alternatives qu'il avait remarquées dans le jet urinaire de certaines personnes, et l'impossibilité d'attribuer des phénomènes aussi variables à une lésion purement matérielle, l'avaient porté à croire que l'urètre est susceptible de se rétrécir et de se dilater; il en avait même conclu que le tissu de ce canal est musculaire : « L'urètre, dit-il, est sujet aux maladies qui sont propres aux muscles en général, et c'est même la seule preuve que nous ayons de sa muscularité. » (ŒUV. CHIR., trad. par Richelot, t. II, p. 362.) Ainsi, Hunter avoue lui-même que ce n'est pas à l'anatomie qu'il doit cette idée sur la structure de l'urètre. E. Home, il est vrai, dit avoir vu une couche de fibres circulaires en dehors de la muqueuse; mais son opinion n'est pas pour moi d'un grand poids; il n'a presque toujours fait que copier et exagérer les opinions de son maître. D'ailleurs, une doctrine contraire a été soutenue par Ch. Bell, Græfe, Barovero (de Turin), etc. M. Shaw n'a rencontré ces fibres musculaires, ni sur le cheval, ni sur l'âne, ni sur le taureau. (MÉD. CHIR. TRANS., t. X, p. 342). D'un autre côté, M. Amussat ayant mis à découvert l'urètre d'un chien vivant, et y ayant introduit une sonde, ne rencontra pas la moindre difficulté en suivant la véritable direction, lors même qu'il excitait le canal à se contracter devant le bec de l'instrument, soit par des pincemens ou autres stimulans extérieurs. (GAZ. MÉD., 1836, p. 114.)

On a cité, pour prouver la muscularité de la partie spongieuse de l'urètre, le jet avec lequel la matière gonorrhéique sort quelquefois lorsqu'on sépare les lèvres du méat urinaire collées l'une à l'autre par le dessèchement d'une certaine quantité de cette matière; mais ce phénomène est un pur effet de l'élasticité. Il en est de même de la force avec laquelle une injection est expulsée du canal, et la même chose aurait lieu sur le cadavre, surtout si, à l'exemple de M. Shaw, on injectait de l'eau dans le tissu spongieux de l'urètre, de manière à lui donner ce léger gonflement qu'il a souvent dans la gonorrhée. Cet auteur a même fait voir que si, dans cet état, on introduit une bougie à plusieurs centimètres dans le canal, elle en est graduellement expulsée, surtout si elle est conique.

On a encore signalé, à l'appui de la même opinion, un phénomène tout à fait contraire : une bougie, dit-on, qui avait pénétré avec assez d'aisance, n'a pu être retirée qu'en employant une certaine force. Cette difficulté s'explique facilement lorsque la bougie a franchi un rétrécissement dur et calleux; car, pour peu que cet instrument soit hygrométrique, il se gonfle devant et derrière la coarctation. Mais j'ai quelquefois remarqué un phénomène qui, observé par d'autres et mal interprété, a pu induire en erreur. Souvent le canal est très étroit devant ou derrière la fosse naviculaire, et il faut pousser avec une certaine force lorsqu'on veut introduire une sonde un peu volumineuse. Or si, lorsqu'on la retire, on ne fixe pas la verge, celle-ci s'allonge. L'urètre, perdant alors en largeur ce qu'il gagne en longueur, comprime toute la partie de la sonde qu'il renferme, et avec d'autant plus de force qu'on tire davantage. Par là se trouvent multipliés les points de frottement; par là se trouve conséquemment accrue la résistance.

D'autres causes peuvent encore en imposer pour un spasme de l'urètre. M. Amussat ayant un jour introduit une bougie très fine à travers un rétrécissement, ne pouvait plus ni la pousser ni la retirer. Il imagina alors de faire une injection forcée dans le canal, et cette manœuvre lui réussit, car la bougie fut dégagée et le malade urina avec force; mais quelle ne fut pas la surprise du chirurgien lorsqu'il vit ses doigts couverts de sable rouge! Il comprit alors que ces corps étrangers s'étaient accumulés derrière l'obstacle et que c'était eux qui avaient serré la bougie d'une manière si étrange. (Loc. cit., p. 98.)

Des courbures peu connues et quelquefois exagérées du canal ont encore fait croire à des rétrécissemens spasmodiques. Ainsi, si l'on ne fait pas attention que l'urètre, pour se rendre du sommet du gland à la face inférieure de la verge, décrit une courbe plus ou moins prononcée, et qu'on introduise une bougie suivant l'axe du pénis, la pointe de l'instrument ira buter contre la paroi supérieure du canal et s'y arrêtera d'autant plus facilement que là se rencontrent des lacunes assez larges.

Pour passer au-dessous de l'arcade pubienne, l'urètre éprouve aussi une courbure qui n'est pas assez connue. Depuis le ligament suspenseur qui fixe la verge au devant de la symphyse jusqu'au bulbe, le canal ne se dirige pas directement en arrière, mais il descend en même temps un peu et, chez certains sujets, d'une manière assez prononcée. Beaucoup de chirurgiens se trouvent arrêtés en ce point, parce que, s'imaginant être arrivés dans le bulbe, ils abaissent le pavillon de l'instrument pour relever le bec et l'engager dans la portion membraneuse, tandis qu'il faudrait au contraire relever davantage le pavillon pour abaisser plus fortement le bec et le faire passer sous les pubis. Quelques-uns alors, après avoir tâtonné pendant quelque temps, enfilent la bonne voie, et, tout étonnés d'avancer si facilement là où ils venaient d'éprouver tant d'obstacle, ils restent convaincus qu'ils viennent d'avoir momentanément affaire à un rétrécissement spasmodique.

Dans toute l'étendue du canal, des tumeurs inflammatoires, des lacunes, de petites fausses-routes, etc., peuvent encore devenir causes d'erreur.

Il est question dans les LEÇONS ORALES de Dupuytren d'un homme affecté d'un rétrécissement profond et très dur. « Une bougie fut placée

---

Clitellas dùm partem meas....

La médecine doit-elle répéter ce dicton, depuis que l'Université a changé de grand maître? Ce que M. Villemain n'a pas tenté pour elle, M. Salvandy le fera-t-il? Nous nous souvenons de l'activité qu'a déployée ce dernier dans un premier ministère : peut-être... espérons... quoique nos espérances tirent l'aile et ne comptent plus les années; que M. de Salvandy nous dispense d'espérer encore longtemps :

On désespère alors qu'on espère toujours.

Il est temps, en vérité, de porter remède au mal qui travaille la profession médicale en France; la suppression de la patente a été un redressement de la dignité de l'art; il reste à l'affranchir des fléaux de la superfétation, de la concurrence illégale, du charlatanisme sous quelque face qu'il se montre, Protée immonde, pour tailler à vif dans la crédulité publique, etc. Il est peu de questions relatives à l'enseignement comme à la pratique de la médecine, lesquelles ne sollicitent à différens degrés une révision, une solution plus en rapport avec les besoins du temps, les progrès de la raison publique et les convenances ou les nécessités de l'existence même des médecins. Nous nous flattons que le nouveau grand maître sera jaloux d'attacher son nom à cette œuvre de régénération qui est si vivement réclamée par l'une des classes les plus éclairées de la société et qui doit profiter à tous. Que nos confrères qui ont conquis une place sur les bancs de la chambre élective, se souviennent de leur origine et se fassent les interprètes des souffrances de la carrière où ils ont acquis leurs premiers droits à l'estime et à la confiance de leurs concitoyens; plusieurs semblent oublier leur point de départ, et s'appliquent à dérober sous d'autres titres ou sous d'autres airs le noble stigmate de leur passé médical. Nous comptons sur le zèle de M. Bouillaud qui lui s'honore tout haut d'une profession dont il est l'une des plus brillantes célébrités; il peut exister entre ses doctrines et celles de ce journal des dissidences plus ou moins étendues; mais l'élévation de son esprit, l'éclat de son talent oratoire, la loyauté de son caractère, l'excellence de ses sentimens attirent vers lui, avec une confiante sympathie, tous les médecins qui comprennent l'urgence d'une réforme et la nécessité d'une défense retentissante au sein du parlement.

En attendant que les tribunaux s'avisent d'user, dans l'intérêt de notre profession et de la société, de toute la sévérité que comportent les lois actuelles, et qui suffit à peine à la répression apparente des scandales de l'industrie contemporaine, ils nous gratifient de temps en temps de quelque arrêt propre à jeter la terreur dans l'âme des praticiens et de leurs familles. Un officier de santé, appelé auprès d'un individu atteint de hernie étranglée, demande à son tour l'assistance d'un docteur en médecine, conformément à l'art. 29 de la loi du 19 ventôse an XI; le malade est opéré, goûte après l'opération un sommeil paisible de six heures, éprouve pendant trois jours un soulagement complet, puis succombe au milieu des symptômes renouvelés de l'étranglement. Les deux hommes de l'art sont poursuivis devant le tribunal de Vesoul, comme coupables d'homicide par imprudence : 1° à cause d'une interruption de vingt-cinq minutes dans l'opération; 2° à cause du procédé employé pour la pratiquer. Les experts nommés par le tribunal ont reconnu que le procédé (incision inclinée faite au des-

au devant de l'obstacle; mais le malade indocile la retira une heure après. Le soir, on essaya de la réintroduire, mais inutilement; l'urètre était dans un état de spasme si grand qu'on ne put la faire pénétrer au-delà de la fosse naviculaire et qu'une force assez grande était nécessaire pour l'arracher. Le surlendemain, M. Dupuytren présenta au canal une sonde d'argent d'un moyen et d'un petit calibre; l'une et l'autre furent arrêtées dans la fosse naviculaire et pressées avec la même force que la bougie l'avait été la veille. Un bout de sonde arrondie à son extrémité fut introduit et fixé dans la fosse naviculaire; elle fit peu de chemin dans les premiers instans, mais au bout de vingt-quatre heures elle avait pénétré. » Ce fait est peut-être celui qui milite le plus en faveur du spasme de la portion spongieuse de l'urètre; cependant je crains qu'on n'ait pas suffisamment fait attention aux diverses causes d'erreur que j'ai dit exister dans la partie antérieure du canal. Admettons, par exemple, cette étroitesse naturelle que j'ai dit n'être pas rare derrière la fosse naviculaire, et supposons, ce qui paraît assez probable d'après l'*indocilité* prétendue du sujet, que la compression déterminée en ce point par la première bougie y ait excité une inflammation, et par suite du gonflement, et l'on comprendra comment la bougie qui d'abord y avait été introduite n'a pas pu y repasser pendant quelques jours.

M. Civiale croit aussi à la possibilité des rétrécissemens spasmodiques de la région spongieuse. (MAL. DES ORG. GÉN.-URIN., t. I, p. 61.) Toutefois, le seul fait qu'il cite est bien peu concluant. « J'avais soumis, dit-il, un malade à la lithotritie : un *gros* fragment de calcul s'engagea dans l'urètre, au milieu de la partie spongieuse duquel il s'arrêta, et d'où je le retirai après quelques heures de séjour. Au bout de quatre heures, je fus rappelé auprès du malade qui, ne pouvant pas uriner, croyait qu'un second fragment s'était arrêté au même endroit. J'introduisis avec précaution une algalie qui s'arrêta en effet à ce point, mais sans y rencontrer de pierre. Il n'y avait qu'un fort resserrement de l'urètre dans une étendue de 2 à 3 lignes. Cette coarctation céda bientôt à une pression douce et graduée de la sonde, et aussitôt, sans que celle-ci pénétrât plus avant, l'urine fut lancée avec tant de force qu'on ne put la recueillir. » Rien ne prouve qu'il y ait eu, dans ce cas, autre chose qu'un gonflement inflammatoire.

Ainsi, il n'est peut-être pas de fait donné comme rétrécissement spasmodique de la région spongieuse qui ne soit susceptible d'une autre interprétation. D'un autre côté, des chirurgiens d'une très grande expérience n'en ont jamais vu. (Ségalas, TRAITÉ DES RÉT. D'UR., p. 63; Amussat, loc. cit.; Leroy-d'Etiolles, LETTRES ET MÉM., p. 124.) Pour mon propre compte, je me trouve dans le même cas. On m'accordera donc qu'avant d'admettre comme prouvé un phénomène aussi rare et aussi singulier, il faudrait de nouvelles observations recueillies en se mettant plus en garde qu'on ne paraît l'avoir fait jusqu'à présent contre les diverses sources d'erreurs.

Quant aux rétrécissemens spasmodiques de la partie profonde de l'urètre, ils sont plus généralement admis. C'est qu'en effet ils reposent sur des faits bien plus nombreux, bien plus concluans. Ceux-là mêmes qui admettent la possibilité de spasmes dans toute l'étendue du canal, conviennent qu'on ne les rencontre presque exclusivement que dans sa partie profonde. (Bégin et Lallemand, DICT. DE MÉD. ET CHIR. PRAT., t. XIV, p. 312; Civiale, loc. cit.) Toutefois, il est encore important de s'entendre à ce sujet.

J'ai dit ailleurs (RECH. SUR LES MAL. URIN. DES HOMMES AGÉS, p. 34), et en cela je n'ai fait que répéter, sans le savoir, l'opinion d'anatomistes anglais très distingués, Ch. Bell et M. Shaw, que je ne crois pas les parois de la portion membraneuse formées par du tissu musculaire; mais par un tissu fibreux dans la composition duquel entrent beaucoup de capillaires veineux analogues, mais en petit, au réseau qui donne à la portion spongieuse son aspect et son nom. En raison de cette structure, la couleur de ce tissu se rapproche jusqu'à un certain point de celle du tissu musculaire, et, si on exerce sur lui des tractions en long ou en travers, il présente des stries longitudinales ou circulaires.

Suivant les auteurs que je viens de citer, la portion membraneuse elle-même n'est pas susceptible de se resserrer circulairement; mais il existe en dehors d'elle une disposition que Wilson a remarquée dès l'année 1808 (MED. CHIR. TRANS., t. I), sans y avoir cependant attaché une importance suffisante. Une portion du muscle releveur de l'anus, que cet auteur a regardée à tort comme un muscle particulier, est disposée de manière qu'ayant ses insertions derrière la symphyse pubienne, elle vient s'entrecroiser avec celle du côté opposé, derrière la portion membraneuse de l'urètre, et forme une anse qui embrasse cette portion dans sa concavité.

Il résulte de cette disposition que si les fibres charnues dont se composent ces deux faisceaux viennent à se contracter, la partie de l'urètre qu'ils embrassent est tirée en avant et fait angle plus aigu avec la portion bulbeuse, laquelle est fixée en arrière par des insertions du sphincter externe de l'anus.

Si donc la partie profonde de l'urètre jouit, pour une raison quelconque, d'une sensibilité exagérée, et qu'on vienne à entreprendre le cathétérisme, il pourra se faire qu'arrivé dans le bulbe, le bec de la sonde provoque la contraction spasmodique de l'anse musculaire dont je parlais il n'y a qu'un instant, et qu'il ne puisse se porter assez en avant pour se prêter à l'augmentation de courbure du canal et passer au-delà du bulbe. Sans doute, ce spasme pressera les parois latérales de la portion membraneuse l'une contre l'autre, et plus encore la postérieure contre l'antérieure; mais celle-ci sera libre ou presque libre de céder à une propulsion qui agirait de sa face interne vers l'externe.

Et qu'on ne croie pas cette distinction sans importance.

Si le canal était véritablement rétréci par le spasme de fibres musculaires entrant dans la composition de ses parois, celles-ci diminueraient véritablement de circonférence pendant toute la durée du spasme et opposeraient une résistance réelle au passage des instrumens, quelle que soit la direction qu'on leur imprime. Dans le cas, au contraire, où l'arrêt serait produit par un muscle extérieur au canal et ne l'étreignant pas dans toute sa circonférence, il suffirait de porter les instrumens vers la paroi non comprimée pour l'écarter et passer outre. C'est en effet ce que j'ai bien des fois remarqué chez plusieurs sujets à urètre irritable : une sonde droite, même très fine et très souple ne pouvant s'engager dans la portion membraneuse, il m'a suffi de courber son extrémité à l'aide d'un mandrin ou même du simple fil d'argent qui sert à désobstruer les algalies, ou bien de prendre une sonde à courbure fixe pour franchir aisément le point qui paraissait d'abord coarcté. Dans quelques cas où la courbure ordinaire ne paraissait pas encore suffisante pour suivre la portion mem-

sons et à peu de distance de l'anneau inguinal) rendait le débridement possible, quoique plus difficile que si l'incision eût été opérée au scrotum et en remontant vers l'anneau. Le docteur et l'officier de santé sont néanmoins condamnés à la prison et à l'amende..... Il est inutile de commenter ce jugement, qui vient d'ailleurs d'être cassé par la Cour royale de Besançon; mais ce nouvel arrêt, tout en déchargeant les inculpés de toute condamnation, s'appuie sur des doctrines pleines de périls pour l'exercice de la médecine et de la chirurgie; le renvoi des deux praticiens n'est motivé que par l'insuffisance des faits invoqués contre eux et le caractère opposé des présomptions qui découlent d'autres faits; le principe du recours légal contre les hasards malheureux de notre art est consacré par la Cour de Besançon; sans doute l'intention des magistrats n'est point de fournir matière et prétexte à une nouvelle industrie qui viendrait s'exercer contre les médecins et qui tendrait à remplacer les honoraires par des demandes de dommages-intérêts au profit des malades non guéris ou de leurs familles; ils ne prétendent pas davantage s'ériger « en conseils médicaux supérieurs, distribuant le blâme avec la peine et indiquant la route qu'il faut suivre. » Mais, dit l'arrêt, l'action de la justice commence là où pour tout homme de bon sens, et indépendamment des théories sujettes à discussion, il y a eu de la part du médecin faute lourde, négligence, maladresse visible, impéritie ou ignorance des choses que tout homme de l'art doit savoir, etc. Cette revendication au profit de l'action judiciaire contre la médecine et la chirurgie, la Cour de Besançon la fait dériver des art. 319 et 320 de la loi citée, dont les termes sont très généraux, et elle la fonde dans l'espèce sur cette considération incontestable, qu'aucune profession, si élevée qu'elle soit, ne peut conférer à celui qui l'exerce un privilége d'immunité et d'irresponsabilité, même alors qu'ils occasionnent détriment, blessure et homicide involontaire. Nos lecteurs ont saisi tout le danger, toutes les menaces que cette jurisprudence élève contre la profession médicale; elle semble irréprochable en principe, mais elle peut conduire à de graves abus, à des écarts que la Cour de Besançon n'aura certes pas voulu susciter aux hommes de l'art; comment fixer la limite où commence le contrôle de *tous les hommes de bon sens* sur les actes de notre ministère? Les expressions d'*impéritie, maladresse, faute lourde* sont d'une effrayante élasticité; qui fera connaître à la justice qu'il y a *ignorance des choses* qu'un médecin doit savoir? Que diraient les magistrats de Besançon si les médecins sollicitaient une loi de talion contre les juges qui rendent des arrêts défectueux et démontrés tels par contre-arrêt de la Cour de cassation, et comme les jugemens des Cours royales en matière civile sont exécutoires nonobstant appel en cassation, frappera-t-on d'une condamnation d'amende ou d'indemnité les juges qui auront erré *par ignorance des choses qu'un juge doit savoir*, et qui, par de telles erreurs, portent très souvent les plus funestes atteintes à l'intérêt des familles? — Voilà pourtant où conduit la jurisprudence que nous signalons; la question est sérieuse; elle mérite un examen approfondi, et comme l'heure presse, nous y reviendrons dans une prochaine lettre.

Y.

braneuse entraînée en avant, j'ai pu pénétrer avec ma sonde coudée (1). On comprend comment sa forte courbure se prête merveilleusement à cette déviation, et comment, une fois engagée dans la portion ascendante de l'urètre, elle peut toujours vaincre la résistance de l'anse musculaire contracturée. Comme ce n'est pas le bec, mais le talon de l'instrument qui lutte contre cette résistance, on n'a pas à craindre de fausse route, et on peut toujours employer une force suffisante.

D'un autre côté, la déviation que je viens de décrire ne saurait rendre compte des rétentions d'urine qu'on attribue au spasme de la portion membraneuse. Comment supposer, en effet, qu'une fois engagée dans la portion prostatique, pressée par les contractions de la vessie et des muscles abdominaux, l'urine ne parviendrait pas à écarter tant soit peu les parois d'un canal qui ne sont qu'appliquées l'une contre l'autre, à passer là où une sonde volumineuse bien dirigée finit presque toujours par s'engager? Oublierait-on combien il faut peu pour qu'un liquide comme l'urine se fasse jour? Si la rétention d'urine pouvait être l'effet d'un simple spasme de la portion membraneuse, celle du sperme devrait être bien plus fréquente encore, et cependant nous verrons que celle-ci est extrêmement rare, même dans les cas où il y a à la fois spasme et rétrécissement organique. Souvent, chez des hommes affectés d'ischurie par irritabilité extrême de l'urètre, le sperme ne s'échappe qu'avec douleur; peut-être même ne passe-t-il qu'avec peine; mais il passe; et cependant sa consistance est beaucoup plus grande que celle de l'urine; il arrive en moins grande quantité; tout porte à croire qu'il n'est pas poussé par des forces aussi énergiques, et, de plus, son évacuation se fait dans des circonstances bien plus propres, ce me semble, à mettre en jeu cet excès de contractibilité dont on fait une cause si fréquente de rétention d'urine (2). Cette simple remarque nous donne donc lieu de croire que l'ischurie spasmodique a son principe au-delà des orifices des canaux éjaculateurs.

Il n'est pas probable qu'elle puisse avoir lieu dans la région prostatique : celle-ci, comprise entre les lobes latéraux d'une glande compacte, n'est pas susceptible de se resserrer spasmodiquement. Elle peut bien être comprimée d'un côté à l'autre par les faisceaux des muscles pelviens ou releveurs de l'anus qui agissent sur la prostate; mais cette compression ne serait ni assez forte ni assez prolongée pour produire, à elle seule, une ischurie véritable.

Quant au col de la vessie, il peut se fermer spasmodiquement; mais ce n'est pas, à proprement parler, par un rétrécissement. J'ai dit, dans mes précédentes *Recherches*, que son sphincter n'est pas circulaire; mais qu'il est principalement constitué par des fibres musculaires qui, embrassant le bord postérieur de l'orifice dans leur concavité, vont se jeter par leurs extrémités dans la paroi antérieure de la vessie. Il résulte de là que l'occlusion de cet orifice se fait par une traction de son bord postérieur en avant, c'est-à-dire par la formation d'une sorte de valvule, de soupape adhérente en arrière et sur les côtés, et s'avançant au-dessus du bord antérieur.

Ceci nous explique pourquoi les anatomistes se sont presque tous accordés à dire que l'orifice urétral de la vessie n'est pas circulaire, mais qu'il se rapproche plus ou moins de la forme d'un croissant disposé transversalement; pourquoi, tandis que les injections qu'on pousse dans la région prostatique passent si facilement dans la vessie, celle-ci garde au contraire avec si peu d'effort et de participation de notre volonté l'urine qu'elle renferme. Qu'on suppose son col fermé comme l'anus et son contenu pressé par toutes les forces qui agissent habituellement sur lui, croit-on que ce liquide serait retenu avec tant de facilité et pendant un temps aussi long? Ce qui se passe lorsqu'on est affecté de la diarrhée, lorsqu'on a pris un lavement et qu'on reste debout de manière à ce qu'il ne puisse se répandre dans les parties supérieures du gros intestin, répond suffisamment à cette question. Et cependant, quelle différence de force entre le double sphincter de l'anus et celui de la vessie, si petit, qu'on a douté de son existence, si pâle qu'on a douté de sa nature musculaire! Qu'on compare la force nécessaire pour faire pénétrer une sonde élastique dans l'anus d'une personne qui lutterait contre le besoin de rendre un lavement, à celle qu'il faut mettre en œuvre pour lui faire franchir le col de la vessie chez un homme qui lutte contre le besoin d'uriner. Dans le premier cas, il faut un effort considérable; dans le second, il en faut si peu, qu'on est souvent, dans certaines manœuvres d'exploration que j'indiquerai plus loin, embarrassé de savoir si l'on est arrivé ou non dans la vessie. Supposons maintenant ce réservoir fermé par une soupape, et l'on concevra pourquoi une si faible somme de contraction suffit : qu'elle maintienne la soupape tendue, c'est tout ce qu'il faut; l'urine est pour ainsi dire retenue par l'effort même qu'elle fait pour sortir.

Mais, dira-t-on, comment se fait l'excrétion urinaire? D'une manière bien simple. La distension ou la contraction de la vessie tendent à éloigner les uns des autres les différens points de son col, à tirer par conséquent la valvule en arrière : j'ai décrit, dans mes précédentes RECHERCHES, un plan de fibres musculaires longitudinales qui ne me paraissent pas avoir d'autre fonction. Eh bien, que l'anse musculaire qui détermine la saillie de la valvule cesse de se contracter, celle-ci obéira aux forces qui l'entraînent en arrière, et l'orifice se trouvera dégagé.

Mais supposons qu'il existe un point d'irritation dans le voisinage, dans la région prostatique de l'urètre ou dans le bas-fond de la vessie; supposons qu'un principe rhumatismal ou autre se porte en cet endroit; alors l'anse musculaire en question pourra devenir le siége du spasme, de la contracture, et, la valvule ne pouvant se relâcher, non seulement il y aura rétention d'urine, mais encore difficulté d'autant plus grande pour soulever la soupape que l'urine exercera une pression plus forte sur la face supérieure. De là, cette circonstance remarquée de tous les praticiens, que la sonde pénètre d'autant plus difficilement alors dans la vessie, que cet organe est plus distendu. Mais, qu'on y fasse bien attention, c'est bien moins une force vive qu'une bonne direction qu'il faut imprimer à l'instrument. Si l'on présente son bec perpendiculairement à la face inférieure de l'opercule, on aura à vaincre non-seulement la contracture du faisceau musculaire qui s'étend, mais encore la pression de l'urine accrue, dans beaucoup de cas, par les contractions spasmodiques du corps de la vessie et des muscles abdominaux. On traverserait alors la valvule plutôt qu'on ne la soulèverait, et chacun sait que les fausses routes dans le bord postérieur de la vessie sont extrêmement communes. Mais si, au lieu d'attaquer pour ainsi dire l'obstacle de vive force, on cherche à le tourner, c'est-à-dire si, arrivé à l'entrée de la vessie, on porte le bec de la sonde fortement en avant, du côté de la symphyse pubienne, là où se trouve le bord de la valvule, le moindre effort suffira pour le franchir.

En résumé, les parois de l'urètre n'ont pas, suivant moi, de fibres musculaires intrinsèques qui puissent les rétrécir véritablement. Elles sont, dans leur portion périnéale, en rapport avec des muscles; mais ceux-ci sont disposés de telle sorte, que ce n'est pas un resserrement véritable, mais un aplatissement ou une déviation qu'ils impriment au canal. Dans la région bulbeuse, les bulbo-caverneux ne peuvent que l'aplatir de bas en haut; dans la région membraneuse, les faisceaux dits *muscles de Wilson*, le dévient en avant en l'aplatissant surtout dans le sens antéro-postérieur; dans la région prostatique, les parties supérieures de ces mêmes faisceaux l'aplatissent d'un côté à l'autre, et, au col de la vessie, le faisceau *sphincter* le porte en avant, en imprimant à l'orifice une forme transversale.

Ainsi, la portion profonde de l'urètre, y compris la région bulbeuse, éprouve, par le fait de la contraction spasmodique des muscles qui l'entourent, un aplatissement alternatif et des déviations qui la rapprochent (qu'on me passe cette comparaison grossière) d'un Σ (grand sigma des Grecs) dont les branches horizontales représenteraient la valvule du col et la région bulbeuse, tandis que les parties moyennes représenteraient les régions prostatique et membraneuse.

On voit, en dernière analyse, qu'il n'existe pas de rétrécissemens spasmodiques, mais des *déviations spasmodiques* de l'urètre. L'aplatissement peut gêner la progression des sondes; mais on m'accordera que ce ne peut être un obstacle bien sérieux toutes les fois que l'instrument est poussé dans une direction convenable. Quant à ce dernier point, il est de rigueur. On doit toujours commencer le cathétérisme avec une sonde flexible à courbure fixe, ou bien avec une sonde élastique droite, mais courbée assez fortement à son extrémité à l'aide d'un mandrin. Si l'on ne peut parvenir dans la vessie, on réussira presque infailliblement à l'aide de ma sonde coudée, maniée d'après les règles que j'ai établies dans mes précédentes publications (voir particulièrement mes RECH. SUR UNE CAUSE PEU CONNUE DE RÉT. D'URINE, p. 189). Lorsqu'on abaisse son pavillon pour pénétrer dans la portion ascendante du canal, son bec se porte en avant, c'est-à-dire dans le sens des déviations, et c'est son talon qui déprime les obstacles.

Quant aux causes qui provoquent les déviations spasmodiques de l'u-

(1) La tige de cette sonde est droite, et son bec, long de 12 à 16 mill. seulement, forme un angle presque droit avec la tige (100 à 110 degrés). Voy. mes RECHERCHES SUR LES MALAD. URIN. DES HOMMES AGÉS, p. 357 et 315.)

(2) Cependant je viens de traiter d'une valvule du col de la vessie un homme qui, depuis plusieurs années, n'a jamais de sperme au dehors bien qu'il ait assez souvent les sensations qui accompagnent l'éjaculation et que je n'aie rencontré dans son canal que le spasme dont sa valvule a été le résultat. Il est vrai que nous n'avons pu constater si l'urine était alors mêlée de matière prolifique. Cockburn a connu un homme qui avait des éjaculations en dormant et ne pouvait en avoir dans le coït; il lui conseilla de légères évacuations et un peu de diète (obs. de la soc. de méd. d'Edimb., t. I, p. 394). Ce phénomène tenait-il à ce que l'érection était trop forte dans le coït, comme le pense Cockburn, ou bien à un spasme des muscles qui compriment la région membraneuse? Je pencherais plutôt vers cette dernière opinion.

rètre et à leurs moyens de traitement, je ne m'y arrêterai pas ici, parce que je ne ferais que répéter ce que j'ai exposé fort au long dans l'ouvrage que je viens de citer.

SUR CE QU'ON DÉSIGNE SOUS LE NOM DE RÉTRÉCISSEMENS INFLAMMATOIRES DE L'URÈTRE.

On a cru avoir affaire à un rétrécissement de ce genre quand, pendant le cours d'une urétrite aiguë, il survenait une rétention d'urine. On a pensé qu'il s'opérait alors un gonflement de l'urètre capable d'oblitérer son canal (Lagneau, MAL. SYPH., t. I, p. 34); mais je crains que l'interprétation des faits sur lesquels on se base n'ait pas toujours été parfaitement exacte.

Qu'un afflux plus ou moins considérable de sang dans les parois de l'urètre puisse en diminuer le calibre, cela ne peut être l'objet d'aucun doute; mais que cette turgescence s'oblitère assez fortement pour que l'urine ne puisse filtrer entre ses parois, c'est ce qui me paraît moins certain. S'il en était ainsi, c'est dans la portion spongieuse qu'on devrait le plus souvent observer ce phénomène, d'abord parce qu'elle est le siége le plus ordinaire de la blennorrhagie; ensuite parce que sa structure se prête particulièrement à cette congestion. Mais j'ai quelquefois pratiqué le cathétérisme dans des cas d'ischurie blennorrhagique, et je ne puis assurer que la sonde n'éprouve pas de difficulté sérieuse à traverser cette région. Dans l'érection, elle devient le siége d'une congestion des plus manifestes. Or, j'ai eu affaire à plusieurs sujets dont l'organe copulateur était tellement sensible, qu'on ne pouvait y toucher sans provoquer l'érection (je viens d'observer encore un cas de ce genre au moment où j'écris ces lignes); eh bien, je n'ai jamais remarqué qu'il en résultât un obstacle sérieux au passage de la sonde.

Qu'on observe avec soin, et l'on verra que, sauf complication, ce n'est guère que quand l'inflammation a gagné le col de la vessie que la blennorrhagie s'accompagne d'une véritable iscburie. Or, c'est précisément aussi dans les régions profondes que le cathétérisme m'a présenté quelques difficultés, et ces difficultés ont été telles, qu'elles m'ont paru bien plutôt imputables au spasme des muscles voisins qu'au gonflement des tissus, au rétrécissement de l'urètre. Il est bien entendu que je laisse de côté les cas où l'urine est arrêtée par un abcès formé dans les parois du canal ou dans ses environs, et faisant saillie dans son intérieur : ce n'est pas là ce qu'entendent les chirurgiens par rétrécissemens inflammatoires. « Rien n'est plus commun, dit M. Ricord, que de rencontrer la dysurie *à ses divers degrés*, jusqu'à la rétention plus ou moins complète, dans les uréthrites à l'état aigu, et cela quelquefois dès les premiers jours de leur existence, pour donner lieu à ce qu'on appelle les *rétrécissemens inflammatoires*. Ces rétrécissemens sont la conséquence ou d'un engorgement en quelque sorte phlegmoneux, ou d'une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire sous-muqueux, et disparaissent quand l'état aigu cesse (ŒUV. DE HUNTER, t. II, p. 300, note). »

Je pourrais d'abord demander si on a jamais constaté anatomiquement un engorgement ou un œdème du tissu cellulaire sous muqueux assez prononcés pour oblitérer le canal : j'en doute. Pense-t-on d'ailleurs qu'un engorgement des parois urétrales assez considérable pour gêner et même arrêter le cours de l'urine, soit aussi commun et se résolve aussi constamment que le donnerait à croire le passage que je viens de citer? Cela n'est pas probable.

Assurément la dysurie, à divers degrés, est très commune dans l'urétrite aiguë; mais quand un sujet atteint de cette maladie se met en devoir d'uriner et ne le peut à la seule idée des douleurs qu'il va endurer, est-ce à un gonflement des parois urétrales qu'est due alors la difficulté qu'il éprouve? Chacun répondra que c'est au spasme des muscles qui agissent sur les parties profondes du canal, et les malades eux-mêmes le sentent parfaitement. Or, ce qui arrive dans les inflammations légères devient plus marqué dans les cas graves et surtout quand l'inflammation gagne le col de la vessie; mais c'est toujours le même phénomène. Je doute même que dans les ischuries qui compliquent les tumeurs phlegmoneuses des parois de l'urètre, le spasme dont je viens de parler ne joue pas quelquefois un grand rôle.

On citera sans doute des cas où l'urine s'est fait jour après l'ouverture artificielle et spontanée de ces sortes de tumeurs; mais cela ne tiendrait-il pas à ce que l'orgasme inflammatoire a éprouvé une détente salutaire, à ce que l'instinct a en lui-même conscience de la disparition de l'obstacle, etc.? Une sonde introduite dans la partie de l'urètre antérieure à un rétrécissement n'a-t-elle pas souvent suffi pour déterminer le passage de l'urine? A-t-on vu souvent derrière ces sortes d'abcès l'urètre distendu par le flot urinaire? Ce n'est pas du moins ce qui résulte de mes observations.

Ainsi, les rétrécissemens inflammatoires, quoique existant réellement, ne méritent pas, à mon avis, une place à part dans le cadre nosologique, parce que seuls et sans complications, ils n'entraînent pas d'accidens spéciaux, n'exigent pas de traitement spécial. La rétention d'urine dont l'urétrite aiguë s'accompagne assez souvent doit être rapportée, sauf dans quelques cas exceptionnels, à une contraction spasmodique, à une contraction des muscles qui environnent l'urètre, et rentre par conséquent dans la classe des phénomènes que j'ai décrits dans le chapitre précédent. Elle n'a de distinctif que l'acuité de la cause à laquelle le traitement doit être approprié.

M. Amussat avait déjà rejeté cette classe de rétrécissemens, mais pour une autre raison. D'après lui ils ne méritent pas ce nom, parce qu'ils ne sont que passagers. (LEC. SUR LES RET. D'URINE, p. 11.)

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le numéro d'octobre 1844 contient les articles originaux suivans : 1° *Observations et remarques sur l'histoire et les rapports pathologiques de deux espèces d'hydatides, non décrites jusqu'ici*; par MM. Gairdner et Lée, avec observations microscopiques par M. Goodsir. 2° *Sur la nature de l'agent nerveux*; par M. James Stark. 3° *Théorie et maladies de la menstruation*; par M. Ch. Bell. 4° *Notes médicales sur la Syrie, ou observations pratiques sur les maladies traitées dans ce pays pendant un séjour de treize mois, comprenant des remarques sur la contrée, son climat, sa population, ses ressources, et un essai sur la peste qui a régné à Beyrouth en 1841*; par M. Robertson. 5° *Sur l'inflammation comme procédée de nutrition anormale*; par M. Hughes Bennett. 6° *Mémoire sur le sexe de l'enfant, considéré comme cause de difficulté et de danger dans l'accouchement*; par M. Simpson. 7° *Tribut à l'art des accouchemens*; par M. Smith. (Discussion sur les inconvéniens et les avantages comparés du décubitus dorsal et de la situation latérale pendant l'accouchement.) 8° *De la sécrétion du carbone par les animaux*; par M. Rigg. 9° *Sur la couleur et la structure des corps jaunes dans les premiers temps de leur apparition*; par M. Paterson.

OBSERVATIONS SUR L'HISTOIRE ET LES RAPPORTS PATHOLOGIQUES DE DEUX ESPÈCES D'HYDATIDES JUSQU'ICI NON DÉCRITES; par MM. GAIRNER et LEE; avec des observations microscopiques; par M. GOODSIR.

Les deux genres d'acéphalocystes dont il est question dans cette communication sont si différens entre eux et de ceux qui ont déjà été décrits par les auteurs, que nous aimons mieux analyser les observations où ils sont décrits que d'entreprendre leur description d'une manière isolée; notre résumé y gagnera sous le point de vue de la brièveté et de la clarté.

OBS. I. — M..., âgé de 69 ans, se plaint, au commencement de 1843, d'un affaiblissement des extrémités inférieures, avec légère douleur dans les reins à la hauteur de la dernière vertèbre dorsale, qui cèdent à des frictions pratiquées sous le rachis.

Au mois de juillet suivant, il se plaint d'une distension considérable de l'abdomen, avec fluctuation évidente, sans induration appréciable du foie ni d'aucun organe; les forces et l'embonpoint avaient notablement diminué; le teint, naturellement peu coloré, était devenu plus pâle; l'urine, assez abondante, ne précipite pas d'albumine par les réactifs. Ces accidens augmentent graduellement et causent une gêne très notable, qui amène même le rejet des alimens. Tous les moyens indiqués restant sans effet, on a recours à la paracentèse à la fin de décembre. L'extraction du trocart n'était suivie de la sortie d'aucun fluide, une sonde est introduite et ramène quelques particules d'une matière comme gélatineuse, suivie de quelques gouttes de liquide. A l'aide d'une seringue avec laquelle on pratique le vide, on obtient environ 750 grammes de la même matière, et, bien qu'on n'ait pas continué l'opération plus longtemps, de peur d'amener de l'inflammation, le malade éprouva pendant quelques jours un notable soulagement. Les accidens reparurent bientôt plus graves, et, après une seconde opération, dans laquelle on ne put obtenir plus de 300 grammes de liquide, qui offrait toujours les mêmes caractères, le malade s'affaiblit et mourut le 14 février.

AUTOPSIE 25 heures après la mort. La cavité du péritoine est entièrement remplie de la même matière qu'on en a retirée pendant la vie. Elle consiste en un certain nombre de masses, de formes globuleuses ou ovoïdes, tenant par des pédicules à la surface interne du péritoine qui recouvre tous les viscères abdominaux. Toutes ces masses réunies représentent une quantité qui n'est pas moindre que 24 pintes impériales. A travers la région épigastrique, on voit une tumeur considérable d'une certaine densité, à laquelle sont attachées un nombre

immense de ces masses gélatineuses, qui ressemblent à des grappes de raisin : ces masses enlevées, la tumeur reste, ayant l'apparence d'un rayon de miel, et était formée elle-même par l'épiploon qui enveloppait une partie des viscères abdominaux et les repoussait en arrière sans y avoir produit d'autres altérations que celles qui devaient résulter de la pression (c'est ainsi que le foie semblait avoir disparu presque complétement). Outre les masses gélatineuses qui recouvraient toute la surface du péritoine, on en trouvait encore quelques-unes, mais très petites, sur plusieurs points du tissu sous-séreux. Le rein gauche contenait un tubercule volumineux.

Il est impossible de douter que chacune de ces masses appartenait réellement aux entozoaires ; mais elles différaient complètement des hydatides communes. Elles étaient contenues dans le péritoine, au lieu d'un kyste particulier. Le fluide qu'elles renfermaient, et dans lequel elles flottaient, se coagulait en une masse d'albumine dure et compacte. Lorsqu'on incisait une de ces masses, le fluide qu'elles contenaient ne s'en écoulait pas, retenu, comme dans le corps vitré, par une multitude de cloisons qui le traversaient dans toutes les directions ; par la couleur et la transparence, elles ressemblaient exactement à de la gelée de pieds de veau. Soumises au microscope, elles offrirent de nombreux petits kystes qui y étaient libres et semblaient des germes de plus gros. Quelques-unes de ces masses avaient le volume d'un œuf de poule ; plusieurs étaient brisées. Le liquide dans lequel elles se trouvaient était en très petite quantité et semblait formé par la rupture de plusieurs d'entre elles. Leur surface extérieure était rugueuse, en raison de l'existence, à des intervalles très réguliers, d'un grand nombre de petits points qui, examinés au microscope, se trouvaient autant de petits disques ayant à leur circonférence des ouvertures ou *stomata* qui communiquaient avec de petits tubes, lesquels se rendaient sur différens points de la surface externe de l'hydatide. Presque toutes tenaient à quelque tissu voisin par un pédicule ; celles qui étaient libres paraissaient avoir été détachées par une cause quelconque, et il suffisait de bien peu de force pour le faire.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans les différences qu'il signale entre cette espèce d'hydatides et celles qui ont été décrites jusqu'ici ; mais les caractères que nous avons donnés suffisent pour faciliter cette comparaison à ceux qui désireraient la faire par eux-mêmes. Nous nous bornerons à dire que M. Goodsir, qui a examiné avec une attention toute particulière et en naturaliste, ces hydatides, propose d'en former une espèce particulière qu'il désignerait sous le nom de *discostoma acephalocystis.*

Obs. II. — J. Robertson, âgée de 53 ans, d'une forte constitution, a eu deux enfans d'un premier mariage et fut toujours bien portante jusqu'à l'époque de son second mariage, qui fut suivi pour elle de beaucoup de privations, d'inquiétudes, de discussions domestiques et d'une prompte altération de la santé caractérisée par une espèce d'engourdissement avec amaigrissement et décoloration des traits. Depuis trois à quatre mois, elle a offert les symptômes d'une ascite plus ou moins prononcée, avec sentiment de pesanteur dans l'estomac, besoin de rejeter après avoir mangé, et une assez vive sensibilité à l'abdomen.

Le 19 février 1843, elle se plaint d'anorexie, d'un sentiment de brisure dans les côtes, de douleurs dans les reins et dans la région hypocondriaque gauche, de douleurs à la suite de ses repas, avec des rapports de matières douceâtres et obligation de ne vivre que de pain et de thé. L'abdomen est très distendu, et le siége, dans toute son étendue, d'une fluctuation évidente. Elle a assez souvent un accès fébrile dans la soirée, avec transpiration et chaleur assez vive à la plante des pieds. Le pouls est à 80, la langue nette ; les selles sont régulières ; son urine, rare et rendue quelquefois involontairement, n'offre pas de coagulation par la chaleur. Au bout de quelques jours, elle se plaint d'un sentiment de pesanteur dans les reins, avec douleur dans la région de la matrice et de la vessie. La matrice paraît difficile à déplacer ; son col et son orifice n'offraient rien d'anormal, sinon un petit corps dur, irrégulier, mobile, du volume d'une petite noisette, qui se trouve à la partie supérieure de la paroi antérieure du vagin. Elle rejette de temps en temps une petite quantité d'un liquide mucilagineux brunâtre, éprouve de vives douleurs dans la région gastrique et une constipation opiniâtre, contre laquelle elle ne peut même prendre des lavemens qui ne peuvent pénétrer. Elle meurt le 11 mai, après avoir pris de fortes doses d'acétate de morphine, qui suffisaient à peine pour calmer les vives douleurs qu'elle éprouvait dans tout l'abdomen.

Autopsie après 48 heures. L'abdomen contient quatre ou cinq gallons d'un liquide d'un jaune verdâtre, d'une consistance semblable à celle de l'huile. Les intestins grêles sont repoussés à la partie postérieure de l'abdomen par une masse de matière gélatineuse offrant l'aspect du tapioca cuit, parsemée de kystes arrondis, de diverses dimensions, ayant d'un à deux pouces dans leur plus grand diamètre ; d'autres, au contraire, ayant à peine la grosseur du plus petit plomb. Le péritoine des parois abdominales est aussi recouvert des mêmes corps, dont les plus gros sont adhérens à cette membrane par un pédicule si léger que quand on les arrache il ne reste plus de traces de leur insertion ; les plus petits sont plus solidement attachés. Les plus gros et même un certain nombre des plus petits de ces kystes sont couverts d'une forte membrane d'une couleur foncée, mais qui n'empêche pas de voir qu'à leur intérieur ils sont remplis d'autres kystes d'un plus petit volume. Une grande partie du péritoine est aussi recouverte d'une matière gélatineuse jaunâtre, de structure globuleuse, mais qui n'est point enveloppée de membranes comme les kystes dont nous venons de parler. Les intestins sont tellement comprimés et collés les uns contre les autres qu'on ne peut les examiner. Quelques uns contiennent des matières fécales durcies. L'appendice du cœcum est retourné sur lui-même et invaginé dans l'intestin. L'utérus, sans le col, n'est pas plus gros qu'une bonne noisette, enveloppé dans une masse de matière gélatineuse qui était entassée dans le petit bassin et qui avait dû gêner les contractions de la vessie. Le foie, repoussé par une couche épaisse de matière gélatineuse vers le diaphragme, est petit, aplati et d'une consistance molle. L'estomac n'offre rien d'anormal ; on trouve quelques légères ulcérations de la muqueuse à la partie inférieure de l'œsophage. Le cœur est mou et présente de légers dépôts osseux vers les valvules aortiques. Les poumons, parfaitement sains, présentent à leur sommet quelques tubercules calcaires.

Parmi les faits intéressans sur cette nouvelle espèce d'hydatide que l'examen microscopique a révélés à M. Goodsir, nous nous bornerons à citer ce qu'il rapporte de leur mode de production, qui est presque le même dans les deux hydatides dont il vient d'être question, tandis qu'elles diffèrent autant entre elles sous d'autres rapports qu'elles diffèrent elles-mêmes de l'acéphalocyste simple des auteurs.

Ces deux espèces d'hydatides ont deux modes différens de se propager : l'un pour l'extension du groupe ; l'autre pour l'extension de l'espèce dans les parties du corps où elle n'a pas encore pénétré. Le premier mode se fait aux dépens du kyste producteur, qui est composé de trois membranes offrant des caractères particuliers, et dont la moyenne présente, au microscope, un certain nombre de petits ovules de grosseur différente qui augmentent de volume, entraînant devant eux la membrane interne ; mais déjà pendant ce temps la nouvelle hydatide elle-même présente dans son intérieur une troisième série d'hydatides qui, presque en même temps, en produit une quatrième, en sorte qu'on voit les générations se succéder et cependant être toutes comprises dans un premier kyste. Cependant, quand celui-ci est arrivé à un certain volume, il s'ouvre et est absorbé, tandis que ceux qu'il contenait s'attachent au péritoine et éprouvent la même série de transformations.

Voici le second procédé par lequel ces hydatides se multiplient. Le petit kyste se dégage, d'une manière ou de l'autre, du kyste reproducteur, et est porté dans des tissus non encore infectés où il forme l'origine de nouveaux groupes qui, à leur tour, se multiplient par l'un de ces deux modes. Quand enfin l'espace vide est occupé, les nouveaux ovules pénètrent dans les tissus plus profonds où ils se développent et se multiplient de la même façon ; de là la ressemblance qu'offrent avec un rayon de miel les tissus sur lesquels se trouvent ces hydatides.

SUR LA NATURE DE L'AGENT DU SYSTÈME NERVEUX ; par le docteur J. STARK.

La nature de l'agent qui produit les phénomènes attribués au système nerveux est l'une des questions qui ont le plus occupé l'attention de l'homme, l'une de celles sur lesquelles il y a eu le moins de progrès. On a depuis quelques années, il est vrai, fait beaucoup de recherches sur ces phénomènes eux-mêmes et sur les différentes conditions où on les observe ; mais nous ne sommes pas plus avancés qu'aux premiers jours de la science sur la nature de l'agent qui les produit. Il est vrai que depuis longtemps on voit fréquemment reparaître, souvent même comme nouvelle, l'opinion qui ne voit dans toutes les influences du système nerveux que l'action de l'électricité ; mais cette hypothèse, qui n'a pas été repoussée comme elle aurait dû l'être, repose sur des analogues de trop peu de valeur pour qu'on puisse la soutenir sérieusement. Cependant aucune autre explication n'a été tentée, et tous ceux qui se sont occupés de ce sujet ne se sont jamais écartés de l'électricité, à laquelle ils prétendent au moins faire jouer un rôle notable dans les actes de la vie. M. Stark annonce une doctrine nouvelle et avec laquelle il croit rendre compte de tous les phénomènes nerveux. Voici la méthode qu'il a suivie.

Pensant que le mode d'action du système nerveux devait se lier surtout à la composition de son tissu, il crut devoir se livrer à l'analyse du tissu des nerfs, ce qu'il fit de la manière suivante. Après avoir séparé de toutes les fibres qui l'entouraient un tronçon de nerf, il le fait sécher et remarque qu'à mesure que la sécheresse le rétrécit il se couvre d'un liquide qui reste transparent lorsque l'air est chaud, mais qui devient granuleux et se congèle à la température ordinaire ; ce fluide pressé entre les doigts paraît, dit-il, onctueux, offre l'odeur de l'huile animale et a le goût de la graisse ; chauffé, il est limpide et transparent. Il forme savon avec les acides, fait tache sur le papier. C'était évidemment une substance graisseuse ou huileuse. D'un autre côté, ayant constaté que ce qui restait du nerf, après l'avoir traité par les divers réactifs, n'était que de l'albumine, il en avait conclu que le tissu nerveux est essentiellement composé d'huile et d'albumine.

Nous ne décrirons pas toutes les opérations et toutes les expériences auxquelles s'est livré l'auteur sur ces deux principaux élémens du tissu nerveux, pour arriver à cette conclusion que les nerfs sont simplement com-

posés de tubes membraneux extrêmement fins et remplis par un fluide huileux; nous craindrions que le récit des manipulations subies par ces élémens ne laissât des doutes sur l'exactitude de cette assertion; car, bien que l'auteur se soit servi du microscope pour compléter ses recherches, nous avons de la peine à croire que des tubes d'une finesse telle qu'on peut les supposer dans les nerfs divisés presque à l'infini puissent être macérés, pressés, séchés à plusieurs reprises et conserver encore leur calibre et recevoir de nouveau soit de l'eau soit une matière huileuse dans leur intérieur; nous craindrions que le lecteur ne vît dans ce dernier résultat qu'un phénomène de capillarité qui semble peu susceptible de donner l'explication des phénomènes si merveilleux de l'innervation, et nous passons immédiatement à l'exposition de la théorie elle-même, à laquelle cependant l'auteur n'arrive qu'après avoir démontré et de la manière la plus convaincante que les nerfs sont eux-mêmes de mauvais conducteurs de l'électricité, et que de quelque nature que soit l'action nerveuse ce n'est ni dans l'électricité, ni dans le galvanisme que l'on doit la chercher.

Après avoir rappelé quelques-unes des conditions les plus remarquables de l'influence nerveuse et la conclusion qu'il a tirée de ses recherches anatomiques sur la composition des tissus nerveux, M. Stark demande si ce n'est pas évidemment à quelque chose de semblable à une *impulsion*, à une *vibration*, à une *vague* ou ondulation transmise depuis l'extrémité de la fibre nerveuse jusqu'à ses dernières limites, au moyen de liquide huileux contenu dans cette fibre que l'on doit attribuer tous ces résultats jusqu'ici inexplicables. Les vibrations communiquées à l'extrémité du nerf se transmettent donc dans cette hypothèse quelle que soit la cause de cette sensation mécanique, chimique, électrique, sur toute l'étendue de la fibre, avec toute la rapidité de la pensée, par le fait même de l'égal diamètre du tube, de la fluidité du liquide qu'il contient et de son état de plénitude uniforme. Passant ensuite de l'application de cette théorie aux phénomènes actuels de la nature, l'auteur explique avec une extrême facilité les faits qui se rattachent à l'influence du froid, quand, par exemple, il est assez intense pour déterminer la perte complète du mouvement et de la sensibilité, à celle d'une forte pression sur un nerf qu'elle soit rapide ou lente; il rend également compte, bien que moins facilement, de divers symptômes éprouvés dans quelques affections du cerveau et de la moelle; puis applique la même théorie aux sens de l'ouïe, du goût, de l'odorat, de la vue, à l'organisation des animaux hivernans; les divers phénomènes dont nous venons d'indiquer de nombreuses séries pouvant tous être rattachés aux variations que devraient produire sur l'huile contenue dans le système nerveux les divers degrés de température et les différentes impressions.

Nous ne pousserons pas plus loin l'analyse de cette théorie que l'auteur expose avec de longs développemens dont quelques-uns paraissent fort justes. Mais ici ce qui est le plus important, c'est le point de départ; or il n'est pas démontré encore pour nous que chaque fibrille nerveuse soit un canal continu et renfermant une colonne de substance huileuse sensible à toutes les impressions les plus diverses. Il y aurait bien d'autres difficultés; mais celle-là nous paraît suffire pour motiver le doute et ne pas même admettre comme probable l'intervention de la substance grasse décrite par M. Stark, bien que nous reconnaissions avec lui l'existence d'un agent qui n'est également ni l'électricité ni le galvanisme.

MÉMOIRE SUR LE SEXE DE L'ENFANT, CONSIDÉRÉ COMME CAUSE DE DIFFICULTÉ ET DE DANGER DANS L'ACCOUCHEMENT; par M. SIMPSON.

A la suite de recherches comparatives sur les difficultés de l'accouchement dans les diverses espèces animales et dans les différentes races humaines, M. Simpson fut amené à conclure qu'il existe entre la tête fœtale et le bassin de la mère un rapport de proportions tel que la déviation même la plus légère des dimensions normales devient une cause de difficultés et de dangers dans la parturition. Comme conséquence toute naturelle, il entreprit de déterminer si les accouchemens de garçons ne seraient pas plus dangereux et pour la mère et pour l'enfant que ceux de filles. Ses investigations l'ont conduit à résoudre cette question par l'affirmative; et les preuves qu'il donne à l'appui de sa thèse sont disposées avec une méthode si parfaite qu'elles entraîneront immanquablement, nous le pensons, la conviction générale.

Les arguments à invoquer dans cette discussion devaient être exclusivement fournis par la statistique et par une statistique portant sur des chiffres très considérables. Malheureusement les relevés d'accouchemens publiés dans les traités spéciaux ne contiennent pas ordinairement l'indication du sexe de l'enfant. M. Simpson a donc dû borner ses citations à quelques sources de choix, parmi lesquelles figure surtout l'ouvrage publié par M. Collins, et qui renferme l'exposé des résultats de sa pratique pendant sept années d'exercice à l'hôpital de Dublin.

La discussion roule naturellement sur deux points principaux, savoir: 1° déterminer la somme de dangers qui résulte pour la mère du sexe de l'enfant; 2° déterminer ceux que cette circonstance fait peser sur l'enfant lui-même.

1° DANGERS POUR LA MÈRE. Parmi les femmes qui meurent pendant l'accouchement ou à sa suite, le plus grand nombre a donné naissance à un garçon. La vérité de cette proposition est démontrée par le rapprochement suivant emprunté à la pratique de M. Collins. Sur 154 femmes mortes durant le travail, 105 avaient accouché d'un garçon et 49 d'une fille.

Lorsque le travail offre quelques complications, cela se rencontre plus souvent lors des naissances de garçon. Le tableau suivant, où sont spécifiés chacun des accidens dans leur proportion de fréquence suivant le sexe de l'enfant, prouve la vérité de cette assertion. Il est tiré du même ouvrage.

Nature de la complication.	Total des cas.	Garçons.	Filles.	Proportion. des garçons aux filles.
Travail pénible *(tedious)*	109	65	54	148 à 100
Convulsions	28	17	11	153 à 100
Fièvre puerpérale	88	54	34	161 à 100
Rupture de l'utérus	34	23	11	207 à 100
Hémorragie suivant l'accouchement	44	31	13	240 à 100
Cas d'application du forceps	24	16	8	200 à 100
Cas de crâniotomie	74	50	24	208 à 100

2° DANGERS POUR L'ENFANT. Lorsque les femmes meurent pendant le travail ou à sa suite, un plus grand nombre de garçons que de filles viennent au monde sans vie. Sur 154 accouchemens dans ces conditions pour la mère, M. Collins a compté 105 naissances de garçons, sur lesquels 50 étaient mort-nés et 49 naissances de filles dont 16 seulement naquirent mortes. La proportion est donc de 49 à 100 pour les garçons et de 34 à 100 pour les filles.

Si l'on considère maintenant la proportion des garçons aux filles parmi les enfans morts-nés, d'une manière plus générale, et sans tenir compte des circonstances dans lesquelles s'est trouvée la mère, on remarque entre les deux sexes une non moins grande différence. Ainsi M. Collins a eu sur 1,121 mort-nés, 614 garçons et 507 filles ou 122 contre 100. Le tableau suivant montre un résultat à peu près analogue dans diverses contrées.

Nom du pays.	Proportion des garçons aux filles dans le nombre des enfans mort-nés.	Noms des auteurs.
Amsterdam	120 à 100	Lobatto.
Genève	125 à 100	Mallet.
Wurtemberg	127 à 100	Riecke.
Prusse	135 à 100	Hoffman.
Halle	140 à 100	Guete.
Londres	140 à 100	Blaud.
Berlin	142 à 100	Süssmilch.

Lorsque les enfans naissent vivans, les accidens qui sont l'effet de l'accouchement s'observent plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. M. Simpson ne mentionne ici que le céphalématome. Or, cette lésion, qui est bien certainement un résultat de la pression exercée sur la tête du fœtus au moment de son passage, se rencontre effectivement le plus souvent chez les enfans du sexe masculin. Sur 43 cas observés par lui à l'hôpital de Breslaw, Burchard a compté 34 garçons et 9 filles (1).

M. Collins n'a noté le sexe que sur 17 enfans morts une demi-heure après l'accouchement. Quelqu'insuffisant que soit ce nombre, sa signification n'en reste pas moins positive par la disproportion tranchée dont il fournit l'exemple. En effet, de ces 17 enfans qui ont péri sans doute par suite de la pression subie en traversant le passage, 16 étaient des garçons et une seule appartenait au sexe féminin.

Il meurt plus de garçons que de filles dans la première période de l'enfance; et cet excès de mortalité est si bien le résultat de l'accouchement que la disproportion entre les deux sexes sous ce rapport va graduellement en s'effaçant à partir du moment de la naissance. Les données statistiques abondent à l'appui de cette proposition. D'abord Quetelet, dans son TRAITÉ SUR L'HOMME, note que le rapport des décès de garçons à ceux de filles est de 3 à 2 au moment de la naissance; de 4 à 3 durant les deux premiers mois; de 5 à 4 pendant les troisième, quatrième et cin-

(1) Le lecteur n'aura sans doute pas attendu jusqu'ici pour remarquer que l'infériorité normale du nombre des naissances de filles comparées à celles de garçons est une circonstance qui ôte à ces résultats une partie de leur importance, sans cependant la détruire entièrement. Le nombre des garçons étant supérieur à celui des filles, il n'est pas étonnant que les premiers fournissent plus de mort-nés; mais cependant cette disproportion n'explique pas toute la différence, et la cause qu'invoque l'auteur mérite, elle aussi, d'être admise en ligne de compte. (NOTE DU RÉD.)

quième. Au huitième et dixième mois, ajoute-t-il, la différence est à peine sensible.

Les mêmes résultats ressortent du tableau suivant, dressé d'après la pratique de M. Collins.

Époque du décès.	Proportion des décès de garçons à ceux de filles.
Dans la première demi-heure.............	de 1600 à 100
Dans la première heure............	de 950 à 100
Dans les premières six heures..........	de 414 à 100
Dans les premières douze heures	de 226 à 100
Dans les premières dix-huit heures..........	de 191 à 100
Dans le premier jour....................	de 175 à 100
Dans la première semaine...............	de 136 à 100

Ce tableau n'est établi que sur 381 cas.

Le tableau qui suit montre les mêmes rapports, mais basés sur un nombre beaucoup plus considérable de faits et ayant trait à une époque plus avancée de la vie. Il est extrait du registraire général d'Angleterre pour l'année 1841.

Ages.	Nombre des morts de garçons.	de filles.	Proportion.
De 0 à 1 mois....	13,351	9,741	de 137 à 100
De 1 à 2 mois....	4,858	3,703	de 131 à 100
De 2 à 3 mois....	3,313	2,676	de 124 à 100
De 3 à 6 mois....	8,008	6,451	de 122 à 100
De 6 à 9 mois....	6,341	5,182	de 110 à 100
De 9 à 12 mois....	5,573	5,013	de 105 à 100
De 1 à 2 ans....	13,987	13,281	de 100 à 100
De 2 à 5 ans....	16,161	15,941	de 101 à 100

3° Dans une dernière partie, M. Simpson cherche à déterminer quelle est la véritable cause des dangers si bien constatés qu'entraîne et pour la mère et pour l'enfant le sexe masculin. Clarke et Quetelet, qui ont remarqué la mortalité plus grande des garçons, pensent que cela tient à ce que leur constitution étant plus forte a besoin pour sa nutrition de trouver plus de vitalité et d'énergie de la part de la mère, et que si ces conditions manquent, la mort du produit de la conception en est la suite naturelle.

Cette explication, d'après M. Simpson, n'est point fondée. Si la mort du fœtus mâle résultait en effet d'un défaut de nutrition, cette cause devrait agir dès le commencement de la congestion; et, dans le nombre des enfans morts pendant la vie intra-utérine, on devrait compter plus de garçons que de filles. Or cela n'est pas. Le tableau suivant qu'a établi M. Collins sur la proportion entre les enfans des deux sexes venus au monde morts, prouve que si la mortalité est supérieure à cet âge de la vie, c'est plutôt du côté des filles :

État des enfans.	Nombre des cas.	Garçons.	Filles.	Proportion.
Enfans nés en état de putréfaction........	527	257	270	95 à 100
Enfans nés à terme en état de putréfaction..	296	148	148	100 à 100
Enfans mort-nés avant terme..............	193	146	147	100 à 100

Il résulte évidemment de ces documens que l'influence funeste qui pèse sur les garçons n'agit pas pendant la vie intra-utérine. Or, cette cause, quelle est-elle?... Une seule se présente à l'esprit : c'est l'excès de volume du fœtus de sexe masculin et principalement les dimensions plus considérables de sa tête. Ces différences sont admises par tous les accoucheurs. D'après des expériences faites à l'hôpital de Dublin sur 60 fœtus, M. Clarke a reconnu que le corps d'un garçon à terme pèse, terme moyen, 9 onces de plus que celui d'une fille. M. Johnson, à l'hôpital d'Edimbourg, ayant pesé 50 enfans, a porté ce chiffre à 10 onces. D'après le même auteur, la longueur du corps est supérieure, chez les garçons, de près de 7 lignes. Quant au volume de la tête, les calculs de M. Clarke apprennent que la circonférence moyenne est de 13 pouces 98/100 chez le garçon, et de 13 pouces 61/00 chez la fille.

Maintenant, cette différence si minime est-elle réellement la cause des conséquences si remarquablement fatales qu'amène pour la mère et pour l'enfant la naissance d'un garçon? C'est là surtout qu'il était difficile à l'auteur de porter la vraisemblance du fait jusqu'à l'état de chose démontrée. Mais c'est là aussi qu'il a montré toutes les ressources d'un esprit aussi habile que judicieux. Premièrement, dit-il, il n'existe pour expliquer la différence de mortalité suivant le sexe, aucune autre cause que celle-ci; et par conséquent, c'est déjà un motif pour l'admettre, surtout quand, rationnellement parlant, rien ne s'oppose à ce qu'on la regarde comme capable de contribuer à rendre l'accouchement plus dangereux, et que les objections ne peuvent porter que sur le degré de l'influence qu'elle exerce dans ce sens. En second lieu, il est frappant, et on peut le démontrer rigoureusement, qu'un accroissement de l'effet est lié avec l'accroissement de la cause. Les faits le prouvent; car, dans les relevés d'accouchemens, on voit que les catégories comprenant les cas où le travail est le plus difficile sont justement celles où la proportion des naissances de garçons est la plus forte par rapport à celle de filles; de manière que si l'on divise en autant de classes distinctes les cas de travail naturel, ceux de travail pénible, ceux d'application de forceps et ceux de craniotomie, on voit augmenter progressivement dans chacune d'elles le nombre des naissances de garçons comparé à celles de filles. Les deux tableaux suivans, extraits, l'un des ouvrages de M. Collins, l'autre de la pratique de M. Clarke, mettent cette vérité en évidence.

STATISTIQUE DE M. COLLINS.

Espèce du travail.	Total des cas.	Nombre des garçons.	des filles.	Proportion.
Travail ordinaire........	16,654	8,548	8,069	de 106 à 100
Travail pénible.........	109	65	44	de 148 à 100
Cas d'application du forceps..............	24	16	8	de 200 à 100
Cas de crâniotomie........	74	50	24	de 208 à 100

STATISTIQUE DE M. CLARKE.

Espèce du travail.	Nombre des enfans mort-nés.	des garçons.	des filles.	Proportion.
Travail naturel.........	340	170	170	de 100 à 100
Travail pénible.........	41	26	15	de 173 à 100
Cas de crâniotomie......	48	32	16	de 200 à 100

Parallèlement à l'observation précédente, on peut faire la remarque inverse qu'une diminution de la cause produit également une diminution de l'effet. Ceci se démontre par l'examen des décès qui arrivent chez les fœtus avant terme. A cette époque de la vie intra-utérine, on sait que les différences de volume sont à peu près nulles entre les filles et les garçons, ou que, du moins, si elles existent, la tête, à cet âge, est tellement petite et réductible qu'elle ne saurait être comprimée un peu fortement au passage. Aussi voit-on presque autant de filles que de garçons mourir avant terme, tandis que, parmi ceux morts aux neuf mois révolus, on compte un plus grand nombre de garçons. Sur 532 morts-nés de cette dernière catégorie, M. Collins a trouvé 320 garçons sur 212 filles ou 151 contre 100. Au contraire sur 62 fœtus nés morts avant terme, il n'y avait que 34 garçons pour 28 filles, ou 121 contre 100.

M. Simpson allègue encore (et les chiffres justifient son assertion) que, dans celles des complications de l'accouchement où le volume de l'enfant ne peut exercer aucune influence, on ne compte pas moins de filles que de garçon. Nous avons déjà établi que les accidens du travail attribuables à cette cause sont, au contraire, plus fréquemment observés à la suite de la naissance d'un enfant du sexe masculin.

Pour achever de prouver sa thèse, l'auteur montre enfin que d'autres influences, absolument semblables à celle-ci quant à leur mode d'action, produisent exactement les mêmes conséquences. Ainsi, que le fœtus soit trop volumineux ou que le passage soit trop étroit, la disproportion est la même et les effets doivent être identiques. Aussi voit-on les premiers accouchemens être toujours plus graves pour la mère et pour l'enfant; et cette observation est aussi vulgaire que sa cause, facile à deviner, est à juste titre assimilable à celle qui donne le même caractère fatal aux accouchemens de garçons.

Ce n'est pas tout encore : M. Simpson établit, par des chiffres, fruit d'observations patientes, que le travail se prolonge plus longtemps lorsque l'enfant appartient au sexe masculin. En effet, sur 249 garçons, ce travail a duré, terme moyen, dix heures trente-huit minutes, tandis que sur 178 accouchemens de filles la durée moyenne a été de neuf heures trente-quatre minutes.

Il est difficile de résister à un ensemble de preuves aussi solides et aussi habilement coordonnées. Nous ne doutons donc en aucune manière que l'assentiment général ne vienne confirmer les conclusions de l'auteur. Il est fâcheux que les conséquences pratiques à attendre de ce travail ne soient pas en rapport avec la rigueur des démonstrations qu'il contient. La seule induction à en tirer pour l'accoucheur est de redoubler de précautions toutes les fois qu'il peut reconnaître ou soupçonner le sexe de l'enfant, afin de mettre plus exactement les grands diamètres de la tête en rapport avec ceux du bassin; il devra aussi s'efforcer alors de rendre le passage aussi large que possible en combattant la tuméfaction des parties molles et en vidant la vessie et le rectum.

Quant aux conséquences de ces faits relativement à l'économie sociale, elles seraient immenses, si l'on admet, comme M. Simpson prétend l'avoir trouvé par le calcul, que, du 1er juillet 1837 au mois de septembre 1844, c'est-à-dire en près de sept ans, cette seule cause a dans la Grande-Bretagne coûté la vie à environ 50,000 individus, dont 46 ou 47,000 enfans et 3 à 4000 mères!

SÉCRÉTION DU CARBONE PAR LES ANIMAUX; par M. R. RIGG.

Les résultats obtenus par M. Rigg s'ils sont exacts sont assez importans pour être signalés; nous nous bornous donc à les analyser ici, laissant à d'autres le soin d'en constater l'exactitude et l'authenticité.

« Supposez, dit l'auteur, qu'un animal qui contient dans toute son économie 50 parties en poids de carbone soit observé pendant cinq jours, durant lesquels il en consume 50 autres; n'est-il pas évident que si durant ces cinq jours il rend 60 parties à l'atmosphère qui l'environne, et qu'au bout de ce temps il ait augmenté de 10 parties son poids de carbone, il aura gagné ou produit 20 pour 100 de carbone? L'expérience, dit-il, est facile à faire sur de petits animaux. Prenez-en deux qui soient tellement semblables qu'il ne puisse y avoir aucune différence notable dans le poids du carbone que renferme leur corps. Tuez-en un, séchez-le, pulvérisez-le et constatez par l'oxyde de cuivre la quantité de carbone qu'il contient. Donnez au second une quantité d'alimens dont vous connaissez exactement la constitution chimique; tenez-le dans une atmosphère qu'on changera toutes les deux ou trois heures en l'analysant et en tenant compte de la quantité de carbone contenu dans les alimens pour la comparer avec celle qui aura été constatée dans l'atmosphère respiré, à l'excès trouvé dans le corps du deuxième animal, vous pourrez facilement savoir combien il aura produit de carbone. »

Dans beaucoup d'expériences de ce genre que l'auteur dit avoir faites sur des animaux, il assure avoir constamment constaté une augmentation notable dans la quantité de carbone, ce qui ne peut s'expliquer que par l'hypothèse de la sécrétion du carbone par les animaux eux-mêmes. Il rapporte même plusieurs de ces expériences faites sur de petites souris, de petits chats, des mésanges, et où il a constaté dans tous les cas la production de carbone en quantité notable. Passant ensuite à l'examen de la quantité de carbone que peut absorber par l'air et par les alimens une personne adulte et bien portante et la comparant avec celle qu'elle fournit elle-même, il trouve que le carbone est également sécrété par l'homme. Le poids du carbone expiré chaque jour par un adulte a été évalué par les physiologistes à environ 5 à 6,000 grains par jour et cependant les alimens que prennent la plupart des adultes sont loin de contenir cette quantité de carbone; il a même calculé que dans neuf maisons de travail ou asiles d'aliénés d'Angleterre la quantité d'alimens donnés aux habitans de ces établissemens ne contient en moyenne que 60 pour 100 environ de cette quantité de carbone, et que l'alimentation des ouvriers employés à l'agriculture dans la plupart des comtés est encore inférieure à ce chiffre sous le point de vue de la quantité du carbone.

A l'appui de ses recherches expérimentales, l'auteur rapporte d'autres faits encore qui arrivent à la démonstration de la même vérité. Si un animal restant dans les mêmes conditions est soumis au même régime, mais diminué seulement en quantité, on remarquera que le poids du carbone de l'air expiré ne diffère pas dans la même proportion que celui qui est contenu dans les alimens; il semble même que la quantité de carbone qui est en moins soit fournie par un effort extraordinaire de l'économie.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire les chiffres nombreux que l'auteur apporte à l'appui de ces propositions; ceux encore desquels il résulte que sans varier la quantité ou la qualité du régime on peut augmenter beaucoup la proportion de carbone expiré, en excitant, dans certaines limites, l'activité de l'animal. Il faut ajouter encore que quand l'animal est beaucoup trop excité le poids du carbone expiré est d'abord augmenté, puis diminue graduellement, et baisse encore plus notablement lorsque l'animal est épuisé. Le repos ne suffit donc pas seul pour rendre les forces à l'économie, il faut y joindre la nourriture qui excite et favorise la sécrétion du carbone, sécrétion qui paraît essentielle à la vie animale et à laquelle est peut-être réservé de donner la solution de quelques-uns des problèmes les plus difficiles de la physiologie animale y compris surtout celui de la production de la chaleur animale.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 FÉVRIER.

M. MILNE EDWARDS lit un mémoire intitulé : RECHERCHES ZOOLOGIQUES FAITES PENDANT UN VOYAGE SUR LES CÔTES DE LA SICILE. Ce mémoire a pour objet des observations et des expériences sur la circulation chez les mollusques.

Dans un travail précédent, M. M. Edwards s'était proposé de montrer que, chez les mollusques dits *ascidies* composées ou sociales, une partie du cercle circulatoire ne se compose plus de vaisseaux tubuleux, mais que le liquide nourricier est épanché entre les organes dont il baigne la surface et dans le tissu desquels il pénètre par une sorte d'infiltration. Pendant son voyage sur les côtes de la Sicile, M. M. Edwards a voulu reconnaître si cette disposition ne se retrouverait pas d'une manière plus ou moins marquée dans tout le grand embranchement des melacozoaires, et il est arrivé à ces résultats :

1° Que l'appareil vasculaire n'est complet chez aucun mollusque;

2° Que dans une portion plus ou moins considérable du cercle circulatoire, les veines manquent toujours et sont remplacées par des lacunes ou par les grandes cavités du corps;

3° Que souvent les veines manquent complètement, et qu'alors le sang, distribué dans toutes les parties de l'économie au moyen de l'artère, ne revient vers la surface respiratoire que par les interstices dont il vient d'être question.

COMPOSÉS CHLORURÉS CONTENUS DANS LES LIQUEURS ALBUMINEUSES.

M. TERCE communique un mémoire sur les composés chlorurés qu'on trouve dans les liqueurs albumineuses. Les liqueurs albumineuses, celles du moins qu'il a examinées, la salive, le sérum du sang et le blanc d'œuf dégagent continuellement de l'ammoniaque. La formation de ce gaz est due, suivant lui, à la présence simultanée dans ces liqueurs du chlorhydrate d'ammoniaque et de la soude caustique, qui réagissent sans cesse l'un sur l'autre, jusqu'à ce que la soude ait complètement disparu. Il n'y a dans les liqueurs albumineuses récentes aucune trace de chlorure de sodium; ce n'est que par le fait de cette réaction qu'on voit le sel se former peu à peu. A mesure que la soude se substitue à l'ammoniaque, il se passe un phénomène de cristallisation très curieux, sur lequel l'auteur appelle l'attention des savans qui s'occupent de cristallographie. Il fait voir enfin que le dégagement d'ammoniaque des liqueurs albumineuses joue un rôle assez important dans l'économie animale.

PESTE BOVINE EN BOHÊME.

M. RAYER communique à l'Académie un extrait du rapport que M. le docteur Schwab a adressé au gouvernement bavarois sur cette maladie. M. Schwab assigne à la peste bovine les symptômes suivans :

PREMIÈRE PÉRIODE (SUB-INFLAMMATOIRE). Fatigue, tristesse, abattement, mouvemens brusques de la tête, yeux brillans, regard fixe, parfois toux sèche, sensibilité morbide du poil, dont le dos est hérissé, mobilité des dents incisives, grincement des dents, augmentation ou diminution de la sécrétion du lait chez les vaches.

DEUXIÈME PÉRIODE (INFLAMMATOIRE). Suspension de la sécrétion du lait, cessation de l'appétit et de la rumination, soif intense, respiration accélérée, agitation des naseaux et des lèvres, soupirs faibles et profonds, toux fréquente, pouls accéléré, mouvement de la tête vers les hypochondres, suppression de la défécation et de l'émission des urines, tremblement des muscles de l'épaule et plus fréquemment encore des muscles de la fesse; poil hérissé, sensibilité vive au dos et à la région lombaire, rougeur de la conjonctive, yeux larmoyans, écoulement de mucosités par les naseaux et de bave par la bouche; lèvres sèches, gencives gonflées et d'une couleur plombée; excrémens noirâtres, sons forme de petites masses arrondies; le regard prend une fixité particulière.

TROISIÈME PÉRIODE (TYPHOÏDE). Diarrhée, excrémens d'une odeur insupportable; plus tard défécation involontaire, parfois selles sanguinolentes, rougeur et tuméfaction de l'anus et de la vulve chez la vache; mucosités purulentes à l'angle interne des yeux; mucosités des fosses nasales fétides; bave plus abondante; trouble considérable de la respiration (50 inspirations par minute); soupirs plaintifs; cessation de la toux, par suite des progrès de la faiblesse; mouvemens du cœur et pulsation des artères à peine perceptibles, refroidissement du corps.

Les lésions de la peste des bœufs observées sur le cadavre sont : 1° l'inflammation de la vésicule biliaire; 2° l'altération de la bile; 3° l'inflammation de la caillette; 4° l'inflammation du canal intestinal, et en particulier celle de l'intestin grêle et du cœcum; 5° enfin, l'inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes.

Suivant M. Schwab, tous les traitemens essayés jusqu'à ce jour ont été inefficaces. Je pense qu'il faut procéder immédiatement à l'abattage des animaux malades.

Les pays où la peste bovine ne se développe pas spontanément s'en préservent par un blocus rigoureux. Les transports de bestiaux venant de lieux infectés doivent être soumis à une quarantaine et n'être admis dans l'intérieur des pays non infectés qu'après cette épreuve, et là encore les autorités doivent les surveiller attentivement, afin de pouvoir arrêter immédiatement la maladie si elle venait à se déclarer tardivement parmi les bestiaux introduits.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que la santé de M. Ribes n'est pas améliorée. Quant à M. Virey il est complètement rétabli.

M. SÉGALAS saisit cette occasion pour donner des nouvelles de M. Royer-Collard dont l'état est très satisfaisant.

L'Académie accueille ces renseignemens avec un vif intérêt.

A trois heures et demie, comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

LETTRE SUR LA SYPHILIS; par M. F. RATIER. Un vol. in-8° de 43 pages. — Paris, 1844. Chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Cet opuscule, disons-le tout d'abord, tire sa principale valeur du nom

et de la position de son auteur. Point d'observations, peu de recherches d'érudition, pas de discussions théoriques, voilà ce dont les lecteurs doivent être prévenus avant de l'ouvrir. Il ne contient, à proprement parler, que l'opinion franchement formulée et raisonnée de l'auteur sur la nature, la marche, le pronostic et le traitement de la syphilis. Mais une opinion, chose si futile dans certaines conditions, a toujours un haut prix à nos yeux quand elle émane d'un homme expérimenté, consciencieux et sagace. L'analyse que nous allons donner de la LETTRE de M. Ratier montrera à quel degré il possède ce triple caractère. Pour notre propre compte, et depuis quatorze ans qu'il nous est connu comme professeur de pathologie spéciale, nous l'avons toujours vu homme de conviction et de dévouement.

M. Ratier aurait pu comme un autre commencer par une tirade sur l'origine de la syphilis; et il avait assez d'esprit pour rendre supportable l'inévitable discussion qu'on retrouve sur ce sujet en tête de tous les ouvrages sur la matière. Mais son plan est plus pratique; il se contente de déclarer que cette question lui paraît de l'inutilité la mieux démontrée et qu'elle est d'ailleurs aussi obscure qu'inutile, ce qui n'est pas peu dire. Ce jugement expéditif nous plaît; et nous ne laisserons point passer l'occasion sans remercier l'auteur pour nous avoir fait grâce des huit ou dix pages qu'il avait le droit de nous infliger comme tous ses prédécesseurs, sur la découverte de l'Amérique, le siége de Naples, l'épidémie du XVe siècle, etc. Puisse l'expression de notre gratitude paraître assez vive pour mettre à l'avenir les syphilographes en goût d'en mériter autant de la part de leurs lecteurs!

Les doctrines de l'auteur sur la syphilis sont tranchées, autant que le style dans lequel il les exprime est clair et dépourvu d'ambages. Généralement ces doctrines sont bonnes et de celles auxquelles nous aimons à donner notre approbation, comme se rapprochant beaucoup des principes professés et démontrés par M. Ricord. Le but capital de M. Ratier en écrivant cette LETTRE a été de combattre le préjugé si commun qui attribue à la vérole une gravité extrême et une ténacité invincible, qui la voit partout jusque dans l'écoulement le plus innocent, qui la croit susceptible d'engendrer tous les maux et veut en conséquence qu'on la traite toujours, et même dès ses symptômes primitifs, par le mercure. En opposition avec ces fausses et pernicieuses croyances, M. Ratier montre l'évolution si simple des phénomènes morbides, que l'école moderne a eu la gloire de démontrer: le chancre seul et unique point de départ, et parfaitement curable sans les mercuriaux; les symptômes consécutifs apparaissant presqu'à époque fixe; l'efficacité du mercure quand il est régulièrement administré; le peu de gravité de la maladie lorsque le médecin consent à ne la voir que là où elle est, et à ne la traiter que par les moyens qu'elle réclame. Tels sont les dogmes que l'auteur adopte résolument et au triomphe desquels il a largement contribué par un enseignement populaire et des publications qui n'ont pas encore vieilli. L'un des premiers, en France, il fit ouvrir les yeux aux médecins sur les avantages du traitement local du chancre par la cautérisation et les lotions stimulantes, traitement presque partout reçu aujourd'hui comme méthode générale et auquel les exceptions se présentent d'autant moins nombreuses que le praticien qui l'emploie a plus d'expérience et de jugement.

Dans cette voie de simplification où la syphilographie progresse depuis plusieurs années avec tant de succès, il est néanmoins des bornes que la raison ne devra jamais franchir. Dans l'intérêt même des masses, qui ont et qui prennent à ces questions un si vif intérêt, il importe de ne point prêter ici à la nature un langage plus précis que celui qu'elle tient d'habitude. Cet excès de simplicité peut séduire l'esprit un instant; mais lorsque passant à l'application le praticien rencontre des faits variables et contradictoires là où on lui avait présenté l'unité et la constance comme une loi sans exceptions, il hésite, sa foi s'ébranle et une défiance exagérée et injuste devient souvent le résultat de ces premières déceptions. M. Ratier aurait peut-être quelques-unes de ces fautes à se reprocher. Ainsi, pour lui, la syphilis constitutionnelle ou consécutive n'est pas autre chose qu'une maladie spécifique de la peau et des membranes muqueuses. C'est une syphilide papuleuse et rien de plus. Les diverses lésions qui constituent le cadre de la syphilis secondaire, il les explique par la différence d'organisation que les tégumens offrent selon les régions où on les examine, et aussi par les différences de ce même tissu selon les individus. Un ulcère occupe-t-il les lèvres, l'intervalle des orteils, le voile palatin; c'est une papule dont la marche, favorisée par la finesse de la membrane et par l'humidité du lieu, a pris ce caractère envahissant. De même, à ses yeux, l'onglade syphilitique n'est que la papule syphilitique développée sous l'ongle et comprimée par lui de manière à déterminer de cruelles douleurs, etc., etc.

Il serait fort à désirer sans doute que la physionomie protéiforme de la syphilis pût être ramenée à un type aussi simple; et l'on doit encourager des travaux conçus dans un pareil esprit, car ils apprennent souvent à mieux connaître les variétés en les rapprochant de la forme primitive. Mais il est par trop évident aussi que, poussées à l'excès, ces assimilations, produit de l'imagination, égareraient celui qui voudrait les prendre au pied de la lettre. Par quel artifice de langage, d'après quelle particularité anatomique attribuera-t-on à la papule l'iritis, l'alopécie, la carie des os profonds, le nodus, l'exostose, etc., lésions évidemment syphilitiques et dont le siége, l'aspect, la marche, sont essentiellement opposés aux caractères connus de l'affection cotanée qu'on voudrait leur assigner comme cause génératrice?

Nous ferons à M. Ratier un reproche du même genre, mais plus sérieux parce qu'il s'agit ici de questions pratiques. Chaque page de son opuscule respire une entière sécurité contre la crainte de voir récidiver les symptômes consécutifs une fois qu'ils ont été convenablement combattus par le mercure. «Après la disparition complète de la syphilide papuleuse, dit-il, soit qu'elle ait eu lieu spontanément, soit qu'elle ait exigé un traitement spécifique, je considère le sujet comme délivré sans retour et soustrait à tout accident ultérieur, sauf une nouvelle inoculation.» (P. 16.) Et ailleurs: «Si l'on me faisait voir 6 pouces carrés de la peau d'un sujet atteint de la syphilide papuleuse, je dirais: cet homme a la vérole. Dans deux mois d'ici je le guérirai s'il veut suivre mes prescriptions, et il sera guéri solidement et sans retour. Je signerais un dédit si cela était compatible avec la dignité de notre profession.» (P. 8.)

Nous le disons hautement, nous: jamais, dans aucune circonstance, quelque simple et récente que fût l'infection, quelque robuste que fût la constitution et docile qu'eût été le malade, nous ne voudrions nous engager à répondre d'une guérison sans récidives. Sans doute, il est des règles pour rendre le traitement plus efficace et plus sûr; mais il n'en est point pour le rendre infaillible. Soit sur nos malades, soit sur ceux d'autres médecins, nous avons vu trop de récidives survenir après un traitement par eux et par nous jugé suffisant, pour oser aujourd'hui tenir un autre langage. Maintenant que cet aveu nous soit imputé comme preuve d'ignorance! nous nous en consolerons facilement en songeant avec quels hommes il nous serait aisé d'en partager la responsabilité. En affichant une confiance aussi entière, nous pensons que M. Ratier a erré, abusé par des succès plus apparens que réels, plus facilement obtenus que durables, plus nombreux que constans. Dans tous les cas, les conséquences d'une semblable croyance seraient incontestablement, pour le peuple, l'habitude de s'exposer au mal sans effroi, le mépris des règles hygiéniques, l'insouciance pour tout symptôme se manifestant après un traitement mercuriel, etc. Ces conséquences sont graves; et c'est parce qu'on les verrait infailliblement apparaître sous l'influence de pareilles hérésies, c'est parce que nous croyons la parole de l'auteur assez puissante pour populariser celles-ci, que nous avons voulu nous élever contre la manière si explicite dont il les a proclamées dans ces pages.

Il est un autre point sur lequel nous nous accorderions plus volontiers avec l'auteur et que nous l'avons vu avec plaisir développer, parce qu'il reste cette fois dans la plus stricte vérité; c'est lorsqu'il avance qu'on ne meurt jamais directement de la vérole, que le plus souvent même la manifestation de celle-ci ne détermine aucun trouble dans la santé générale; si bien que, à ce point de vue du moins, le nom de syphilis constitutionnelle pourrait avec avantage être remplacé, dans le langage médical, par celui de syphilis consécutive. A l'appui de ces propositions, il invoque les argumens les plus frappans, ceux dont chaque médecin peut trouver la vérification dans ses souvenirs ou dans ses impressions journalières. Pouvez-vous dans un salon distinguer un homme qui a été affecté de vérole, ou même celui qui en porte actuellement sur quelque partie du corps les stigmates les plus tranchés? N'est-il pas bien constaté que chez une femme infestée, la menstruation, la conception, la gestation et l'accouchement s'opèrent avec régularité? La digestion se fait également bien à travers les *orages* syphilitiques les plus violens. Les maladies aiguës ne paraissent pas aggravées dans leur marche par la coïncidence d'une intoxication vénérienne; et souvent on peut observer les deux maladies parcourant côte à côte, pour ainsi dire, leurs périodes, indépendamment l'une de l'autre, guérissant chacune à son temps marqué et sous l'influence des remèdes qui lui sont propres. M. Ratier a aussi vu, pendant cinq ans, à l'hôpital de Paris, dans la division des nourrices, la vaccine se développer sans la moindre altération chez les enfans vénériens, et le vaccin de ces enfans inoculé à d'autres sujets sains perpétuer une vaccine régulière et à laquelle aucun autre symptôme ne venait se mêler. Enfin, le sens public a depuis longtemps fait justice du préjugé si anciennement accrédité qui attribuait aux suites du mal vénérien l'aliénation mentale.

Malgré cette *bénignité relative*, la syphilis réclame impérieusement un traitement général. Mais quels sont les symptômes qui nécessitent l'administration des anti-syphilitiques spéciaux? Quelques médecins les prescrivent pour la blennorrhagie; d'autres pour le chancre primitif. Ceux-ci cherchent par leur secours à prévenir les accidens consécutifs; ceux-là

attendent pour commencer le traitement que ces accidens se soient manifestés. Mais les dissidences les plus singulières sont celles qui se rapportent aux circonstances sociales dans lesquelles le malade se trouve. Laissons ici l'auteur lui-même signaler avec sa verve caustique si piquante et si judicieuse ce côté à la fois humiliant et peu sérieux de notre pauvre science médicale. « Il en est qui admettent et qui enseignent d'autres principes : pour la blennorrhagie, pour les ulcérations superficielles (*herpès*), ils font un *demi-traitement*; voyez-vous la sagesse! *medio tutissimus ibis*, semble avoir été écrit par eux. Au moment où ceci s'imprime, je rencontre un confrère, homme capable, qui, en pareil cas, prescrit *un quart de traitement*. Nous avons mieux encore dans l'espèce : « Quand j'ai affaire, me disait un de ces praticiens, à un jeune homme susceptible de s'exposer de nouveau à la contagion, je ne lui fais point de traitement spécifique; mais s'il s'agit d'un homme en âge de se marier, je ne saurais rien dispenser. » On a vu beaucoup de médecins, dans un but louable sans doute, conseiller à des hommes dont la jeunesse avait été orageuse de se soumettre à l'usage du mercure lorsqu'ils se disposaient à entrer en ménage, bien qu'ils ne fussent pour le moment atteints d'aucun symptôme syphilitique, mais, par simple mesure de prudence. Que penserait-on d'une personne qui, à une époque quelconque de sa vie, et en pleine santé, se mettrait à prendre du quinquina en souvenir de fièvres d'accès qu'elle aurait eues jadis, et pour en prévenir les suites ou le retour? »

Nous trouverions encore d'utiles conseils à extraire de la partie où M. Ratier passe en revue les diverses formalités thérapeutiques préconisées contre la syphilis. Vient en première ligne son article sur les sudorifiques, « lesquels, pour le dire en passant, ne font pas suer. » Lorsqu'ils ont semblé réussir, c'est, ainsi que le remarque l'auteur, quand on avait abusé du mercure, et qu'en cessant de l'employer la maladie a cédé aux seuls efforts de la nature. Mais nous croyons d'ailleurs comme lui que « l'association des sudorifiques est inutile quand le mercure est bien indiqué et convenablement administré, et que, dans le cas contraire, elle est impuissante à en empêcher les mauvais effets. » Nous en abandonnons bien volontiers l'usage aux praticiens qui y voient un précieux moyen pour agir sans danger sur l'imagination des individus qui se croient à tort atteints de syphilis, bien persuadés que, si le médecin peut parfois y gagner, la dignité de l'art, non moins que l'intérêt des malades, n'ont qu'à perdre à de semblables calculs.

M. Ratier, nous le disons à regret, enveloppe aussi dans le même blâme les préparations d'iode. Comme les sudorifiques, il les croit inoffensives dans le traitement de la syphilis, mais inoffensives parce qu'elles sont impuissantes. Nous augurons assez bien de ses lumières pour espérer que ce n'est point là son dernier mot sur le compte d'un agent qui, tant de fois entre tant de mains différentes, s'est montré doué d'une vertu vraiment souveraine. Il comprendra sans doute que, à notre époque, tenter comme il le fait d'expliquer ces succès par le *post hoc, ergo, propter hoc*, ce serait vouloir du même coup mettre en suspicion la puissance des armes les plus renommées de l'arsenal thérapeutique.

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE TENUE, LE DIMANCHE 26 JANVIER 1845, DANS LE GRAND AMPHITHÉATRE DE LA FACULTÉ, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Compte-rendu de M. le docteur PERDRIX, secrétaire-général.

Messieurs,

Appelé, pour la première fois, à vous rendre compte des travaux de votre commission générale pendant l'année qui vient de s'écouler, j'éprouverais quelques regrets si je ne retrouvais assis auprès de moi mon honorable prédécesseur, à qui vous avez déféré, mus par des sentimens de juste reconnaissance et d'estime méritée, le titre de secrétaire-général honoraire.

Vous savez, Messieurs, avec quelle exactitude et quelle persévérance M. le docteur Gibert s'acquitta de ses fonctions qu'il mit au rang de ses premiers devoirs et qu'il remplit si dignement; et vous aimez à vous rappeler aujourd'hui sa facile élocution, son admirable lucidité, sa parole énergique, et cette indépendance de caractère dont il vous donna tant de fois des preuves.

Avec de tels souvenirs, ma tâche deviendrait bien difficile, si je n'avais l'espoir de trouver dans votre indulgence et dans mes efforts le courage qu'il me faut pour la remplir.

Il y a un an, à pareille époque, dans une solennité semblable à celle-ci, ce fut pour moi un grand honneur d'être l'objet de vos sympathies et d'être appelé, par vos suffrages, à remplir les fonctions de secrétaire-général de l'Association des médecins de Paris; ce fut aussi, je l'avoue, la plus douce récompense de l'empressement que vous m'aviez mis à même d'apporter, dans les différentes missions dont j'avais été chargé, et de mon assiduité à prendre part à vos travaux depuis la fondation de notre société.

Qu'il me soit permis, à cette occasion, d'adresser ici des remercîmens à notre honorable président fondateur, qui, témoin de mes efforts dans les fonctions de secrétaire annuel, et guidé par le sentiment de justice qui l'anime, manifesta, devant la commission générale, le désir que je fusse proposé à vos suffrages.

Si, en m'attribuant cet honneur, l'Association a voulu reconnaître le zèle dont je suis animé pour les intérêts de l'œuvre à laquelle elle se voue, puisse le motif qui m'a valu sa confiance suffire à ses yeux pour m'en rendre digne.

Plus particulièrement placé depuis deux ans pour étudier notre belle institution, dans son double but de bienfaisance et de moralisation, dans ses travaux, ses relations, j'ai dû, en appréciant surtout ses résultats, juger, mieux encore, de son importance et de son utilité.

Avant de vous entretenir des travaux de votre commission générale, et de vous rendre compte de sa gestion administrative et financière, permettez-moi de remonter à l'origine de notre institution, de jeter un coup-d'œil rapide sur ses douze années d'existence, et de vous en signaler les faits principaux.

Ce sera rappeler à ceux qui en furent les fondateurs tout ce que peuvent l'esprit de confraternité, le dévoûment, la persévérance, le sentiment de sa propre dignité et la pensée du bien public. Ce sera faire connaître à ceux qui viennent chaque jour grossir nos rangs ce qu'ils ne savent qu'incomplètement, et je voudrais pouvoir ajouter : ce sera peut-être un moyen d'éveiller dans les esprits qui doutent, hésitent, interprètent mal nos intentions, le désir et la résolution de se rapprocher de nous.

Ce fut une noble et généreuse pensée, Messieurs, que celle qui présida à la création de l'Association des médecins de Paris. Cette pensée, née du passé, embrassa tout à coup le présent et l'avenir; et en effet, le mal existait depuis longtemps, il fallait remonter à ses causes, les faire cesser et en prévenir le retour. Tâche immense, difficile, dangereuse, devant laquelle, néanmoins, cette pensée se dressa, forte de ses intentions, puissante de ses moyens et confiante dans l'avenir, par cela même qu'elle était confiante dans les esprits auxquels elle s'adressait.

Vous n'avez point oublié, Messieurs, avec quel empressement, et j'ose dire avec quel enthousiasme, celui qu'éveillent toujours des mobiles généreux, les médecins de Paris accueillirent le projet d'une association fondée dans des vues si élevées, dans un double but, d'intérêt privé d'abord, et bientôt d'utilité publique.

Fonder une caisse de prévoyance, trouver les moyens de secourir et de soulager de nobles infortunes, resserrer les liens de la confraternité, donner l'exemple de la moralité, maintenir la dignité du corps, voilà pour l'intérêt privé.

Veiller à la répression des abus, démasquer le charlatanisme, éclairer l'autorité, seconder ses intentions philantropiques, en indiquant les moyens de protéger la santé et la vie des citoyens, prémunir la société tout entière contre les dangers auxquels elle est sans cesse exposée, voilà pour l'utilité publique.

Qu'avons-nous fait, Messieurs? Ce qu'une réunion d'hommes graves, éclairés, n'ayant pour but que le bien, doit et peut faire. Nous avons appris à nous connaître, à nous apprécier, et dès-lors nous nous sommes compris. D'un accord unanime, nous avons voulu voir à notre tête l'homme qui, par sa position, son crédit, ses connaissances administratives, la haute portée de ses vues et de ses intentions dans l'intérêt de tous, devait diriger, appuyer, consolider notre édifice.

Nos premiers soins ont été donnés à l'organisation et à l'administration de notre institution, à laquelle nous avons dû apporter successivement des réformes et des améliorations. Nous avons rencontré bien des difficultés; mais en luttant courageusement, nous avons surmonté des obstacles de plus d'un genre.

A peine étions-nous à l'œuvre que nous étions en mesure de suffire aux plus pressans besoins, et que déjà nous avions secouru quelques infortunes restées jusque-là sans soulagement. Heureux début! qui, tout en mettant dans nos cœurs un peu de jouissance, y laissait l'impression de quelque tristesse! C'est que le présent nous dévoilait l'avenir, c'est qu'à nos intentions se mêlaient des inquiétudes!

Des efforts généreux, une sage et prévoyante administration les ont dissipées. Et quand vous saurez, Messieurs, que, depuis la fondation de notre institution, 330 demandes de secours nous ont été adressées, que près de 25,000 fr. ont été consacrés à celles que notre réglement nous a permis d'accueillir; si j'ajoute que nous avons soutenu de nos deniers, en même temps que nous le faisions de notre appui moral qu'ils réclamaient, des confrères de Paris et des départemens, dans les frais judiciaires que nécessitaient leurs instances devant les tribunaux, ainsi que j'aurai l'occasion de vous l'expliquer plus loin, vous serez sans doute étonnés que nous ayons pu faire autant avec des ressources si limitées, mais qui heureusement s'accroissent chaque jour; et vous comprendrez quel est l'esprit d'ordre et de justice qui préside à notre direction et à nos distributions.

Les exigences de notre réglement n'avaient amené parmi nous que des hommes dont la moralité était et devait rester intacte. Ainsi, l'on vit réunis à d'illustres maîtres ce que la capitale offre de plus honorable dans le corps des médecins de Paris, tous ces praticiens honnêtes que distinguent le savoir et la modestie. Heureux si nous n'avions déjà à déplorer des pertes nombreuses; heureux si nous comptions encore parmi nous tant de membres à jamais regrettables! Dupuytren, Lallement, Dubois, Boyer, Alibert, Desgenettes, Larrey, Double, Itard, Esquirol, Marc, Louyer-Villermé, Ruttier, Sanson! et tant d'autres que je voudrais pouvoir citer! Si quelque chose pouvait nous consoler de ces pertes immenses pour la science, pour l'humanité et pour nous-mêmes, ce serait de penser que nous avons compté dans nos rangs tant d'illustrations, et que notre institution s'est pour ainsi dire élevée sous l'égide de tant de gloire et de tant de vertu! Mais je m'aperçois que je m'éloigne de mon sujet, distrait que je suis par de si glorieux souvenirs, ému par de si grandes pertes!

Notre institution, veillant ainsi directement aux intérêts du corps médical de Paris, prenait d'une manière indirecte ceux du corps médical tout entier; aussi l'Association des médecins de Paris eut-elle bientôt du retentissement, et d'un grand nombre de points de la France reçut-elle, chaque année, des lettres de fé-

licitations dans lesquelles les médecins et les diverses sociétés médicales invoquaient ses lumières, ses conseils, réclamaient ses statuts, dans le dessein de fonder de semblables institutions. C'est ainsi que les départemens de Maine-et-Loire, de la Sarthe, de la Charente-Inférieure, de la Dordogne, de la Gironde, de la Haute-Garonne, du Nord, de l'Aisne, de l'Eure, de l'Yonne, de la Loire-Inférieure, etc., ont entretenu des relations, non seulement à l'occasion de leurs projets d'institution, déjà presque partout réalisés, mais pour demander notre intervention, auprès de l'autorité, dans des questions d'intérêt privé et d'intérêt général, tantôt en ce qui a rapport à l'exercice de notre profession, au point de vue de la morale et de l'humanité, tantôt en ce qui touche la législation qui nous régit; et croyez-vous, Messieurs, que nous soyons restés inactifs sous ce rapport, occupés uniquement à secourir nos confrères malheureux, leurs veuves et leurs enfans, à donner des secours aux médecins et aux parens de médecins étrangers à l'Association; car nos prévisions se sont étendues, dans de certaines limites, jusqu'à ces derniers; non, Messieurs, vous le savez, chaque année nous avons trouvé et saisi l'occasion d'entretenir des relations avec les autorités administrative et judiciaire.

L'Association des médecins de Paris, dès la seconde année de sa fondation, signale son existence par plusieurs actes d'intérêt privé et d'utilité publique.

Par son empressement à subvenir aux frais d'un procès qui tendait à compromettre les intérêts de notre profession.

Par le travail remarquable d'une commission composée d'hommes éclairés, chargés de préparer un projet d'organisation médicale.

Dans le cours des années suivantes, en éclairant, par des observations justement motivées et dictées dans l'intérêt public, l'autorité qui s'empressa de rapporter une ordonnance qui entravait la pratique des autopsies, pratique éminemment utile aux besoins bien entendus de l'humanité.

En présentant au gouvernement une pétition pour obtenir la réforme des abus inhérens à l'institution des officiers de santé, et en prenant ainsi l'initiative pour préparer la voie des améliorations dans la législation qui nous régit.

En appelant la sévérité du gouvernement sur des étrangers indignes de nous et du titre de médecin, sur ces hommes qui exploitent la fortune et la santé publiques, et en obtenant une ordonnance royale qui leur retirait le permis d'exercer.

Consultée par M. le préfet de la Seine, sur les moyens à prendre pour constater plus exactement la cause des décès dans la ville de Paris, l'Association, heureuse de ces relations officielles, s'est empressée d'apporter à l'autorité ses réflexions et ses lumières.

Un sociétaire devenu, pour refus mal interprété de son ministère, l'objet d'une condamnation, a réclamé notre appui. L'Association est intervenue moralement et matériellement; le jugement a été cassé, et les médecins ont obtenu un arrêt qui établit qu'ils ne peuvent être passibles d'aucune peine, tant qu'ils n'ont pas été requis légalement.

Un médecin de La Rochelle, poursuivi pour un acte qui l'honore, le refus de divulguer un secret dans une déclaration de naissance, acquitté par les tribunaux de La Rochelle et de Saintes, a réclamé notre intervention, dans le pourvoi formé par le ministère public, devant la Cour de cassation.

L'Association s'est empressée de l'aider de son crédit, de ses lumières et de ses deniers, et, grace à la savante consultation de notre conseil judiciaire, Me Boullanger, à la remarquable adhésion donnée avec désintéressement par plusieurs des membres les plus élevés du barreau de Paris, grace au concours d'un des avocats les plus distingués à la Cour de cassation, Me Ledru-Rollin, qui nous a prêté si généreusement l'autorité de son talent et de sa parole, la Cour suprême, en rejetant le pourvoi, a rendu un arrêt qui maintient les devoirs sacrés et les priviléges de notre noble profession.

La Société médicale de la Sarthe, alarmée des doctrines consacrées par quelques cours et tribunaux, a eu recours à notre intervention, pour porter devant l'autorité, ses réclamations, à l'effet d'obtenir l'exécution de la loi dans la répression du charlatanisme; l'autorité supérieure, accueillant immédiatement ces plaintes justement fondées, a appelé l'attention des magistrats, et a provoqué des poursuites suivies de condamnations.

Nous devons, depuis quelques années surtout, à la puissante intervention de notre président, d'entretenir, avec l'autorité judiciaire, des relations qui témoignent de son zèle à répondre à notre vigilance.

Au début de notre institution, Messieurs, il nous eût été impossible d'arriver immédiatement au double but que nous nous proposions; il fallait procéder, sinon avec lenteur, du moins avec réflexion, et partant avec sagesse.

Préoccupés que nous étions de tant de confrères que l'âge, les infirmités et des malheurs imprévus avaient atteints, le désir d'améliorer des positions si difficiles avait dû l'emporter sur d'autres soins.

Cependant le débordement effréné du charlatanisme, les maux qui en résultaient chaque jour, les faits déplorables dont nous étions témoins, les exemples scandaleux que nous avions sous les yeux, ne devaient pas seulement nous faire gémir; il était de notre devoir d'y remédier; nous ne pouvions penser que l'autorité portât l'indifférence jusqu'à permettre ou tolérer de tels abus, et croyant trouver, dans l'ignorance même où la laissait notre incurie, la cause d'un mal qu'une répression salutaire pourrait prévenir, nous dûmes chercher les moyens de l'éclairer.

Plus notre mission était difficile et délicate, plus il fallait y apporter de réflexion et de circonspection; aussi votre commission générale examina-t-elle, avec une scrupuleuse attention, les mesures qui lui furent indiquées. Enfin, dans une de nos assemblées générales, nous accueillîmes unanimement la proposition d'un de nos honorables Sociétaires, et l'article suivant fut ajouté à notre réglement.

« La commission générale est en outre chargée de veiller à la répression des
» abus qui nuisent à l'exercice de notre profession, en déférant ces abus à l'au-
» torité, et en leur donnant, au besoin, de la publicité, pour prémunir la Société
» contre les dangers qu'ils entraînent. »

Depuis le moment où nous avons pris cette sage et courageuse détermination, les hommes de cœur et de dévouement qui ont composé les comités d'arrondissement n'ont cessé de donner des preuves d'un zèle réfléchi, d'un esprit mesuré, dans les missions qui leur ont été confiées.

Tous ceux d'entre nous qui ont fait partie de la commission générale savent avec quel soin les comités s'enquièrent de la vérité des allégations, et ce n'est qu'après avoir été l'objet d'un examen approfondi que les faits signalés ont été portés à la connaissance de l'autorité.

« Cette intervention tout officieuse, dit M. le docteur Delasiauve dans son
» remarquable travail sur l'organisation médicale en France, porte ses fruits,
» et nous semble devoir suppléer avantageusement à la mission légale des con-
» seils de discipline, dont il serait désormais superflu de tenter l'épreuve. Ce qui
» nous la ferait encore préférer, c'est que, tandis que ces conseils auraient leur
» principe d'action dans le seul intérêt particulier, s'appuyant sur une force
» collective, l'Association des médecins de Paris puise ses mobiles dans les
» sources plus pures de l'amour de l'humanité et du bien public. »

Le caractère des hommes qui composent l'Association des médecins de Paris répond assez de la droiture de leurs intentions, et leur persévérance dans la voie où ils sont entrés en dit trop pour que quelques interprétations obliques puissent les atteindre et les arrêter.

Grâce à cette persévérance, grâce surtout à l'appui que nous prête notre honorable président, des mesures efficaces ont été prises, des abus ont été réprimés, des délits ont été punis. Sans doute, il nous reste beaucoup à faire, à désirer; mais aussi il nous reste à poursuivre notre œuvre, et l'empressement que l'autorité met de plus en plus à accueillir nos plaintes soutient notre courage et fortifie nos espérances.

Si notre ministère nous imposait l'obligation d'appeler la sévérité des magistrats sur des hommes que la loi peut et doit atteindre, qui ne sont pourvus d'aucun titre légal, et dont les actes compromettent la vie des citoyens, sur ceux même qui n'exerceraient pas dans les limites du titre qui leur est conféré, il nous restait encore un devoir à remplir, celui de démasquer, impuissans que nous sommes à le poursuivre et à le détruire, ce charlanatisme, véritable Protée, qui se joue de la crédulité publique, fascine la société et répète avec impudence : « *Vult decipi, decipiatur.* »

C'est à nous, Messieurs, et votre indignation me dit assez que vous l'avez senti comme moi, c'est à nous qu'il appartient de le stigmatiser, quelle que soit la forme qu'il revête, et nous aurons encore bien mérité de l'humanité!

Je pourrais, Messieurs, parler encore de notre concours dans une question qui intéressait le corps médical tout entier, de nos efforts pour obtenir l'abolition de la patente, efforts qui n'ont pas été stériles et qui ont pu éveiller dans l'esprit des législateurs de sages et justes réflexions.

Je devrais peut-être aussi vous rappeler la sollicitude du doyen de cette faculté, qui, en présidant notre Association, ne laisse échapper aucune occasion de s'aider de son expérience, au point de vue des besoins du corps médical et de la société, et je vous ferais remarquer la diminution, depuis quelques années, du nombre des élèves, les améliorations apportées à l'enseignement et à la réception des docteurs. Mais j'en ai dit assez pour vous faire comprendre à quel degré de développement et d'importance notre institution est parvenue en douze années.

J'ajouterai, enfin, qu'en 1843 une décision ministérielle est venue la consolider en la constituant légalement.

Il me reste maintenant à vous entretenir des travaux de votre commission générale pendant l'année 1844, et à vous démontrer qu'elle a dignement interprété l'esprit de notre institution, et sagement appliqué les dispositions qui la régissent.

Parmi les faits que je présenterai plus particulièrement à votre attention, je vous ferai remarquer, comme pour faire ressortir l'utilité de notre Association et le besoin d'en agrandir les ressources, le nombre des demandes qui nous ont été adressées, la position et le caractère de ceux que le malheur est venu frapper, au sein même de notre société, honorables infortunes dignes autant de notre estime que de notre sollicitude.

Quatre sociétaires fondateurs ont été dans la nécessité de réclamer le bénéfice de l'art. 27 de notre réglement, et sont devenus l'objet de notre vif intérêt.

L'un qui dans une vie de labeur a longtemps lutté contre la mauvaise fortune, et que la vieillesse et la maladie ont trouvé au dépourvu.

L'autre, non moins malheureux et non moins recommandable, que l'âge et les infirmités empêchent désormais de se livrer à l'exercice de sa profession.

Le troisième, jeune encore, dont une longue et douloureuse maladie a épuisé les ressources.

Un quatrième, enfin, arrêté tout à coup au milieu de ses occupations par une maladie à laquelle il vient de succomber, et qui d'une position jusque là aisée, était bientôt tombé dans la détresse.

Ces estimables sociétaires avaient fait partie de la commission générale, et avaient donné des preuves de dévouement à l'Association.

Nous avons été heureux de pouvoir secourir la veuve d'un respectable membre fondateur, qu'une longue carrière, une position elevée, semblaient devoir mettre à l'abri du besoin.

La veuve d'un sociétaire non fondateur a réclamé notre assistance, et a été secourue aussi généreusement qu'il nous a été permis de le faire.

Des veuves et des filles de médecins non sociétaires, des vieillards infirmes étrangers à l'Association, ont reçu des secours dans la proportion de nos moyens

Plusieurs veuves de sociétaires continuent à recevoir des secours de l'Association, à titre de pension et de subvention.

Votre commission générale a porté sa sollicitude jusqu'à intervenir auprès des ministres de la guerre et de la marine, en recommandant avec instance des veuves de chirurgiens militaires qu'elle avait secourues plusieurs fois. Elle a ainsi con-

tribué à leur faire obtenir des secours qu'elle avait le regret de ne pouvoir continuer.

Si toutes les demandes n'ont pu être accueillies, c'est que quelques-unes ne justifiaient pas de titres suffisans, et que votre commission générale n'a pas cru devoir accorder plus longtemps des secours aux personnes étrangères à l'Association, qui en avaient déjà reçu cinq, six, et même huit fois.

Vous le voyez, Messieurs, chaque année de nouveaux et plus pressans besoins se font connaître, les demandes se multiplient, les secours deviennent plus abondans; si nos moyens ne nous permettent pas de les rendre plus efficaces en les distribuant plus largement, du moins avons-nous la ferme intention de faire mieux, quand nous posséderons davantage. Une administration sage et éclairée maintient notre caisse dans une situation rassurante; une proposition tendant à augmenter nos ressources, déjà adoptée par votre commission générale et qui attend votre sanction, les vues judicieuses, le zèle prévoyant de notre honorable trésorier préparent un avenir prospère à l'état de nos finances.

Le tableau que vous avez sous les yeux dressé par les soins de M. le docteur Vosseur vous met à même d'apprécier l'esprit d'ordre et d'exactitude qui y a présidé. En vous indiquant les limites de vos ressources, il vous donne la mesure de vos distributions.

TABLEAU DE LA SITUATION DE LA CAISSE DU 1er JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1844.

RECETTES.	F. C.	DÉPENSES. EMPLOI.	F. C.	BALANCE.	F. C.
Le 1er janvier 1844, en caisse	82 00	Secours sur le sixième des cotisations	815 00	Recettes	9,495 50
Cotisations	5,455 00	Sommes allouées à 4 sociétaires et à 4 veuves de sociétaires	4,600 00	Dépenses et emploi	8,826 50
Dons et admissions	1,311 00	Dépenses de gestion, imprimés, etc.	332 65	RESTE.	6 9 00
Rentes : deux semestres.	2,647 50	Achat de 125 f. de rentes	3,078 85		
TOTAL	9,495 50	TOTAL	8,826 50	Le 1er janv. 1844 il reste en caisse.	669 00

L'Association possède, aujourd'hui, une rente représentant un capital d'environ 68,000 francs. En sanctionnant la proposition adoptée par votre commission générale, vous donnerez à vos libéralités en même temps qu'à vos ressources, une plus grande extension.

Votre commission générale, en veillant aux intérêts matériels de l'Association, s'attache à maintenir sa situation morale, et se préoccupe plus de la qualité que du nombre des membres qui doivent la composer; aussi, chaque année, se montre-t-elle sévère dans l'exécution de l'art. 5 de vos statuts.

Ces exigences, Messieurs, contribuent à restreindre le nombre des demandes d'admission.

L'Association, d'ailleurs, ne compte-elle pas dans son sein, près de 500 membres?

Si vous réfléchissez aux pertes nombreuses que nous avons faites;

Si vous portez votre attention sur ceux que retiennent des circonstances particulières, soit que les uns n'aient pas été reçus dans une des facultés du royaume, soit que les autres, bien plus nombreux, restent dans des conditions qui leur interdisent l'entrée dans nos rangs;

Si, comme vous le voyez chaque année, le nombre de vos membres devient de plus en plus considérable;

Vous serez tout naturellement portés à trouver dans le nombre actuel de vos sociétaires un chiffre imposant, et en considérant le caractère et l'importance de l'Association, à la regarder comme représentant le corps médical de Paris.

Nous avons à déplorer, cette année, la perte de quatre membres, dont trois fondateurs.

Le docteur Mirambeau, praticien distingué, médecin digne et honorable, enlevé, jeune encore, à sa famille et à ses amis.

Bouillon-Lagrange, directeur de l'école de pharmacie, membre de l'académie de médecine et du conseil de salubrité.

Le docteur Rey, confrère généralement estimé qui fit longtemps partie de la commission générale, et se montra toujours dévoué aux intérêts de notre œuvre. Enfin, le docteur Magistel.

Nous avons eu quatre démissions, pour cause de départ.

Les nouveaux membres que votre commission générale a admis, cette année, parmi lesquels se trouvent plusieurs médecins des hôpitaux, sont MM. Cherest, Favrot fils, Baillarger, Chappuis, Moreau, Thillaye Auguste, Rigaud, Tourné, Langlois, Longueville, Martin Magrond, Bouillet, Raynaud.

Les Associations de la Gironde et de la Sarthe nous ont adressé, la première sa constitution, la seconde les procès-verbaux de ses séances et le compte rendu de sa dernière assemblée générale. Les départemens de la Dordogne, de la Haute-Garonne, de l'Yonne, ont réclamé nos conseils pour mettre à exécution des projets d'institutions semblables à la nôtre. Nous nous sommes empressés de mettre nos statuts à leur disposition, en les encourageant, et en leur témoignant notre vive sympathie.

Vos comités d'arrondissement n'ont cessé de donner des preuves du zèle qui les anime et de l'esprit qui les dirige, en secondant, autant qu'il était en eux, M. le trésorier, par leur empressement à recueillir les cotisations et en apportant à la commission générale le résultat de leurs délibérations, dans l'appréciation des faits soumis à leur examen.

L'autorité judiciaire a montré, cette année, un nouvel empressement à ordonner des enquêtes et à réprimer des abus que nous lui avons signalés. Nous le devons, Messieurs, à l'intervention tout à la fois active et mesurée de notre président.

Nous avons terminé l'année par un acte qui honore autant ceux qui l'ont approuvé et appuyé que celui qui en a eu la pensée, et l'Association a donné, ainsi, une nouvelle preuve de sa persévérance à veiller à la dignité du corps, et au maintien de la morale.

Affligée d'un véritable outrage aux mœurs, du scandaleux abus, qui se fait dans Paris, des affiches par lesquelles sont annoncés en tous lieux, et sur tous les murs, soit des cabinets de consultations médicales, soit des méthodes de traitement, soit enfin des remèdes occultes destinés principalement aux maladies dites honteuses ou secrètes, l'Association a décidé qu'une lettre serait adressée au conseil-général pour appeler son attention sur ce point qui nuit à la considération des médecins, et qui est un danger pour la santé publique.

Un de nos honorables sociétaires, membre du conseil-général, à qui l'Association doit cette détermination, a usé de son influence auprès de ses collègues, en appuyant notre réclamation de l'autorité de son zèle et de son expérience.

Cette lettre, dans laquelle sont rappelés tous les moyens légaux d'empêcher un tel abus, sans violation du grand principe de la liberté de la presse, et au grand avantage de la santé et de la morale publiques, a été accueillie par le conseil-général, qui a émis unanimement ce vœu dans les termes suivans :

Le conseil-général : « Considérant que la vente des remèdes secrets présente » des dangers incontestables pour la santé publique: que les moyens de publicité journellement employés les augmentent encore, et offensent la morale;

» Appelle l'attention de M. le préfet de police sur cette grave question, et » l'invite à chercher dans l'application rigoureuse des lois et réglemens, notamment dans les dispositions de la loi du 21 germinal, an XI, les moyens de réprimer les abus qui viennent d'être signalés. »

Serait-il désormais permis, Messieurs, alors que je viens de vous énumérer quelques-uns des actes de notre gestion, de regarder l'Association des médecins de Paris, seulement comme une œuvre de charité, comme une société de secours mutuels, en un mot, comme une institution d'utilité privée?

Lorsque le conseil d'état, il y a huit ans, ne voyant dans notre institution qu'une caisse de prévoyance, et la considérant comme une société particulière de secours et de bienfaisance, agissant en vertu de l'autorisation municipale, décida que cette situation ne rendait pas nécessaire l'intervention d'une ordonnance royale, l'Association des médecins de Paris n'avait pas signalé son existence par des actes semblables à ceux que je viens de vous rappeler.

Mais aujourd'hui, Messieurs, la sanction royale que l'association appelle de tous ses vœux ne serait-elle pas, en même temps qu'un acte de haute justice, la récompense de tant d'efforts et de persévérance?

Et en effet, Messieurs, quand on considère ce que l'Association présente de garanties, tant par sa moralité et ses intentions que par les ressources qu'elle offre à l'autorité pour les besoins de la société, par sa volonté ferme à la seconder dans toutes les voies d'améliorations, au point de vue de l'intérêt général; quand on voit une société composée malgré les pertes si nombreuses et si déplorables de cinq-cents médecins, comptant dans son sein des membres de l'Institut, presque toute l'Académie royale de médecine, les professeurs de cette illustre école, les médecins des hôpitaux et des divers établissemens civils et militaires; présidée par le doyen de la Faculté, dont le zèle et le dévouement ne peuvent se ralentir, ayant à sa tête le médecin du roi, ce maître vénéré, objet, depuis dix ans, de vos suffrages unanimes; et ce digne professeur de médecine légale, si distingué par ses sentimens de justice et de loyauté, toujours empressé à nous éclairer de ses lumières, et que votre reconnaissance a voulu placer aussi à notre tête, comme pour resserrer les liens qui nous attachent à lui; quand l'esprit, enfin, s'arrête et médite sur cette grande pensée de moralisation qui nous guide, étonnés que nous sommes d'attendre encore la haute consécration qui donne à toute institution un caractère complet de confiance et de stabilité, nous ne pourrions nous défendre d'en être préoccupés, si la pensée du bien public ne l'emportait sur celle de nos propres intérêts, et si nous ne demeurions pas convaincus que nous avons désormais, sinon des droits acquis, au moins l'espoir fondé de les faire valoir prochainement.

Nota. L'impression et la distribution de ce compte-rendu aux médecins de la capitale ont été votées par l'assemblée.

Dans cette séance, M. Orfila a été réélu président; MM. Fonquier et Adelon, vice-présidens.

La commission générale est composée, pour l'année 1845, de MM. les docteurs dont les noms suivent :

1er ARROND. MM. de Montmahou, Caffe, Isarié, Martinet.
2e — Cabanellas, Charrier, Marotte, Renouard.
3e — Péronaux, Grollet, Parmentier, Janin.
4e — Favrot, Godart, Langlois-Longueville, Léger-Fleurus.
5e — Serré, Puche, Lebreton, Labarraque.
6e — Ledeschault, Lozes, Gaide.
7e — Trèves, Szokalski, Lembert, Huron.
8e — Géry, Maubec, Belhomme, Bouillet.
9e — Deville, Dubois, Chailly, Boullard.
10e — Piédagnel, Velpeau, Robert, Simond.
11e — Adorne de Tcharner, Salacroux, Bayle.
12e — Martin de Gimard, Rousseau, Lagasquie, Rousset.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 7. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 15 FÉVRIER 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR UN CAS CURIEUX DE VICE DE CONFORMATION DU COEUR, CONSISTANT EN UNE OREILLETTE ET UN VENTRICULE; par M. Auguste Valette, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Strasbourg.

Il existe dans la science plusieurs exemples de vice de conformation de ce genre. Toutefois, les observations bien authentiques et bien détaillées sont assez rares pour que cette note présente un véritable intérêt. La nature se montre du reste si capricieuse au milieu des anomalies les plus singulières, que chaque fait se distingue des autres par quelque chose de remarquable.

Le fait que je rapporte présente plusieurs particularités qui pourront peut-être contribuer plus tard à éclaircir la pathologie encore obscure des anomalies du cœur.

Obs. — Julie Rieder est née à Strasbourg, de parens bien portans. Sa mère avait déjà mis au monde un enfant mâle bien conformé, et jouissant encore aujourd'hui d'une bonne santé, lorsqu'elle devint enceinte pour la seconde fois. Cette nouvelle grossesse ne présenta rien de particulier. L'accouchement se fit à terme. Julie Rieder parut bien conformée et continua à prospérer sans rien présenter de remarquable pendant les six premières semaines de la vie. Tout à coup la respiration devint plus difficile, et la peau présenta à la même époque une coloration bleue assez prononcée.

Vers l'âge de six mois, Julie fut attaquée de convulsions, qui amenèrent une hémiplégie du côté droit. La paralysie diminua insensiblement et finit par guérir d'une manière à peu près complète. A l'âge de cinq ans, les mouvemens étaient presque complétement rétablis, et une section du tendon d'Achille, pratiquée par M. Scoutteten, pour un pied-bot équin, permit à la malade de marcher avec facilité. Je dois dire cependant que les mouvemens ont toujours été moins libres du côté droit que du côté gauche.

La cyanose a persisté pendant toute la durée de la vie. Seulement la teinte bleue devenait plus prononcée lorsque la malade se livrait à quelque exercice un peu rapide. Je dois noter aussi comme phénomène remarquable que cette teinte bleue était plus foncée du côté droit, affecté de paralysie, que du côté gauche. Ce phénomène était constant et n'a pas échappé à l'observation des parens de la malade. La dyspnée était presque continuelle.

L'auscultation de la région précordiale faisait entendre un double bruit de souffle.

Malgré ces accidens, Julie Rieder grandit assez bien; elle était même douée d'un certain embonpoint. Son intelligence était ordinaire.

Au mois de novembre dernier, à la suite d'un refroidissement, cette jeune fille fut atteinte de bronchite. La respiration fut aussitôt très gênée; les symptômes de congestion pulmonaire prirent très rapidement une intensité qui mit bientôt un terme à la vie. Julie Rieder était alors âgée de 6 ans et 12 jours.

Feuilleton.

IMPRESSIONS MÉDICALES D'UN VOYAGE EN ITALIE.

(Deuxième série.)

LE MILANAIS.

Le Milanais n'est plus l'Italie. La terre a un autre aspect; les habitans ont une autre physionomie que ceux de l'Italie méridionale. Les Apennins qui couvrent Florence au nord forment la frontière de deux pays que séparent de profondes dissemblances. Une fois qu'on a franchi la montagne, on doit se retourner pour saluer l'Italie une dernière fois. A peine sur le revers septentrional de l'Apennin, on a bientôt embrassé d'un coup d'œil le caractère particulier de la vaste surface qui se prolonge au nord jusqu'aux Alpes tyroliennes, et s'étend de l'orient à l'occident depuis la mer Adriatique jusqu'aux lacs de Côme et Majeur. Sans doute, la terre est belle et féconde. De riches cultures se développent à perte de vue. De luxuriantes plantations bordent les routes et se groupent çà et là dans la campagne. Des fleuves puissans, d'abondans cours d'eau, de magnifiques canaux semblent porter partout la fécondité. D'autre part, les habitations ne sont pas clairsemées dans cette immense plaine qui, dans une distance de plusieurs lieues, présente à peine quelques légers accidens de terrain. Çà et là sur cette surface unie, on aperçoit des villages, on voit s'élever de grandes villes. Les champs ou les routes sont animés par une nombreuse population. Ce tableau représente l'image de la richesse et peut-être du bonheur. Mais comme il ressemble peu à celui qui se développe de l'autre côté des Apennins! la lumière, l'aspect du ciel, les capricieux aspects de la campagne, l'état physique des habitans, tout diffère. Rien n'est plus séduisant que le paysage et le mouvement de la campagne des environs de Florence. Rien n'est plus uniforme de ton, plus monotone d'activité, plus triste en un mot que ce désert fertile et habité qui s'appelle le royaume lombardo-vénitien. C'est un pays très productif, nous le répétons; un pays où les populations sont nombreuses et où l'homme travaille parce que la terre lui paie généreusement ses fatigues et ses sueurs. Mais, c'est son seul avantage et cet avantage se complique de tristes compensations.

En quittant Florence après avoir franchi l'Apennin, on entre de nouveau dans les états du pape. Mais les marches d'Ancône et de Bologne font partie topographiquement de la plaine lombarde. On peut dire que sauf de rares exceptions et de faibles différences, c'est le même climat. En effet, les conditions du sol sont identiques. A Bologne, la plaine qui entoure la ville est immense. Si l'on va se promener hors des murs, et qu'on regarde vers le nord ou l'occident, et vers la mer Adriatique, l'œil s'étend sur une surface unie qu'interrompent à peine quelques faibles mouvemens de terrain. Ce n'est que par le midi que cette ville touche pour ainsi dire à la cime apennine. La ressemblance se continue avec la

La famille de la malade ne voulait pas d'abord permettre l'autopsie; ce n'est qu'avec beaucoup de peine que j'ai obtenu d'examiner la poitrine seulement. Je n'ai constaté, du reste, aucune monstruosité apparente.

Autopsie. Le cœur est situé dans sa position normale et entre les deux poumons.

Le péricarde ne présente rien de remarquable; il contient une cuillerée environ de sérosité claire.

Surface extérieure du coeur. Le cœur a un diamètre vertical de 10 centimètres ; son diamètre horizontal est de 7 centimètres.

La face antérieure de cet organe étudiée sur place présente :

1° En bas, la face antérieure des ventricules ;

2° Plus haut, la face antérieure des oreillettes sur un premier plan; cette portion auriculaire renversée en bas laisse voir de nouveau la face antérieure des ventricules ;

3° Tout à fait à la partie supérieure de cette face antérieure se voit l'origine des artères aorte et pulmonaire, qui se trouvent ainsi cachées à leur naissance par la portion auriculaire du cœur et par les vaisseaux veineux qui s'y rendent. L'on voit, d'après cette disposition, que cette portion auriculaire s'insère, non pas à la base, mais sur la face antérieure des ventricules.

Face postérieure. La face postérieure, que nous avons étudiée après avoir enlevé l'organe de la poitrine, présente :

1° Sur un premier plan, une large surface triangulaire à sommet dirigé en en bas, à base tournée en haut, et dirigée obliquement de droite à gauche. Cette surface appartient tout entière à la portion ventriculaire du cœur.

2° Sur la base de ce triangle, à la réunion des deux tiers droits avec le tiers gauche se voit l'origine des vaisseaux artériels qui ont vis-à-vis l'un de l'autre des rapports normaux.

3° Sur un plan plus profond, l'on aperçoit la face postérieure de la portion auriculaire du cœur.

Surface intérieure du coeur. Cavités ventriculaires.

La surface intérieure des ventricules a été étudiée au moyen de deux incisions verticales faites sur les bords droit et gauche du cœur.

L'épaisseur des parois ventriculaires est égale des deux côtés; elle est environ de 3 à 4 millimètres.

On retrouve les trois espèces de colonnes charnues qui existent dans l'état normal.

Une large communication existe entre les deux ventricules. Il n'existe de vestige de cloison qu'à la partie inférieure. La hauteur de cette cloison incomplète est au plus de 1 centimètre, de telle sorte que l'on peut introduire facilement le pouce à travers cette ouverture, dont la circonférence est lisse, arrondie et complètement dépourvue de valvules.

L'orifice aortique ne présente rien d'anormal; les valvules sigmoïde sont bien conformées. Cet orifice est situé à la partie interne et supérieure du ventricule gauche.

A la partie interne et supérieure du ventricule droit se trouve placé l'orifice de l'artère pulmonaire, de telle sorte qu'il n'est séparé de l'orifice aortique que par un petit éperon qui constitue précisément la partie supérieure de la circonférence de l'ouverture inter-ventriculaire. L'artère pulmonaire et son orifice présentent une disposition normale. Je dois seulement noter que le calibre de ce vaisseau est moitié moindre que celui de l'aorte.

Orifice auriculo-ventriculaire. L'orifice auriculo-ventriculaire est unique, commun par conséquent aux oreillettes et aux ventricules; il est situé à la base de la cavité ventriculaire, en arrière des deux artères aorte et pulmonaire ; sa disposition est telle que si la petite portion de la cloison ventriculaire était suffisamment prolongée en haut, il se trouverait séparé en deux parties à peu près égales. En regardant à travers cet orifice dont la largeur est à peu près égale à celle de l'ouverture interventriculaire anormale, on voit très bien les cavités des oreillettes. Celles-ci paraissent séparées par une cloison mince qui ne va pas jusqu'à cet orifice ; de telle sorte que l'on peut constater jusqu'à présent : 1° une libre communication entre la cavité des ventricules et chacune des oreillettes ; 2° une libre communication entre les deux oreillettes. Cette dernière communication ayant lieu, je le répète, au-dessous de la cloison inter-auriculaire incomplète.

L'orifice auriculo ventriculaire est garni d'une large valvule triangulaire s'insérant par sa base aux trois quarts antérieurs de la circonférence de cet orifice, et fixée par son sommet au moyen de petites colonnes charnues, à la paroi ventriculaire postérieure. Quelques colonnes charnues provenant du ventricule droit et du ventricule gauche viennent encore se fixer sur les deux bords latéraux de cette valvule qui est assez large pour recouvrir complètement l'orifice.

Cavités des oreillettes. L'oreillette droite a été ouverte au moyen d'une incision faite sur le bord droit de cette cavité et dirigée de manière à diviser successivement la veine cave inférieure, la paroi ventriculaire et la veine cave supérieure.

La seule chose que nous ayons à noter est la persistance du trou de Botal. La paroi inter-auriculaire présente en effet une large ouverture complètement dépourvue de valvules et à travers laquelle on peut introduire l'extrémité du petit doigt. Si on se rappelle ce qui a été décrit plus haut, on voit que le sang de l'oreillette gauche pouvait passer librement dans l'oreillette du côté opposé par deux ouvertures : 1° par le trou de Botal ; 2° par une ouverture placée au-dessous de la cloison inter-auriculaire.

L'oreillette gauche ne présente rien de particulier que l'on ne sache à présent.

En résumé, le cœur dont je viens de donner une description sommaire présente :

1° Une anomalie dans la disposition des oreillettes par rapport aux ventricules;

2° Une très large ouverture laissant communiquer les deux ventricules entre eux;

3° Deux ouvertures laissant communiquer entre elles les deux oreillettes;

4° L'existence d'un orifice auriculo-ventriculaire unique.

Il résulte de cette disposition que, bien que nous retrouvions sur cette pièce anatomique les vestiges des quatre cavités du cœur ; l'on peut dire que cet organe est unique, c'est-à-dire composé seulement d'une oreillette et d'un ventricule, disposition qui rappelle la conformation du cœur des batraciens. La présence d'un orifice auriculo-ventriculaire unique ne peut laisser aucun doute à cet égard.

Ce cœur singulier a été montré à la Société de médecine de Strasbourg par M. le professeur Sédillot. Il fait maintenant partie de la collection anatomo-pathologique de l'hôpital militaire.

Je ferai remarquer que ce fait vient corroborer l'opinion de M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire. On sait que ce savant a avancé que, dans les cas de ce genre (vices de conformation du cœur consistant en une oreillette et un ventricule), il existe, à proprement parler, une large communication entre les ventricules et les oreillettes, et qu'il ne manque aucune partie, la cloison exceptée.

Il est à peine besoin de faire remarquer que le mélange des deux sangs se faisait chez cette jeune fille, d'abord dans les oreillettes, puis encore une fois dans les ventricules. La cyanose et les accidens qui se sont montrés toute la vie du côté des organes respiratoires s'expliquent tout naturellement. Toutefois, la vie a été beaucoup plus longue dans ce cas que dans ceux analogues consignés dans les auteurs.

En effet, à part deux observations publiées dans les Ephémérides des curieux de la nature, par Antoine de Possis et Lanzoni, sous le titre *De rarà cordis palpitatione*, et dont l'authenticité peut être révoquée en

---

plaine lombarde sous le rapport des eaux. Les rivières sont abondantes, les canaux multipliés, les irrigations sont pratiquées déjà sur une grande échelle. Enfin les alentours de la ville présentent les conditions d'humidité qui forment le caractère principal du climat de l'Italie septentrionale. Plus on avance vers le nord, plus cette physionomie particulière se marque. La culture de l'oranger et de la vigne, fait place à celle du riz et des céréales. Le riz exige, comme on sait, d'après les traditions agricoles de la Lombardie de l'eau presqu'en permanence. Ainsi vers la fin de l'hiver et au commencement du printemps, la culture de cette graine livre la terre à une inondation qui la transforme en un immense marécage. Il n'y a pour ainsi dire que les chaussées des routes qui ne soient pas soumises à cet inconvénient. A mesure qu'on monte vers le nord, ce genre de culture s'étend progressivement; de telle sorte qu'au-dessus de Vérone ou vers Ferrare on voyage pendant des journées entières au milieu des inondations. Il y a sans doute des sacrifices à faire pour le bien de l'agriculture. On a dit souvent que l'humanité achetait chèrement toutes ses conquêtes, qu'il n'y en avait pas une seule qui n'eût sa triste compensation. Mais une telle doctrine ne doit pas arrêter la science dans les efforts qu'elle tente pour racheter le travail. Et il est impossible qu'on ne parvienne pas un jour à faire produire le riz sans le secours de ces inondations à travers les terres; tout prouve même qu'on est sur la voie de cette réforme qui entraînerait une révolution dans l'hygiène de la population du Milanais.

Voici pourtant ce qui existe, en attendant le jour de la réforme. Nous avons dit qu'à mesure qu'on avançait vers le nord, la culture du riz prenait plus d'importance. Les conditions actuelles de cette culture augmentent en effet dans le voisinage de Milan. Les rivières, les fleuves roulent des masses d'eau considérables. Le Pô est un des plus beaux fleuves connus. Il n'y en a aucun parmi ceux de la France qui puisse être classé au-dessus de lui. C'est en quelque sorte un bras de mer qui reçoit dans sa course une foule de fleuves secondaires, de rivières et d'autres cours d'eau. A cela, nous joindrons les eaux des grands lacs du centre du royaume lombard comme le lac de Gardia par exemple ; et il nous serait difficile de trouver dans notre Europe un coin de terre qui soit plus arrosé que celui-là. A ces irrigations naturelles, il faut ajouter toutes celles qu'exigent les habitudes agricoles ; et on pourra se faire une idée de l'immense surface d'eau qui se trouve en contact immédiat avec l'air et qui s'offre à l'évaporation. L'imagination peut donner une idée suffisante de la proportion qui existe entre l'espace inondé et celui qui ne l'est pas. Elle peut calculer sur cette base l'intensité des influences hygiéniques qui en sont l'inévitable suite. Mais la statistique a éclairé la question. M. Nadault de Buffon a fait un relevé non pas de la surface d'évaporation que présentent les cours d'eau naturels, comme les rivières ou les lacs ; il s'est borné, et cela suffit pour arriver à des conséquences presque précises, à calculer les surfaces d'évaporation qui résultent des procédés agricoles du pays. Or voici ce qu'il a trouvé. Toute la Lombardie a pendant l'été une surface inondée par les irrigations qui monte jusqu'au chiffre de 315,080 hectares. Pendant l'hiver, les irrigations n'occupent guère que 3,030 hectares. Il est permis certainement d'évaluer, sans s'exposer à une exagération, le développement de surface des cours d'eau naturels et des lacs, à celui des irrigations pendant l'été. Ainsi la Lombardie exposerait à l'action solaire, pendant le règne des jours chauds, une nappe d'eau de 6 à 700,000 hectares; telle est la surface

doute, puisque celle de Lanzoni n'est que la reproduction, à peu de choses près, textuelle de celle qu'Antoine de Possis avait publiée douze on quinze ans auparavant ; à part, dis-je, ces deux observations, nous voyons la mort survenir à 10 mois et demi (observation de Mauran), à 6 mois (Ramsbotham), à 4 mois 12 jours (Thore), à 1 mois et demi (Breschet), à 9 jours (Valleix).

J'ai parlé d'un phénomène assez singulier qui a été observé pendant la vie. La cyanose a toujours été plus prononcée du côté droit affecté de paralysie que du côté gauche. Ce phénomène peut s'expliquer, je crois, par la lenteur plus grande avec laquelle devait se faire la circulation capillaire dans cette partie du corps. S'il en est ainsi, ce serait une nouvelle raison à ajouter à celles qui prouvent déjà que, chez les individus dont l'organisation du centre circulatoire permet le mélange du sang artériel et du sang veineux, la cyanose est plutôt le résultat de la stase du sang veineux que du mélange des deux sangs lui-même.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA CAUTÉRISATION COUP SUR COUP, EMPLOYÉE DANS LES ULCÉRATIONS SIMPLES ET COMPLIQUÉES DE LA MATRICE ; par M. le docteur E. PERAIRE, de Bordeaux.

Cette question ne saurait être résolue par un raisonnement purement métaphysique. Ce qu'elle offre de difficultés doit être traité d'une manière expérimentale. Pour expliquer la pathogénie des maladies encore peu approfondies de l'utérus, il nous a paru nécessaire de puiser dans le domaine de l'expérience. Nous avons pu espérer, qu'en suivant cette voie, nous trouverions dans le raisonnement, la justification d'une théorie admissible ou tout au moins probable.

Dans quelques lésions physiques simples de l'utérus, il suffit, j'en conviens, d'une médication qui livre la maladie presque à elle-même. C'est le mode de traitement que j'avais adopté dans le principe ; mais une connaissance plus exacte des exigences de ces maladies m'a fait reconnaître l'insuffisance des moyens généralement employés. Je suis donc convaincu qu'il faut en mettre en usage de plus énergiques pour enrayer la marche des solutions de continuité anciennes de l'utérus. Dans mon mémoire sur la cautérisation et le pansement, j'ai envisagé la question sous le premier aspect ; je vais approfondir l'autre.

Attendre, a dit Pinel, c'est se borner quelquefois à une conduite passive. Il est bien démontré pour moi que, confier les maladies de la matrice à la nature, c'est ne leur opposer que des moyens insuffisans et par cela même insignifians.

La méthode jugulante est employée avec tant de succès dans le traitement de certaines maladies, quoi qu'en disent les médecins anglais, que la cautérisation coup sur coup, qui n'est, dans cette circonstance, qu'une application de ce principe, m'a semblé devoir être employée dans certaines maladies, dans lesquelles les organes où elles siègent sont accessibles au fer et au feu, quels que soient du reste leurs causes et leurs complications. J'ai obtenu des résultats trop satisfaisans de ce mode opératoire pour ne pas le conseiller avec confiance. Cette méthode ne développe aucun accident de nature alarmante, et a l'avantage d'enrayer les symptômes morbides dont la persistance retarde toujours la guérison. Il est bien entendu que la cautérisation coup sur coup ne dispense pas d'un traitement spécifique dirigé contre les diathèses dont l'existence est, dans tous les cas, un élément de contr'indication. Des idées trop exclusives qui puiseraient leur force dans le principe justement contesté de simple localisation morbide amèneraient une omission de soins qui exposerait les malades à de fâcheuses recrudescences ou à une foule de maladies consécutives.

La part active que prend l'utérus dans les phases et les tourmentes de la vie de la femme est trop grande pour ne pas motiver des recherches commandées par une louable sollicitude, et ne pas provoquer des études dans le but de remplir le vide que laisse, comme l'observe M. Duparcque, son histoire pathologique et thérapeutique.

Il paraîtrait qu'on dût, au premier coup-d'œil, mettre la plus grande prudence dans le mode de traitement que réclament les lésions physiques de la matrice, qui, à raison de sa situation et des fonctions importantes qu'elle remplit, semble placée en dehors de notre investigation approfondie. J'ai été conduit à substituer à la médication généralement employée dans certains cas un traitement énergique plus en harmonie avec la gravité du mal. J'ai employé un grand nombre de fois les cautérisations réitérées, et je puis affirmer que l'organe utérin n'est pas trop fortement ébranlé par l'action d'un agent qui, en modifiant souvent la vitalité de l'organe, a pour résultat d'améliorer l'état morbide en hâtant incessamment la cicatrisation des solutions de continuité qui l'ont altéré.

La cautérisation coup sur coup est, quel que soit le moyen qu'on choisisse pour l'accomplir, parfaitement applicable à toutes les ulcérations de la matrice. Voici à peu près la durée commune du traitement, d'après les cas que j'ai observés : 1° ulcérations simples du museau de tanche, de 17 à 35 jours ; 2° ulcérations granuleuses, papuleuses ou pustuleuses, de 25 à 40 jours ; 3° ulcérations du museau de tanche et de la partie interne du col, simultanément de 30 à 50 jours ; 4° larges ulcérations compliquées, de 45 à 55 jours ; 5° ulcérations profondes avec induration du col, 5 mois environ.

Certes, la nature peut bien puiser quelquefois dans le principe vital lui-même la puissance nécessaire pour ramener à la santé un organe malade ; mais il y a des affections de la matrice qui ôtent l'espoir de rétablir ses fonctions à l'état normal sans le secours de l'art ; l'espoir de la guérison ou la crainte d'insuccès repose sur leur plus ou moins de gravité. Il me paraît donc nécessaire d'établir la nomenclature de ces maladies.

Dans la première classe figurent les maladies qui tiennent à des lésions purement vitales. Celles-ci finissent par jeter les fonctions dans un véritable désordre, comme l'observe Bayle. Ce sont les maladies inflammatoires aiguës et même quelques phlegmasies chroniques, dont certaines sont susceptibles de résolution, telles que les érythèmes accompagnés de boutons nombreux ou avec un gonflement œdémateux, certains écoulemens utérins et vaginaux blennorrhagiques, et à plus forte raison leucorrhéiques, et quelques-uns de ces états pathologiques sous-muqueux que M. le docteur Hourmann traite à Lourcine avec le tamponnement par le coton cardé.

Dans la deuxième classe figurent les affections aiguës ou chroniques dépendant d'une lésion physique du parenchyme organique. La plupart de ces maladies sont consécutives ; elles tendent à modifier et font même cesser

qu'elle présente à l'évaporation.

Cette cause connue, on peut d'avance se faire une idée approximative des résultats que présentent les conditions physiques de la population. Mais, en voyant la cause et l'effet en présence l'un de l'autre, on s'explique bien mieux encore les connexions qui les lient étroitement. L'influence de l'humidité agit de deux manières sur les habitans. Les uns, ceux qui habitent les villes, la reçoivent par l'intermédiaire de l'air ; les autres, les habitans de la campagne, les cultivateurs, la reçoivent encore d'une manière immédiate. La culture du riz se pratique, en effet, pendant la période d'immersion. Il faut que ceux qui sont employés aux travaux qu'elle exige les fassent les pieds dans l'eau. Comme elle forme le principal revenu de la Lombardie elle occupe une grande partie des habitans des campagnes. Dans certains lieux, il y a des groupes considérables de populations qui s'y consacrent entièrement. Aussi l'influence, loin d'être particulière ou plutôt circonscrite dans certaines localités, peut être considérée comme générale. C'est une des grandes causes des maladies qui sévissent sur la nombreuse catégorie de ceux qui vivent du travail des champs. A cet effet direct se joint aussi l'état hygrométrique et souvent miasmatique de l'air ; et on comprend qu'il y en a plus qu'il n'en faut pour déterminer des affections de la nature la plus grave, parmi lesquelles se distinguent en première ligne les fièvres d'accès. Les citadins ou les personnes aisées, qui ne sont exposées qu'aux influences d'une atmosphère capricieuse, humide ou malsaine, ont, dans leurs habitudes, des moyens de lutter contre l'invasion des maladies que ces influences pourraient déterminer. L'alimentation fortifiante, les soins d'intérieur, les précautions du côté des vêtemens sont d'excellens préservatifs. Cependant, sur les uns comme sur les autres, sur les riches comme sur les pauvres, sur les citadins comme sur les agriculteurs, on aperçoit des traces évidentes de l'influence. On a bientôt reconnu, si on étudie avec quelque soin les caractères généraux qui forment la physionomie hygiénique d'un groupe pris au hasard dans cette population, que les conditions du climat ont développé chez lui un tempérament aussi uniforme, aussi constant que la cause elle-même.

Qu'on parcoure, en effet, le Milanais dans tous les sens, depuis le pied des Apennins jusqu'au pied des Alpes, de la mer Adriatique aux lacs qui bordent le Piémont, les mêmes signes se répètent, le même cachet se présente presque sans interruption. C'est toujours le tempérament lymphatique dans toutes ses nuances et dans tous ses écarts. La race forte de ces Lombards du temps de l'invasion a certainement laissé des types de vigueur corporelle qui ne semblent pas avoir dégénéré. Mais ces souvenirs du passé sont rares. Et puis il y a toujours sur les figures quelque chose qui révèle une parenté avec ceux qui portent les marques les plus profondes des influences morbides du pays. Cette pâleur mate des lymphatiques est assez commune en Lombardie ; mais on y observe aussi ces vives couleurs qui tranchent sur une peau blanche et transparente, et sont si souvent un indice de ces dégénérescences tuberculeuses dont le danger éclate même avant d'avoir passé l'âge de la puberté. C'est aussi là qu'on rencontre assez communément ces exagérations phénoménales qui dépendent plus ou moins de l'état lymphatique, et qu'on cite comme des raretés dans les autres pays. Les engorgemens glanduleux du cou à l'état d'induration, les goîtres énormes, les indurations du tissu cellulaire des membres présentent, en effet, des exemples multipliés. L'observateur n'a pas besoin de fouiller les volumi-

incessamment, par leur caractère persistant et leur marche progressive, [illegible] continu des fonctions; quelques-unes sont certes bien curables, telles sont les érosions superficielles, certaines indurations chroniques; des maladies cancéreuses au premier degré se trouvent dans ce cas. C'était l'opinion des médecins célèbres de l'antiquité. Cette idée a été reproduite dans les ouvrages modernes, par M. le professeur Bouillaud entre autres (à l'article *Cancer* du DICT. DE MÉD. ET DE CHIR. PRAT.).

Dans la troisième classe, viennent enfin les maladies de la matrice, dans lesquelles les tissus ont perdu leurs caractères primordiaux. Je range dans cette classe les cicatrices difformes, résultant d'adhérences contre nature, soit entre les parois du vagin, soit entre le vagin et le col utérin; l'extension des tumeurs, telles que celles de nature fibreuse; les dégénérations tuberculeuses du col ou du corps de la matrice; les squirrhes et les maladies squirrheuses; les solutions de continuité anciennes; et, bien que le principe qui constitue ces divers états paraisse du premier coup-d'œil établir entre elles quelques rapports, l'anatomie pathologique parvient à reconnaître leur identité ou leur différence.

Dans tous les cas, ce n'est qu'en élaborant certains produits qui sont le résultat de la phlegmasie, que l'art trouve le moyen de détruire l'élément originel de la lésion organique. De ce principe ressortent les avantages d'une médication active et énergique. C'est surtout dans les solutions de continuité compliquées de syphilis, soit primitive, soit constitutionnelle, et d'engorgemens sub-inflammatoires des ganglions lymphatiques si fréquentes dans les constitutions strumeuses, qu'on retire de salutaires effets de cette médication.

OBS. I. — Mlle Laure, demeurant rue Croix-de-Seguin, livrée à une vie désordonnée, donna la vérole à un Allemand; ils réclamèrent tous les deux mes soins. Je visitai cette fille; la muqueuse vaginale présentait des ulcérations discrètes, le col utérin était envahi par une large plaie qui occupait toute sa circonférence. Le fond de l'ulcère avait un aspect grisâtre, les bords étaient saigneux, renversés, et sensibles au contact de l'instrument; toute la muqueuse utéro-vaginale était d'un rouge livide, phlogosée, au point de rendre l'introduction de l'instrument difficile et pénible; les parties génitales étaient baignées par un liquide mucoso-purulent d'une odeur caractéristique (bains et injections sédatives pendant plusieurs jours, boissons rafraîchissantes).

Le 14 février, je commençai les cautérisations, la première fut faite avec le nitrate acide de mercure et alternativement avec ce caustique et le nitrate d'argent; jusqu'au 19 mars, le col fut d'abord douloureux et sensible, mais il s'habitua à cette modification et la guérison eut lieu avec une étonnante rapidité. Inutile de dire qu'un traitement anti-syphilitique fut administré pendant le traitement et continué longtemps après la guérison.

L'induction pratique qui découle naturellement de cette observation, c'est que, bien que la cautérisation coup sur coup ait été secondée de frictions sublingales avec le chlorure double, et de tisanes dépuratives, il est positif qu'elle a empêché l'empoisonnement général, comme l'a dit M. Ricord, contrairement à l'opinion de quelques célébrités médicales, de Dupuytren entre autres.

La cautérisation coup sur coup a donc l'avantage de prévenir la formation des produits accidentels des sécrétions morbides qui, étrangers aux fonctions organiques, provoquent, comme je l'ai établi ailleurs, des épiphénomènes de nature à aggraver l'état des parties voisines de l'ulcération. Ces produits, qui se renouvellent à chaque instant sur la surface ulcérée du col utérin, sont continuellement en contact avec des parties saines dont la texture se trouve incessamment altérée. Mais en outre, ils produisent des effets de résorption qui nuisent à l'équilibre organique et peuvent faire dégénérer de simples modifications de vitalité en véritables désorganisations.

C'est, je crois, l'explication la plus synthétique des changemens qui s'opèrent dans les parties constituantes des tissus de l'économie. On sentira d'après cela de quelle importance il est de guérir le plus promptement possible les états pathologiques de l'utérus que j'ai signalés; car il est bien positif que, s'ils sont peu inquiétans dans leur origine, ils n'en peuvent pas moins devenir plus tard le germe de diathèses qui frappent plus tard la constitution de la femme. L'observation qui suit prouvera, par la marche de la maladie, la tendance rapide vers cette fâcheuse complication.

OBS. 2. — Mme A.... est accouchée depuis 4 ans. d'un garçon fortement constitué. Elle a a pris, dans le travail de l'accouchement du seigle ergoté, et on a fait des manœuvres dans le but de la délivrer trop promptement sans doute. Les suites de ses couches ont été longues; elle a toujours été valétudinaire et s'est plainte de souffrances qu'elle rapportait à la matrice. Elle a eu des douleurs lombaires continues depuis ce moment, et ressentait une pesanteur dans le vagin qui l'empêchait de marcher et pour laquelle on avait employé un pessaire. Sa constitution est lymphatique et nerveuse. Elle éprouvait habituellement une compression du rectum et du tenesme vers la vessie; la défécation était pénible et douloureuse. Cette dame, âgée de 32 ans environ, se confie à mes soins le 6 février 1842, le ventre est sensible à la pression, les traits de la face sont assez altérés. Elle parait soucieuse et abattue. La souffrance et la privation de sommeil l'ont amaigrie. Elle a une leucorrhée habituelle et abondante, avec trouble manifeste dans les fonctions des organes digestifs. L'approche conjugale est impossible depuis 18 mois; les règles sont irrégulières, perte de sang et pertes blanches alternatives ou simultanées. Mme A... a été explorée par le toucher seulement et on n'a reconnu qu'un engorgement du col utérin, le traitement par les fondans avait échoué. L'exploration immédiate me fait trouver le col engagé et dur, la lèvre antérieure du museau de tanche est allongée et fait saillie dans le vagin, le spéculum est incessamment introduit; mais pour mettre le col à découvert il faut que je déprime fortement la commissure droite. Il s'engage alors lentement et avec peine entre les valves. Je fais une injection et je découvre alors une ulcération de 3 centimètres d'étendue, située à la partie postérieure. On distingue parfaitement que la lésion gagne la partie interne du col. Un grand nombre de papules se remarquent sur la surface de l'ulcère. Ce centre est d'une couleur foncée. Il sort de l'intérieur du col un écoulement assez abondant qui annonce une métrite chronique; le vagin est hypérémié et phlogosé. Il a la couleur lie de vin ainsi que le col. Cet état donne lieu à une perte mucoso-purulente; l'engorgement du col parait tenir à l'ancienneté de la maladie et parait être plus particulièrement sanguin. Demi-bains, boissons adoucissantes pendant quelques jours; petite saignée du bras. Je commence le traitement par la cautérisation le 16 février. J'y joins les pansemens avec la pommade de résinéone de goudron; voici le résumé du traitement du 16 février au 25 mars, 36 jours; interruption de 3 jours pendant la durée des règles. J'ai fait 18 cautérisations avec les pansemens et dans l'intervalle des pansemens simples; à cette époque la malade se trouvait assez bien, j'avais ajouté au traitement local la tisane de saponaire, de bardane et d'orge, les pilules d'iodure de mercure. Je cessai donc le traitement. Vers le 12 avril, Mme A.. se plaignit d'éprouver de la fatigue en marchant, pesanteur dans le vagin; douleur lombaire, prurit incommode, symptômes hystéralgiques légers. Demi-bains, frictions sur la région hypogastrique avec la pommade d'iodure de plomb. Légère amélioration; la perte blanche continue. Le 13, exploration : rougeur érythématique du col, ulcération circulaire avec nombreuses élevures de la peau, elle offre les caractères de l'ulcération granuleuse. Je fais, jusqu'au 26, quinze cautérisations et des pansemens, avec la pommade de suie, des injections avec l'eau de goudron. L'affection cède de nouveau, rien

neuses annales des statistiques, d'aller visiter les hôpitaux, de demander des renseignemens aux praticiens pour compter ou découvrir ces vivans témoignages de l'influence de l'air et des lieux. Il n'a qu'à se livrer de confiance au caprice du hasard, qu'à s'aventurer dans les rues étroites des villages, et même dans les quartiers les plus brillans des villes; et certainement il ne passera pas sa journée sans faire plus d'une découverte intéressante : il jouerait de malheur si son exploration était perdue.

L'état hygrométrique de l'air par l'abondance continue de l'évaporation se complique d'un autre ordre de causes. Il s'agit cette fois des frontières qui bordent les plaines de la Lombardie au midi, au nord et à l'ouest. La barrière montagneuse qui longe le Piémont et la Suisse est hérissée de pics élevés qui portent des neiges éternelles; les Alpes tyroliennes ont beaucoup d'analogie, sous ce rapport, avec les montagnes de l'occident; enfin, la frontière apennine, qui sépare la Toscane de l'Italie supérieure, a aussi ses sommets nébuleux et ses passages couverts de glaces. Or, le voisinage des montagnes, dans un pays où la constitution de l'air est humide, est une cause permanente de changemens brusques dans l'état du temps et dans les conditions de la température. Sans doute, cette influence ne se produit que sur une certaine étendue. La plaine de la Lombardie est trop vaste pour que les orages qui proviennent de ces causes réunies s'exercent sur un aussi large surface. Mais les plaines qui bordent les montagnes, les provinces qui partent du pied de ces hautes chaînes ou s'enfoncent dans les excavations des vallées sont exposées sans compensation à tous ces inconvéniens. On sait ce qui en résulte. Les soudaines alternatives de la température et de l'état de l'air donnent lieu, sur les habitans, à des mouvemens brusques de la circonférence au centre, et du centre à la circonférence. Il se produit de violentes transitions dans les fonctions du tissu cutané. Tantôt c'est la contraction qui ferme les pores et chasse le sang des capillaires; tantôt c'est l'expansion la plus active qui se développe pour ainsi dire en un clin d'œil, et fait affluer abondamment le liquide sanguin dans les vaisseaux de la périphérie. Ce genre d'influences favorise l'évolution de deux ordres de maladies bien distincts, qui se rattachent, l'un à l'altération des fonctions des organes profonds de l'économie, l'autre à des modifications plus ou moins graves dans le rôle physiologique de la peau. En effet, ces deux catégories d'affections sont très communes, surtout dans la région de l'occident, au voisinage des Alpes piémontaises.

Parmi les maladies de la peau, nous en citerons une dont ces vallées sont le lieu d'élection. C'est là qu'il faut aller la chercher. On en trouve quelques échantillons dans d'autres parties de l'Italie superieure. Mais c'est là qu'elle se montre avec tout son cortége de symptômes dont le plus terrible et le dernier consiste, comme on sait, dans la folie. Tout le monde nous a compris sans doute; c'est de la *pellagre* que nous voulons parler. On a dit et on a paru croire que son développement tenait d'une manière directe à la grossièreté de la nourriture des habitans, à l'usage du sarrasin. Mais un effet aussi puissant que celui-là peut-il dépendre seulement de cette unique cause? L'alimentation par le sarrasin suffit-elle pour rendre compte d'un résultat morbide qui commence par une éruption à la peau et finit par l'aliénation mentale? c'est ce dont il est encore permis de douter. Cette maladie ne serait-elle pas plutôt l'effet de plusieurs causes réunies? Nous sommes d'autant mieux disposé à le croire que le développement d'une affection de cette nature s'explique moins par l'espèce de

n'est plus apparent; le 10 mai, nouveau trouble, nouvelles douleurs. Je découvre avec le spéculum une ulcération dans la partie interne du col. J'y applique la cautérisation coup sur coup, et après ces cautérisations la malade est complétement rétablie et jouit d'une excellente santé.

Obs. III. — Mme Lebon... vient me consulter le 22 décembre. Elle peut à peine marcher; elle se dit souffrante depuis plusieurs années; elle est courbée et ne peut se redresser qu'avec une peine extrême; elle a une douleur habituelle dans la région lombaire, qui s'étend jusque dans la région iliaque droite; elle accuse une pesanteur dans le vagin, qui augmente par la station, et plus encore par la marche. Leucorrhée abondante, âcre et purulente. La région de l'utérus est douloureuse. Le diagnostic est assez difficile et obscur. Les parties sont tellement gonflées que le toucher rend difficilement compte de l'état pathologique du col. Le spéculum est introduit en présence de mon confrère M. C. Pujos, appelé en consultation. Les parois du vagin paraissent hypertrophiées; la sécrétion morbide qui les tapisse devient plus abondante à mesure qu'on approche davantage du col l'odeur des mucosités puriformes est infecte, et décèle une vaginite catarrhale. Avant de pousser les recherches plus loin, je pratique la cautérisation circulaire sur le vagin avec mon porte-caustique quadrilatere; le lendemain l'écoulement est beaucoup moindre. J'en pratique une nouvelle que je fais suivre d'une injection émolliente; la malade va mieux. Au bout de plusieurs jours, le spéculum peut être porté assez aisément sur la cloison recto-vaginale et amené jusqu'au col, qui est envahi, dans sa partie postérieure et au pourtour de l'orifice par une ulcération assez étendue et demi-elliptique; sa surface est recouverte de petits boutons sensibles à la loupe; une partie de l'écoulement semble venir de la matrice; l'exploration est difficultueuse, le col est volumineux et son induration presque squirrheuse; la partie malade est abstergée avec du papier de soie. Le 25 je commence la cautérisation et le pansement avec la résinéone en pommade, 10 cautérisations avec le nitrate acide de mercure et 8 avec le nitrate d'argent jusqu'au 28 janvier; l'exploration de la partie interne du col rend apparente une ulcération superficielle pour laquelle je fais 9 cautérisations; après ce temps la malade est complétement guérie; l'engorgement du col s'est dissipé sous l'influence de ce traitement et d'une médication interne appropriée.

J'entends par cautérisation coup sur coup, l'application d'un caustique sur les tissus malades, à des intervalles rapprochés. Ce procédé opératoire, on a pu le voir, par les observations que j'ai rapportées, n'a aucune conséquence fâcheuse sur l'état local ni sur l'organisme. Il produit bien, dans le premier moment, une fluxion vers le système utérin et même vers certains organes situés dans la région hypogastrique, tels que la vessie et le rectum. Mais ces effets ne tardent pas à se dissiper d'eux-mêmes, de sorte qu'après quelques jours ils n'inspirent aucune crainte sérieuse. Le seul phénomène qu'on remarque pendant ce genre de cautérisation, est une légère perte de sang qui accompagne parfois le pansement. J'ai rarement observé des congestions hémorragiques vers le col utérin, pas plus qu'une apparition anticipée du flux cataménial, comme on l'a dit, surtout après l'emploi du nitrate d'argent.

Le col utérin, étant un organe élastique, vasculeux et nerveux, doit éprouver du caustique mis aussi en contact avec son tissu propre des modifications importantes à connaître. Il en résulte une exaltation dans la sensibilité, et contrairement à l'opinion de quelques praticiens, je déclare que les caustiques, même sans être puissans, déterminent non pas la plupart du temps, mais toujours une douleur plus ou moins vive, devenue manifeste par le trouble des fonctions de l'organe et l'afflux plus considérable des fluides organiques. M. Durand-Fardel, qui a publié tout récemment un mémoire intéressant sur la blennorrhagie chez la femme, semble douter de la sensibilité du col et appuie son opinion sur celle de M. Delmas, qui le déclare complètement insensible. Mais, cette opinion n'est pas fondée, comme je l'ai établi dans mon précédent mémoire, et je pourrais si mes preuves étaient insuffisantes invoquer l'autorité de M. Cullerier, qui déclare que, dans l'utérite du col, il l'a toujours trouvé chaud et douloureux. Je ne m'étendrai pas plus longuement sur cette partie; ce que j'en ait dit ailleurs me semble propre à lever toute incertitude à cet égard.

Le second changement qui succède à l'emploi de la cautérisation coup sur coup se passe dans la circulation capillaire de l'organe malade. En effet, l'activité de cette fonction est un phénomène inséparable de la cautérisation. On ne saurait toutefois avoir à redouter, dans ce cas, d'accidens généraux dans les gros troncs veineux ou artériels, que s'il y avait surcharge dans les capillaires; car le travail de suppuration qui s'opère dans la partie ulcérée est un acte éliminatoire suffisant, à mon avis, pour prévenir la congestion qui, sans cette circonstance, pourrait s'effectuer sur la partie malade ou dans les parties connexes. Ce raisonnement physiologique explique comment la sécrétion morbide, qui s'opère à la surface de certains organes, évite les accidens fâcheux qui seraient la conséquence d'une fluxion continue que causerait le sang en traversant leur système capillaire sanguin. L'augmentation des propriétés vitales du tissu utérin favorise la fluidification d'un produit inconnu, élaboré dans son parenchyme, et la cantérisation coup sur coup en opère la conversion. C'est par cette raison qu'on hâte la guérison en fournissant à l'organe malade les matériaux d'une reproduction et d'un renouvellement qui s'opère dans son nouveau tissu.

Comme on le sent à merveille, la régularité de ce travail est modifiée par des circonstances individuelles et varie selon les âges. Chez la femme adulte, le travail de recomposition est plus rapide qu'à un âge plus avancé. Nous avons pensé aussi qu'il fallait tenir compte de la force de la fonction morale, qui est très puissante chez certaines femmes. Une sensibilité trop vive peut produire des irradiations nerveuses sympathiques, qui influent d'une façon défavorable sur la marche et la durée de la maladie. Aussi le repos du corps et le calme de l'esprit sont-ils indispensables pendant la durée du traitement.

Bien que la cautérisation coup sur coup soit applicable à la plupart des ulcérations de la matrice, il faut faire abstraction des circonstances variées qui ont de l'importance chez les femmes sur les affections propres à leur sexe; telles que les spasmes hystériques ou hystéralgiques, qui précèdent et accompagnent l'apparition des règles, les pertes de sang continues et certaines métrorrhagies intercurrentes. J'ai aussi remarqué que les femmes d'une excessive mobilité nerveuse, dominées par des passions tristes, éprouvaient, pendant le traitement, de la toux, de la gêne dans la respiration, un mouvement fébrile, et que parfois livrées à l'ennui continuel, ou préoccupées par la crainte d'être longtemps en proie à une maladie douloureuse, elles ressentaient un ébranlement dans tout le système nerveux. Il n'est pas douteux que la cautérisation employée dans ces cas, sans ménagement, produirait une perturbation intempestive. On devra attendre que le trouble des fonctions du système nerveux soit apaisé; car il y a alors autre chose qu'une lésion physique à combattre. Il est urgent de faire cesser l'état d'éréthysme à l'aide d'un traitement convenable, employé concurremment ou avant de donner des soins à l'organe malade. Ces complications, qu'on les considère comme élémens de production ou comme conséquences, rentrent dans les cas de maladies qui ne se dissipent qu'avec la cause qui les a produites.

---

nourriture dont nous avons parlé que par les influences répétées d'une atmosphère saturée d'eau et de brusques changemens dans la température.

Milan, cette ville qui est la capitale naturelle du royaume lombard, autant par sa richesse que par sa situation presque centrale, nous faisait espérer un changement de décor. La campagne était animée, populeuse sur toute la ligne jusqu'à Ferrare; le même caractère se faisait remarquer dans les autres parties du sol. Mais partout la maladie perçait sous le sentiment extérieur du bien-être et de l'activité. Seulement les revenus du travail agricole faisaient oublier, par l'espèce d'aisance qu'ils créaient, les fatigues du corps et les altérations de la santé. Nous pensions qu'à Milan, cette ville qui est ouverte à l'action de l'air, dont les places sont vastes, les rues larges et propres, nous ne verrions pas le cachet morbide qui s'est imprimé profondément sur le reste de la population. Nous nous étions trompé. Ce qui nous avait frappé dans les campagnes et les petites localités, ce que nous avions observé dans les villes à notre passage, tout cela se répétait sur les habitans de la capitale du Milanais. La pâleur mate y constitue en quelque sorte l'uniforme de tous les visages et surtout de ceux de la population inférieure. La scrofule y montre de temps en temps ses hideuses cicatrices au dessous des oreilles; enfin, cet embonpoint morbide si commun, surtout chez les femmes, dans les pays humides, s'y fait aussi remarquer assez souvent. La population des hautes classes n'est pas sans doute frappée en si grand nombre du sceau de l'affection scrofuleuse: elle compte des figures mâles, des corps robustes, des tons de chair bruns comme ceux qu'on remarque dans certaines parties de l'Italie méridionale. Mais l'exception, au lieu de détruire la règle, ne fait que la confirmer, comme on le dit vulgairement. Ainsi, la physionomie propre aux Milanais est celle qui frappe le voyageur qui parcourt les différentes populations du royaume.

La topographie de la ville est d'ailleurs parfaitement d'accord avec les conditions physiologiques dont nous venons de parler. Milan est entouré d'eau. il est le centre de trois grands canaux: *Il naviglio grande* qui sort du Tésin, le canal de Pavie, et le canal de Martesauna qui sort de l'Adda et forme enceinte autour des murailles. Puis, le lac de Côme et le lac Majeur, ces deux immenses réservoirs d'eau, qui sont situés au nord et au nord-ouest, se trouvent seulement à une distance de 15 ou 20 lieues de la ville. C'est là que commence la région montagneuse; de telle sorte qu'après avoir traversé les lacs on a atteint la limite occidentale du pays, on touche à l'extrémité septentrionale de la ligne des Alpes. Ainsi, Milan n'est pas seulement dans les conditions hygrométriques les plus complètes; il est à peine séparé de la région des montagnes. Maintenant, si on rapproche de cela sa topographie particulière qui se caractérise par le nivellement presque uniforme de la surface du sol, on comprendra que la ville soit accessible dans tous ses points aux influences vives et capricieuses que nous avons fait connaître. Le tableau que nous venons d'esquisser ne présente pas la Lombardie et sa capitale sous un aspect bien séduisant. Mais, il ne faut pas que le mouvement de l'industrie, la fertilité de la terre soient pour l'observateur une sorte de forme illusoire qui lui dérobe le fait qu'il a entrepris de dégager. La vue de Milan et de tant d'autres villes de la Lombardie peut déguiser ou affaiblir les caractères et l'influence du climat, lorsqu'un beau soleil brille sur un ciel sans nuage, et que le vent chaud de la mer Adriatique vient se répandre en douces brises sur ces plaines si vertes et si richement cultivées. Mais

La cautérisation coup sur coup soit avec les acides minéraux, soit avec les caustiques solides, soit avec le cautère actuel, peut se faire à des intervalles plus ou moins rapprochés, à jour passé et tous les jours même. L'observation suivante en donnera la preuve.

Obs. IV. — La dame M..., rue des Trois-Maries, me fit appeler dans les premiers jours de novembre 1841. Enceinte de quatre mois, elle avait eu un avortement. Il paraît d'après ce que m'a rapporté la malade que l'accouchement fut rapide. Depuis près de cinq mois, elle avait une métrorrhagie continuelle avec hystérie et abondante sécrétion mucoso-purulente, d'une odeur infecte; tout annonçait la souffrance chez cette femme : le pouls était fébrile, la région hypogastrique sensible au toucher; le conduit utérin exploré à travers les parois abdominales était douloureux jusqu'au bas-fond de la vessie; la lèvre antérieure du col était gonflée; le vagin était chaud; la malade était constipée; elle avait aussi du ténesme vers la vessie; toute la muqueuse était rouge et phlogosée. Je trouvai sur le col une ulcération elliptique de la longueur de 2 centimètres.

Le 4 novembre, je cautérisai avec le nitrate acide de mercure : demi-bains, cataplasme sur le ventre, petit lait émulsionné et nitré.

Le lendemain, la perte de sang a diminué : pansemens avec la pommade de suie; injections émollientes; pilules fondantes. Je continue ce traitement jusqu'au 7 décembre tous les jours, sans causer le moindre accident. Les règles ont duré six six jours. A cette époque, la guérison est annoncée par la régularité des fonctions générales.

Comme on le voit, cette méthode diffère de celle que conseillent la plupart des praticiens. Le phénomène qui accompagne le procédé que j'indique et qui mérite quelque attention est la fluxion sanguine du col. Elle en est l'effet actif et paraît produite par la douleur que cause le caustique et l'augmentation de chaleur de la partie malade. Mais, comme je l'ai dit, l'organisation du col lui permet de supporter sans danger cette double action. Voici ce que j'ai observé pendant la cautérisation. La partie cautérisée se gonfle elle-même et devient douloureuse. Un grand nombre de petites veines la sillonnent en tous sens, et impriment aux tissus voisins les caractères de l'hypérémie. Presque au même instant il s'opère entre les caustiques généralement employés en médecine et les tissus organiques, une action chimique qui dépend particulièrement de l'affinité des premiers pour l'eau. La grande quantité de vaisseaux lymphatiques et sanguins qui entrent dans la formation du col ne permet pas de douter qu'il s'opère à la surface ulcérée une excrétion mucoso-albumineuse qui est de suite concrétée par le contact du caustique. Cela vient de cette affinité desséchante qu'a ce dernier d'arrêter ou de diminuer la sécrétion morbide en resserrant les orifices par où elle passe. Ainsi donc la destruction incessante des tissus malades d'une part, et de l'autre la régénération des tissus nouveaux, sont deux conditions de prompte guérison. Le nitrate d'argent fondu est le catérétique solide que j'emploie le plus souvent. Je lui donne la préférence sur les sulfates de cuivre et de fer, parce que, comme l'observe M. le professeur Roux, la prompte séparation de l'escarre qui a lieu après son emploi donne la facilité de faire plusieurs applications sur la même partie en plusieurs jours.

Il serait imprudent de poser en principe que les choses se passent toujours de la manière que je viens de dire. Il arrive parfois que la couleur rosée que doit prendre la solution de continuité, après la cautérisation, n'en est pas la conséquence immédiate. Elle peut même prendre l'aspect livide et injecté; le col peut se gonfler davantage, devenir plus chaud, plus sensible au toucher, comme au contact du moindre corps étranger. L'érysipèle et le phlegmon pourraient succéder à des cautérisations trop profondes, ou à un caustique trop énergique. A la moindre appréhension de la production de tels accidens, il serait indispensable, avant de recourir à de nouvelles cautérisations, d'attendre qu'un travail spécial eût produit l'isolement des parties converties en escarres. Le chirurgien doit aussi prendre les plus grandes précautions pendant le temps que dure la cautérisation, pour préserver les tissus voisins de l'action des caustiques. Afin d'atteindre ce but, j'emploie de petits tampons imbibés de liqueurs froides; mais je donne la préférence à des morceaux de coton trempés dans une forte dissolution d'alun: ce moyen a été indiqué par Fourcroy.

Il me serait impossible de suivre plus loin le travail organique, qui, commençant à l'état de fluidification de la partie malade du col utérin, s'arrête à l'élément solide qui l'assimile au reste de son organisation normale. J'ai été surpris quelquefois de la promptitude avec laquelle s'accomplissait la cicatrisation des ulcérations de la matrice. Il me serait facile d'appuyer cette opinion par de nombreuses observations.

J'ai appliqué également ce procédé au traitement de certaines maladies du conduit vulvo-utérin tenant à des sécrétions morbides. Je me sers d'un porte-caustique quadrimètre, avec lequel je cautérise circulairement les parois du vagin. Cet instrument est composé d'un carré en fer, creusé sur deux des quatre côtés et sur le carré supérieur, dans une étendue de 9 à 10 millimètres. C'est dans ces carrés creux que je place des plaques de nitrate d'argent fondu préalablement coulées dans une lingotière. Elles effleurent la surface du fer. Une longue tige en fer termine le porte-caustique; elle vient s'adapter à un manche en ébène. Les plaques de caustique, ainsi disposées, sont recouvertes par une capsule en argent qui enveloppe l'instrument jusqu'à la tige qui soutient le quadrilatère en fer. On y remarque des ouvertures correspondantes aux surfaces creusées dans le fer; mais elles ont 2 millimètres de moins. Par ce moyen, le caustique est renfermé d'une manière inamovible. Le porte-caustique ainsi porté au fond du spéculum, ce dernier est retiré; le chirurgien fait exécuter un mouvement de rotation au manche, et en retirant à soi il cautérise les parois du vagin.

Je compléterai ce que j'avais à dire sur ce point de la pathologie spéciale du système utérin par une observation de cautérisation coup sur coup faite avec le fer rouge, dans un cas d'amputation d'un col cancéreux. Les difficultés que j'ai eu à vaincre pour faire cette opération sur place m'engagent à la rapporter dans tous ses détails.

Obs. V. — Madame Iriard, mère des compagnons tanneurs, demeurant rue du Peugue, me fit appeler le 22 janvier 1841. Elle était malade depuis vingt-six mois environ, et elle était âgée de 40 ans. Depuis ses dernières couches, elle avait de fortes douleurs dans l'hypogastre, avec leucorrhée, et un sentiment de pesanteur dans le vagin qui gênait parfois l'émission des urines. Les douleurs devinrent bientôt intolérables, surtout vers l'époque des règles. Peu à peu la perte blanche fut mêlée de sang. Les fatigues de sa vie laborieuse aggravèrent sa position, au point de rendre les douleurs lancinantes: la pesanteur hypogastrique fut plus grande. Voici l'état où je la trouvai : habitude du corps pâle, jaune paille; douleurs inguinales et lombaires; perte abondante par le vagin, mélangée de pus et de sang; station et marche presque impossibles. L'exploration par le toucher révèle une énorme tumeur située à 5 centimètres de l'ouverture vaginale, formée par la lèvre antérieure du museau de tanche; la lèvre postérieure n'est pas sensible. Des désordres organiques, qu'il est difficile, j'en conviens avec M. le professeur Andral, de rapporter à un excès ou à un défaut de stimulation, ont transformé cette partie de l'utérus en un véritable putrilage.

---

les lacs sont à deux pas, les montagnes neigeuses montrent leurs pics élancés aux derniers plans de l'horizon. Et bientôt la scène change: le vrai caractère, la véritable influence ne tardent pas à reprendre l'avantage qu'ils abandonnent si rarement.

Cela n'est pas encourageant pour le touriste ni surtout pour le malade; car il n'y a pas à proprement parler de véritable saison pour voyager en Lombardie. Du reste, les médecins italiens eux-mêmes l'avouent. Il faut se bien porter, disent-ils, pour parcourir les villes du royaume ou habiter Milan; car les valétudinaires ou les malades supportent mal l'hiver qui est très rigoureux, le printemps qui est pluvieux, l'automne qui couvre l'horizon de brouillards, et l'été qui est l'époque où l'évaporation miasmatique est entretenue sur toute la surface du sol, avec un zèle qui ne s'éteindra que par l'introduction d'une réforme radicale dans l'agriculture lombarde. Toutefois ne mettons pas tout le pays transalpin au ban de l'hygiène médicale. Il est ouvert vers l'orient sur la mer qui baigne de ses flots, les rives poétiques de la Grèce. Venise et Padoue sont sur cette grève. Nous y trouverons sans doute de quoi nous réconcilier avec un climat qui sous tant de rapports a si peu d'analogie avec la véritable Italie, l'Italie de la Toscane et des bords de la mer Tyrrhénienne.

Ed. C.

— Histoire des membres de l'Académie royale de médecine, ou Recueil des éloges lus dans les séances publiques de l'Académie royale de médecine; par E. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, membre de l'Institut. 2 vol. grand in-18. Prix : 7 fr.

Cet ouvrage comprend :

Discours d'ouverture de l'Académie royale de médecine, Eloges de Corvisart, Cadet de Gassicourt, Berthollet, Pinel, Beauchêne, Bourru, Percy, Vauquelin, G. Cuvier, Portal, Chaussier, Dupuytren, Scarpa, Desgenettes, Laënnec, Tessier, Huzard, Marc, Lodibert, Bourdois de la Motte, Esquirol, Lerminier, A. Dubois, Alibert, Geoffroy-Saint-Hilaire, A. Paré, Broussais, Bichat.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— Librairie de madame veuve Lenormant, rue de Seine, et Pagnerre, même rue, 14.

Guide du Médecin praticien, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées; par M. Valleix, médecin des hôpitaux, etc.

En vente, le cinquième volume. Prix: 10 fr. franco par la poste, et 8 fr. 50 c. pris au bureau.

Le cinquième volume forme avec le quatrième du Traité complet des maladies des voies digestives. Ils se vendent séparément.

Elle donne la sensation des désorganisations que présentent certains organes, quand des tissus accidentels qui, d'après Laennec, n'existent que par suite d'un état morbifique, ont converti les parties rudimentaires en une sorte de bouillie blanchâtre et rosée, ce qui constitue la matière encéphaloïde à l'état de ramollissement. Le reste du col offre la consistance du tubercule induré. La mensuration donne 3 centimètres transversalement et 2 dans le diamètre antéro-postérieur. Les ganglions inguinaux sont indurés et saillans; les seins flasques. Une large ulcération envahit la lèvre postérieure du col. Tout le fond du vagin est baigné par une suppuration ichoreuse. Les bords de l'ulcère sont durs et saigneux; tout le fond est grisâtre; il y a parfois prurit. La muqueuse vaginale est hypertrophiée dans une grande partie de son étendue. L'anneau vulvaire induré rétrécit le vagin dans cet endroit.

Une première consultation constate un cancer confirmé. Je propose l'amputation; je la pratique le lendemain, assisté de MM. Cazenave, Dupont fils et Lamarque. De vaines tentatives sont faites pour amener la tumeur au dehors, bien que j'aie fait usage de ma pince tenette à crochets qui remplace avec avantage les pinces de Museux, parce qu'en même temps qu'elle saisit la tumeur avec les crochets, elle en ménage la déchirure par les cuillers qui sont placées par derrière. Un ressort est disposé dans les branches pour les rappeler quand on les a écartées. Je sors alors le spéculum, qui devient inutile; j'introduis la main gauche dans le vagin, la face dorsale tournée vers le rectum; mes doigts allongés sont placés derrière la tumeur, qui est saisie avec ma pince conduite avec la main droite. Je place les branches dans la paume de la main et je les tiens immobiles avec l'annulaire et le petit doigt. J'introduis à plat un long bistouri boutonné courbe sur le plat. Le tranchant étant alors tourné vers le rectum, j'excise toute la lèvre antérieure du col sans léser les organes voisins; j'enlève également quelques fragmens qui n'ont pu être compris dans ce premier temps de l'opération. Quant à la lèvre postérieure, le ramollissement des tissus rend l'opération plus difficultueuse. A peine les pinces peuvent-elles saisir quelques parcelles de la tumeur dans les cuillers; cependant de nombreux fragmens sont successivement enlevés. L'opération a duré vingt-huit minutes. Une seule artériole donne abondamment; l'hémorragie s'arrête d'elle-même. Je fais des injections d'eau tiède. La plaie est ainsi débarrassée des caillots et pansée avec des plumasseaux de charpie enduite de cérat. L'examen des tissus enlevés ne laisse aucun doute sur l'existence d'une dégénération cancéreuse. La tumeur excisée a l'aspect et la consistance lardacés; elle est bosselée et dure. Pendant l'opération, la malade paraît être en proie à de fortes douleurs; ses traits sont altérés, ses yeux hagards; elle est décolorée; la face est couverte de sueurs froides; le pouls est à peine sensible: il est mou et bat lentement. Pendant tout le jour, la malade a eu des défaillances; mais le lendemain le pouls, de petit et déprimé, se relève; la chaleur générale est revenue; les urines et les selles ont repris leur cours normal. Je commence les cautérisations avec le fer rouge, que je promène sur toute la surface excisée. Onze cautérisations sont faites. Chaque cautérisation produit une douleur très vive, due à l'épanouissement des nerfs sur la partie malade. Les lotions réfrigérantes la calment assez promptement. La suppuration qui succède aux cautérisations est de bonne nature; le pus perd son odeur. Peu à peu la suppuration diminue, et le 6 mars les pansemens deviennent inutiles. M. le docteur Cazenave reconnaît que la plaie est cicatrisée.

On voit, par cette opération, les dangers qui menacent les malades soumises à de si cruelles mutilations. J'ai continué à donner des soins à la malade pendant plus de trois mois, malgré ce résultat avantageux; il est probable que l'état cachectique de cette femme favorisera la reproduction du cancer dans le corps ou dans quelque dépendance de la matrice, et qu'elle succombera.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de septembre et novembre 1844 contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Sur quelques complications dangereuses de la rougeole;* par M. Catchart Lees. 2° *Sur le spasme hystérique du diaphragme;* par M. Ringland. 3° *Nouvelles observations sur l'emploi de l'acide nitrique comme escarrotique dans certaines formes d'affections hémorrhoïdales;* par M. Houston. (Relation de cas à l'appui de cette pratique que nous avons fait connaître d'après l'auteur (v. Gaz. Méd., 1843, p. 452). M. Houston ne prétend pas que la cautérisation avec l'acide nitrique soit le traitement le plus efficace; car il avoue que le fer rouge a l'avantage de brûler plus profondément les tissus malades et d'amener une cicatrice qui prévient ensuite la chute du rectum. Mais il pense que les attouchemens avec l'acide nitrique doivent néanmoins être préférés dans la plupart des cas, lorsque l'affection est superficielle, vu la simplicité de la manœuvre et le peu de douleur qui en résulte.) 4° *Remarques sur le traitement du rhumatisme aigu par le quinquina;* par M. Popham. 5° *Tableau de la pratique obstétricale à l'hôpital du collége de l'Université, à Londres;* par M. Murphy. 6° *Deux cas d'anévrismes traités par la compression, suivis de réflexions;* par M. Bellingham. (Nous avons déjà rapporté l'un de ces cas en entier.) 7° *De l'emploi de la ciguë dans les affections douloureuses;* par M. Nelgan. 8° *Cas remarquable d'arrêt de développement sur un fœtus;* par M. Mitchell. 9° *Observations de la pratique de l'hôpital Richmond;* par M. John Hamilton. (Du proto-chlorure de mercure et de quinquina.)

DE LA PATHOLOGIE ET DU TRAITEMENT DES MALADIES DE L'UTÉRUS; NOUVELLE SONDE UTÉRINE; par M. SIMPSON (1).

Les maladies de l'utérus se traduisent par des signes rationnels et par des signes physiques. Ces deux ordres de symptômes doivent être recueillis avec un soin égal lorsqu'on veut asseoir un diagnostic certain. Beaucoup de médecins cependant se bornent à interroger les malades sur leur santé générale, la nature et la quantité de l'écoulement vaginal, l'espèce de douleurs, les incommodités résultant des troubles sympathiques, etc.; et négligent l'inspection directe des organes affectés. Il est facile de voir où peut conduire une telle omission. Quel médecin ayant à traiter une ophthalmie se contenterait de laisser parler le malade, sans examiner la lésion locale? Aussi peut-on affirmer que dans les affections utérines, les signes rationnels permettent de dire si la matrice est oui ou non malade; mais ils ne fournissent que des données insuffisantes sur le siége précis et sur la nature du mal. L'examen physique seul conduit à acquérir les notions de cette espèce.

Quoique ces idées aient généralement cours, elles sont loin d'être appliquées dans la pratique usuelle. En effet, les moyens d'exploration connus ne donnent de lumières que sur l'état du col et de la partie inférieure du corps de l'utérus. A la vérité, le toucher par le rectum et le palper abdominal suppléent parfois à cette insuffisance. Mais outre que leur secours, même dans les cas les plus favorables, est toujours borné et incomplet, il arrive souvent que chez des sujets obèses ou à parois abdominales rigides, le corps de l'utérus se dérobe absolument à nos moyens d'investigation.

C'est dans le but de combler cette lacune que M. le professeur Simpson a imaginé l'instrument qu'il appelle *sonde utérine*, et qu'il destine à faciliter l'examen du corps, du fond et de la cavité de la matrice. Nous allons le décrire en deux mots. C'est une sonde en argent ou tout autre métal flexible, ayant à peu près la longueur d'une sonde d'homme. Une de ses extrémités est munie d'un manche de bois ou d'ivoire dépoli sur l'une de ses faces, afin d'indiquer au médecin le sens vers lequel est tourné, à l'intérieur, le côté convexe ou le côté concave de l'instrument. L'autre extrémité se termine par un bouton arrondi. La sonde va en diminuant graduellement de volume à partir de son manche jusqu'à sa pointe. Près de cette dernière partie et dans l'étendue de 2 pouces 1/2, elle n'a que 1/10 de pouce de diamètre. Cette longueur de 2 pouces est celle qui offre le plus ordinairement la cavité utérine. Les 2 pouces 1/2 voisins de la pointe de l'instrument sont séparés du reste de la tige par une saillie ou relief, à partir de ce point jusqu'à son extrémité externe; la sonde est marquée à sa surface par des rainures transversales superficielles distantes d'un demi-pouce. Cette échelle sert à prendre les mesures des organes internes.

Le mécanisme d'introduction est des plus simples; avec le doigt indicateur de la main gauche on cherche le col de l'utérus. Puis, ce doigt restant en place, on conduit la sonde, dont la convexité doit à ce moment regarder en arrière, et on fait pénétrer son extrémité arrondie dans le museau de tanche. Quelquefois, à 1 pouce de profondeur, l'instrument éprouve un temps d'arrêt: ceci est dû à la contraction du point qui sépare la cavité du col de celle du corps; mais cet obstacle cède à une légère impulsion. Dès que la sonde a franchi l'orifice utérin, il faut abaisser vers le périnée l'extrémité qui est à l'extérieur, afin de mettre la direction de l'instrument en rapport avec celle des parties qu'il doit parcourir.

Cette introduction est aisée généralement, elle ne coûte ni plus de difficultés ni plus de douleurs que le cathétérisme de l'urètre chez la femme.

Après cette description préparatoire, M. Simpson énumère les services que son instrument peut rendre dans ce diagnostic des maladies utérines. Et d'abord, il sert à *fixer* la matrice. Le grand obstacle au succès de l'exploration à travers la paroi abdominale, est la mobilité de l'utérus qui fuit au devant de la main du chirurgien. On comprend donc quel avantage il y aura à le fixer avec une tige métallique placée dans son intérieur. La pression de la main s'exerce alors sur un point d'appui résis-

(1) Cet article appartient à une revue précédente.

tant et peut mieux reconnaître les propriétés physiques de l'organe, sa situation, sa direction, ses changemens de consistance, etc.

Non seulement l'instrument de M. Simpson fixe l'utérus, mais il peut aussi le porter soit en avant vers la main qui est appliquée sur le ventre, soit en arrière, pour le rendre accessible au doigt introduit par le rectum. Cet effet se produit en dirigeant alternativement l'extrémité externe en arrière ou en avant. De cette manière, on touche et on examine les parois antérieure et supérieure de l'organe. Un mouvement de rotation imprimé à la tige métallique amène aussi sous la main les parois latérales. M. Simpson assure même que sur des femmes maigres il a pu étendre l'exploration jusqu'à la paroi postérieure. Du reste, cette dernière se laisse mieux approcher par le rectum. Enfin, en abaissant l'utérus accroché en quelque sorte par la courbure de la sonde, on peut, avec le doigt porté dans le vagin, toucher la partie inférieure de la paroi antérieure et s'assurer de son état d'une manière plus exacte que par le simple toucher vaginal. Ce dernier procédé est surtout avantageux lorsqu'il s'agit de décider si certaines excroissances du col empiètent ou non jusque sur le corps de la matrice. Un diagnostic précis est alors nécessaire; car lui seul peut faire juger si l'extirpation est praticable avec des chances sérieuses de succès.

Si l'utérus, au lieu de se laisser déplacer reste immobile et résiste, cette indication négative a bien aussi son importance; elle annonce un certain degré d'engorgement des annexes de la matrice, de ses ligamens et des ovaires. Si, par exemple, dans un cas de squirrhe du col, on éprouvait beaucoup de difficulté à porter l'utérus en avant ou en arrière, ce serait un indice que les parties voisines participent déjà à l'altération, ou que du moins elles sont le siége d'une induration inflammatoire chronique.

Un avantage secondaire de l'emploi de la sonde utérine est celui qui est relatif à l'application du spéculum. Souvent, après avoir introduit le spéculum, on a une très-grande difficulté à trouver le museau de tanche. Il fuit devant l'instrument, et élude tous les efforts qu'on fait pour le charger dans sa cavité. Ces obstacles seront prévenus, si, avant de placer le spéculum, on a soin d'introduire et de laisser à demeure la sonde utérine. Elle sert de guide et de moyen de fixation; et rien n'est plus aisé que de tomber de prime abord sur le col.

Lorsque la présence d'une tumeur a été reconnue dans le bassin ou dans l'hypogastre, il importe toujours de savoir si elle a des connexions avec l'utérus. Que de fois, dans la pratique, n'est-il pas besoin de décider si une tumeur dépend d'un kyste ovarique, ou d'un corps fibreux développé dans les parois utérines et saillant à leur surface péritonéale. L'emploi de la sonde de M. Simpson vient encore éclairer ce diagnostic difficile. Une fois qu'elle est placée dans la matrice, il devient beaucoup plus aisé de déterminer quels sont les rapports de la tumeur avec ce viscère. On peut y arriver de trois manières différentes, soit en faisant mouvoir la tumeur pendant que la matrice est maintenue immobile, soit en provoquant au contraire des mouvemens de la matrice sur la tumeur préalablement fixée, soit enfin en essayant de faire mouvoir simultanément les deux parties en sens inverse.

SUR QUELQUES COMPLICATIONS DANGEREUSES DE LA ROUGEOLE; par le docteur CATHCART LEES.

Bien que la rougeole soit généralement regardée comme une affection peu grave, il y a cependant certaines époques où elle offre un caractère de gravité extrême et où elle est plus funeste que la scarlatine, ce qui tient moins à la maladie elle-même considérée isolément qu'à certaines complications ou à certaines suites qui varient suivant les épidémies. Si nous en croyons même l'auteur, la gravité de ces accidens irait en augmentant; ainsi les listes de mortalité qui indiquaient pour la ville de Londres 10 morts par semaine de la rougeole en 1748 et 12 en 1754, n'en ont pas indiqué moins de 30 par semaine pendant les quatre dernières années; le chiffre des morts causées par la rougeole s'était élevé, en moyenne, à 1,560 pour ces quatre années. Le rapport publié récemment sur le recensement en Irlande porte à 4,991 le chiffre des morts de rougeole dans cette contrée pendant l'année 1840; chiffre effrayant, lors même qu'on supposerait que quelques autres affections exanthématiques auraient été confondues sous la même dénomination. L'auteur, attaché au service de l'hôpital des Enfans de l'union de Dublin, fait connaître ici quelques-uns des caractères qu'a présentés une épidémie de rougeole qui s'y est développée dans les premiers mois de 1844, au moment où il y avait dans les salles un véritable encombrement qui paraissait très nuisible à la santé des enfans.

Les accidens qui plusieurs fois enlevèrent les enfans dès le deuxième jour de l'éruption avaient lieu surtout du côté de la gorge, du pharynx et même du larynx sur la muqueuse duquel on trouvait des traces d'une fausse membrane très mince et imbibée d'une sécrétion muco-purulente; l'accident le plus fréquent ensuite était la pneumonie. Sur 48 enfans âgés de moins de 2 ans qui furent frappés de la rougeole, 40 présentèrent des symptômes de pneumo-brunchite et 18 en moururent.

Chez les enfans âgés de plus de 2 ans et dont les salles étaient aussi fort encombrées, 147 furent atteints de la rougeole dans les trois mois de mars, avril et mai. Sur 35 de ces enfans qui étaient âgés de 2 à 5 ans, il en mourut 6, et sur les 112 autres dont l'âge était de 5 à 12 ans il n'en mourut que 5. On voit que la mortalité décroissait rapidement, à mesure que la maladie frappait des enfans plus avancés en âge. Plusieurs de ces enfans succombèrent à la gangrène de la bouche et des parties génitales; mais la pneumonie fut encore la complication la plus fréquente, car on la constata dans tous les cas de mort. Nous reproduirons ici quelques détails sur cette forme spéciale de pneumonie qui intéresseront les médecins au courant des études faites sur le même sujet parmi nous. Cette pneumonie paraît avoir un caractère de spécificité qui se manifeste par la tendance qu'elle offre à prendre la forme lobulaire et à frapper les deux poumons soit simultanément, soit à quelques heures d'intervalle; elle a une disposition très prononcée à marcher rapidement à la troisième période, et alors elle a été souvent prise pour une phthisie aiguë; elle se développe ou pendant les prodrômes de la maladie, ou avec l'éruption, ou au déclin de l'éruption ou pendant la convalescence. Quand elle précède l'éruption, elle est ordinairement lobaire et facile à diagnostiquer; lorsqu'au contraire elle se développe pendant que l'économie est sous l'influence de l'éruption, elle est lobulaire. Quant à celle qui apparaît pendant la convalescence, s'il s'est écoulé un certain nombre de jours (10 ou 12) entre la cessation de la fièvre éruptive et l'attaque de pneumonie, cette dernière est constamment lobaire; mais si d'autres complications sont venues dans l'intervalle, de manière à maintenir l'économie sous l'influence de la maladie primitive, dans ce cas la pneumonie est presque constamment lobulaire et alors réclame la plus sérieuse attention soit pour le diagnostic, soit pour le traitement; car il est peu de cas plus embarrassans pour le praticien que l'apparition d'une pneumonie chez un sujet débilité ou cachectique, sortant ou encore sous l'influence d'une autre affection.

Un autre accident que l'auteur signale, mais avec moins de précision, c'est le développement de la tuberculisation à la suite de la rougeole et auquel il semble rattacher la pneumonie lobulaire.

SPASME HYSTÉRIQUE DU DIAPHRAGME; par le docteur RINDGLAND.

Les phénomènes spasmodiques qui constituent l'hystérie sont loin d'être fournis dans tous les cas par les mêmes organes musculaires; dans les uns, ce sont les muscles des membres; dans d'autres, les muscles abdominaux, ou les muscles respiratoires, ou le diaphragme presque seuls qui sont entrés en contraction. L'auteur ayant observé plusieurs cas de suite où ce dernier muscle seul semblait engagé, a pensé à les rapprocher et à tirer de ce rapprochement une description générale de cette forme spéciale de l'hystérie. Suivons-le dans ce travail.

L'attaque commence la nuit, sans aucun symptôme précurseur, et sans le plus léger dérangement antérieur dans la santé, par un sentiment de suffocation, comme si la gorge était fortement serrée par une corde et une angoisse très pénible à la moindre tentative d'avaler la plus petite quantité de salive. En même temps, douleur très vive, le plus souvent intolérable dans la région de l'estomac passant d'abord d'arrière en avant, de l'épigastre vers l'épine dorsale, et descendant ensuite dans la direction de la portion lombaire de cette colonne pour se terminer à la partie inférieure du sacrum. La région du diaphragme est celle où la douleur est le plus intense; elle diminue progressivement en se rapprochant du sacrum. Les malades la comparent à celle que leur eussent fait éprouver des tiraillemens avec des pinces de fer rougi au feu; la pression sur les vertèbres lombaires est extrêmement sensible. La respiration très laborieuse force le malade à rester continuellement assis sans pouvoir se coucher un instant. On compte 60 respirations par minute. L'expiration se fait plus lentement et avec beaucoup moins de douleur que l'inspiration. Pendant cette dernière, les côtes et les clavicules s'élèvent à un point que l'auteur dit n'avoir encore jamais vu dans d'autres maladies. Un hoquet très pénible revenant par accès très rapprochés laisse le malade sans respiration pendant de courts instans. L'abdomen un peu développé et tympanisé n'est sensible à la pression que quand on dirige cette dernière vers le diaphragme, et alors les autres phénomènes s'aggravent aussi s'il est possible. La peau est à l'état normal, mais celle des extrémités est froide. L'urine sort en grande abondance et plus pâle qu'à l'ordinaire; les intestins n'éprouvent aucun trouble et le pouls reste à l'état normal.

L'administration de quelques calmans combinés aux spiritueux volatiles (éther, ammoniaque, teinture de valériane ammoniacale), avec des appli-

cations chaudes aux pieds et à l'abdomen, amène un peu de soulagement, mais l'attaque revient au bout de quelques heures et sans aucune diminution des symptômes. On retirera peut être encore une fois ou deux du soulagement de l'emploi des mêmes moyens jusqu'à ce qu'à l'approche du matin la malade tombe dans un profond sommeil dont elle ne sort qu'au bout de plusieurs heures, débarrassée de toutes douleurs.

Lorsque la malade ne se soumet pas à un traitement continué pendant plusieurs jours de suite, l'attaque revient encore et cède encore aux mêmes moyens. Cependant on obtient une guérison complète en combinant aux gommeux fœtides les essences volatiles, en ayant recours aux calmans à la moindre menace d'attaque, en appliquant des sinapismes sur le sternum et l'épine et un emplâtre de belladone sur les reins. Ces moyens employés pendant sept ou huit jours mettent ordinairement un terme définitif au retour des accès.

Aucun tempérament, aucune constitution, aucune classe de la société ne met à l'abri de ces accidens; des quatre cas rapportés par l'auteur, l'un a été observé chez une femme nouvellement mariée, le second chez une dame qui nourrissait son second enfant, le troisième au moment où elle avait ses règles, et chez la quatrième lorsque les menstrues étaient complètement établies. L'une d'elles appartenait aux classes les plus opulentes, une avait été longtemps dans la pauvreté, mais se trouvait dans l'aisance au moment de l'attaque; les deux autres occupaient une bonne position dans les dernières classes. Trois de ces femmes avaient un embonpoint considérable et étaient de taille moyenne; la quatrième était élancée et mince.

L'observation suivante suffira pour compléter la description de la maladie et faire connaître la nature des moyens dont elle exige l'emploi.

Obs. — J..., jeune femme qui avait appartenu à une classe élevée de la société, mais que la mort de son père avait laissée dans la détresse dès son bas-âge. Ayant une inclination, mais vaincue par la volonté de sa mère et sa position de fortune, elle épouse un autre homme, et le soir même du jour du mariage elle était à peine entrée dans la chambre à coucher qu'elle fut prise de convulsions hystériques. Ces dernières continuant, augmentant même notablement, je fus appelé à trois heures du matin et la trouvai dans un accès d'hystérie complet, mais avec une intensité dans les symptômes que je n'avais jamais vue. Cependant l'emploi des premiers moyens lui procura un peu de calme qui fut suivi d'un profond sommeil. La convalescence ne marcha que lentement et à peine était-elle complète au bout de six semaines; alors elle m'assura qu'elle n'avait conservé aucun souvenir de ce qui s'était passé dans les derniers jours qui avaient précédé son mariage; que, depuis l'époque où elle avait donné son consentement à ce mariage, elle n'avait conservé le souvenir que d'une violente céphalalgie, avec douleur du côté, sentiment de *globus hystericus* qui la fatiguait beaucoup, mais qu'elle n'avait rien voulu faire pour cela.

Trois à quatre semaines après la convalescence, appelé de nouveau auprès d'elle, je la trouvai dans l'état qui vient d'être décrit, se plaignant beaucoup de la tête et de la perte de la vision. Je lui prescrivis aussitôt :

Prenez :		
	Acetum opii	35 gouttes.
	Ether nitrique	4 grammes.
	Essence de menthe	10 gouttes.
	Eau distillée de menthe	32 grammes.

Ce qui la soulagea immédiatement avec l'application de corps chauds autour des jambes et de l'estomac; elle rendit par la bouche une grande quantité de gaz d'une odeur insupportable, dormit légèrement pendant quatre heures et se réveilla en poussant un fort cri et jetant des yeux hagards autour d'elle; puis l'attaque revint avec une nouvelle violence, cette fois sans tympanisme abdominal, mais avec un hoquet et des spasmes du muscle buccinateur très fréquens et très pénibles. J'ordonnai de nouveau la mixture déjà prescrite en y joignant 4 grammes de teinture ammoniacale de valériane. Elle s'endormit profondément et en s'éveillant se sentit tellement bien qu'elle ne voulut plus entendre parler de médecin. Mais trois jours après elle eut une nouvelle attaque aussi forte que la première et qui céda à l'emploi du même moyen; cette fois pourtant elle consentit à suivre le traitement prescrit; savoir : infusion de valériane avec teinture ammoniacale de valériane et de petites doses d'opium, puis, l'assa fœtida en pilules et en lavement. L'épine restait le siége d'une douleur qui disparut sous l'influence d'un sinapisme. Elle continua ce traitement pendant huit jours et n'éprouva plus d'attaque; depuis elle est devenue enceinte et a quitté l'Irlande.

OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME AIGU PAR L'ÉCORCE DE QUINQUINA; par le docteur J. POPHAM.

A une époque où le besoin d'agens thérapeutiques vivement senti a entraîné quelques jeunes médecins dans des expérimentations qui n'étaient pas sans péril, où surtout on a employé des moyens regardés comme doués d'une grande énergie, sans toujours s'informer exactement des renseignemens que contenaient déjà les annales de la science, à une époque surtout où l'on a vu des praticiens, employant le sulfate de quinine à dose élevée dans les affections les plus opposées, faire, comme on l'a dit, du contro-stimulisme *sans le savoir*, il n'est pas sans intérêt de connaître comment on procède en pays étranger en pareil cas. M. Popham avait été frappé, comme chacun de nous l'a été à son tour, de la forme rémittente qu'offre dans un certain nombre de cas le rhumatisme articulaire aigu; et de ce fait d'observation à la pensée du quinquina, le passage était facile. Morton, le premier, puis, depuis lui, Pringl, Fothergille et Haygarth eurent cette pensée et la mirent à exécution; ce dernier surtout se livra à des expériences cliniques résumées sous forme de tables, comme celles que, longtemps après, la méthode numérique a recommandées. Avant de recommencer les mêmes expériences, le docteur Popham voulut connaître les résultats obtenus par ceux qui l'avaient précédé, et surtout par Haygarth; mais il reconnut bientôt que ce dernier n'avait été conduit par aucun principe, par aucune vue théorique dans ses expérimens. M. Popham, voulant répéter ces expériences, résolut d'éviter le vague dans lequel ses prédécesseurs étaient tombés, et voici quelques-uns des résultats auxquels il est arrivé.

Dans les premiers essais, il ne soumit au quinquina que les sujets chez lesquels la maladie ne faisait que de commencer, et pendant que les accidens fébriles étaient encore fort intenses. Les résultats obtenus furent peu encourageans pour cette pratique; mais il en fut autrement dans douze cas de rhumatisme aigu où le quinquina fut donné à une période avancée, du cinquième au dixième jour. En moins de trois semaines, neuf guérisons étaient complètes, sans rechutes, ni pertes de forces, ni ces douleurs vagues qui survivent si fréquemment à la première attaque. Dans trois cas, il fut obligé de supprimer le traitement à cause de la sécheresse de la langue et du redoublement des accidens fébriles. Le quinquina, administré à une époque plus éloignée, produisit alors son bon effet ordinaire.

Voici maintenant les conclusions pratiques que tire l'auteur de ses expériences.

1° Il est utile d'obtenir quelques évacuations avant d'administrer le quinquina, à moins que la constitution du sujet ne soit trop débilitée, ou que la maladie ne dure depuis trop longtemps.

2° Le traitement par le quinquina réussit plus promptement quand la maladie a été traitée dès le commencement d'une manière active que quand elle a été négligée après le début, et qu'on l'a laissée s'établir dans l'économie.

3° La périodicité des symptômes, la longueur et l'apyrexie des intervalles sont de fortes présomptions en faveur de l'emploi du quinquina. Les cas où cet agent réussit le mieux sont ceux qui sont caractérisés par une atonie complète de la circulation cutanée, par une transpiration acide abondante qui amollit et macère la peau, une diminution des douleurs et un pouls petit et annonçant la faiblesse.

4° L'efficacité du moyen n'est point, comme dans la fièvre intermittente, en raison de la quantité qu'on en administre, surtout lorsqu'on emploie le sulfate de quinine; en grande quantité, il trouble, dans beaucoup de cas, les fonctions gastriques et ramène la fièvre.

5° Dans les cas de complications, et spécialement de maladies du cerveau ou du cœur, ce traitement sera contr'indiqué. Dans les cas où les synoviales sont compromises, on doit également y renoncer. Mais, dans ceux où la maladie dure depuis longtemps et a affaibli les malades, même avec quelques altérations des articulations peu prononcées, le traitement par le quinquina combiné avec le soufre prévient le retour de nouveaux abcès subaigus, et excite l'absorption de la synovie.

TABLEAU DE LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE A L'HÔPITAL DU COLLÉGE DE L'UNIVERSITÉ, A LONDRES; par M. MURPHY.

Dans ce tableau qui comprend une pratique de deux ans, nous n'avons trouvé que deux points dignes d'une mention spéciale. L'un est relatif à la menstruation; l'autre à la durée de la grossesse.

Sur 552 femmes qui ont été interrogées dans ce but, 3 avaient commencé à être réglées à 9 ans; 15 à 11; 37 à 12; 57 à 13; 107 à 14; 119 à 15; 110 à 16; 57 à 17; 34 à 18; 9 à 19; 6 à 20; 3 à 21, et enfin 2 à 22 ans.

Sur 591 femmes, l'intervalle entre le retour des époques menstruelles s'est trouvé être chez 2 de 14 jours, chez 77 de 21, chez 9 de 24, chez 2 de 25, chez 1 de 27, chez 496 de 28 jours, chez 1 de 30, chez 2 de 35, chez 1 de 42. Chose bien remarquable et fort connue, du reste, que les deux groupes de cas les plus nombreux coincidant avec l'intervalle de 28 et de 21 jours! Ces résultats concordent avec l'opinion de Dugès; ils sont aussi confirmés par l'expérience de M. Pétrequin (voy. THÈSE INAUGUR., p. 17), qui dit avoir vu beaucoup de femmes être réglées tous les 21 jours.

La seconde partie des recherches de l'auteur porte sur la durée de la gestation. Pour la calculer, il a compté à partir du jour où les règles ont paru pour la dernière fois jusqu'à celui de l'accouchement. Mais comme

la conception pouvait avoir eu lieu après la dernière époque menstruelle, il a voulu éviter tout reproche d'inexactide en défalquant du nombre total des jours, vingt-huit jours, intervalle ordinaire entre deux époques. Ce procédé ne laisse certainement pas soupçonner une erreur en plus dans l'évaluation du temps de la grossesse, mais il est loin de mettre également à l'abri contre la chance d'une erreur en moins. Aussi rapporterons-nous ici de préférence deux exemples de naissances tardives, dans lesquels tout décompté fait il s'est bien réellement écoulé un temps plus qu'ordinaire entre la conception et l'accouchement.

Obs. I. — Une femme de 26 ans entra à l'hôpital enceinte de son troisième enfant. Elle était mariée, ayant l'air honnête et intelligent. Sa santé avait toujours été bonne. Ses règles, ayant commencé à 13 ans, paraissaient avec une régularité parfaite tous les 28 jours. Elles cessèrent de venir à partir du 1er septembre 1841; ce qu'elle attribua à une grossesse qu'elle présumait avoir commencé peu après cette époque. Elle accoucha le 9 août 1842 d'une fille née morte. Sa grossesse avait donc été de 342 jours, en comptant depuis le dernier flux cataménial jusqu'à l'accouchement.

Obs. II. — Une femme, âgée de 33 ans, entra enceinte de son cinquième enfant. Mariée et intelligente, elle répondait avec clarté à toutes les questions. Réglée depuis quinze ans, elle l'était régulièrement toutes les quatre semaines; quelquefois plus tôt, jamais plus tard. Elle le fut en dernier lieu dans la première semaine de mars 1843. Peu de temps après survinrent des nausées et une douleur continuelle d'estomac. Ne se croyant pas enceinte, elle fit quelques remèdes contre cette indisposition. Mais n'en retirant aucun résultat, elle ne tarda pas à soupçonner la véritable cause, et effectivement ces symptômes se dissipèrent peu à peu. L'enfant commença à remuer dans le mois de juillet. Elle accoucha le 16 février 1844 d'un garçon. L'enfant, au moment de la naissance, n'était pas au-dessus du volume ordinaire; mais lorsqu'on le revit six mois après il était remarquablement développé pour son âge.

Dans ce cas, en rapportant l'époque de la conception au moment où ont commencé les nausées (vers le milieu de mars) la grossesse n'aurait pas duré moins de 338 jours, c'est-à-dire plus de onze mois!

M. Murphy cite encore un cas de naissance hâtive dont il paraît avoir recueilli les détails de manière à ne conserver aucun doute sur la réalité du fait.

Obs. III. — Une femme non mariée avait eu ses règles le 12 septembre 1843; elle eut neuf jours après, c'est-à-dire le 21 septembre, un rapport sexuel unique. A partir de ce moment, la menstruation cessa, et elle accoucha le 9 juin 1844 d'un *beau garçon bien portant*. Or, remarque l'auteur, en supposant qu'elle eût voulu cacher sa faute, le résultat visible à tous les yeux l'aurait si bien démentie qu'il devait être pour elle fort indifférent de convenir qu'elle l'eût commise un jour plus tôt ou un jour plus tard. En prenant donc pour vraie sa déclaration qu'elle n'avait pas le moindre intérêt à rendre mensongère la durée de la grossesse n'aurait été ici que de 261 jours.

Recherches thérapeutiques; par J. Moore Nelligan, médecin de l'hôpital de Jarvis-Street.

Sur l'emploi de la cigue dans le traitement des affections douloureuses.

La ciguë, après avoir été louée à l'excès par les anciens, avait cependant presque disparu de la pratique des modernes, quand, vers la fin du siècle dernier, elle fut relevée tout à coup de cet abandon par Stork, qui publia, en 1762, un écrit sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de cette substance, lui attribuant deux effets thérapeutiques distincts, d'abord une action anodine ou sédative, et ensuite les propriétés d'un altérant ou désobstruant, surtout dans le traitement des engorgements glanduläires, des affections glanduleuses, des cas de syphilis secondaire et des maladies cutanées chroniques. Aujourd'hui, on ne croit plus guère aux propriétés désobstruantes de la ciguë, et l'on est loin d'être d'accord sur son action calmante; aussi est-elle beaucoup moins fréquemment employée qu'elle ne le mériterait.

Depuis que l'on a découvert le principe actif de cette plante, on a pu expliquer la cause du discrédit dans lequel elle était tombée; car on a reconnu que l'application d'un degré médiocre de chaleur pendant quelque temps décomposait ce principe, et que l'extrait préparé d'après la formule de la plupart des pharmacopées était réellement ou à peu près inerte; ce dont l'auteur affirme s'être assuré bien des fois en traitant par la potasse des extraits de ciguë pris dans les meilleures pharmacies. Ce moyen d'analyse est si facile à employer, et si certain, que M. Nelligan pense qu'on ne devrait jamais commencer un traitement par une préparation quelconque de ciguë sans l'employer. Il consiste tout simplement à triturer dans un mortier les préparations que l'on veut examiner, avec une petite quantité de forte potasse caustique, et aussitôt on sent se dégager l'odeur particulière de la *conine*. On doit cependant avoir soin, dans cette épreuve, de ne pas confondre cette odeur avec celle de la plante elle-même, qui en diffère notablement, la dernière rappelant d'une manière frappante l'odeur dite de souris, tandis que celle de la conine est toute spéciale, pénétrante, très désagréable et un peu alcaline. On peut, au reste, pour être sûr de connaître exactement cette odeur, soumettre à l'épreuve des feuilles fraîches ou des graines de ciguë récemment récoltées.

Voici comment a été préparée la ciguë qu'a employée l'auteur dans les cas qu'il rapporte, et dont nous allons donner une courte analyse. Prenez une certaine quantité de ciguë fraîche, exprimez-en le suc et laissez-le en repos pendant quarante-huit heures, séparez-en la fécule et la chlorophyle qui pendant ce temps sont tombées à la partie inférieure, puis mettez-y un cinquième d'alcool rectifié.

Cette préparation, qui conserve ses propriétés pendant deux ans, paraît à l'auteur être bien préférable à l'extrait et à la poudre des feuilles ou des fruits de la plante. Après cette préparation, celle que M. Nelligan a trouvé la meilleure est l'extrait obtenu par l'évaporation spontanée, et encore même au bout de peu de temps cet extrait perdit toute trace de concine.

La ciguë administrée à doses médicinales chez un individu malade paraît agir sur l'excitabilité nerveuse qu'elle calme; sous son influence la force et la fréquence du cœur s'abaissent; mais, dans aucun cas, l'auteur n'a remarqué de tendance à l'assoupissement, ce qui est un reste d'accord avec les effets qu'attribue M. Christison à la ciguë administrée à doses délétères, après lesquelles elle amène la mort sans convulsions, sans altération appréciable du sang, et simplement par la paralysie du système nerveux. Ainsi, à dose médicinale, elle agit de la même façon, c'est-à-dire d'une manière presque insensible. Le seul effet que produise son administration lorsqu'elle a été continuée longtemps ou que l'on a augmenté rapidement les doses, c'est que le malade se plaint d'une sensation de sécheresse désagréable dans la gorge, de constriction avec difficulté pour ava'er, arrivant quelquefois jusqu'à la douleur, et qui oblige, on à suspendre pendant quelques jours l'usage du médicament, ou à en diminuer notablement la dose.

Les maladies dans lesquelles M. Nelligan a employé la ciguë avec un avantage décidé sont les affections rhumatismales sub-aiguës ou chroniques, surtout lorsqu'elles sont compliquées de violentes douleurs, de névralgie ou de gangrène sénile, et bien qu'il y ait en recours dans un très grand nombre de cas, tant à l'hôpital qu'en ville, il n'a vu qu'un très petit nombre de cas où le soulagement ne soit pas venu à la suite de l'administration de cette préparation. Voici quelques-unes des observations qu'il rapporte.

Douleurs rhumatismales obstinées a la suite d'une exposition au froid et a l'humidité.

Obs. I. — M. Cormick, employé sur le chemin de fer de Dublin et Drogheda, âgé de 32 ans, fort, doué de tempérament sanguin, est admis à l'hôpital de Jarvis-Street, le 4 avril 1843. Il se plaint d'une douleur sourde, lancinante dans les régions dorsale inférieure et lombaires, de raideur dans l'épaule et le genou, et quelquefois dans les articulations métacarpo-phalangiennes; les coudes sont même les seules articulations où il n'ait pas éprouvé du tout de douleurs. Il y a aussi un peu de gonflement; mais sans rougeur ni sensibilité à la pression. Ces douleurs sont erratiques et n'augmentent point par la chaleur, mais bien dans la soirée. Etat normal sous tous les autres rapports. Sa place l'a obligé depuis deux ans à se lever fréquemment pendant la nuit, quelque temps qu'il fît, et c'est après avoir été complètement mouillé dans une de ces occasions qu'il avait été pris de ses douleurs qui, malgré leur intensité, ne l'empêchèrent point cependant de continuer ses travaux jusqu'à ce qu'au bout de cinq mois, vaincu par leur intensité et la raideur du membre, il fut obligé d'entrer à l'hôpital.

Le 5 avril, après l'avoir purgé activement, on lui prescrit 30 gouttes de *succus conii* trois fois par jour dans un verre d'eau.

Le 11, le malade va beaucoup mieux; il ne conserve qu'un peu de douleur dans l'épaule et au bas du dos. La dose de suc de ciguë est portée à 40 gouttes trois fois par jour. On combat la constipation.

Le 14 avril, il reste à peine quelques traces de douleurs, mais le malade se plaint de sécheresse à la gorge, avec constriction et difficulté à avaler. Les gouttes sont omises et on prescrit un purgatif salin.

Le 16, les douleurs ont repris un peu de gravité, mais la sensation pénible de la gorge a disparu. Prendre chaque soir un grain d'extrait de ciguë (préparé par l'évaporation spontanée du suc). Au bout de deux jours, on y joint 20 gouttes de *succus conii* trois fois par jour.

Le 24, le malade éprouvait à peine un peu de douleur; mais la sécheresse de la gorge et la difficulté à avaler avaient reparu. On cesse les gouttes, qu'on remplace par 5 centigrammes d'extrait de ciguë trois fois par jour.

Le 3 mai, M. Cormick sort parfaitement rétabli.

Arthrite chronique grave avec gonflement et déformation des articulations.

Obs. II. — Nowlan, âgé de 56 ans, gardien de bœufs, est admis à l'hôpital le 8 mars 1843, se plaignant de douleurs très vives dans toutes les articulations des pieds et des mains, avec insomnie et incapacité de continuer ses occupations. Le gonflement est considérable, accompagné d'un peu de rougeur et de sensibilité à la pression. Le pouls est petit, la peau baignée dans une transpiration collante, la langue chargée, l'appétit mauvais, avec constipation et urine extrê-

ment chargée. Il attribuait cet état, qui remontait à un an, à ce qu'il avait été forcé de coucher constamment à la belle étoile et même le plus souvent sur la terre humide. Depuis le début, la maladie avait beaucoup augmenté, passant d'une articulation à une autre, et depuis deux mois pouvait à peine faire un mouvement.

Aussitôt après son admission, le 9 mars, on lui prescrit un cathartique, puis 30 gouttes de suc de ciguë trois fois par jour.

Le 15 mars, diminution notable des douleurs et du gonflement des articulations; celle du genou surtout a diminué d'une manière prodigieuse. Le malade assure que depuis trois mois il n'a pas été aussi bien. 40 gouttes à prendre trois fois par jour.

Le 23 mars, le suc de ciguë pris à la dose prescrite ci-dessus depuis dix jours n'a pas encore produit le moindre effet constitutionnel. Le malade se dit beaucoup mieux, souffre peu et a les mouvemens bien plus libres. Les articulations des doigts sont à peine sensibles; le genou est encore le siége de douleurs qui augmentent surtout la nuit. On porte la dose du suc de ciguë à 60 gouttes trois fois par jour.

Le 31 mars, Nowlan se plaignant d'un peu de chaleur à la gorge avec légère difficulté à avaler on lui prescrit immédiatement deux pilules cathartiques; puis un bain tiède le soir et l'on suspend, pour ce jour là seulement, le suc de ciguë, qu'on redonne de nouveau et à la même dose le 1er avril.

Le 5 avril, les mêmes accidens se reproduisent, on a recours aux mêmes moyens et le suc de ciguë est continué jusqu'au 15 avril, jour où Nowlan sort de l'hôpital ne conservant plus ni douleur ni gonflement à l'articulation du genou et très peu de difformité à celle des doigts.

Au bout d'un mois, la femme de Nowlan vient au dispensaire et assure que son mérite se porte bien.

Deux autres observations sont rapportées encore et avec le même résultat bien que différentes des deux précédentes par le siége de la maladie, puisque l'une était un cas de rhumatisme de la région jambière postérieure, et l'autre un cas de rhumatisme articulaire aigu. L'auteur affirme qu'un grand nombre d'autres cas ont été observés à l'hôpital pendant les deux dernières années et où le rhumatisme céda à l'emploi d'une préparation active de ciguë, assurant qu'il est impossible de douter de l'efficacité du traitement suivi dans ces cas, puisque c'est le seul qui ait été employé. Il ne prétend cependant pas soutenir que la ciguë doit guérir tous les cas de rhumatisme chronique, et en rapporte même un où la ciguë qui avait semblé au commencement produire du soulagement est cependant restée sans efficacité.

L'auteur s'est bien trouvé aussi de l'emploi de la ciguë dans le traitement de la névralgie et de la gangrène sénile. Dans la première de ces deux maladies, la ciguë, comme tous les autres moyens, reste quelquefois sans effet, mais aussi elle réussit souvent lorsqu'on avait épuisé tous les autres traitemens. M. Nelligan rapporte l'observation d'un cas de névralgie des nerfs sus et sous-orbitaires qui avait résisté aux ventouses, aux saignées, aux vésicatoires, au fer à haute dose, au mercure, au quinquina et à la térébenthine et qui céda complètement et définitivement en dix jours aux doses de ciguë déjà indiquées.

Dans deux cas de gangrène sénile, on s'est bien trouvé d'associer la ciguë aux préparations opiacées. Dans un de ces cas qui appartenait à la pratique particulière de l'auteur et où la maladie dura du 19 mai au 29 juin 1843 la gangrène s'était étendue jusqu'au-dessus du genou; les douleurs avec élancement ressenties dans les tendons du membre malade et qui étaient excessivement aiguës ne furent point diminuées par l'emploi des préparations opiacées, mais cédèrent immédiatement à celui du suc de ciguë et furent, par l'usage judicieux de ce moyen, suspendues pendant tout le reste de la maladie.

CAS REMARQUABLE D'ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT SUR UN FOETUS; par M. MITCHELL.

Cette observation, remarquable sous le rapport tératologique, l'est pour le moins autant au point de vue physiologique par les données précieuses qu'elle fournit sur la question si obscure des bruits et des mouvemens du cœur.

Obs. — Une femme, âgée de 23 ans, enceinte pour la première fois, accoucha le 21 mars 1844 d'un garçon. Au premier aspect, on remarqua avec surprise que les viscères de l'abdomen, le foie, l'estomac, la rate, les intestins, les testicules, ainsi que le cœur étaient situés à l'extérieur. En les renversant, il fut aisé de constater que ces viscères étaient sortis par une ouverture formée aux dépens du côté gauche de la paroi thoracique et notamment des côtes et de la moitié du sternum de ce côté, qui manquaient, ainsi que la portion de la paroi abdominale correspondante. Il y avait aussi un arrêt de développement considérable du membre supérieur gauche.

L'enfant parut d'abord ne pas vouloir respirer. M. Mitchell s'abstint de couper le cordon qui battait avec force. Au bout de 4 à 5 minutes, le côté droit de la poitrine commença à se soulever légèrement, et peu à peu la respiration s'établit, différant cependant de la respiration naturelle, en ce qu'elle s'effectuait par efforts convulsifs. Le cœur, en même temps, battait vivement, envoyant à chaque contraction un jet rapide de sang du ventricule gauche dans l'aorte qui restait fixe. Tant que le cordon demeura intact, les pulsations du cœur étaient de 25 par minute; mais après qu'on l'eut coupé elles tombèrent à 20, puis à 17. Elles restèrent à ce degré pendant un peu plus d'une heure. Alors elles diminuèrent peu à peu de fréquence et finirent par cesser tout à fait. Le cœur battit en tout une heure cinquante minutes depuis la naissance de l'enfant, et les pulsations continuèrent vingt-cinq minutes après qu'il eut cessé de respirer.

Voici maintenant les remarques que fait l'auteur sur les mouvemens du cœur. Ce viscère (comme on a pu s'en assurer ensuite par la dissection) était normalement conformé et dépourvu de péricarde, de manière qu'on a pu étudier bien à découvert le phénomène résultant de l'accomplissement de ses fonctions. Les oreillettes étaient d'abord distendues par le sang, et les ventricules paraissaient recevoir le liquide sans aucune contraction appréciable des oreillettes qui semblaient se débarrasser de leur contenu, comme en le faisant couler doucement. L'appendice de l'oreillette gauche fut la seule partie des oreillettes où l'on put constater un mouvement de contraction. Immédiatement après que les oreillettes s'étaient vidées, les ventricules se contractaient, le sang passant d'abord dans les artères coronaires qui devenaient très distendues et saillantes. L'effet de cette contraction était de raccourcir le cœur de bas en haut, c'est-à-dire de sa pointe à sa base, et de produire à sa partie moyenne une projection considérable qui soulevait les doigts placés sur le viscère; la pointe du cœur ne s'élevait en aucune manière, et ne devenait point apparente à chaque contraction. Le sang coulait avec beaucoup de force dans l'aorte, le cœur paraissant flasque et relâché après chaque contraction, quoique évidemment il ne fût pas alors entièrement vidé (comme l'auteur dit s'en être assuré en faisant encore couler du sang du cœur dans l'aorte après que la contraction avait eu lieu). *Il n'y avait aucun bruit ni aucune irrégularité perceptible* (1), excepté quand un effort convulsif pour respirer avait lieu. A ce moment, un mouvement de trémoussement se communiquait au cœur, comme s'il était arrêté au milieu de la systole.

Nous avons déjà dit que le cœur et tous les vaisseaux furent trouvés à l'état normal. Le poumon gauche n'offrait qu'un cinquième du volume du droit. Le diaphragme, bien conformé à droite, n'était constitué du côté gauche que par un petit nombre de fibres.

Les organes du système nerveux présentaient leur configuration et leur structure naturelle, si ce n'est l'absence et l'irrégularité de quelques-uns des nerfs du membre thoracique gauche, lequel offrait un arrêt de développement prononcé.

Le rein gauche était plus gros que le droit.

Les détails très précis dans lesquels l'auteur est entré seraient sans doute jugés de nature à jeter quelque jour sur la question des mouvemens du cœur. On sait que, au moment de la systole ventriculaire, la face antérieure de cet organe va frapper la paroi thoracique. Presque tous les physiologistes admettent que ce mouvement est produit par une sorte de redressement du cœur, en vertu duquel il y avait un choc de sa pointe contre les côtes. M. Corrigan repousse cette explication. D'après lui, le cœur est semblable à tous les autres muscles de l'économie; quand il entre en contraction, il se raccourcit et simultanément sa partie moyenne se renfle et devient plus volumineuse, de même que le corps du biceps grossit et fait une saillie très perceptible lorsque ce muscle se contracte. Le cœur, donc, augmente en cet instant d'épaisseur vers son milieu, et c'est de la projection de son centre contre les côtes que résulte le mouvement attribué à tort jusqu'ici au redressement de sa pointe.

D'après ce qu'il a observé chez cet enfant, M. Mitchell se croit autorisé à partager l'opinion de M. Corrigan; et à la lecture attentive de l'observation telle que nous l'avons rapportée ci-dessus, peu de médecins sans doute hésiteront à se ranger de son avis, si du moins ils consentent à regarder la circulation qui s'opère dans ces circonstances anormales comme l'image fidèle de cette fonction à un âge plus avancé et avec une structure régulière.

— Ce cas n'est pas le seul du même genre dont la science soit en possession. Nos lecteurs se rappellent sans doute l'intéressante observation d'ectopie du cœur, recueillie par MM. Cruveilhier et Monod (Voy. GAZ. MÉD., 1841, n° 32, et 1843, n° 6), sur un enfant qui vécut quatorze heures et chez lequel on put parfaitement étudier la succession et le mécanisme des mouvemens cardiaques. Les deux récits de M. Mitchell et de M. Cruveilhier coïncident surtout en un point important. Comme l'auteur anglais, M. Cruveilhier n'a pas pu constater ce redressement de la pointe du cœur admis par la plupart des physiologistes : « Chez cet enfant, dit-il, (V. loc. cit., p. 498), la systole ventriculaire ne s'accompagne pas, comme je l'avais cru jusqu'alors, d'un mouvement de projection du cœur en avant. »

Une circonstance remarquable que présenta encore l'enfant observé par M. Mitchell est la lenteur extrême des pulsations cardiaques. Ce défaut de fréquence, qui a rendu l'exploration si facile et si concluante, est

(1) Cette phrase, qui exprime un fait aussi important que l'absence des bruits du cœur, aurait dû, ce nous semble, être plus explicite. Le texte anglais, que nous avons cherché à traduire littéralement, dans toute cette description, porte ici : « There was not the least sond nor irregularity perceptible. »

(NOTE DU RÉDACTEUR.)

attribué par l'auteur à ce que la respiration n'étant presque servie que par un seul poumon s'exécutait d'une manière très incomplète.

Quant aux bruits du cœur, nous avons rapporté textuellement le passage où M. Mitchell déclare ne les avoir pas entendus, et nous n'avons rien à ajouter aux réflexions que nous avons exprimées sur la valeur qu'il convient d'accorder à une assertion de cette importance exprimée avec un tel laconisme.

DU PROTOCHLORURE DE MERCURE ET DE QUINQUINA; par M. HAMILTON.

Ce composé a été soumis à M. Hamilton par M. Dermott pour faire sur ses propriétés quelques essais cliniques. Il est fâcheux que le mode de préparation n'ait pas été indiqué plus exactement par l'auteur. Il se borne à dire que M. Dermott, se rappelant, d'après l'avis de tous les médecins, combien l'association du quinquina active l'effet médicateur des mercuriaux, imagina de faire un composé à proportions définies en mettant en contact le bichlorure de mercure comme acide et l'alcali du quinquina comme base. Il obtint ainsi un sel double, un protochlorure de mercure et de quinquina; et il s'assura par l'analyse la plus sévère que ce nouveau corps résultait d'une combinaison non pas mécanique mais chimique des élémens, et qu'il ne contenait pas un atome de bichlorure.

M. Hamilton, ayant à cette époque dans son service plusieurs cas de lupus superficiel, résolut d'essayer le pouvoir de ce médicament contre une maladie aussi tenace que celle-ci passe généralement pour l'être. Suivent les observations.

Obs. I. — Un ouvrier, âgé de 40 ans, avait depuis un an un lupus superficiel occupant les parties inférieure du bras et supérieure de l'avant-bras. Il présentait les caractères ordinaires de cette maladie, c'est-à-dire une surface luisante d'un rouge sombre, parsemée d'exulcérations ayant de la tendance à creuser sous la peau. Il y avait aussi une plaque oblongue de même espèce sur le sternum. Traité jusqu'alors sans succès par deux médecins, il commença à prendre trois fois par jour un grain de protochlorure de mercure et de quinquina. Au bout de sept jours, une salivation abondante força de le suspendre. Mais déjà la rougeur avait pâli et la plupart des ulcères s'étaient cicatrisés. Bientôt il fut remis à l'usage du sel, mais à la dose seulement d'un grain matin et soir. Au bout de trois semaines, il sortit de l'hôpital guéri, sans avoir mis sur la plaie autre chose qu'un pansement simple.

Obs. II. — Caroline Seward, âgée de 24 ans, avait sur toute la jambe gauche de nombreux ulcères lupoïdes. La douleur qu'elle en éprouvait était telle que le sommeil était presque entièrement perdu. Inappétence, langue chargée d'un enduit jaunâtre; pouls à 108. La maladie datait de huit mois. Elle fut mise à l'usage du sel de mercure et de quinquina, à la dose d'un demi-grain trois fois par jour. Mais à peine en avait-elle pris 3 grains qu'il se déclara de la salivation et un violent ténesme mercuriel. Suspension du remède et administration de la poudre de Dower. Ces accidens calmés, on recommença à donner un demi-grain de protochlorure tous les soirs. Elle quitta l'hôpital au bout de trois semaines, guérie de ses ulcères, et sa santé s'étant notablement améliorée.

Obs. III. — Un homme de 28 ans entra avec un ulcère caractéristique situé derrière la cuisse. Le centre en était profond. Il avait commencé, trois mois auparavant, par des tubercules développés sous la peau. Il y avait eu autrefois des symptômes de syphilis. Après avoir pris, pendant quatre jours, 3 grains par jour de protochlorure de mercure et de quinquina, la bouche devint affectée. On continua néanmoins à la même dose jusqu'à ce qu'il eût pris en tout 16 grains. A cette époque, la salivation avait beaucoup augmenté, mais l'ulcère était presque guéri. Après quelques jours de suspension du remède, il en recommença l'usage à la dose d'un grain le soir. Au bout d'un mois de séjour, il quitta l'hôpital, bien guéri.

Obs. IV. — Mary Byrne, âgée de 36 ans, d'une bonne santé habituelle, entra à l'hôpital de Richmond présentant les symptômes suivans. Une tumeur dure et mobile, du volume d'une grosse amande, est située sous la peau près du bord externe de la rotule; elle est avoisinée par une autre petite tumeur moins distincte. Toutes deux sont douloureuses et très tendues; mais la peau a conservé son apparence naturelle. Une troisième tumeur existe sur le gras de la jambe; et à la partie interne du membre on trouve une cicatrice plissée et brillante. La malade dit qu'elle est la suite d'un tubercule semblable aux précédens qui se forma et se rompit un an et demi auparavant.

Ces symptômes annonçaient évidemment un lupus à l'état tuberculeux. La malade avait maigri et perdu en partie le sommeil. On lui ordonna:

Protochlorure de mercure et de quinquina... 1 grain 1/2.
Opium.......................... 1/5 de grain.
Faites 3 pilules, à prendre en trois fois dans la journée.

Cinq jours après le commencement de ce traitement, les tubercules avaient déjà diminué. La salivation força, comme dans les cas précédens, de suspendre le remède et de ne le reprendre ensuite qu'à une dose plus faible. Au bout de quinze jours, elle quitta l'hôpital, les tubercules étant presqu'imperceptibles, l'embonpoint et la santé générale ayant beaucoup gagné.

La rapidité du résultat est ce qui surprend le plus dans ces observations. M. Hamilton dit avoir guéri, par le même moyen et avec la même promptitude, un cinquième cas de lupus superficiel. Il avertit aussi que le remède doit être associé à l'opium afin de prévenir l'action irritante qu'il exerce sur le tube digestif. Son principal effet est sans doute dû au mercure; mais on ne peut nier qu'il n'ait aussi une influence tonique, comme semble le prouver l'amélioration remarquable de la santé générale qui s'est manifestée chez les quatre malades dont l'histoire précède.

Nous partageons l'opinion de M. Hamilton, et nous partageons aussi les regrets qu'il exprime de ce que M. Dermott n'ait pas indiqué d'une manière plus détaillée la composition et le mode de préparation d'un agent qui paraît aussi précieux (1). Nous pensons en outre que son emploi conviendrait dans une foule d'affections syphilitiques trop anciennes ou trop compliquées pour céder facilement au mercure. Il trouverait, en particulier, une indication tout à fait rationnelle dans cet état de la constitution que M. Ricord nomme *chlorose syphilitique* et contre lequel il a préconisé les préparations de fer combinées avec les mercuriaux.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER.

RÉTABLISSEMENT DE L'ACTION NERVEUSE.

M. le docteur Jobert (de Lamballe) donne lecture d'un mémoire intitulé: DU RÉTABLISSEMENT DE L'ACTION NERVEUSE DANS LES LAMBEAUX AUTOPLASTIQUES. Une question qui touche aux points les plus élevés de la physiologie est celle de savoir si la force plastique qui fournit les élémens de réparation dans les solutions de continuité de nos organes, est suffisante pour reproduire une portion de nerf détruite ou pour rendre à un nerf coupé son intégrité première; et, en supposant cette question résolue négativement, il reste à savoir si, après la section d'un nerf, l'action nerveuse se rétablit au-delà de la solution de continuité, et comment s'opère ce rétablissement. Dans un ouvrage dont la publicité date de quelques années, M. Jobert croit avoir réfuté l'opinion des physiologistes qui admettaient la reproduction de la substance nerveuse. Toutefois les expériences de M. Flourens, démontrant que la sensibilité peut renaître dans un nerf divisé, laissaient une apparente contradiction entre les résultats physiologiques et les faits anatomiques tels que les avait observés M. Jobert.

Cet habile opérateur a repris la question, en profitant des ressources qu'offraient à l'expérimentation les procédés autoplastiques dont s'est enrichie la chirurgie contemporaine. Au lieu d'opérer sur des filets nerveux, M. Jobert a pris, au sein des tissus vivants, des lambeaux plus ou moins considérables, et il les a appliqués sur des surfaces saignantes en se bornant à laisser un étroit pédicule qui servait de racine au lambeau jusqu'à ce que de nouveaux rapports se fussent établis, jusqu'à ce que la greffe animale se fût consolidée. Alors il coupait le pédicule, et il avait, au milieu des tissus vivants, une île de matière organisée qui n'avait pu puiser les élémens de nutrition et se mettre en rapport avec les centres nerveux que par l'intermédiaire d'une cicatrice. Il restait à suivre les phénomènes qui se passaient dans cette greffe animale sous le rapport de la sensibilité.

Le sujet de la première observation consignée dans le mémoire est une jeune fille affectée d'un renversement de la paupière supérieure gauche, résultat d'une brûlure. Après avoir coupé la bride qui tirait en haut le bord libre de la paupière, M. Jobert forma un lambeau aux dépens de la peau de la tempe. Dix jours après l'opération, il se déclara une variole confluente; mais il n'apparut sur le lambeau quelques boutons mal développés qu'après que tout le corps en eut été couvert. Trente et quelques jours après l'opération, la nutrition du lambeau paraissant bien assurée, on en coupa le pédicule. Le lambeau pâlit, devint insensible au nitrate d'argent et aux piqûres d'épingle. Toutefois, si on appuyait fortement, la malade déclarait sentir non pas une piqûre, mais une pression légère, sensation qu'il faut rapporter aux parties sous-jacentes plutôt qu'au lambeau même. Mais, au bout de vingt jours environ après la section du pédicule, la sensibilité reparut dans le lambeau qui, en même temps, reprit toute sa vascularité.

M. Jobert rapporte d'autres observations desquelles il résulte que les phénomènes inflammatoires suivent dans les lambeaux autoplastiques, les mêmes phases que la nutrition et la sensibilité. Le développement des productions cornées sur les lambeaux se fait suivant la même progression. Græfe et M. Dieffenbach se sont trompés en avançant que les poils existans sur les parties auxquelles on emprunte un lambeau, tombaient après que celui-ci avait perdu ses rapports naturels. Peut-être cette chute a-t-elle lieu les premiers jours; mais M. Jobert a toujours vu les poils acquérir sur les lambeaux un développement plus grand qu'avant la transplantation de la surface cutanée à laquelle ils appartiennent.

(1) Nous avons conservé, d'après le texte anglais, la dénomination de protochlorure de mercure et de quinquina. Mais, vraisemblablement, c'est la quinine et non le quinquina qui se trouve ici en présence du chlorure de mercure; car les alcalis végétaux sont seuls susceptibles de s'associer chimiquement de manière à former des sels. (NOTE DU RÉD.)

L'auteur du mémoire a eu l'occasion en 1835 de pratiquer la blépharoplastie (réparation de la paupière) sur une blanchisseuse âgée de 23 ans. Un lambeau fut pris aux dépens de la joue, un autre aux dépens de la tempe. Excepté dans le pédicule, les deux lambeaux furent insensibles après l'opération; la sensibilité revint graduellement et disparut de nouveau, après la section du pédicule. Beaucoup plus tard, en 1844, M. Jobert constata la sensibilité complète des deux lambeaux. La malade était phthisique, elle succomba, et M. Jobert put compléter l'observation par l'examen anatomique des parties. Aucun des filets nerveux appartenant aux lambeaux ne put être retrouvé; aucun des filets nerveux des parties qui environnaient les lambeaux ne pénétraient dans ceux-ci; tous s'arrêtaient brusquement au niveau de la cicatrice.

L'auteur du mémoire a confirmé ces données anatomiques par une série d'expériences entreprises sur les animaux, et l'ensemble des faits par lui observés l'a conduit aux conclusions suivantes :

1° Immédiatement après les opérations autoplastiques, la sensibilité s'affaiblit ou disparaît dans les lambeaux : cet affaiblissement est en raison directe de l'écoulement du sang; 2° avant la section du pédicule la sensibilité y est conservée, en partie du moins; 3° au bout d'un certain temps, la vascularité et la sensibilité reparaissent dans le lambeau et s'accroissent dans les mêmes proportions.

En regard de ces conclusions, voici celles que fournit l'examen anatomique: il n'existe, comme moyen de communication entre les lambeaux et le reste de l'organisme, que les vaisseaux plus ou moins développés qui traversent la couche du tissu cicatriciel. Les nerfs qui existaient primitivement dans le lambeau s'atrophient et peuvent finir par disparaître.

Ainsi, ajoute l'auteur du mémoire, l'observation physiologique nous apprend que la sensibilité se reproduit dans les lambeaux, et l'observation anatomique montre que la continuité nerveuse ne s'y rétablit point. Comment la sensibilité nerveuse peut-elle se produire dans une partie séparée des centres nerveux? Comment les impressions produites sur cette partie peuvent-elles être transmises à ces centres à travers un tissu dépourvu de nerfs?

Sans prétendre éclaircir complètement ces hautes questions, M. Jobert énonce deux propositions ainsi conçues :

1° Les lambeaux autoplastiques empruntent directement les élémens de leur sensibilité aux globules sanguins qui fournissent les matériaux de leur nutrition. 2° Les sensations excitées dans les lambeaux sont transmises aux centres nerveux par les extrémités des nerfs qui environnent la cicatrice, et parviennent à ces nerfs par l'intermédiaire du tissu cicatriciel lui-même dépourvu de nerfs.

A l'appui de sa première proposition, l'orateur cite la théorie de MM. Dumas et Boussaingault sur la respiration, véritable combustion chimique, ainsi que l'ont démontré ces deux savans, qui est l'origine de l'électricité animale. Quand les muscles sont pénétrés de sang, il y a une combustion locale, donnant lieu à des développemens de fluide électrique appréciables; en activant la respiration, la quantité d'électricité augmente. Elle est proportionnelle à l'activité de la circulation. Ne peut-on pas induire de là que le fluide dynamo-électrique, produit par les phénomènes chimiques de la circulation, est la source de la sensibilité, et que les nerfs sont simplement chargés de transmettre l'impression aux centres nerveux?

Cette induction expliquerait ce qui se passe dans les lambeaux.

Comment cette sensibilité développée par les phénomènes de circulation estelle transmise aux centres nerveux? M. Jobert rattache ce fait extraordinaire à l'idée d'une atmosphère sensible qui serait répandue autour des nerfs et même de la chair musculaire, idée émise pour la première fois dans l'école d'Edimbourg, développée ensuite par Reit, puis définitivement établie par les expériences de M. Humboldt. Dans ses recherches sur le galvanisme, cet illustre savant a mis hors de contestation que les matières animales exercent une action à distance; qu'il émane des nerfs en particulier un fluide appréciable à nos instrumens; que la sphère d'action de ce fluide est toujours en raison directe du degré de vitalité de l'animal. M. de Humboldt a aussi démontré que le tissu cellulaire, qui est la base des cicatrices nerveuses, est très bon conducteur du fluide dont il s'agit.

Que nous manque-t-il donc, poursuit M. Jobert, pour expliquer les phénomènes de transmission exposés dans ce travail? Nous avons opéré sur des êtres doués d'une vitalité énergique; les agens de la circulation nerveuse, interrompus par nos instrumens, ont été réparés à l'aide d'une substance conductrice. La nature, en rétablissant la vie et la sensibilité dans les lambeaux autoplastiques, ne s'écarte en rien des procédés qu'elle suit pour créer et maintenir la sensibilité dans le reste du monde organisé.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES GRANDES OPÉRATIONS ET SUR LES MOYENS D'ÉVITER EN GRANDE PARTIE LES DANGERS ET LES ACCIDENS QUI LES ACCOMPAGNENT.

M. Ballard, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Besançon, lit sous ce titre un travail, dans lequel il s'attache à démontrer que les chances de dangers et d'accidens qui accompagnent les grandes opérations sont beaucoup moins relatives aux procédés opératoires mis en usage qu'aux soins que nécessitent ces opérations avant et après leur exécution. Il a vu aussi que, sous l'influence de régimes fort divers, les malades succombaient à peu près dans la même proportion. Seulement ceux auxquels on donnait de suite à manger, que l'on tonifiait, étaient emportés du cinquième au dixième jour, tandis que ceux qui étaient soumis à une diète rigoureuse et à des saignées abondantes succombaient au trentième et au quarantième jour.

L'auteur, cherchant à se rendre compte des diverses causes de mort à la suite des grandes opérations, signale comme les plus constantes : la crainte de l'opération, la douleur, la fièvre traumatique ou de suppuration, la fonte purulente des tissus, enfin l'influence des grandes réunions de malades, des marécages, des lieux mal aérés, etc. C'est en conséquence dans chacune de ces causes que M. Ballard trouve la source des indications à remplir. La première indication est de laisser ignorer aux malades non seulement l'instant de l'opération, mais même la nécessité où l'on est de la pratiquer. La seconde consiste à détruire la sensibilité ou à la diminuer, de manière à rendre tolérable la douleur de l'opération; c'est ce que l'auteur obtient par la compression des principaux troncs nerveux, à laquelle il joint l'usage des narcotiques à dose excitante, hilariante même pendant deux ou trois jours de suite (3 à 5 centigr. d'hydrochlorate de morphine dans 24 heures). La troisième indication est de chercher à prévenir l'inflammation en empêchant le développement de la chaleur et de la douleur, ce qui s'obtient en entourant le membre de vessies remplies d'eau à une température assez basse pour enlever à mesure l'excès de chaleur qui se développe. Cette dernière indication répond naturellement aux dernières causes de mort, qui ne sont que la conséquence de l'inflammation.

Par le concours de ces moyens prophylactiques, l'auteur affirme avoir diminué la mortalité au point que sur 28 amputations, dont 20 des membres abdominaux, 12 de la cuisse, il n'a pas eu un seul cas d'insuccès, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu un seul cas de mort avant la cicatrisation complète et durant l'année qui a suivi.

CATHÉTÉRISME AU MOYEN DE SONDES ET DE BOUGIES A CONDUCTEURS.

M. Guillon écrit pour réclamer la priorité d'un nouveau moyen de pratiquer le cathétérisme, exposé dans une des dernières séances par M. Maisonneuve. Par des citations prises dans la Revue médicale et dans d'autres écrits, M. Guillon prouve que, dès 1830, il avait employé la sonde conductrice pour rendre plus facile et plus sûre l'introduction des sondes et de certains instrumens dont l'emploi est nécessité par l'état pathologique de l'urètre et de la vessie ou de leurs annexes.

M. Guillon fait remarquer que ces conducteurs, quoi qu'en ait dit M. Maisonneuve, ne peuvent pas être employés d'une manière générale ou banale, mais qu'ils sont véritablement utiles dans un certain nombre de circonstances, telles que des fausses routes très larges dans l'urètre, les rétentions d'urine produites par une prostatite chronique, des fongus du col de la vessie, etc.

On trouve dans sa lettre le passage ci-après emprunté à un mémoire publié en 1839, par M. le docteur Corbel-Lagneau (Considérations thérapeutiques sur les différens modes de traitement du docteur Guillon pour les rétrécissemens urétraux), dont il a été question dans la Gazette médicale, tome 7, page 827: « Après avoir, dit M. Corbel, franchi le rétrécissement au moyen d'un conducteur dont la pointe était filiforme et très flexible, M. Guillon fit arriver, à l'aide de celui-ci, jusque dans la vessie, deux petites sondes qui ne séjournèrent qu'une demi-heure environ chaque fois. »

M. Corbel termine l'histoire de la maladie de M. B... par cette remarque (p. 53) : « M. Guillon, au moyen de ses sondes à conducteur, évite toujours les fausses routes, la bougie conductrice préalablement introduite servant à diriger sa sonde jusque dans la vessie. »

On trouve aussi dans la lettre de M. Guillon cet autre passage sur l'emploi *des bougies à extrémité conductrice* qu'il a présentées à la Société de médecine pratique, en janvier 1832: « Nous ne pouvons, dit M. le docteur Serrurier dans le compte-rendu des travaux de cette société (années 1831 et 1832), qu'il a publié en 1834, qu'applaudir aux résultats heureux de notre confrère Guillon, dans l'emploi, pour la guérison de certains rétrécissemens, des bougies élastiques, *très flexibles*, de forme conique, dont l'extrémité offre un renflement olivaire. Celles à ventre qu'il a imaginées depuis et qui présentent un renflement du double de leur diamètre dans une étendue de 2 pouces 1/2 (7 centimètres), tout aussi flexible au lieu renflé que dans le reste de leur longueur, également à bouts olivaires, ont, lorsqu'elles sont bien faites, sur celles non flexibles employées jusqu'à présent, l'avantage de pouvoir être introduites avec facilité *par les personnes les moins habiles*, et de ne distendre que la partie malade de l'urètre; de plus, leur bout olivaire ne s'engage pas dans les lacunes du canal.

» M. Guillon a montré d'autres bougies en baleines, à ventre (très court) en forme de vis, dont l'extrémité filiforme extrêmement flexible se termine par un petit renflement olivaire, et au moyen desquelles il espère toujours éviter le cathétérisme forcé. »

SULFATE DE QUININE.

M. Desiderio, médecin à Venise, communique une note, dans laquelle il expose les résultats de nombreuses expériences et observations cliniques sur le sulfate de quinine. Nous reproduisons quelques-unes des conséquences auxquelles il a été amené.

Un scrupule de sulfate de quinine incorporé dans du miel seulement suffit pour donner la mort aux lapins ordinaires.

L'acétate de morphine et l'alcool accélèrent les effets de l'empoisonnement par le sulfate de quinine. L'eau distillée de laurier cerise, au contraire, les retarde et peut même les guérir.

La saignée a des effets encore plus éclatans; elle a guéri des lapins chez lesquels l'empoisonnement par le sulfate de quinine était des mieux caractérisés.

La poudre de digitale pourprée a aussi des effets salutaires.

Des expériences sur l'homme ont confirmé dans l'esprit de l'auteur ce qui a été avancé de l'action excitante attribuée au sulfate de quinine; les symptômes de l'empoisonnement par le sulfate de quinine sont, sans aucun doute pour lui, de nature phlogistique.

CHAULAGE ARSENICAL; MOYEN DE LE SUPPLÉER.

M. Audouard, pharmacien à Béziers, écrit, en réponse à une communication

récente de M. Chatin, sur l'arsénicage, pour démontrer, par de nouveaux faits, que l'arsenic n'est pas sans action sur *l'uredo carbo*, ainsi que l'a prétendu M. Chatin. L'arsénicage, dit-il, a toujours réussi dans les contrées qu'il habite (le Languedoc) à réaliser le but que l'on se propose dans cette opération. M. Audouard n'en repousse pas moins de toutes ses forces l'usage du chaulage arsénical, mais c'est par d'autres motifs. Le chaulage par l'acide arsénieux, ou à l'aide de tout autre poison métallique, peut être remplacé avec avantage, suivant lui, par des substances qui produisent les mêmes effets destructeurs sur le charbon de blé, sans avoir aucun inconvénient; de ce nombre est la chaux vive et non carbonatée, additionnée de sel marin, substance dont l'emploi a déjà été indiqué par plusieurs agronomes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Capuron, sur l'invitation de M. le président, donne des nouvelles de la santé de M. Ribes. D'après ces nouveaux renseignemens, l'état de cet honorable académicien ne serait pas amélioré.

NOUVELLE MÉTHODE DE DILATATION DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. Gorjon lit un travail relatif à une nouvelle méthode de dilatation des rétrécissemens du canal de l'urètre, à laquelle il donne le nom de méthode hydraulique et vitale.

MM. Blandin, Ségalas et Gerdy sont chargés d'examiner ce travail.

ANÉVRISMES DES OS.

M. Roux continue la lecture de son mémoire sur les anévrismes des os.

Sur la demande de plusieurs membres, ce travail est renvoyé au comité de publication.

BLÉPHAROPLASTIE.

M. Blandin présente à l'Académie une femme à laquelle il a enlevé un cancer de la paupière inférieure. Cette femme a été opérée trois fois à Rennes par M. le docteur Pinault. Le cancer ayant récidivé une troisième fois, M. Pinault, ne voulant point courir les chances d'une quatrième opération, adressa la malade à M. Blandin. Le cancer envahissait la totalité de la paupière inférieure, la région nasale supérieure correspondante et une partie de la paupière supérieure. M. Blandin, après avoir extirpé tous les tissus altérés, a emprunté un lambeau à la région frontale, pour réparer en partie la perte de substance considérable résultant de l'opération. Cette autoplastie toutefois, ajoute M. Blandin, a été faite beaucoup moins dans le but de réparer la perte de substance, but qui n'est qu'incomplètement atteint sous ce rapport, que dans l'espérance d'obtenir par cette greffe d'un tissu sain sur les parties anciennement affectées une modification de nutrition et de texture qui mette à l'abri des chances de la repullulation du mal. Tel a été l'objet principal que s'est proposé M. Blandin en pratiquant cette autoplastie, et il pense être assez heureux pour obtenir ce résultat. L'opération date aujourd'hui de trois mois. Toutes les parties sont réunies; il n'y a aucune apparence de dégénérescence nouvelle. M. Blandin se croit d'autant plus autorisé à espérer une guérison complète qu'il a obtenu un pareil résultat dans une circonstance analogue, chez un homme dont la guérison date aujourd'hui de dix-huit mois.

OPÉRATION D'INFIBULATION POUR UNE FISTULE VÉSICO-VAGINALE; PIÈCES ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

M. Bérard présente les pièces anatomo-pathologiques, ayant appartenu à une femme chez laquelle il a pratiqué, il y a environ six semaines, l'oblitération du vagin pour une fistule vésico-vaginale énorme, ayant détruit toute la paroi postérieure de la vessie, de son col et une portion de l'urètre, avec rétroversion et hernie de la portion restante de la vessie. L'opération, comme infibulation, avait été parfaitement supportée et donnait les plus grandes espérances de réussite; la cicatrisation était presque complète, l'urine s'écoulait claire et limpide par la sonde placée à demeure dans le canal. Aucun phénomène morbide grave ne s'était manifesté à la suite de l'opération. Pendant trois semaines les choses ont été dans un état tel que l'on pouvait concevoir l'espoir d'un entier succès, lorsqu'il se développa tout à coup après la troisième semaine des accidens inflammatoires du péritoine, auxquels la malade a succombé le dix-septième jour après l'invasion des premiers accidens.

A l'autopsie, on a trouvé une péritonite partielle et disséminée très intense. Les deux plèvres étaient aussi le siége de l'inflammation. Tous les autres organes étaient parfaitement sains.

La vulve était presque entièrement oblitérée. Inférieurement et supérieurement il existe seulement deux petits pertuis; l'inférieur communique dans le vagin, le supérieur dans la vessie. Deux stylets passés dans l'un et dans l'autre de ces pertuis se rencontrent au milieu de la fistule. La portie adhérente de la vulve est longue de deux centimètres et épaisse de 6 millim.; elle est constituée par la cloison antérieure de la vulve.

De sorte, dit M. Bérard, que l'opération avait *presque* réussi; il eût été facile de fermer les deux petites ouvertures, qui n'avaient pas été oblitérées. La mort *bien regrettable* de cette malade ne *peut pas être imputée à l'opération*, et ce fait doit plutôt encourager les tentatives nouvelles qu'éloigner de ce procédé.

Plusieurs personnes demandent la parole sur les deux communications faites par MM. Bérard et Blandin.

Vu l'heure avancée, la discussion sur ces deux communications est ajournée à la séance prochaine.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE; par M. Grisolle, D. M. P. Deuxième et dernier volume; 912 pages in-8°. — Paris, 1844. Chez Fortin, Masson et Ce.

Le volume que nous avons sous les yeux et qui complète le Traité de pathologie dont nous avons déjà parlé (1) renferme les cinq dernières classes de maladies admises par M. Grisolle et ne mérite pas moins que le premier notre examen; mais avant de commencer ce travail nous féliciterons l'auteur de l'exactitude avec laquelle il a rempli l'engagement qu'il avait pris avec les premiers souscripteurs de leur livrer promptement le reste de l'ouvrage quand tant d'autres travaux analogues sont publiés avec une telle lenteur que les différentes parties dont ils se composent offrent trop souvent, dans l'expression des doctrines, de nombreuses traces de l'intervalle qui en a séparé la publication.

La cinquième classe par laquelle commence ce volume et qui comprend tous les empoisonnemens est l'une des plus naturelles et celle peut-être qui réunissant et fournissant au médecin le plus d'élémens d'études devrait approcher de plus près du degré de perfection auquel on peut espérer qu'arriveront quelque jour les sciences pathologiques. Dans la plupart des maladies de cette classe en effet la cause première de tous les phénomènes morbides est facile à étudier sous presque tous les points de vue; la nature de l'agent toxique, sa composition, sa quantité, ses propriétés physico-chimiques et son action sur l'organisme sont souvent connues du médecin, qui n'ignore pas, comme dans presque toutes les autres maladies, le moment même où cette cause a été introduite dans l'économie et a commencé à agir, qui, fréquemment, peut suivre les effets qu'elle produit sur les divers organes avec lesquels elle est successivement mise en contact et l'enchaînement des troubles locaux et généraux qui en résultent. Plus tard encore, lorsque la substance vénéneuse a épuisé toute son action, sans détruire complètement la vie, n'est-il pas au pouvoir de l'homme de l'art familiarisé avec ces études de reconnaître les appareils sur lesquels elle a agi soit primitivement soit consécutivement ou par réaction? Enfin, quand l'organisme a succombé dans la lutte et que la vie est éteinte les faits positifs et négatifs révélés par l'examen cadavérique ne peuvent-ils pas mettre plus facilement que dans la plupart des autres maladies sur les vraies traces des désordres produits par l'agent toxique? Il serait rationnel de conclure de ces considérations si elles offrent quelque exactitude que les empoisonnemens peuvent être considérés comme le type le plus intelligible de l'état morbide et se trouveraient avec avantage sur le premier plan dans un cadre nosologique où l'on devrait procéder, suivant la méthode analytique, du connu à l'inconnu.

Laissons à d'autres le soin d'examiner s'il y a quelque vérité dans ces considérations, et revenons aux empoisonnemens que M. Grisolle classe avec l'école en irritans, narcotiques, narcotico-âcres et septiques, classification tellement défectueuse et si peu en harmonie avec l'état actuel de la science, quelque peu avancé qu'il soit réellement, qu'elle semble devoir plutôt induire en erreur que guider l'homme de l'art et que l'auteur ne la présente qu'avec une défiance bien légitime. En effet, sans peut-être avoir rendu justice entière à tous ceux qui se sont occupés, depuis quelques années, de travaux toxicologiques et s'être probablement exagéré l'importance des recherches de quelques-uns, M. Grisolle n'a cependant pas passé complètement sous silence les nouveaux points de vue signalés dans cette étude. Il a tenu compte non seulement des recherches purement chimiques sur l'action des poisons sur les organes, et des progrès qui permettent aujourd'hui de distinguer dans les débris du corps la moindre parcelle de plusieurs de ces agens délétères, ce qui après tout n'était qu'une simple application des progrès généraux de la chimie; mais il a aussi mentionné, bien que d'une manière vague et trop secondaire, quelques-uns des résultats bien plus importans pour le médecin, qui jettent une lumière non douteuse sur l'action dynamique de ces mêmes poisons, sur leur absorption, sur les modifications qu'ils impriment

(1) Gaz. Médic. du 7 sept. 1844.

à l'organisme et qu'on rapportait généralement il y a quelques années à l'excitation et à l'inflammation, tandis que des recherches plus exactes ont démontré que l'action de beaucoup de ces poisons était contro-stimulante; enfin sur les changemens qu'éprouve leur action, suivant que quelques-unes des substances toxiques sont administrées dans l'état de santé ou de maladie. Tous ces faits étrangers à la chimie appartiennent à la pathologie dont ils constituent une des parties les plus importantes et ne pouvaient point être omis dans un TRAITÉ DE PATHOLOGIE. Aussi ont-ils été signalés par M. Grisolle, mais avec moins d'intérêt qu'ils ne nous sembleraient en mériter; cependant n'oublions pas que l'auteur ressersé dans les limites de deux volumes a dû être obligé bien des fois de faire des sacrifices de ce genre.

Nous ne voulons pas quitter cette grande et belle classe sans dire un mot de son extension qui, dans le travail que nous avons en main, a pris un grand accroissement et semble devoir en prendre un bien plus considérable encore à mesure que les progrès de la pathogénie démontreront l'action de nouveaux agens sur l'économie. Au nombre déjà considérable des maladies que contient cette classe, et à laquelle M. Grisolle aurait pu ajouter plusieurs maladies cutanées, les fièvres intermittentes, on comptera probablement avant longtemps la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, la fièvre jaune et tant d'autres affections dont l'étiologie est encore couverte d'obscurité; mais qui paraissent néanmoins être le résultat de l'introduction dans l'économie de quelque agent formé au dehors.

Si la base sur laquelle repose la cinquième classe est toute naturelle et féconde en résultats réellement scientifiques, il en est autrement de celle de la sixième, où il est question des lésions de nutrition; car ici nous rentrons en plein dans l'anatomie pathologiques. Or, les praticiens sont assez édifiés aujourd'hui sur les secours qu'ils peuvent attendre de cette étude seule. Aussi, nous ne sommes pas étonnés du peu de valeur de la plupart des données que fournit l'étude de cette classe. Qu'a-t-on de certain sur l'hypertrophie et l'atrophie du cerveau, de la moelle épinière et de tant d'autres organes? L'hypertrophie du cœur elle-même, cette lésion si fréquente, se développerait, si nous en croyons l'auteur, dans l'immense majorité des cas, sans qu'on puisse saisir l'action d'aucune cause. Bien que nous trouvions cette dernière assertion trop absolue, et qu'en l'émettant l'auteur n'ait pas tenu assez compte, dans l'explication de cette lésion, des obstacles au cours du sang placés au dessus du cœur, nous sommes disposés à ne considérer toutes ces études que comme d'un intérêt secondaire et éloigné pour la pratique.

A l'occasion de l'hypertrophie de la rate, nous citerons un passage qui fait une disparate frappante en face des assertions journellement reproduites sur la facilité et l'instantanéité avec laquelle disparaît l'hypertrophie de cet organe sous l'influence du sulfate de quinine. Après avoir rappelé que l'engorgement splénique disparaît rapidement lorsqu'il se complique de symptômes fébriles: « si, par contre, continue l'auteur, cet engorgement lentement développé ne coïncide point avec des symptômes fébriles, si l'organe est dur et volumineux, le sulfate de quinine, à quelque dose qu'on l'administre et quelque long que soit le temps pendant lequel on le donne, restera sans effet; ainsi, j'ai vu plusieurs fois M. Chomel donner vainement, pendant huit à dix jours, un gramme de sulfate de quinine, et moi-même j'ai, dans ces dernières années, sur 5 individus atteints d'engorgement de la rate, porté la dose du sel de quinine à 2 grammes par jour; j'en ai prolongé l'usage pendant plus de deux semaines; je l'ai combiné souvent avec parties égales de limaille ou de sous-carbonate de fer, sans que j'aie jamais constaté la moindre diminution dans le volume de la tumeur. »

Dans la même classe, nous trouvons encore le ramollissement que l'on rencontre dans tant d'organes et sous tant d'influences différentes lorsqu'elles peuvent être appréciées. Nous craignons bien que, dans la description du ramollissement du cerveau, l'auteur n'ait confondu, avec M. Durand-Fardel, les lésions qui succèdent à l'hémorragie cérébrale avec celles qu'entraîne le ramollissement proprement dit; mais aussi nous avons vu avec plaisir que M. Grisolle admet définitivement la nature chimique du ramollissement de la muqueuse gastrique, si longtemps et encore aujourd'hui confondu par la plupart de nos médecins avec le ramollissement inflammatoire dont l'auteur exagère peut-être encore ici l'importance et la fréquence.

A la sixième classe appartiennent aussi l'emphysème, les rétrécissemens des divers organes et autres états morbides qui sont loin d'être de simples lésions de nutrition, mais qui devraient être placés quelque part.

La septième classe, *Des transformations organiques*, comprend deux ordres de produits: 1° ceux qui ne consistent qu'en une transformation des tissus les uns dans les autres, ou en un développement de tissus nouveaux analogues ou même identiques aux tissus naturels; 2° ceux entièrement de nouvelle formation et tout à fait étrangers à l'économie. Cette sous-division comprend successivement les produits graisseux, les kystes, les productions cornées et épidermiques, cartilagineuses et osseuses, les concrétions inorganiques, les animaux parasites, le cancer, le tubercule, la scrofule, la mélanose. Peut-être trouvera-t-on, dans la rapidité avec laquelle sont examinées ces questions si différentes et dont la plupart n'ont aucun lien entre elles, un peu de précipitation; cependant les notions données sur ces divers sujets, et qui laissent rarement à désirer sous le point de vue de l'anatomie pathologique sont généralement complètes, bien que les questions pratiques eussent probablement pu recevoir dans quelques cas plus de développement; mais la science offre si peu de données pratiques sur quelques-unes de ces lésions, que nous passerons immédiatement à la huitième classe, *Des névroses*, maladies si négligées des modernes et sur quelques-unes desquelles cependant l'art exerce une puissante influence.

Les divers états morbides désignés sous le nom de névroses et qui n'ont de commun entre eux que de paraître avoir leur siége dans le système nerveux sont classées par l'auteur en cinq groupes suivant qu'ils affectent la sensibilité, le mouvement, l'intelligence, toutes les fonctions à la fois ou quelques organes spéciaux. Les névralgies qui forment le premier de ces groupes représentent l'une des maladies les plus faciles à diagnostiquer et l'une de celles où la pratique a le plus de succès, où le médecin agit avec le plus de certitude. Toutefois, nous voyons avec regret que l'auteur partage l'opinion, nous pourrions dire l'erreur de la plupart des écrivains français qui se sont occupés de l'étude de ces maladies depuis quelques années et qui tous, à l'exception de deux ou trois seulement, ont méconnu l'affection que les médecins anglais désignent sous le nom d'*irritation spinale* ou l'ont confondue avec la névralgie intercostale. Telle est même la conviction de M. Grisolle dans ce cas qu'il accuse à cette occasion les médecins anglais et M. Ollivier d'Angers de s'être laissé tromper et d'avoir attribué à une altération particulière de la moelle épinière des névralgies intercostales. Nous dirons à regret aussi que si quelque erreur a été commise en cette occasion, elle ne peut être du côté de l'auteur du TRAITÉ DES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, mais bien dans l'opinion de ceux qui ont méconnu les vrais caractères de l'irritation spinale, état morbide aussi différent de la névralgie intercostale que la migraine diffère de la névralgie des rameaux sous-orbitaires et l'angine de poitrine de la névralgie intercostale elle-même. Ce sont deux affections distinctes et par le siége et par la symptomatologie et par la méthode de traitement; on ne peut les confondre que dans l'absence de documens exacts, et c'est même à cette cause seule que nous attribuons l'erreur où sont tombés un si grand nombre de nos compatriotes; car on ne trouve de bonnes descriptions de cette maladie dans aucun ouvrage français, et il n'en est fait mention avec quelques développemens que dans la 3e édit. du TRAITÉ DES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE de M. le docteur Ollivier et dans de nombreux articles de la GAZETTE MÉDICALE, mais qui appartenant presque tous à la partie critique de ce recueil n'ont probablement pas donné de détails assez développés sur les divers points de l'étude de cette maladie.

Nous avons vu que, dans le premier volume, l'anatomie pathologique a reçu le degré d'attention mérité quelquefois même peut être exagéré, dans le deuxième volume et surtout dans la partie consacrée à l'histoire des névroses, l'anatomie n'occupe qu'une place tout à fait secondaire, quelquefois même disparaît complètement; car pour M. Grisolle les névroses sont des maladies sans matière, c'est-à-dire des maladies sans aucune altération de coloration, de volume et de consistance. Aussi regarde-t-il toutes les lésions trouvées chez les sujets qui ont succombé à quelque névrose, comme de simples coïncidences ou des complications. Cette assertion est vraie considérée dans la plupart des cas; mais n'y a-t-il pas quelques névroses où certaines lésions sont tellement fréquentes et dont l'origine remonte à une époque si antérieure à celle des premiers symptômes de la névrose qu'il est difficile de ne pas voir dans ces lésions au moins une cause occasionelle? Prenons pour exemple l'une des névroses du caractère le plus grave, l'angine de poitrine qui existe si fréquemment avec des lésions graves du cœur et des grosses artères thoraciques; dirons-nous avec l'auteur: « On ne saurait plus désormais ne voir dans ces lésions qu'une simple coïncidence, que des complications; car, d'une part, l'angine de poitrine peut exister et existe, en effet, le plus communément sans elles; et, d'autre part, on rencontre tous les jours l'une ou l'autre de ces lésions organiques sans que pour cela les individus aient présenté pendant la vie aucun des symptômes de la maladie. » Nous pensons, appuyés sur des faits assez nombreux que ces lésions graves sont beaucoup plus fréquentes dans l'angine de poitrine qu'on ne le dit ici; nous croyons même être certain qu'elle sont beaucoup plus fréquentes chez les victimes de l'angine de poitrine que chez les autres sujets et par conséquent qu'il est difficile de ne voir dans ce fréquent rapprochement qu'une simple coïncidence. Nous ne voulons pas dire cependant que les symptômes de l'angine de poitrine aient été dans ces cas les résultats di-

rects et immédiats de ces lésions, mais nous ne voyons rien d'irrationnel à penser que les lésions graves du cœur, de l'aorte ou des autres gros vaisseaux du thorax exercent, dans certains cas, une influence médiate sur la production des symptômes de l'angine de poitrine.

Nous présenterons aussi quelques réflexions sur une autre névrose que l'auteur regarde comme essentielle et qui nous paraît, dans la plupart des cas, n'être que symptomatique; c'est de la paralysie de la portion dure de la septième paire que nous parlons actuellement. « Le plus souvent, dit M. Grisolle, l'hémiplégie faciale est essentielle; elle ne se rattache à aucune lésion profonde du nerf de la septième paire. » Nous ne pensons pas que cette opinion soit celle du plus grand nombre des médecins qui se sont livrés à l'étude de la paralysie de la face; au moins elle est en opposition avec ce que nous ont appris la plupart des faits dont nous avons eu connaissance jusqu'ici. Sans nier d'une manière absolue que la paralysie du nerf facial soit jamais essentielle, ou plutôt sans affirmer qu'elle se lie constamment, dans les rapports de cause à effet, à quelqu'autre lésion appréciable, nous sommes disposés à croire, d'après un nombre assez considérable de faits recueillis avec attention, qu'elle est presque constamment le résultat de la compression du nerf, soit à l'intérieur, soit au sortir du conduit stylo-mastoïdien, et surtout dans l'intérieur même de ce canal où le nerf n'est séparé de l'os que par la courbe très peu épaisse du périoste qui le revêt et dont le moindre gonflement suffit pour suspendre l'influx nerveux dans la partie du nerf correspondant et conséquemment dans tous les rameaux qui s'en dégagent inférieurement. Dans la plupart des cas que nous avons observés, nous avons dû attribuer à une cause de ce genre la paralysie de la face qui coexistait avec quelque lésion profonde du temporal, ou avec un gonflement manifeste des parties molles aux environs du trou stylo-mastoïdien ou avec quelque douleur profonde de l'oreille, ou des parties voisines, ou enfin avec ces légers gonflemens de la partie postérieure des joues qu'on désigne vulgairement sous le nom de *coup d'air*, toutes circonstances dans lesquelles il est difficile de ne pas croire à l'existence d'une compression; qu'on consulte les faits et l'on reconnaîtra que les cas où cette paralysie est réellement essentielle sont très rares. Nous indiquerons encore une observation à l'appui de cette explication qui ne nous appartient pas, mais qui ressort des faits établis sur ce point par Ch. Bell lui-même, c'est que toutes les fois qu'une seule des branches du nerf facial qui se séparent en sortant du trou stylo-mastoïdien est affectée de paralysie, on trouve sur son trajet une cause explicative de la cessation de l'influx nerveux. Ainsi rien n'est plus fréquent que de rencontrer, dans ces cas, surtout chez les enfans, l'engorgement soit d'un ganglion, soit de la glande parotide ou d'une portion seulement de cette glande, soit enfin du tissu cellulaire voisin comprimant le rameau paralysé. Aussi voit-on régulièrement la durée de la paralysie varier avec la durée de la cause qui exerce la compression, se prolongeant indéfiniment dans les cas où la lésion paraît atteindre le temporal et cessant au contraire très rapidement quand la cause est légère et de peu de durée. On comprend toute l'importance de ces considérations sous le point de vue du pronostic et du traitement. Au reste, à l'exception du mot *essentiel* qui n'avait peut être pas, dans l'intention de l'auteur, l'exacte signification qu'on lui attribue communément, toute cette partie est fort bien exposée et atteste en même temps l'érudition de l'auteur et la bonne direction qu'il a donnée à ses études.

Il y a encore une question sur laquelle nous désirons de faire connaître l'opinion de l'auteur; car elle nous a souvent servi dans nos études critiques comme de pierre de touche pour distinguer le savant qui examine attentivement, sans préoccupations et à l'aide de tous les élémens en son pouvoir, de l'homme aux convictions légères, impatient du doute et qui souvent prend pour de légitimes inductions les produits plus ou moins brillans de son imagination; nous voulons parler des névroses du troisième ordre, de celles qui sont caractérisées par un trouble de l'intelligence, question sur laquelle toutes les opinions peuvent être, sous un certain point de vue, rangées en deux catégories correspondant aux deux ordres que nous venons d'indiquer parmi les hommes qui passent pour travailler au progrès de la science. Ici, nous retrouvons M. Grisolle dans la bonne voie, dans celle du doute et de l'induction sévère. Ayant établi l'impossibilité de déterminer les causes des modifications particulières des troubles intellectuels, et après avoir affirmé qu'on ne pourrait pas les saisir tant qu'on ne connaîtrait pas parfaitement la structure intime et la vraie physiologie du cerveau, il repousse toutes les explications fondées sur les nombreuses altérations signalées par tant d'auteurs empressés de leur attribuer le désordre de l'intelligence et des passions, sans autre motif qu'une simple coïncidence qui est loin de se reproduire identique dans tous les cas. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'exposé des différentes formes de la folie, il nous suffit d'avoir signalé l'esprit philosophique qui l'a guidé dès ses premiers pas dans cette voie périlleuse où tant d'autres ont échoué.

Nous aurions aussi à parler des maladies de la neuvième classe, de celles qui sont spéciales à certains organes, et qui n'avaient pu trouver place dans les autres classes, telles que certaines maladies des organes digestifs, du foie, de l'appareil respiratoire, des organes génitaux, de la peau. Parmi ces divers articles, dont l'étendue a peut-être un peu souffert du voisinage de la fin du volume, nous distinguerons surtout celui qui est consacré au rhumatisme; il comprend en un petit nombre de pages tout ce qui intéresse réellement le praticien, et des recherches d'une érudition de bon aloi qu'on demanderait en vain à d'autres ouvrages bien plus volumineux.

Après tous les détails dans lesquels nous sommes entré sur le travail de notre jeune et savant confrère, après nous être efforcé surtout à signaler les nouveaux élémens qu'il cherche à associer aux résultats de l'école anatomique qui auraient aujourd'hui bien plus de valeur qu'ils n'en ont réellement, si on ne l'avait pas tant exagérée, nous devons revenir à l'examen de la question déjà posée à l'occasion du premier volume, et rechercher si M. Grisolle a réellement rempli la tâche qu'il semblait s'être imposée, savoir d'opérer, ou au moins de faciliter la transition qui se fait lentement sous nos yeux, de rattacher enfin les résultats des travaux anatomiques aux études pathologiques vers lesquelles l'attention se porte maintenant. C'est surtout dans le but de mettre encore plus en évidence la nécessité généralement sentie de cette fusion des deux branches de la science que nous avons signalé les preuves nombreuses de cette double tendance que contient l'œuvre de M. Grisolle. Il serait possible cependant que ce travail, parfaitement au courant de la science sous le premier point de vue et n'offrant, dans l'anatomie pathologique, que quelques taches légères et presque imperceptibles, laissât davantage à désirer du côté de la pathologie; mais dans quel ouvrage trouverons-nous aujourd'hui l'exposition exacte de cette science, qui n'existe pour ainsi dire que par lambeaux et qu'un grand nombre d'entre nous ne connaissent que de nom, tandis que, pour beaucoup d'autres, elle n'est qu'une extension des sciences mécaniques et physico-chimiques? Bien des auteurs ont tenté de le faire et croient y être arrivés; mais les uns, n'ayant pas tenu compte des travaux anatomiques auxquels ils n'avaient pas pris part, et les autres s'étant jetés dans des systèmes trop vastes ou s'étant confiés à des méthodes trompeuses, nous n'avions réellement aucun traité général de pathologie récent qui pût satisfaire sous les deux points de vue à la fois. Si, dans quelques monographies ou autres ouvrages sur des questions circonscrites, la pathologie a reçu autant et même quelquefois plus d'attention que dans le travail de M. Grisolle, nous pouvons dire, sans crainte d'erreur, que dans aucun traité général, on n'avait accepté encore la question soulevée ici avec la même bonne foi, et nous dirons aussi avec le même savoir et la même indépendance de préjugé d'écoles et de doctrines.

VARIÉTÉS.

— Die Krankheiten des Gehirns und Rueckenmarks bei Kindern, etc. — Les maladies du cerveau et de la moelle épinière, observées au premier hôpital d'enfans de Vienne; par Louis G. Mauthner. Accompagné de 5 pl. — Vienne, 1844. — 464 p. Prix : 12 fr. 50 c.

Nous rendrons compte prochainement de cet ouvrage, qui mérite d'autant plus notre attention bienveillante qu'il est le fruit des observations faites par M. Mauthner au premier hôpital d'enfans de Vienne, fondé par lui et auquel il vient de joindre une clinique régulière.

— Education des enfans arriérés (un volume); par Ed. Seguin, chargé le premier par le ministère de l'intérieur d'appliquer sa méthode aux idiots des hospices civils de Paris. Rapport de l'Académie des sciences. — Rue Saint-Lazarre, 6. — Leçons, pension.

— On offre une clientèle *gratuite*, et *gratis* aussi pendant la première année un appartement avec magasin déjà occupé autrefois par une officine, à un pharmacien légalement reçu. Le séjour est une ville de plus de 3,000 âmes, avec une banlieue immense où il n'existe qu'une seule pharmacie.

S'adresser, franc de port, à M. le docteur S. Meynier, à Ornans (Doubs).

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

PULVÉRISATION DES CALCULS VÉSICAUX EN UNE SEULE SÉANCE. — OBLITÉRATION DU VAGIN COMME MOYEN CURATIF DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Enfin, après une période stationnaire infiniment trop prolongée, la lithotritie vient de faire un mouvement en avant qui pourrait bien être son dernier pas. Voici ce dont nous avons été témoins, mercredi, 19 courant, dans une séance publique qui a eu lieu à l'amphithéâtre de l'hôpital des Cliniques.

Un calcul mural (dont le volume et la dureté avaient pu être appréciés par tous les assistans) de 13 lignes 1/2 (31 millim.) de diamètre ayant été préalablement introduit dans la vessie d'un cadavre, a été réduit dans l'espace de 16 minutes, en une poudre impalpable, à part 3 ou 4 petits fragmens dont le plus gros égalait à peine le volume d'un grain de chenevis!

Nous nous bornons aujourd'hui à annoncer le fait, purement et simplement, tel qu'il s'est passé en présence de plus de soixante médecins, tel que nous le pouvons rigoureusement garantir. Quant au mécanisme mis en usage, il appartient à M. le docteur Alex. Arthault, ancien élève des hôpitaux de Paris, déjà connu dans la science par une excellente thèse sur les fractures compliquées de plaies. Sans doute, il manque encore à cet instrument la sanction d'expériences plus multipliées sur le cadavre et l'application sur le vivant. Néanmoins, tout ce qu'on a pu apprécier de son mécanisme, donne, sous ce rapport, les espérances les mieux fondées. L'introduction du cathéter se fait sans aucun effort; la manœuvre du broiement proprement dit, ne cause ni violence ni secousses aucunes; c'est un mouvement doux, plus doux même que le jeu de l'archet qui avait servi aux premiers opérateurs; enfin, la sonde est retirée sans difficultés de la vessie. Un seul temps du procédé a présenté cette fois quelque lenteur dans son exécution; c'est la préhension du calcul. Que cette circonstance fût le fait d'une certaine émotion de la part de l'inventeur appelé pour la première fois à expérimenter en public; qu'elle ait été provoquée par un abondant épanchement séreux qui, remplissant le petit bassin, devait nécessairement presser sur la vessie et rendre le chargement de la pierre plus difficile, c'est ce que nous ne déciderons pas ici. Nous ferons seulement sur ce point deux remarques: la première, c'est que rien dans la construction du cathéter ne nous a semblé devoir rendre la recherche et la préhension du calcul moins aisée qu'avec les instrumens ordinaires; la seconde, c'est que M. Nélaton, sous les auspices duquel cette séance a eu lieu, s'est plu à répéter que dans les nombreux essais sur le cadavre auxquels il a assisté, jamais ce temps de l'opération n'avait présenté les mêmes obstacles.

Le jugement public sera donc, on peut le prédire sans crainte, extrêmement favorable à ce nouveau perfectionnement. C'est du reste ce qu'on

Feuilleton.

FÊTE MÉDICALE JUBILAIRE POUR L'ANNÉE 1850 (1).

Messieurs,

Les fêtes solennelles périodiques à de longs intervalles, célébrées dans l'antiquité, m'ont paru de puissans moyens de progrès intellectuels dans l'ordre social. Sans cesse pénétré du désir de voir les idées fondamentales de la science de l'homme s'étendre et se développer, je me suis imaginé que des célébrations animées d'intentions pareilles pourraient être aussi profitables à l'accroissement des pensées dans l'ordre médical.

Déterminer l'esprit intrinsèque de ces solennités; exprimer le vœu d'en voir établir une analogue dans l'Ecole médicale de Montpellier: voilà le sujet de cette première réunion.

Les fêtes dont je veux vous entretenir ne sont pas les féries soit religieuses, soit nationales, soit politiques, qui se renouvelaient tous les ans à pareille époque, et dont le but était d'entretenir une croyance, un sentiment, un souvenir, étroitement liés ou à la morale ou au patriotisme. Dans ces institutions, il ne s'agissait pas d'avancer, mais seulement de ne point reculer. On ne prétendait pas perfectionner; on se contentait de faire en sorte qu'il n'y eût pas de dégénération.

Ce n'était pas là l'esprit essentiel des fêtes célébrées à de grandes distances, et accompagnées de jeux publics, de cérémonies, de pompes. Je crains que le savant encyclopédique Jaucourt n'ait méconnu le vrai but des jeux périodiques de la Grèce et de Rome, quand il a dit que ces institutions «devaient être considérées comme des spectacles donnés aux peuples pour un délassement, ou pour leur fournir l'occasion d'honorer leurs dieux.» — Il est impossible de croire que les jeux isthmiens, les néméens, les pythiens, les olympiques, célébrés avec tant d'éclat, fussent seulement des divertissemens ou des pèlerinages de dévotion : leur but essentiel était fort différent. Sans doute les sociétés politiques qui veulent se conserver font en sorte que, dans les grandes actions, les

(1) DISCOURS D'OUVERTURE DU COURS DE PHYSIOLOGIE fait à la Faculté de médecine de Montpellier, dans l'année scolaire 1844-45; par M. le professeur Lordat. — Nos lecteurs n'ont sans doute pas perdu de vue l'ingénieux écrit de M. Lordat sur l'*insénescence* de l'esprit de l'homme. Le discours qu'on va lire est une preuve charmante à l'appui de ce système. Nous confessons volontiers, pour notre part, que jamais le talent de M. Lordat ne nous a paru plus fin, plus gracieux et plus jeune que dans cet article emprunté au journal de la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. Nous n'avons rien à dire de la proposition du successeur de Barthez, si ce n'est que nous y applaudissons franchement, et que nous serions heureux de voir se réaliser son projet, aussi beau et aussi élevé qu'il le conçoit.

dû prouver à l'inventeur les applaudissemens unanimes qu'a excités dans l'amphithéâtre le spectacle d'un résultat aussi surprenant. Faire en une séance plus que les autres procédés n'accomplissent en 5, 10, 20 et même davantage ; produire une poudre inoffensive et instantanément évacuable, là où l'ancienne méthode ne fait que des fragmens plus irritans par leurs aspérités et leur nombre que ne l'était le calcul primitif lui-même ; substituer la manœuvre innocente de la lime à l'action brusque et même brutale du marteau ; enlever par l'extrême rapidité de la cure toute chance d'inflammation à une opération que, jusqu'ici, la juste crainte de cette complication faisait regarder par beaucoup de chirurgiens comme aussi dangereuse que la taille, c'est, on l'avouera, sinon le beau idéal réalisé de la lithotritie, du moins ce que l'on peut aujourd'hui concevoir de plus satisfaisant ; si ce n'est pas là le but, ce doit être le dernier pas fait avant de l'atteindre.

Tout semble d'ailleurs se réunir dans cette découverte pour attirer sur elle l'attention et la faveur publiques. Elle est un exemple de ce que peut la persévérance alliée au désintéressement. Son auteur, M. Arthault, à qui de nobles qualités personnelles et des patronages honorablement acquis assuraient dans le monde médical un succès facile, n'hésita pas à rompre de bonne heure avec la clientèle pour mûrir et achever sa découverte. Seul à la concevoir, il voulut aussi être seul à l'exécuter. Depuis le travail pénible de la forge jusqu'à la confection des pièces les plus délicates, il apprit tout et fit tout par lui-même et sans aide. A la réalisation de son idée, il avait tout sacrifié..... Le premier succès qui couronne aujourd'hui d'aussi généreux efforts, est un succès de bon aloi ; c'est à ce prix qu'on achète légitimement le droit de s'enorgueillir de son œuvre et de défier l'envie.

La dernière séance de l'Académie de médecine a été remplie par une discussion du genre de celles dont nous aimons à rendre compte ; discussion soulevée par un fait présenté à l'avant-dernière séance et à l'égard duquel les orateurs avaient eu par conséquent tout le temps nécessaire pour former leur opinion et préparer leurs moyens d'attaque ou de défense. La discussion, en un mot, a été sérieuse et digne, nous ne dirons pas du sujet, mais du lieu ; car quant à l'objet en question lui-même, s'il n'y avait pas toujours en médecine autant d'utilité à démolir à propos qu'à construire, nous n'en connaissons pas qui méritât moins d'occuper les momens de la savante assemblée.

L'opération qui a surpris, en cette circonstance, l'honneur d'une discussion en règle, n'est autre chose que l'oblitération du vagin, proposée récemment pour pallier l'infirmité qui résulte des fistules vésico-vaginales. M. A. Bérard en présentant dans l'avant-dernière séance une observation d'application faite par lui de ce procédé (V. Gaz. Méd., p. 110) avait terminé sa communication en disant que « ce fait devait plutôt encourager les chirurgiens à employer le même procédé que les en détourner. » C'est contre cette conclusion que MM. P. Dubois, Blandin et Gerdy, sont venus successivement s'inscrire avec une simultanéité d'impulsion et une unité de vues bien faites pour rassurer les vrais amis de la science contre l'imminence d'une réussite pour cette bizarre invention. M. Bérard, dont on ne peut, d'ailleurs, suspecter ni la bonne foi ni l'habileté, en exposant les détails de ce fait, avait dit 1° que la guérison était presque complète chez sa malade ; 2° que sa mort ne pouvait pas être attribuée à l'opération. C'est sur la légitimité de cette double assertion que roulait en effet tout l'intérêt du débat : c'est donc sur ces deux points que nous allons suivre les argumens produits par les divers orateurs.

1° Un fait a, tout d'abord, été mis en évidence par les aveux très francs de M. Bérard ; c'est que l'oblitération de la vulve au moment de la mort n'était pas complète, que conséquemment l'urine pouvait encore y passer. C'est donc là un exemple d'amélioration, non de guérison. Mais, dira-t-on, la portion du vagin restée béante n'en formait qu'une très petite partie ; rien n'eût été plus facile que d'en provoquer après coup l'adhésion. Tout ceci peut être très fondé ; mais, en fait de guérison de fistules vésico-vaginales, il y a d'excellentes raisons pour être un peu plus difficile sur l'appréciation du résultat. Les demi-succès foisonnent, et les succès sont presque encore à trouver. Cette remarque est peut être un peu sévère ; mais elle n'est pas de nous. C'est à l'auteur même de la méthode en question qu'elle appartient, à M. Vidal (de Cassis) qui, ayant à se prononcer dans son ouvrage sur la valeur d'une modification proposée par M. Gerdy, la condamnait en ces termes : *cette opération aura le sort commun de tous les autres moyens tentés dans le même but ; toujours des demi-succès et pas un résultat complet* !

Est-ce à dire pour cela que nous prétendions donner l'oblitération du vagin comme impossible à obtenir ? En aucune manière ; notre avis à cet égard est justement celui de M. Blandin, qui a déclaré cette occlusion *presque impossible*. Nous ne voulons point aller plus loin que lui ; mais nous ne saurions non plus rester d'un seul pas en arrière. Mais quoi ! s'écriera l'inventeur avec l'ingénieuse subtilité qu'on lui connaît, le contact de l'urine vous effraie-t-il donc à ce point ? Et ne voyez-vous pas, malgré cette influence tant redoutée, les incisions faites à la vessie par le lithotome se cicatriser en quelques jours ?.... Nous sommes loin de le nier ; mais nous pourrions lui citer par contre (et il les connaît aussi bien que nous) certaines solutions de continuité de l'appareil urinaire, telles que les fistules urétrales chez l'homme, qui malgré l'avivement le plus méthodique, défient le plus souvent les efforts du chirurgien. Et puis, y a-t-il entre la plaie de la taille et l'oblitération du vagin une identité aussi étroite que l'exprime M. Vidal ? Nous ne pouvons le penser. Après la lithotomie, la nature fait incessamment effort pour rétablir la continuité qui existait dans la paroi vésicale. Après la suture de la vulve, au contraire, l'art a voulu fermer un orifice qui était fait pour rester béant ; il contrarie donc la nature, et loin d'espérer qu'elle l'aidera, comme dans le premier cas, il doit tout craindre de son intervention, car elle irait plutôt directement contre le but qu'il se propose. C'est là en effet ce que l'on peut observer dans les exemples publiés jusqu'ici ; et si l'occlusion, dans le cas de M. Bérard, n'était qu'incomplète ; si, chez M. Vidal, elle était, au bout de plus d'un mois, assez faible pour avoir pu céder à la faible pression d'un cathéter, il n'y a là rien que de très facile à prévoir par la théorie, mais en même temps rien que de fort peu encourageant pour l'avenir de la méthode.

2° La malade qui a succombé vingt-trois jours après l'opération, est-elle morte des suites de l'opération ? Oui, disent MM. P. Dubois et Blandin ! Non, selon M. Bérard ! Nous savons toute la confiance que mérite, et que mérite de préférence celui qui a vu ; et dans ce cas en particulier, nous serions volontiers disposés à nous ranger de l'avis de M. Bérard. Mais néanmoins une réflexion se présente naturellement à l'esprit : Voici une femme qui vivait avec son infirmité. Vous la soumettez à l'opération ; au bout d'un mois, plus ou moins, elle meurt ! et elle meurt

---

citoyens rendent hommage à la Providence, lui demandent son inspiration, sa direction, son approbation. Sans doute elles savent que pour attirer une multitude et la retenir, il importe de l'intéresser par les sens. Mais le spectacle et l'acte religieux étaient des moyens auxiliaires, et non des fins.

Le besoin de se recueillir, de s'adresser à la cause première, et de suspendre les travaux corporels auxquels nous sommes condamnés, se renouvelle trop souvent, pour que la satisfaction en puisse être différée deux ans, une olympiade, un lustre, dix, vingt années, à l'instar des grands jeux de la Grèce.

Les actes religieux publics, soumis à une liturgie légale, sont formulés suivant un rituel invariable. L'histoire des jeux publics nous fait voir que les formes et les modes en furent variés successivement aux diverses périodes, comme le voulaient les besoins de la société et les degrés de la civilisation. Au commencement, ils consistaient en des disputes gymnastiques qui exigeaient une grande force musculaire. Dans la suite, le pentathle fut mis en honneur, et annonça que la nation tenait autant à l'adresse et à l'habileté qu'à la force matérielle. Plus tard sont venus les exercices équestres, qui ont donné une nouvelle direction à la tactique militaire. Les exercices de l'esprit ont eu leur tour. La musique, la poésie, l'éloquence s'y sont montrées soit officiellement, soit par occasion, comme nous le prouvent les vies de Sophocle, de Simonides, de Pindare et d'Hérodote.

N'est-il pas clair que, dans cette suite de solennités périodiques à de grands intervalles, il s'agissait de hâter le développement des facultés humaines, et de mettre en évidence et au profit de la société les aptitudes naturelles des individus ?

Il fallait favoriser la configuration des membres, l'accroissement de la force corporelle, la justesse et la prestesse des synergies musculaires, la rectitude des opérations mentales ; et faire en sorte que des âmes idolâtres de la patrie considérassent la gloire comme le plus grand des biens. Tout était réglé, dans ces fêtes, pour que le plaisir fût un perfectionnement et que la religion fût un attrait.

Une des solennités les plus graves de l'antiquité, une de celles où l'intérêt de la civilisation l'emportait le plus sur le plaisir, c'est le jubilé des Juifs, tel qu'il avait été primitivement institué. Il ne s'agissait pas moins que de dissoudre et de recomposer la république tous les cinquante ans, et d'en rétablir tous les membres dans les conditions d'égalité, d'indépendance et de fraternité où le législateur avait placé tous les citoyens (1). C'était en quelque sorte prendre au sérieux ces grotesques saturnales que les Romains ont ensuite solennisées tous les ans pendant quelques jours, en manière de jeu.

Mais, me direz-vous, le jubilé juif, qui rappelle la nation à l'état où elle était quand elle venait d'être formée, peut-il être considéré comme un moyen de progrès ? Un retour à des institutions primitives que le temps et la civilisation avaient modifiées, transformées, abolies, ne doit-il pas être appelé une véritable rétrogradation ?

Deux réponses réfuteront cette objection. Souvenons-nous que, dans l'intention

(1) Voyez ce que dit sur cette matière M. le docteur Salvador, dans son Histoire des institutions de Moïse et du peuple hébreu, t. I, chap. III.

de péritonite !... Nous le répétons, le rapport de causalité s'offre ici irrésistiblement à l'esprit; et il faut que ce soupçon ait été bien fort pour subsister et pour avoir été reproduit malgré les dénégations réitérées par l'honorable chirurgien avec tant d'insistance dans le sein de l'académie.

Une considération vient encore augmenter ces doutes. C'est à une péritonite que la malade de M. Bérard a succombé. Or, la péritonite *spontanée* est-elle donc une affection tellement fréquente qu'on soit autorisé à nier la réalité d'une cause traumatique qui l'expliquerait si naturellement, pour la rapporter à je ne sais quelle influence occulte? Non assurément. L'histoire de la science prouve que, hors les cas d'épanchement bilieux, urinaire ou stercoral dans le ventre, de plaie pénétrante de l'abdomen, d'étranglement intestinal, ou d'état puerpéral, la péritonite est rare, extrêmement rare; de sorte que la voyant survenir ici en l'absence de ces causes qui sont les plus ordinaires, on est par cela seul très justement fondé à la regarder comme une suite de l'opération et non comme ayant été d'origine idiopathique.

A l'appui de l'innocuité de semblables tentatives, M. Bérard a rappelé les opérations, complétement exemptes d'accidens, qu'il fit en 1835 à la Salpêtrière, pour remédier à la chûte de matrice. Mais les deux cas nous semblent trop dissemblables pour qu'une conclusion logiquement déduite de l'un puisse légitimement s'appliquer à l'autre. Dans *l'élytroraphie*, telle que nous la lui vîmes nous-même pratiquer à cette époque, on se contentait de faire à la muqueuse vaginale une perte de substance dont on rapprochait ensuite immédiatement les bords par la suture. Le vagin n'était donc que rétréci; dans l'infibulation, il est fermé. Dans un cas les liquides peuvent librement en sortir; dads l'autre, l'urine y séjourne en distendant cette cavité nouvelle, non accoutumée à son contact permanent. Ces différences dans les conditions rendent évidemment compte des différences observées dans les résultats obtenus.

Nous ne chercherons pas à décider ici de quelle nature ont été les accidens qui ont amené, dans le cas de M. Bérard, une terminaison fatale. La seule question intéressante était d'en déterminer l'origine et le point de départ. Certes, la coïncidence d'une double pleurésie semblerait donner gain de cause à MM. Dubois et Blandin, qui, sans s'entendre sur cela parfaitement entre eux, ont attribué à une diathèse générale, à une disposition morbide de toute l'économie l'invasion simultanée de ces flegmasies séreuses. Mais sans nous préoccuper de cette question secondaire, qui du reste a été si parfaitement élucidée par M. P. Dubois, nous nous bornerons à répéter, quant à la *cause* de l'affection, que l'opération risque beaucoup, malgré les assurances données par M. Bérard, de ne point passer aux yeux de la grande majorité des chirurgiens pour avoir été étrangère à la mort. En conséquence, ce procédé n'ayant réussi dans le cas actuel ni comme moyen curatif, ni comme opération chirurgicale, nous estimons qu'on ne saurait se refuser à la classer avec M. P. Dubois au nombre des tentatives *irrationnelles*, et que ce fait, à ne considérer pour le moment que lui seul, loin d'enhardir à essayer de nouvelles applications du procédé, est justement fait pour devenir le salutaire épouvantail des malades qui auraient l'idée de s'y soumettre ou des médecins qui pourraient songer à l'employer.

Dans sa réplique en faveur de l'opération, M. Bérard a mis en avant un argument que nous ne saurions nous dispenser d'examiner en ce moment : à supposer, dit-il, que l'infibulation ait réellement ici causé la mort, s'ensuit-il qu'elle doive être rejetée? Non, c'est le propre de toutes les opérations d'exposer à des dangers; et il serait peu philosophique de renoncer à les pratiquer par cela seul qu'elles peuvent quelquefois être suivies d'accidens !..... Cette remarque est très juste; mais, dans l'espèce, sa valeur se réduit dans une proportion très considérable. Pour que le chirurgien soit autorisé à courir quelques risques, il faut que, d'un autre côté, il coure aussi quelques chances de succès; cette condition, toujours de rigueur, devient encore plus indispensable quand, au lieu de remédier à une maladie mortelle, il ne ne s'agit comme ici que de soulager une infirmité. Or, les preuves de l'infibulation, sous le rapport de son efficacité curative, sont encore à fournir. Nous sommes donc fondés à dire que jusqu'à ce qu'elle l'ait fait, on devra y regarder à deux fois avant de la pratiquer; car si avant l'opération de M. A. Bérard cette méthode était déjà à juste titre tombée dans l'oubli comme insuffisante, elle mérite maintenant d'être proscrite comme dangereuse; et, pour tout chirurgien jaloux du salut de ses malades, cette dernière épreuve la faisant voir sous un jour encore plus défavorable qu'autrefois lui ferme à jamais l'avenir.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

DES RÈGLES A SUIVRE DANS L'APPLICATION DE LA MÉTHODE DE BRASDOR AUX ANÉVRISMES DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE ET DE L'ORIGINE DE SES BRANCHES. Mémoire lu à l'Académie royale de médecine le 13 septembre 1842 (1); par M. Diday.

La plus grande difficulté de ce travail, aux yeux de quelques personnes, serait peut-être d'en justifier le titre. Tout le monde en effet n'est pas du même avis sur la question qu'il semble préjuger. Malgré quelques succès bien avérés, l'opération proposée par Brasdor est loin encore d'avoir conquis l'unanimité des suffrages; de sorte qu'avant de chercher à préciser les règles de la méthode, il pourrait paraître nécessaire de défendre la méthode elle-même. Ni les raisonnemens, ni les faits, il faut bien l'avouer, n'ont manqué à ses adversaires pour la combattre; et s'il y a eu erreur dans leur manière de voir, on ne peut pas dire du moins que cette erreur ait été fondée sur un préjugé, ni qu'elle ait manqué de noms honorables pour la soutenir. Il y a deux ans à peine, nous entendions dans cette enceinte l'illustre chef de la chirurgie militaire, le respectable Larrey, proscrire la méthode de Brasdor « *entièrement et dans tous les cas* (2). » Et parmi ceux qui veulent lui réserver une place dans la thérapeutique, la plupart conservent encore contre elle une telle défiance qu'ils la rangent au nombre de ces moyens exceptionnels, de ces dernières ressources de l'art dont le mérite est plus que douteux et dont une nécessité pressante justifie seule l'emploi.

Hâtons-nous de le reconnaître, ces préventions n'ont point germé dans tous les esprits et il est peu de chirurgiens éclairés qui les partagent en-

(1) Quelques-unes des idées que contient ce travail ont déjà été émises par nous dans la Gazette Médicale, soit dans des articles signés, soit dans les revues de journaux de médecine.

(2) Voy. séance de l'Académie de médecine du 8 septembre 1840, dans la Gazette Médicale, n° 37, p. 589.

du législateur, la constitution de la société politique venait *d'en haut*, et que par conséquent elle était parfaite. Aspirer à la perfectionner aurait été un sacrilége. Qu'ont pu faire les générations successives sur cette constitution? Elles n'ont pu qu'en méconnaître l'esprit, en enfreindre les lois, en relâcher les liens. Quand on force les citoyens à rentrer sous la règle primitive, on leur ferme le passage des fausses routes, et on les oblige à reprendre la voie légitime. Or la régénération d'une constitution dégradée n'est-elle pas un véritable progrès?

En second lieu, le jubilé des Hébreux ne consiste pas seulement dans le rétablissement des formes visibles de la société politique. Le savant Joseph de Voisin, auteur d'un Traité du Jubilé, reconnaît que, chez les Juifs, tout comme chez les chrétiens, cette solennité a son corps et son esprit. Le législateur ne se contente pas de formules extérieures : la disposition interne y est encore plus nécessaire. Entre diverses conditions intimes, on trouve un précepte qui, traduit avec soin de la langue sainte, exprime une *forte application à l'intelligence*. Cette règle intrinsèque du jubilé est donc l'obligation de caver plus que jamais dans la loi divine. D'après cela que peut être l'application à l'intelligence, si ce n'est le talent et la volonté de distinguer l'effet d'avec la cause, le vrai d'avec le faux, le juste d'avec l'injuste, la beauté d'avec la laideur, le désirable d'avec le détestable? et cette recherche est-elle autre chose que le progrès?

Aussi quelle que fût dans cette solennité la rétrogradation par rapport aux formes extérieures de l'état, l'autorité n'a jamais eu la pensée de comprimer les progrès naturels de la civilisation. Loin de là, elle a toujours établi des écrivains publics qui étaient chargés de rédiger les événemens, ses propres actes remarquables, les idées nouvelles utiles à la république, les pensées morales, philosophiques, poétiques; et pour les conserver plus sûrement, elle les a annexées aux lois de Moïse; c'est ce qui forme cette belle collection que l'on nomme la Bible ou le vieux Testament.

Vous pouvez vous apercevoir que, comme je l'ai avancé, les solennités à grands intervalles avaient un but différent de celui des fêtes annuelles; que ce but était de hâter le développement de l'intelligence nationale, et que le moyen était d'introduire une sorte d'émulation entre les périodes contiguës.

La solennité *civilisatrice*, qui a été imaginée suivant la base la plus large et d'après les motifs les plus évidens, c'est celle des *jeux séculaires* que les Romains célébraient, disaient-ils, d'après les oracles renfermés dans les livres sibyllins, ou plutôt d'après les ordres des *decemviri sacrorum* sollicités par le sénat.

Quel en a été le but? c'a été d'engager tous les membres de la nation à considérer la position actuelle de l'état, à contempler les avantages qu'il possède, à se pénétrer des raisons qu'ils ont de l'aimer avec orgueil, à étudier attentivement les perfectionnemens dont il est susceptible, et à s'adresser aux mêmes sources d'où il a obtenu tant de biens.

Ceux qui ont conçu la pensée de cette fête ont voulu que personne ne s'y rendît étranger. Les préparatifs en ont été commencés plusieurs années d'avance. Lors des jeux séculaires célébrés sous Auguste, certaines odes qui devaient y être chantées avaient été faites cinq ans à l'avance (1). Tout le monde savait,

(1) Telle est l'ode 21e du premier livre d'Horace.

tièrement aujourd'hui. Mais c'est surtout à l'occasion des anévrismes de la région sus-claviculaire qu'on peut facilement montrer tout ce qu'elles ont d'irrationnel et de pernicieux. Ce point est même susceptible d'être établi presqu'avec la rigueur d'une démonstration mathématique. En effet, s'il est en médecine opératoire un principe admis sans retour, un principe irrévocablement fixé par l'expérience, c'est la proscription absolue de la ligature de l'innominée pour les anévrismes de cette artère. Les revers constans de cette opération entre les mains de MM. Mott, Grœfe, Salomon, Hall, Lizars, l'ont frappée d'un discrédit dont on n'essaie même plus aujourd'hui de la relever. La méthode de Brasdor reste donc alors comme unique ressource. Or, hésiter à la conseiller dans ces cas, n'est-ce pas mettre en question s'il convient oui ou non de traiter une maladie qui sera nécessairement mortelle si on l'abandonne à elle-même? Le moyen, je l'avoue, est périlleux et incertain, mais c'est le seul à proposer; et partant, quels que soient ses dangers et son insuffisance, la méthode de Brasdor, loin d'être contr'indiquée dans cette partie comme l'écrivait récemment très explicitement un chirurgien anglais (1), m'y paraît, au contraire, formellement indiquée, mieux indiquée même que dans aucune autre région.

Un doute naît cependant de l'étude impartiale des faits. Basée sur des principes physiologiques incontestables, la méthode de Brasdor ne se soutient pas avec un égal avantage dans l'application. Malgré quelques cas de guérison et d'amélioration notable, ses partisans eux-mêmes conviennent assez généralement que la sanction d'une expérimentation heureuse lui reste presque tout entière encore à acquérir. Ce désaccord entre les résultats que fait pressentir la raison et ceux que donne l'expérience annonce clairement la nécessité d'une réforme ou tout au moins d'une révision des règles thérapeutiques actuellement en vigueur; car lorsque la théorie promet un succès et que la pratique répond par des revers, on peut être certain ou que la première est fausse ou qu'elle a été mal appliquée. Il y avait donc opportunité, aujourd'hui qu'un grand nombre de cas de ce genre ont été publiés, de les comparer entre eux, d'apprécier leurs affinités et leurs dissemblances, de mettre chaque différence dans le résultat en regard de la modification pathologique ou thérapeutique qui l'a produite, pour déduire de cette analyse quelques corollaires applicables au traitement, si imparfait encore, ou plutôt réputé si imparfait, de ces affections. C'est ce travail que nous avons entrepris, sans avoir la prétention de dire le dernier mot sur un point aussi obscur et aussi controversé; nous avons voulu éclairer la question, non pas la fixer; ce sont des matériaux que nous apportons, laissant à l'avenir à leur assigner leur place.

§ Ier.

Lorsqu'une tumeur anévrismale du creux sus-claviculaire paraît être formée aux dépens du tronc brachio-céphalique ou de l'origine de ses branches, la méthode de Brasdor peut être appliquée de différentes manières. On peut ou lier la carotide et la sous-clavière droite, soit simultanément, soit successivement, ou la carotide seule, ou la sous-clavière seule. Toutes ces opérations ont été faites, toutes sont plus ou moins rationnelles, suivant les circonstances et elles ont compté des succès temporaires ou définitifs. Il semblerait donc au premier coup d'œil que l'oblitération d'une seule des deux branches de l'innominée peut suffire pour guérir un anévrisme de cette artère. Mais si l'on veut bien tenir compte: 1° des erreurs si aisées à commettre et si souvent commises dans la détermination du siége précis de l'anévrisme, surtout lorsque la guérison n'a pas permis de donner au diagnostic le contrôle d'une inspection directe; 2° de l'oblitération spontanée de l'une des branches, qui préexistait dans nombre de cas à la ligature de l'autre; 3° de l'instabilité de quelques-uns des succès annoncés d'abord comme définitifs, on arrivera à cette conclusion que jamais un anévrisme portant réellement sur le tronc brachio-céphalique n'a été *radicalement* guéri sans qu'il y ait eu, ou par le fait de l'art ou par celui de la nature, oblitération et de la sous-clavière et de la carotide. Qu'on examine scrupuleusement à ce point de vue les 17 cas publiés jusqu'ici (1) de ligature, suivant la méthode de Brasdor, pour les anévrismes du creux sus-claviculaire et l'on reconnaîtra qu'aucun d'eux ne dépose contre ce principe. Du reste, la connaissance la plus superficielle du mécanisme suivant lequel agit la ligature placée entre les capillaires et le sac, suffit pour le faire admettre. Cherchons donc quels sont les moyens les plus sûrs d'obtenir cette double oblitération, condition indispensable de succès; voyons comment ces moyens doivent varier selon les circonstances, quelles précautions leur emploi exige. Là se trouve l'histoire thérapeutique presque tout entière de ces anévrismes.

(1) M. Wickham (voy. Gaz. Méd., 1841, p. 365).

§ II.

Le procédé le plus actif sans doute et le premier qui se présente à l'esprit est la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droites. Tous les auteurs cependant paraissent d'accord pour le condamner sans restriction, comme exposant à d'incalculables dangers; et le plus souvent même leur silence témoigne seul contre ce qu'ils ont vraisemblablement regardé comme une témérité chirurgicale indigne d'un examen sérieux. Un chirurgien distingué, qui a eu le plus récemment à traiter cette question, dans le concours ouvert pour le remplacement de Sanson, M. Robert formule ainsi son opinion à ce sujet : « Deux fois seulement on a lié les deux branches du tronc innominé; mais alors elles ne l'ont point été en même temps; car l'opération eût été fort grave et eût rendu presque impossible le rétablissement de la circulation dans le membre. (2) » Nous pensons effectivement comme M. Robert quant à la gravité de l'opération; mais nous ne saurions partager ses inquiétudes au sujet de la circulation du membre. Si, après la ligature du tronc innominé lui-même, M. Mott et Grœfe ont vu la nutrition se maintenir intacte dans le bras pendant 26 et 58 jours, il est plus que probable que l'oblitération de ses deux bran-

(1) Une partie de ces cas ont été relatés par M. P.-H. Bérard, dans son excellent article Anévrisme, du Dictionnaire en 25 volumes (voy. t. III, p. 72); les autres, au nombre de 7 et postérieurs à la publication de l'article de M. Bérard, ont été rassemblés par nous. En voici l'indication précise, dans l'ordre chronologique de leur publication :
1° Fait de M. Laugier (voy. Bullet. de la Société anat., 1835).
2° Fait de Morrison (voy. Gaz. Méd., 1837, p. 583).
3° Fait de M. Doblhoff (voy. Gaz. Méd., 1839, p. 57).
4° Fait de Fearn (voy. Gaz. Méd., 1838, p. 601, et 1839, p. 253.
5° Fait de M. Colson (voy. Gaz. Méd., 1840, p. 589).
6° Fait de M. Wickham (voy. Gaz. Méd., 1841, p. 365).
7° Fait de M. Ferguson (voy. Annal. de chir., 1841, p. 484).
(2) Thèse de concours : Des anévrismes de la région sus-claviculaire, p. 122.

---

d'après une proclamation, que cette solennité devait être incomparable pour chacun; puisque, dans l'ordre le plus commun, celui qui va la voir ne peut pas se vanter d'en avoir vu une semblable, ni se flatter d'en contempler une autre future. Il est probable que le législateur n'ignorait pas qu'il existe des centenaires, et qu'il n'est pas impossible qu'un homme ait vu deux fêtes séculaires; mais les longévités de ce genre sont assez rares pour qu'il lui soit permis de ne pas s'en souvenir alors. D'ailleurs, l'intervalle de ces jeux était de cent dix ans. Or la durée de M. des Quersonnières est encore bien plus rare que celle de Fontenelle. Ainsi, quand les crieurs publics annonçaient par tous les lieux de la ville, à son de trompe et en cérémonie, qu'il s'agissait d'une fête que personne n'avait jamais vue et ne devait plus revoir, il y avait *certitude morale* que la proclamation ne serait pas démentie.

Pendant trois nuits et trois jours, le peuple, obéissant à un devoir religieux, entendait, voyait, touchait tout ce que Rome avait acquis durant le siècle qui venait de s'écouler, et présentait ce que le passé lui promettait pour l'avenir, jusqu'aux vœux séculaires prochains. Il admirait les effets matériels de l'aisance générale, l'évolution des intelligences, l'habileté croissante des exercices gymnastiques de la jeunesse, les objets précieux gagnés par la victoire et employés à la décoration des triomphes, les témoignages de l'amour le plus tendre pour la patrie, manifesté par les trophées des vainqueurs et par les cénotaphes des victimes. Il écoutait avec volupté ce que les formules liturgiques des prêtres, les hymnes, les chants religieux racontaient sur les faits dignes de mémoire, faits dont l'autorité donnait tout l'honneur à la Providence divine, soit que les dieux parussent avoir agi directement, soit qu'ils fussent censés avoir inspiré aux hommes les actions vertueuses qui rendent les nations prospères. Ainsi, cette immense population s'imprégnait, pendant ces trois singulières journées, de sensations insolites de toutes les sortes, d'idées de grandeur, de beauté, de perfection, de sentimens de dignité, de vertu, de devoir, de gloire, et d'un enthousiasme patriotique : sensations, idées, sentimens qui, dans les grandes âmes, devaient aller jusqu'au sublime.

Nous ne sommes pas assez heureux pour posséder le protocole de ces fêtes, les procès-verbaux des actes qui se sont passés, le récit exact des circonstances de ces mémorables événemens. Le temps nous a dérobé des détails qui auraient agrandi et perfectionné l'histoire de la civilisation, et qui, sous certains points de vue, auraient pu nous servir de modèle.

Heureusement quelques odes, exécutées à la solennité de ce genre qui fut célébrée sous Auguste, peuvent nous donner une notion de la pensée qui avait dirigé le législateur. Plus nous manquons de documens historiques, plus il nous importe de fouiller dans ces fragmens toutes les idées qu'un écrivain plein de goût, aussi philosophe que poète, a constatées dans ses chants.

Vous connaissez tous le Carmen seculare d'Horace, et les deux odes qui en sont comme les introductions, savoir : la 21e du livre Ier, et la 6e du livre IV. Je ne veux attirer votre attention que sur le Carmen lui-même, qui est la partie où nous pouvons trouver le plus d'instruction par rapport à l'objet essentiel de cette pompe. Les deux autres pièces, qui sont accessoires, semblent se rapporter plus à l'art lyrique et aux convenances religieuses et rituelles qu'aux idées politiques.

Malgré la brièveté du Carmen, il est aisé d'y voir un assez grand nombre

ches n'aurait pas des conséquences plus fâcheuses sous ce rapport. A quoi bon, d'ailleurs, consulter l'analogie et les présomptions quand les faits ont parlé ? Le 18 juillet 1838 (1), M. Liston lia dans la même séance la sous-clavière et la carotide droite à leur origine ; aucun accident sérieux ne survint, et le malade ne mourut que le trentième jour et par suite d'hémorragie (2). Nous ne prendrons pas sur nous de déclarer que cette conduite était la meilleure à suivre ; nous hésiterions même peut-être malgré cet exemple à l'imiter. Mais enfin on est bien forcé désormais de l'admettre dans le cadre des opérations rationnelles et exécutables (3). Si quelqu'un se décidait à l'appliquer dans le cas d'anévrisme de l'innominée, nous lui recommanderions de lier la sous-clavière aussi près que possible de la tumeur. En agissant autrement, en éloignant le fil de l'anévrisme, on augmenterait la somme des chances de mortification du bras ; car toutes les branches qui naîtraient de la sous-clavière entre la ligature et la tumeur devant nécessairement s'oblitérer, plus elles seraient nombreuses, plus la circulation collatérale perdrait des élémens qui doivent plus tard rétablir le cours du sang de proche en proche entre les branches de la sous-clavière droite et celles des artères carotide et sous-clavière gauches.

§ III.

Après la ligature simultanée des deux branches, qui est et sera peut-être longtemps encore le beau idéal des opérations de ce genre, la double ligature successive est celle qui a réuni le plus de suffrages. Si on ne l'a pas employée aussi souvent que la ligature isolée d'une seule branche, laquelle cependant paraît, en théorie, moins justifiable, cela tient à deux causes qu'il est bon de connaître. D'abord, dans un certain nombre de cas, l'une des deux branches était déjà oblitérée par suite de la maladie, et il suffisait par conséquent de lier l'autre (comme Wardrop, MM. V. Mott et Laugier l'ont effectivement pratiqué dans des circonstances semblables) pour mettre le sac anévrismal dans les conditions requises d'imperméabilité. En second lieu, il est aussi des cas où le chirurgien avait bien réellement l'intention d'éteindre successivement la circulation dans les deux branches ; mais il a été arrêté au milieu de l'exécution de son plan ; et soit la mort des malades, soit au contraire une amélioration inespérée l'ont fait dévier de la ligne qu'il s'était tracée. On ne peut s'expliquer que de cette manière comment le procédé, en réalité le plus rationnel, est précisément celui qui compte le moins de cas d'application. Mais si sa fortune pratique est encore à faire, on peut la regarder comme assurée ; et la certitude de sa généralisation dans un avenir très rapproché est un motif de plus pour nous engager à suppléer dès à présent au silence que les auteurs gardent presque tous sur cet important sujet. Pour fixer les indications et les règles de cette opération, nous aurons à examiner successivement les trois questions suivantes : 1° Quelle est de la carotide ou de la sous-clavière, la branche par la ligature de laquelle on doit commencer ? 2° Quel espace de temps faut-il laisser écouler entre les deux ligatures ? 3° A quelle hauteur devrait être placé le fil pour donner le plus de chances favorables contre l'hémorragie, ainsi que contre le retour du sang dans la tumeur ?

§ IV. — PAR QUELLE ARTÈRE DOIT-ON COMMENCER ?

Cette question doit nécessairement se diviser ; car elle ne saurait être résolue d'après les mêmes données, selon que l'une des deux artères est déjà oblitérée, ou qu'elles sont toutes deux perméables. Examinons ces deux cas.

A. UNE DES DEUX BRANCHES DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE EST DÉJA OBLITÉRÉE SPONTANÉMENT.

Il semble au premier coup-d'œil que, lorsque l'une des deux branches du tronc innominé ne présente pas de battemens, la question devienne d'une simplicité extrême. La moitié de la besogne est faite par la maladie ; pour la terminer, le chirurgien n'a donc qu'à suivre la marche que la nature lui a tracée.... Ce précepte est fort juste sans doute ; mais malheureusement les préceptes ne valent que par l'application, et c'est justement à l'application qu'on reconnaît l'insuffisance de celui-ci. Ainsi, le défaut de battemens dans l'une des deux branches, dans la sous-clavière par exemple, vous semble avec raison une condition fort rassurante et qui double à vos yeux les chances de succès que promet la ligature de la carotide. Que diriez-vous donc si cette oblitération que vous croyiez permanente n'était que temporaire ? Que diriez-vous surtout si la seconde ligature qui, dans des conditions en apparence aussi heureuses, vous semblait devoir compléter sûrement la guérison et achever de fermer le sac, a au contraire pour effet de rouvrir au sang une voie dans son intérieur et d'imprimer par la suite aux progrès de la maladie une nouvelle activité ? C'est cependant ce qui est arrivé aux meilleurs opérateurs, à Wardrop, à MM. Valentine Mott et Wickham. Certes, la méprise est grave, et l'exemple vient de haut ! Tâchons donc d'en montrer les causes ; il est intéressant, et il peut être instructif de les approfondir.

Les artères qui naissent de l'intérieur d'une tumeur anévrismale ne s'oblitèrent pas toujours de la même manière. Le plus souvent, c'est par le mécanisme de transposition dont la connaissance exacte est due à M. le professeur Bérard aîné (1) que leur calibre est fermé. Il y a alors un changement de texture à leur orifice dans le sac, une imperméabilité définitive et sans retour de leur cavité. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et le même effet peut être dû à la compression que la tumeur anévrismale exerce sur les artères qui côtoient sa surface. Cette cause est signalée par tous les auteurs ; mais aucun n'en a, ce me semble, suffisamment apprécié les effets particuliers dans les affections dont il s'agit ici. Et d'abord, un premier enseignement résulte de la connaissance de ce fait ; c'est qu'il ne faut pas, par cela seul qu'on trouve une des branches de l'innominée, la carotide par exemple, sans battemens, se hâter de conclure qu'elle est oblitérée, et qu'il ne reste plus pour fermer

(1) Voy. GAZ. MÉD., 1838, p. 600.

(2) Nous ne comptons point parmi les cas contraires à ce procédé celui tout exceptionnel de M. Rossi où, après la mort survenue le sixième jour d'une ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droites, on trouva à l'autopsie la carotide gauche et la vertébrale droite oblitérées, de sorte que la vertébrale gauche restait seule pour porter le sang au cerveau.

(3) Dans le rapport qu'il a fait à l'Académie de médecine sur notre travail (v. GAZ. MÉD., 1843, p. 369), M. Blandin a donné son entière adhésion au plan opératoire dont il s'agit ici. Cette sanction donnée à nos principes était trop importante dans la question pour que nous pussions passer sans la rappeler. Nous nous en prévalons d'autant plus librement que l'indépendance scientifique de l'honorable rapporteur n'est pas moins généralement reconnue que son bienveillant caractère, et que ses amis peuvent s'honorer de son suffrage, sans avoir à craindre qu'il soit suspecté de partialité.

(1) ARCHIV. GÉN. DE MÉD., juillet 1830.

---

d'idées pour qu'il soit permis de le regarder comme la récapitulation de la fête. Cet hymne est exécuté par deux chœurs, qui chantent tantôt ensemble, tantôt en dialogue ; il a dû être chanté le soir du troisième jour, comme clôture de la solennité. Les chanteurs sont un certain nombre d'adolescens des deux sexes, tirés des familles les plus distinguées de la ville. Par leur âge, leur naissance et leurs qualités personnelles, on peut les considérer comme les représentans de la Rome future, qui prennent possession de l'héritage de la Rome mourante.

Cette intéressante génération s'adresse à Phœbus et à Diane, qui sont ses directeurs invisibles, ses divinités protectrices. Souvenez-vous que ce n'était pas alors une foi factice, pareille à celle que nous nous donnons un instant au théâtre : c'était une foi sérieuse et réelle. Les croyans acceptaient ces divinités comme des puissances personnelles, telles que les mythes théologiques les leur avaient représentées. Les hommes instruits, privés de toute religion révélée, mais plus ou moins imbus de quelques-unes de ces notions appelées collectivement la *religion naturelle ;* ces hommes ont considéré Apollon et sa sœur comme les aptitudes providentielles dont nous sommes doués, et que des inspirations divines développent, lorsque nous avons la bonne intention de les invoquer. La Diane d'Ephese est la cause en vertu de laquelle nous acquérons tous les faits naturels dont nous avons besoin ; Phœbus, le chef des Muses, est l'intelligence qui nous rend propres à tirer des faits toutes les idées qui constituent la pensée humaine.

Le premier vœu des représentans de la génération naissante est *pour la prééminence* générale de Rome.

Pour mériter cet avantage, il faut que la population de la ville soit abondante et vigoureuse, et que les lois récentes relatives au lien conjugal soient fidèlement observées.

Mais la population ne pourrait pas être florissante si la Providence ne donnait pas des mœurs à la jeunesse, de la probité et des vertus à toute la nation, et n'assurait pas un repos honorable à la vieillesse. Ce sont là des sources de prospérité, de véritable richesse et de lustre pour la république.

Rome a vu que les Parques avaient été fidèles aux destinées qu'elles lui avaient prédites ; il ne lui reste à demander autre chose, sinon que les événemens futurs soient d'accord avec les passés.

Le chœur total implore les dieux pour les fruits de la terre, pour les bestiaux, pour la sanité de l'air et des lieux. C'est une manière de faire sentir combien l'agriculture et l'économie rurale sont nécessaires à la prospérité de l'Etat, vérité trop souvent oubliée chez les nations guerrières.

Les prières les plus politiques sont de demander pour la jeunesse un esprit d'ordre, de subordination, de convenance, de piété filiale envers l'Etat, qui fera contraste avec la turbulence, la licence, l'indiscipline des dernières années de la république romaine. Le chœur, considérant que Rome doit sa naissance à la sagesse, à la piété d'un prince troyen, à la docilité, aux bonnes mœurs, à la bonne conduite de ses compagnons, supplie que la génération naissante soit animée de pareils sentimens, et qu'elle sente tout ce qu'elle doit au chef de l'Etat.

Les effets d'un ordre de choses qui permet à la Bonne-Foi, à la Paix, à l'ancienne Pudeur, à l'Honneur, à la Vertu, depuis si longtemps chassées, de redescendre dans l'empire et de le combler de biens, sont que les Mèdes, les Scythes, les Indiens, autrefois si fiers et si hostiles, redoutent maintenant la puissance

tout à fait le sac anévrismal qu'à lier la sous-clavière. Il se pourrait que la suspension des pulsations dans la carotide fût uniquement à la pression du sac sur ce vaisseau ; et l'on comprend dès-lors que, la sous-clavière une fois liée, la tumeur diminuant immédiatement de volume cesserait par conséquent de comprimer la carotide, et les pulsations reparaîtraient aussitôt dans cette dernière artère. Or, cette action réciproque du volume du sac et de la perméabilité des vaisseaux, cette espèce de cercle vicieux dont l'existence peut, au premier coup-d'œil, paraître un peu hypothétique, n'a cependant rien que de très réel. Dans un cas d'anévrisme innominé, M. Mott (1) constate avant l'opération l'absence complète de pouls au bras droit ; en conséquence, il se décide à lier la carotide ; la tumeur ne commence à perdre de son volume que le *septième jour*, et c'est *précisément à cette époque* que l'on recommence à percevoir dans la radiale droite quelques pulsations. Le malade finit par succomber au développement graduel de la tumeur. Dans un autre cas observé par Wardrop (2), c'était la carotide qui, avant l'opération, parut au chirurgien être imperméable. On lia la sous-clavière ; une diminution légère mais progressive de la tumeur eut lieu, et dès le neuvième jour les pulsations avaient reparu d'abord dans le tronc, puis dans les branches de la carotide droite. Enfin, plus récemment, en 1841, M. Wickham (3) a publié l'histoire d'un anévrisme de l'innominée, pour lequel on commença par lier la carotide. La tumeur diminua d'abord, puis elle augmenta de volume, mais en se dirigeant alors surtout en dehors et le long de la clavicule. Ce changement dans la direction de ses progrès est mentionné d'une manière toute particulière par M. Wickham, qui en a sans doute été frappé comme nous. L'explication de ce phénomène semble nous très facile d'après les données qui précèdent. Il fut dû sans doute à ce que la tumeur, dès qu'elle perdit de son volume, cessa de comprimer la sous-clavière, et que le sang, trouvant alors moins d'obstacle à se porter de ce côté qu'il n'en éprouvait auparavant, la circulation du vaisseau devint plus libre et le sac s'agrandit de préférence dans ce sens. Ces faits ont une importance réelle ; ils apprennent que si les branches qui naissent de l'artère anévrismatique sont quelquefois définitivement oblitérées, parfois aussi la circulation n'y est que suspendue par la pression que le sac exerce sur leur origine. L'oubli de cette distinction exposerait à des erreurs fort graves ; on pourrait, par exemple, sur la foi d'une prétendue oblitération de l'une des deux branches de l'innominée, se décider à faire une opération plus périlleuse que si l'on avait été instruit du véritable état des choses. Ainsi, dans le cas que nous venons de citer, on peut bien affirmer que Wardrop n'aurait point songé à faire d'abord la ligature de la sous-clavière (opération plus grave incontestablement que celle de la carotide) s'il n'avait pas cru à une oblitération réelle de ce dernier vaisseau. L'erreur de diagnostic entraîne inévitablement ici l'erreur dans le traitement.

Il demeure, grâce à ces exemples, logiquement et expérimentalement établi qu'il peut y avoir pour le malade le plus grand péril à ce que l'on confonde l'oblitération définitive d'une des branches de l'innominée avec la simple suspension de ses battemens résultant de la pression de l'anévrisme sur elle. Il serait donc indispensable d'avoir des moyens propres à faire distinguer l'un de l'autre ces deux états sur le vivant. Nous ne pouvons donner ici que les élémens de ce diagnostic, dont la difficulté, nous le craignons bien, égalera souvent l'importance. Mais on peut cependant espérer qu'avec de l'habitude et de la perspicacité le chirurgien parviendra, dans la plupart des cas, à l'établir à peu près sûrement d'après les quatre signes suivans : 1° en examinant si le vaisseau, de l'imperméabilité duquel on cherche à déterminer la véritable nature, correspond au point le plus saillant de la tumeur anévrismale par son origine ou seulement par sa portion moyenne ; car il y aurait plus de chances pour une oblitération réelle dans le premier cas, plus de vraisemblance d'une simple compression dans le second ; 2° en examinant si les différens mouvemens imprimés à l'épaule, au bras, à la tête ne ramènent pas quelques pulsations dans les rameaux des branches dont l'oblitération est en question, dans les radiales ou les temporales par exemple ; 3° en examinant si l'on ne pourrait pas faire reparaître ces mêmes pulsations en déplaçant avec les doigts la tumeur anévrismale, et en cherchant à la détourner de la branche artérielle sur laquelle on suppose qu'elle presse ; 4° en tenant compte de la dilatation qui s'observe quelquefois dans les veines contiguës à la tumeur ; on pourrait conclure de ce signe que celle-ci presse avec force sur les parties voisines, et l'on ajouterait ainsi une nouvelle présomption aux motifs que l'on aurait déjà pour croire que la cessation des battemens dans l'une des branches ne tient qu'à la pression exercée sur elle à sa naissance.

La conclusion qui précède nous ramène naturellement au but pratique de ce mémoire. En donnant le moyen de distinguer entre elles les oblitérations réelles et les oblitérations simulées des branches du tronc innominé, ces considérations jettent sur le traitement la lumière la plus fructueuse ; car s'il est un précepte positif et incontesté, c'est celui dont elles régissent l'application et par lequel nous terminerons cette première partie de notre travail ; toutes les fois qu'on pourra s'assurer qu'une des deux branches du tronc brachio-céphalique est réellement et définitivement oblitérée, ou même seulement que son calibre est *organiquement* rétréci d'une quantité notable, c'est par la ligature de l'autre branche qu'il faudra commencer le traitement.

B. LES DEUX BRANCHES DU TRONC INNOMINÉ SONT PERMÉABLES.

Si la conduite du chirurgien est toute tracée dans les cas où l'une des branches est oblitérée, il est une foule de circonstances où ce guide lui manque, et où les deux artères se trouvant perméables, il n'a plus le même motif pour commencer par l'une plutôt que par l'autre. Pour fixer son choix entre la carotide et la sous-clavière, il doit alors avoir égard à deux considérations capitales, savoir le degré d'efficacité et le degré de gravité qu'offre chacune de ces deux ligatures. La question, on le voit, est complexe et se compose d'élémens difficiles à concilier ; car souvent celle des deux ligatures qui semble la plus capable d'arrêter l'accroissement de l'anévrisme est justement celle aussi qui s'accompagnerait, comme opération, des dangers les plus grands ; et souvent aussi la rapidité des progrès du mal force le praticien de passer par dessus cette dernière considération. Dans cette perplexité parfois si pénible, qu'il n'accorde rien au hasard et mette à profit les moindres données séméiologiques : c'est ainsi que la direction du grand axe de la tumeur, le sens dans lequel elle paraît faire les progrès les plus rapides, celui où ses pulsations se propagent le plus fortement, les changemens apportés au volume du sac par la compression exercée alternativement sur l'une et sur l'autre branche,

(1) Thèse de M. Villardebo (Paris, 1831) ; 2e série, 7e observ.
(2) Thèse de de M. Villardebo ; 3e série, 1re observ.
(3) Gaz. Méd. V. loc. cit.

---

romaine, craignent ses haches et attendent ses lois avec soumission.

Une strophe est employée pour rappeler au dieu du jour, au chef des muses, au souverain des intelligences, les services qu'il rend à l'humanité souffrante :

Qui salutari levat arte fessos
Corporis artus.

Comme l'Etat peut avoir des besoins latens qui n'ont pas été formulés, le chœur prie les dieux d'accorder à Rome tout ce qui peut la rendre florissante jusqu'au siècle futur, en attendant que ces besoins soient mieux exprimés. Enfin, il demande qu'à chaque siècle l'empire acquière de nouveaux avantages.

Le succès de la solennité paraissait si assuré, qu'en terminant cet hymne, chaque chanteur dit qu'en rentrant dans sa vie privée, il a « la ferme espérance » que Jupiter et tous les autres dieux ont entendu les vœux du chœur, et ont » eu le même sentiment pour l'empire. »

La persuasion de l'efficacité de la fête est une circonstance trop digne de remarque pour que je ne vous prie pas d'en déduire les conclusions les plus naturelles. La solennité n'est donc pas regardée comme un spectacle destiné à donner des impressions vives à un peuple qui s'ennuie depuis la clôture du temple de Janus ; elle est, dans l'opinion des instituteurs, un moyen de progrès et de perfectionnement dans le Code, dans l'administration générale, dans les mœurs, enfin dans toute la civilisation.

Voilà ce qu'ont fait les hommes d'état, les législateurs, pour imprimer aux nations des secousses esthétiques capables d'accroître leur valeur et leur bien-être.

L'art politique est-il le seul qui mérite de pareils encouragemens ? Est-il le premier des arts ? Si vous le demandez à l'humanité, la réponse sera négative ; car elle fixe les rangs d'après ses besoins. Avant de rendre l'homme citoyen et heureux, il faut qu'il possède la santé du corps et de l'âme.

L'art salutaire, pour parler comme Horace, est donc le premier des arts humains par rapport aux nécessités naturelles. Si vous considérez la place qui lui convient sous le rapport de la dignité, vous n'oserez le mettre au dessous d'aucune des connaissances qui ne descendent pas directement du ciel, puisque vous ne pouvez désigner dans la création rien qui égale l'homme tout entier, l'homme tel qu'il est étudié dans cette école. Il n'est pas moins digne d'encouragement, puisqu'il n'en existe pas de plus difficile, ni par l'étendue et la variété de son sujet, ni par la profondeur et l'abstrusion de son objet.

Ces individus qui, par état, se livrent à l'étude de l'homme dans l'intention de trouver les bases de l'art salutaire, forment une société distincte. Je l'appellerais la *cité médicale*, au même titre que le grand évêque d'Hippone avait distingué la cité de Dieu d'avec la cité du Monde. Or, dans cette confédération intellectuelle et anthropologique, je m'attache surtout à l'école où j'ai reçu la naissance scientifique, où je suis depuis longtemps ouvrier, et où mes collaborateurs fermeront bientôt mes yeux. Je ne suis occupé que de sa prospérité. On a reproché aux Romains de préférer leur ville éternelle à tout l'empire ; pardonnez-moi si mon fanatisme, égal au leur, me porte à ne voir de tout le monde médical que la ville qui en est à mes yeux la métropole.

servivont à éclairer son diagnostic et à lui rendre cette option plus facile. Le dernier signe est le meilleur de tous; mais il faudrait pourtant se garder de le considérer comme décisif. Dans un cas où la compression de la sous-clavière n'apportait aucun changement au volume du sac, Wardrop (1) lia néanmoins cette artère; *aussitôt après l'opération, le volume et les battemens de la tumeur disparurent*, et la respiration devint plus libre. De même, dans le fait de M. Morrison (2), la tumeur ne diminuait point de volume lorsqu'on comprimait *très fortement* la carotide. Quoique le résultat négatif de cette manœuvre exploratrice semblât plutôt conseiller de commencer par lier la sous-clavière, on lia la carotide; et la tumeur s'effaça complètement, au point que l'opéré demeura entièrement rétabli pendant plus de seize mois.

Enfin, dans le cas où nul des indices précédens, où aucune circonstance spéciale ne ferait pencher la balance vers l'un ou l'autre parti, ce serait par la carotide qu'il serait prudent de commencer. Wardrop a prouvé que la ligature de ce vaisseau diminue beaucoup plus la quantité de sang qui traverse le sac que ne peut le faire celle de la sous-clavière. D'un autre côté, les dangers de l'opération sont incomparablement moindres; et c'est là sans doute le motif pour lequel tous les chirurgiens qui ont voulu lier les deux branches ont choisi la carotide pour commencer. La statistique justifie hautement cette préférence. Sur 22 ligatures de la carotide rassemblées par M. Lisfranc (3), on compte 7 morts et 15 guérisons, tandis que sur 32 ligatures de la sous clavière ou de l'axillaire, il y a 15 morts et 17 guérisons. Pour la première opération, le nombre des décès est donc de près du tiers de celui des cas, tandis que pour la seconde il est de près de moitié! Cette différence vraiment énorme se trouve encore vérifiée sur une plus large échelle par les calculs de M. Velpeau (4), qui disait, en 1839, ne connaître que 46 morts sur 143 exemples de ligatures de la carotide. Ajoutons que, dans les ligatures de la carotide, la proportion des morts serait encore bien plus minime si l'on n'était obligé de faire entrer dans ce nombre des décès évidemment dus à la maladie, et non à l'opération; car on sait que plusieurs des ligatures de carotides comprises dans les tableaux statistiques ont été faites pour des affections de toutes sortes, et des affections parfois très graves, comme des extirpations de cancer, des tumeurs fongueuses, des plaies portant sur les gros vaisseaux du cou, etc., tandis que la sous-clavière n'a guère été liée que pour des maladies n'offrant pas plus de gravité que celles dont nous nous occupons ici.

§ V. — QUEL ESPACE DE TEMPS FAUT-IL LAISSER ÉCOULER ENTRE LA LIGATURE DE CHACUNE DES DEUX BRANCHES?

Cette intéressante question est encore tout entière à traiter. Jusqu'ici, en effet, les chirurgiens n'en sont venus à une seconde opération que lorsque l'effet de la première leur a paru manqué. Or, deux causes contribuent ici à enchaîner leur main plus longtemps que la prudence ne l'aurait conseillé. D'un côté, on peut remarquer que, dans tous les cas publiés, et *sans une seule exception*, l'effet immédiat de la ligature de l'une quelconque des deux branches a été d'amener une certaine diminution dans le volume et les pulsations de la tumeur; d'autre part, dans l'impossibilité de distinguer assurément l'anévrisme de l'innominée d'avec celui de la carotide à sa naissance, on aime généralement à se flatter qu'il s'agit de ce dernier, et que la simple ligature de la carotide pourra le guérir à la longue. Il suit de là (et l'histoire clinique de cette méthode est là pour le prouver) que constamment, ou l'opérateur ou le malade, concevant une fausse et dangereuse sécurité, ont laissé à la tumeur anévrismale le temps de faire de nouveaux progrès avant de se décider à les arrêter par une seconde ligature. Il n'y a donc pas à s'étonner du peu de succès qu'ont eu jusqu'ici les tentatives de ce genre; c'est le sort commun qui attend toute opération pratiquée en désespoir de cause. Mais, malgré la rareté des documens cliniques, est-il impossible de soumettre dès à présent ce point de pratique à quelques préceptes basés sur l'analogie? Je ne le pense pas; et voici, pour mon compte, ceux qui me paraissent les meilleurs pour fixer le moment où la seconde opération est indiquée, celui où elle a perdu ses dangers tout en conservant encore son action sur la marche du mal.

Règle générale, on doit pratiquer la seconde ligature dès que l'effet dû à la première paraît être devenu stationnaire, dès que, par exemple, le volume de la tumeur cesse de décroître, à plus forte raison si les battemens, temporairement suspendus par la première opération, venaient à y reparaître. Ce conseil n'a besoin ni de développement ni de justification. Il est par trop évident qu'à ce moment on n'a plus rien à espérer de la première tentative, et qu'en différant plus longtemps de compléter l'opération, on s'exposerait à ne pouvoir plus offrir ensuite au malade qu'un secours insuffisant et même dangereux. L'observation de M. Wickham (1) en est un exemple frappant. La tumeur avait d'abord diminué sous l'influence de la ligature de la carotide; mais au bout d'un mois elle était revenue à son premier volume. M. Wickham voulut alors lier la sous-clavière; mais le malade, résistant à ses instances, attendit encore plus d'un mois avant de consentir à se soumettre à cette nouvelle opération. On la fit enfin, comme dernière ressource et quoique la tumeur eût acquis un développement énorme. La maladie continua à augmenter, et une rupture mortelle du sac fut le résultat final de cette imprudente temporisation.

Une seule considération pourrait dissuader de suivre ce précepte, et porter à retarder la ligature de la seconde branche, lorsque celle-ci est la sous-clavière, et que c'est la carotide qui a été précédemment liée. C'est la crainte que la circulation n'ait de la peine à s'y rétablir, privée qu'elle serait alors des ramifications anastomotiques afférentes que la carotide lui envoie par ses diverses branches. Mais cette objection ne saurait arrêter ceux qui savent avec quelle rapidité excessive, pernicieuse même dans certaines plaies du cou, le cours du sang se rétablit dans les carotides externe et interne, après la ligature de leur tronc commun. D'ailleurs, si la ligature de l'innominée elle-même ne compromet point la nutrition du membre supérieur, il est difficile d'admettre que le même effet, opéré en deux temps successifs et éloignés, puisse avoir plus d'inconvéniens. Enfin, rien ne serait, à la rigueur, plus aisé que de juger d'après les battemens de la temporale et de la faciale, d'après les pulsations même de la tumeur, si le sang circule de nouveau dans la carotide, et si par conséquent l'on peut en toute sûreté porter un fil sur la sous-clavière. Il est quelques faits importans à consulter sous ce rapport, et qui sont bien propres à donner

(1) Thèse de M. Villardebo; 3e série, 1re observ.
(2) Gaz. Méd., 1837, p. 583.
(3) Voy. Des diverses méthodes et des divers procédés de l'oblitération des artères, etc.; thèse de concours, 1834.
(4) Voy. Nouv. élém. de méd. opérat.; 2e édit., t. II, p. 235.

(1) V. Gaz. Méd., loc. cit.

Oui, je demande pour elle et pour l'art qu'elle cultive, conserve et perpétue, une solennité périodique à grandes distances, pareille à celles qui ont été employées pour les progrès de l'art politique. Ne croyez pas que je prétende proposer un appareil aussi éclatant, aussi pompeux, aussi dispendieux que ceux auxquels je fais allusion. Non, je désire que l'art salutaire demeure dans la sphère modeste qu'il avait choisie dans son origine; je désire que, mu par la philantropie comme ce doux Japis, de Virgile, était mu par la piété filiale, l'art salutaire préfère à une carrière brillante et triomphale une retraite où se trouvent des vérités utiles et peu connues:

« . . . Et mutas agitare inglorius artes. »

Je voudrais donc une solennité instructive et agréable, sans fanfare ni éblouissement; une fête de l'esprit et du cœur, et non une réjouissance bruyante capable de bouleverser les sens.

Nous concevons la possibilité d'une solennité intellectuelle, savante, accélératrice, esthétique, monumentale, et, quand il en sera temps, on pourra vous en présenter des programmes sujets à discussion; mais, pour le moment, arrêtons-nous sur l'esprit des besoins actuels.

(La fin au prochain numéro.)

---

une idée de la promptitude avec laquelle les voies anastomotiques ramènent le sang dans la carotide. Evans (1) a vu des battemens très distincts reparaître dans la faciale et la temporale, du côté où la carotide avait été liée trois semaines seulement auparavant. Montgomery a observé le même phénomène au bout de dix jours. Dans le cas de Lambert, on est également en droit d'affirmer que cinq semaines avaient suffi pour ramener le sang dans les branches de la carotide; car l'hémorragie à laquelle le malade succomba à cette époque se fit par le bout supérieur du vaisseau.

Quelque petit que soit leur nombre, ces faits suffisent pour montrer combien il faut peu de temps à la carotide pour donner de nouveau accès au sang, et combien la crainte de la trouver encore imperméable doit peu détourner le chirurgien de soumettre dans un bref délai la sous-clavière à une deuxième opération, lorsque celle ci se trouve d'ailleurs être indiquée.

Durant l'intervalle que la prudence commande cependant de mettre entre les deux ligatures, l'on se trouverait bien, je pense, de maintenir sur la tumeur anévrismale une compression douce et modérée. Utile à tout événement, et servant pour le moins à favoriser la contraction naturelle du sac, ce moyen serait indispensable s'il s'agissait d'un cas semblable à ceux que nous avons cités, où l'anévrisme presse sur une artère voisine dont il suspend ainsi les battemens. En continuant de maintenir la tumeur appliquée contre cette branche, ces agens compressifs auraient alors pour but de remplacer l'effet curatif dû à la pression du sac, jusqu'à ce que la seconde ligature permît de suspendre leur emploi sans danger.

§ VI. — A QUELLE HAUTEUR LE FIL DOIT-IL ÊTRE PLACÉ SUR L'ARTÈRE POUR DONNER LE PLUS DE GARANTIES POSSIBLE CONTRE LE RETOUR DES BATTEMENS DANS LA TUMEUR, AINSI QUE CONTRE L'HÉMORRAGIE CONSÉCUTIVE?

Cette question exigerait deux réponses distinctes, l'une pour la carotide, l'autre pour la sous-clavière. Nous ne parlerons en ce moment que de la conduite à tenir à l'égard de la carotide. Superficielle et dépourvue de branches durant tout son trajet, la carotide primitive offre des conditions telles que, dans le choix du point sur lequel il devra placer la ligature, le chirurgien n'a nul compte à tenir du danger de la gangrène, non plus que du retour des battemens dans la tumeur; car l'éventualité de ces deux accidens reste, quant à ses probabilités, entièrement indépendante du lieu où le vaisseau sera lié. Une seule considération doit donc le déterminer; c'est celle de l'hémorragie consécutive qui pourrait se faire par la plaie de l'opération. Nous ne disons pas, veuillez le remarquer, que ce soit là le seul accident à craindre après une ligature de la carotide; mais nous pensons que c'est le seul dont les chances soient de nature à être diminuées par le choix du lieu sur lequel celle-ci sera placé. Or, un fait ressort de la comparaison des cas publiés, et il est bien propre à guider dans la solution de cette question importante: c'est que toutes les hémorragies observées après la ligature de la carotide, suivant la méthode de Brasdor, se sont faites par le bout supérieur, ou, en d'autres termes, par le bout périphérique du vaisseau. Dans le cas de Lambert de Walvorth, des hémorragies répétées par la plaie amènent la mort. A l'autopsie, que trouve-t-on? L'oblitération du bout inférieur de l'artère: quant au bout supérieur, dit l'auteur, « il était bien oblitéré aussi dans une certaine étendue; mais là où finissait le bouchon fibrineux, l'artère présentait sur sa face antérieure une petite ulcération d'un quart de pouce de longueur (2). » Montgomery, dont le malade eut également des hémorragies répétées, les attribue de même à l'ulcération du bout supérieur de l'artère. (3) Ces faits sont peu nombreux; mais ce sont les seuls exemples d'hémorragie après la ligature de la carotide faite selon les principes de Brasdor.

Qu'on veuille bien d'ailleurs y réfléchir un instant, et l'explication de cet accident paraîtra aussi simple à comprendre qu'elle est aisée à donner. L'hémorragie, dans ces circonstances, me semble résulter si naturellement du retour du sang au dessous de la ligature que je m'étonne de ne pas la voir plus généralement rapportée à cette cause par les auteurs. Et qu'on me permette de faire observer en passant que l'histoire des hémorragies dues à la conservation d'une branche sur le bout inférieur du vaisseau lié me paraît avoir été jusqu'ici un peu négligée, sous le rapport du moins des modifications que la considération de leur possibilité devrait souvent faire imprimer au traitement. Je comprends bien que, lorsqu'en liant une artère, il se rencontre une collatérale volumineuse, on aime mieux placer le fil au dessus d'elle qu'au dessous; je comprends encore qu'on se préoccupe peu du danger de laisser une petite branche entre la ligature et les capillaires; car lorsque le cours du sang vient à se rétablir dans une artère au dessous du point où elle a été liée, ce fluide qui a perdu, à travers le système capillaire, la plus grande partie de son impulsion, n'a pas un mouvement assez rapide pour ébranler le caillot qui s'est formé, immédiatement après l'opération, au dessous de la ligature. Mais si les choses se passent ainsi lorsque la première collatérale qui naît au dessous de la ligature est petite et éloignée, on conçoit qu'il en sera tout autrement quand cette branche est considérable et voisine du point lié. Son *volume*, sa *proximité*, sa direction par rapport au tronc artériel *sous un angle aigu à sinus tourné vers les capillaires*, constituent trois conditions qui, si elles se trouvent réunies, sont bien propres à faire compensation à la lenteur avec laquelle le sang y coule; et le caillot étant frappé directement par la colonne sanguine, celle-ci, quoique lente dans son cours, peut fort bien l'ébranler et le détacher; de là les hémorragies par le bout inférieur. C'est ainsi, c'est par une ulcération du bout périphérique que survint l'hémorragie qui entraîna la mort du malade auquel M. Mott lia le tronc brachio-céphalique, en 1818. Telle a été sans doute aussi la cause des hémorragies auxquelles succomba, en 1828, le sujet auquel M. Crampton avait lié l'iliaque primitive, et je pourrais encore citer, comme exemple analogue, un cas observé à l'hôpital St-Louis, en 1839, et où des hémorragies mortelles survinrent par le bout inférieur, chez une malade à qui on avait lié la fémorale un peu au dessus de l'origine de la profonde (1).

Tous ces faits anatomiques, toutes ces observations pathologiques s'appliquent avec une exactitude admirable à la carotide. Si la proximité, si le volume, si la direction rétrograde des collatérales laissées au dessous de la ligature sont les trois conditions desquelles dépend surtout le danger d'une hémorragie par le bout périphérique du vaisseau, est-il un seul point du système circulatoire où cet accident soit plus à craindre qu'à la carotide, là où le sang, ramené *dès les premiers jours* à travers des canaux volumineux, vient battre *directement*, par une *large colonne*, contre un caillot encore *mal organisé et dépourvu d'adhérences*? L'expérience, d'ailleurs, a justifié ces prévisions; car il est bon de noter que, dans les deux seuls cas de ligature de la carotide primitive où l'hémorragie a eu lieu par le bout périphérique, la ligature avait été placée sur un point trop élevé de cette artère, diminuant ainsi et la longueur du caillot obturateur, et sa force de résistance au choc en retour du courant sanguin. Ainsi, dans le cas de Montgoméry, l'auteur dit positivement que la ligature fut faite sur la carotide dans un point *très rapproché de sa division*. Quant au cas de Lambert, le fil, est-il dit, avait été placé au dessus du point où l'artère est croisée par le muscle omo-hyoïdien. Répétons-le: ce sont là les deux seuls cas d'hémorragie par la plaie après une ligature de la carotide à la méthode de Brasdor; dans tous les deux, l'hémorragie s'est faite par le bout périphérique; dans tous les deux enfin, l'indication du point précis où l'artère fut liée rend parfaitement compte de la production de cet accident.

Il semble d'abord que le précepte découle naturellement de ces exemples: liez la carotide le plus loin possible de sa bifurcation. Malheureusement, en se rapprochant ainsi de la tumeur, on augmenterait les chances de tomber sur un point du vaisseau déjà altéré. L'opérateur est donc, pour ainsi dire, sollicité ici en sens inverse par deux tendances contraires qui l'engagent, l'une à éloigner, l'autre à rapprocher la ligature du sac anévrismal. Sans doute, dans cette appréciation délicate, il faut laisser beaucoup à sa sagacité, et faire une grande part aux circonstances particulières qui pourront le faire pencher vers tel ou tel parti. Mais, néanmoins, s'il nous fallait nécessairement donner un conseil absolu, s'il se présentait, par exemple, un cas où nulle considération spéciale n'existât pour motiver une préférence, nous n'hésiterions pas, quoiqu'en tenant un juste et prudent milieu, à rapprocher la ligature plutôt du côté de la tumeur que du côté des capillaires. Trois raisons nous semblent justifier ce choix: 1° Les faits prouvent qu'après la ligature de la carotide selon cette méthode, l'hémorragie a eu lieu deux fois par le bout supérieur, jamais par le bout inférieur; motif pressant de chercher à parer au danger le plus probable, en adoptant de préférence la conduite qui y expose le moins. 2° Ce qu'on redoute surtout en liant près de la tumeur, c'est que le fil porte sur un point où le vaisseau est altéré (2); or, le même danger

(1) Thèse de M. Villardebo; 2e série, 5e observ.
(2) Thèse de M. Villardebo; 2e série, 3e fait.
(3) Thèse; 2e série, 6e observ.

(1) Voy. Gaz. Méd., 1839, p. 681.
(2) Il serait bien temps, ce me semble, d'apprécier à sa juste valeur cette terreur de l'hémorragie qui, depuis Hunter, empêche les praticiens de lier les artères dans un point rapproché de la tumeur anévrismale. Je ne nie pas qu'elle ne soit réellement fondée; mais on s'est, je crois, étrangement exagéré le danger des hémorragies dans cette circonstance. Veut-on savoir à quoi s'en tenir sur ce point? Qu'on réfléchisse d'abord au grand nombre de guérisons et à la rareté des hémorragies après la ligature de l'iliaque externe dans les anévrismes spontanés, cas où l'on est cependant forcé de placer le fil très près de la tumeur.

xiste si l'on se rapproche de sa bifurcation; car, d'après Hogdson (1), *les dépôts de matière calcaire et la dilatation simple* sont plus fréquens en cet endroit du vaisseau que dans toute autre partie de sa longueur. 3° En résumé, la chance de rencontrer une altération artérielle étant la même à l'origine et à la terminaison de la carotide primitive; mais la ligature faite dans ce dernier point, exposant en outre particulièrement à l'hémorragie, il ne peut rester douteux pour personne, que, toutes circonstances égales d'ailleurs, la prudence commande de s'en éloigner autant que possible.

CONCLUSIONS.

1° Dans tout anévrisme où il aura été possible de reconnaître que le tronc innominé est compromis, il faudra lier et la sous-clavière et la carotide. Le raisonnement et l'analyse des faits jusqu'ici connus montrent que la ligature d'une seule de ces branches ne peut suffire pour amener la guérison, et que, lorsqu'il a d'abord paru en être autrement, l'événement a fait voir qu'on n'avait véritablement en affaire qu'à un anévrisme de l'origine d'une seule des branches, ou que la guérison n'a pas été définitive, ou que l'autre branche était naturellement oblitérée.

2° La ligature des deux branches, faite simultanément, est assurément, de tous les procédés, le plus actif. Ses dangers ont été fort exagérés; car l'analogie et l'expérience prouvent que cette opération est parfaitement compatible avec la persistance de la circulation dans le membre supérieur. C'est surtout à l'inflammation du sac et aux hémorragies que théoriquement elle semblerait devoir le plus exposer. Au résumé, dans l'état actuel, et malgré un exemple heureux de son application, nous ne saurions désapprouver un chirurgien qui prendrait sur lui de la répéter, mais nous hésiterions à la conseiller nous-même.

3° Lorsqu'on se propose de lier successivement les deux branches du tronc innominé, et que l'une d'elles paraît avant l'opération être oblitérée, c'est par la ligature de l'autre qu'il convient de commencer le traitement.

4° Mais dans ce cas, il faut bien distinguer l'oblitération réelle, définitive, avec effacement de la cavité artérielle, de celle qui n'est qu'apparente, et que simule dans un vaisseau la cessation de ses battemens, produite par la compression que la tumeur anévrismale exerce sur son origine. Cette distinction est on ne peut plus importante, car la conduite à tenir n'est pas la même dans l'un et dans l'autre cas. En effet, si l'oblitération *réelle* de l'une des deux branches indique positivement la ligature de l'autre, l'expérience a déjà prouvé trois fois que la même opération pratiquée dans le cas de simple suspension des battemens par compression du vaisseau n'offrirait plus les mêmes avantages, et qu'elle aurait même quelques inconvéniens sérieux.

5° Lorsqu'avant l'opération les deux branches paraissent également perméables, il sera souvent difficile de déterminer celle qu'il conviendrait de lier la première. C'est en observant le sens vers lequel la tumeur se prolonge, où ses progrès se font, où ses battemens semblent se propager de préférence, en étudiant surtout l'effet d'une compression alternativement exercée sur la sous-clavière et sur la carotide, que l'on pourra parvenir à se décider. En cas de doute, il faudrait commencer par la carotide. La plupart des chirurgiens ont agi ainsi et s'en sont mieux trouvés que ceux qui ont lié la sous-clavière et l'axillaire. Il est d'ailleurs *statistiquement* établi que la ligature de la carotide est une opération *juste de moitié* moins dangereuse que celle de la sous-clavière et de l'axillaire.

6° Règle générale, ou doit pratiquer la seconde ligature dès que l'effet dû à la première paraît être devenu stationnaire, dès que, par exemple, le volume de la tumeur cesse de décroître; à plus forte raison devrait-on se hâter, si les battemens, un moment suspendus par la première opération, venaient à y reparaître. Lorsque c'est la carotide qu'on a liée en premier lieu, que la crainte des obstacles apportés par l'oblitération de ce vaisseau au rétablissement de la circulation dans le bras ne fasse pas temporiser au-delà de ce terme. Cette crainte serait illusoire, en présence des faits nombreux qui montrent avec quelle rapidité le cours du sang se rétablit dans les branches de la carotide après sa ligature.

7° Après la ligature de la carotide selon la méthode de Brasdor, on n'a observé que deux fois une hémorragie par la plaie de l'opération. Dans les deux cas elle s'était faite par le bout supérieur ou périphérique de l'artère; dans tous les deux enfin, on est fondé à attribuer cet accident à ce que le fil avait été placé trop près de la bifurcation du vaisseau.

8° D'un autre côté, les altérations des parois artérielles paraissent être également communes vers l'origine et vers la terminaison de la carotide primitive. Toutes circonstances égales d'ailleurs, il faudrait donc éloigner autant que possible la ligature du lieu où la carotide se bifurque, puisque dans ce point la chance de tomber sur une partie altérée de l'artère est la même que plus bas, et qu'on y serait en outre exposé au danger de l'hémorragie par le bout supérieur.

CONCLUSION GÉNÉRALE. — VALEUR RÉELLE DE LA MÉTHODE.

Pour faire bien apprécier par ses résultats la méthode de Brasdor appliquée aux anévrismes de l'innominée et de ses branches, il m'a semblé nécessaire de rassembler en un tableau les opérations publiées jusqu'à ce jour, de manière à mettre en saillie leurs conséquences relativement à leurs dangers pour la vie des malades, soit sous le rapport de leur influence sur la marche de la maladie. J'aurais pu classer ces faits dans les deux séries que M. P.-H. Bérard a établies, selon qu'aucune branche artérielle ne naît entre le sac et le point de l'artère qui a été lié, ou qu'au contraire une ou plusieurs collatérales naissent dans cet espace. Cette division est bonne; elle est pratique; elle a été adoptée par tous ceux qui ont écrit sur la question. Je n'ai pas toutefois jugé convenable de la suivre; et voici mes motifs. Rien n'est éloquent comme la statistique; mais c'est à la condition qu'on la laissera parler sans l'influencer ni commenter ses paroles. Lorsque les observations sont en petit nombre, on est bien forcé, pour en tirer tout le parti possible, d'interpréter leurs moindres circonstances; sous ce rapport, et à l'époque où il écrivait, M. Bérard fit bien de ne point s'en tenir à une simple énumération, et de suppléer par une intelligente analyse au peu de valeur qu'eût offert une comparaison portant sur des proportions aussi faibles. Mais aujourd'hui qu'une quantité presque deux fois plus considérable de faits est à notre disposition, ce que le lecteur a surtout intérêt à connaître, ce sont les résultats bruts, tels qu'ils ont eu lieu. C'est ce désir que nous avons cherché à satisfaire en dressant le tableau suivant :

Nombre des cas.	Non opéré.	Guéris.	MORTS: Par hémorrhagies pouvant être attribuées à l'opération.	MORTS: Par continuation ou récidive de la maladie.	MORTS: Par d'autres causes : pleurésie, pneumonie, péricardite, ou causes non spécifiées.
17	Le malade de la 3e obs. de Wardrop, où l'autopsie montra que le fil n'avait pas porté sur la carotide.	L'opéré de la 3e obs. de Wardrop. L'opéré de Busch. L'opéré d'Evans. L'opéré de Colson.	L'opéré de Lambert. L'opéré de Dupuytren	L'opéré de la 3e observat. de Wardrop. L'opéré de Morrison. L'opéré de Mott. L'opéré de Wickham.	L'opéré de Key. L'opéré de Dolhoff. L'opéré de Ferguson. L'opéré de Fearn. L'opéré de Laugier. L'opéré de Montgoméry.
			2	4	6
Total. 17	1	4	12		

Si après avoir compté les faits, on veut maintenant les peser, d'importantes considérations vont ressortir de cette analyse. Et d'abord, on remarquera que le chiffre de 4 guérisons ne donnerait ni une idée exacte, ni une idée suffisamment favorable des résultats obtenus. En effet, lorsqu'on

D'autre part, on sait que le principal reproche qui ait été adressé à la ligature faite suivant la méthode ancienne (méthode de Kesleyre) est d'exposer à l'hémorragie, parce que le fil tombe alors sur une portion du tube artériel voisine de l'anévrisme, et qu'on suppose être altérée. Or, l'hémorragie consécutive est-elle beaucoup moins fréquente à la suite de la méthode d'Anel?... La statistique dressée avec tant de soin par M. Lisfranc (*) permet encore de résoudre cette question. Sur 31 cas de ligatures faites suivant la méthode ancienne, il y a eu 7 hémorragies, ou 1 sur 4 1/2; sur 172 cas où la méthode d'Anel a été appliquée, l'hémorragie a eu lieu 32 fois, ou 1 sur moins de 5 1/2; différence assurément beaucoup plus petite qu'on ne s'y serait attendu *à priori*, en présence des appréhensions que fomentent à l'envi tous les auteurs classiques. Nous le répétons: loin de nous la pensée de nier qu'on favorise l'hémorragie en plaçant le fil près de la tumeur; mais je pense, et les calculs précédens paraissent bien m'y autoriser, que cette influence a été exagérée.

(1) Voy. t. II, p. 23.

(*) Voy. thèse citée.

chirurgien, se décide à faire une opération aussi grave que la ligature de la carotide ou de la sous-clavière, ce ne peut être que parce que la vie de son malade lui paraît fortement et prochainement menacée. Si donc l'opéré survit encore 10, 12, 15 ou 20 mois, à coup sûr il aura gagné quelque chose à ce que la ligature ait été pratiquée; et celle-ci, bien que le malade ait succombé ensuite plus tard, ne devra point être regardée comme ayant contribué à hâter cette terminaison funeste. Or, parmi les malades qui, en définitive, sont morts, y en a-t-il plusieurs sur lesquels l'opération ait réellement eu pour effet de prolonger leurs jours?... Pour connaître la vérité sur ce point important, nous avons divisé les 12 cas de décès en deux catégories : l'une comprenant ceux, au nombre de 6, où la mort est survenue quelques jours après l'opération, où par conséquent celle-ci peut, sans aucun doute et bien légitimement, être considérée comme en ayant été une cause plus ou moins prochaine, quelle que soit la cause qu'aient alléguée les auteurs.

Les six faits de ce premier ordre sont ceux :

1° De Key; mort au bout de deux heures;

2° De Fergusson; mort le huitième jour;

3° De Dupuytren; mort le neuvième jour;

4° De Dohlhoff; mort peu de jours après la ligature;

5° De Laugier; mort le trentième jour;

6° De Lambert de Walvorth; mort par hémorragies survenues cinq semaines après l'opération.

Dans la seconde catégorie, nous rangeons les malades qui ont survécu à l'opération quatre mois et au-delà, chez lesquels on ne peut donc certainement pas l'accuser d'avoir amené, ni même accéléré la mort. Les cas de cette seconde série sont au nombre de 6; ce sont ceux:

1° De Montgomery, où le malade est mort *quatre mois* après l'opération, alors qu'il paraissait « *être entièrement rétabli*. »

2° De Mott, où le malade, mort d'une récidive de l'anévrisme *huit mois* après l'opération, en avait retiré un tel bénéfice que trente jours après l'avoir subie il y avait « *disparition presque complète de la tumeur et des battements*. »

3° De Wardrop (3e observation), où la tumeur, qui, plus tard, se manifesta de nouveau et amena la mort *après le vingt-septième mois*, « *avait, un an après l'opération, disparu complètement*. »

4° De Morrison, où le malade, mort *vingt mois* après l'opération, avait si bien guéri à la suite de la ligature que, retiré à la campagne, « *il revendit de temps en temps en ville voir son chirurgien pour lui exprimer combien il était heureux de se sentir très bien remis*. »

5° De Fearn, où le malade a survécu *vingt-sept mois* à la première ligature; « *avant sa mort due à une pleurésie, son état était très satisfaisant*. »

6° De Wickham, où le malade a survécu *cinq mois* à la première ligature.

En mettant en commun le nombre de mois qui s'est écoulé pour chacun de ces six malades entre le jour de l'opération et celui de la mort, on voit qu'ils ont, terme moyen, survécu *quatorze mois et vingt-cinq jours*. Chez plusieurs d'entre eux, d'ailleurs, il est très explicitement spécifié ci-dessus, dans l'observation (ainsi qu'on le voit par les citations), que la tumeur anévrismale avait disparu et que le rétablissement était entier. Voilà donc six malades chez lesquels l'opération n'a pas nui, chez lesquels elle a, bien au contraire, prolongé les jours d'une quantité notable. On pourrait même porter ce nombre à sept, si l'on voulait y ajouter celui de Lambert de Walvorth, qui, malgré la mort du malade survenue au bout de *sept semaines*, est cependant, d'après M. Bérard, « *un exemple incontestable de guérison puisque la dissection montra la partie inférieure de la carotide, aussi bien que le sac anévrismal, oblitérés et imperméables*. » (1)

De ces deux séries de faits rapprochées entre elles, il résulte clairement que toutes les fois que la ligature faite à la méthode de Brasdor pour les anévrismes du creux sus-claviculaire n'a pas été suivie d'accidens mettant la vie du malade en péril, son influence sur la marche de l'anévrisme a été favorable; en en d'autres termes : *toutes les fois qu'elle a réussi comme opération chirurgicale, elle a également réussi, quoiqu'à des degrés divers, comme moyen curatif!*

Cette conclusion nous paraît d'un haut intérêt. Elle encouragera sans doute les médecins à tenter plus souvent une opération qui jusqu'ici avait été condamnée par un grand nombre comme trop grave et comme impuissante. Si nous ne nous trompons, les faits rassemblés dans ce travail prouvent, d'abord, que sa gravité est réelle, mais qu'il faut aussi, dans cette appréciation, tenir compte de la gravité même du mal; en second lieu, que son efficacité, loin de laisser à désirer, est, au contraire, aussi grande qu'on le puisse souhaiter, puisque dans tous les cas où elle a eu *le temps* de produire ses effets, ceux-ci ont été 1° *toujours* favorables; 2° *très souvent* suffisans pour amener la disparition de la tumeur anévrismale. Ces derniers cas ne s'élèvent pas à moins de 10 sur 16. Tel est en effet le nombre des guérisons, soit temporaires, soit définitives, si, d'une part, on ajoute aux quatre exemples de guérison les faits de Montgoméry, de Fearn, de Mott, de Wardrop (3e observation), de Lambert et de Morrison, dans lesquels, malgré la terminaison funeste survenue ultérieurement, l'anévrisme primitif avait été guéri par l'opération; et si l'on retranche, d'autre part, du nombre total des 17 cas, la deuxième observation de Wardrop, où aucune ligature n'a réellement été faite.

(1) Voy. Dict. en 25 vol., t. III, art. cité, p. 63.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *De la température chez les enfans à l'état physiologique et pathologique*, par M. Roger. (Suite.) 2° *Observation de fistule pulmonaire consécutive à une nécrose scrofuleuse*; par M. Grapin. (La formation de cette fistule fut due à un foyer purulent provenant d'une carie de la cinquième côte, lequel foyer s'ouvrant à la fois dans le poumon et à l'extérieur avait établi la communication anormale.) 3° *Observation d'entérotomie pratiquée avec succès dans un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle*; par M. Maisonneuve. (Voy. cette observation déjà rapportée dans la Gaz. Méd. du 21 septembre 1844, p. 613.) 4° *Recherches sur les fractures de la base du crâne*; par M. Aran. 5° *Du ramollissement du cerveau et de sa curabilité*; par M. Rochoux. 6° *Mémoire sur le traitement de la phthisie par les préparations alcalines jointes à une température élevée et chargée de vapeurs ammoniacales*; par M. Cossy. 7° *Revue analytique et critique des recherches modernes sur les maladies mentales*; par M. Lisle. 8° *Note sur un dragonneau observé à Paris et présenté à la Société de chirurgie*; par M. Maisonneuve. 9° *De l'altération du goût dans la paralysie du nerf facial*; par M. Bernard.

Du ramollissement du cerveau et de sa curabilité; par le docteur Rochoux.

C'est surtout dans l'étude des maladies du cerveau que les opinions ont été de nos jours le plus vacillantes; on en trouvera de nombreuses preuves dans la communication de M. Rochoux, qui se livre à une critique trop étendue et trop sérieuse pour que nous puissions prétendre à la reproduire ici avec toutes les qualités que lui ont valu la logique et le style concis de l'auteur. Toutefois, nous allons énumérer rapidement les principaux points auxquels il s'est attaché, et qui peuvent être rapportés à trois états pathologiques différens.

1° Ramollissement hémorragipare. Les questions soulevées à l'occasion de la lésion désignée sous ce nom par l'auteur sont loin d'être résolues, et nous pouvons dire qu'elles restent encore pendantes, malgré les nouveaux argumens qu'apporte M. Rochoux à l'appui de son opinion, d'après laquelle l'hémorragie cérébrale serait dix-neuf fois au moins sur vingt, précédée d'une affection *textarale* de l'encéphale. Si, en effet, il est vrai qu'on ne peut démontrer positivement la non existence de cette affection, qu'aucun symptôme ne révèle au dehors; d'un autre côté, comme cette altération texturale n'est observée que coïncidemment avec l'hémorragie cérébrale, qu'on ne l'a peut-être pas observée une seule fois sans cette grave coïncidence; que même, dans quelques cas où l'hémorragie était toute récente au moment où la mort est arrivée, cette altération était peu prononcée ou tout à fait inappréciable; comme, en outre, il est tout à fait opposé à tout ce qu'il y a de mieux établi en pathologie, d'admettre qu'une lésion résultant d'un *travail vicieux de nutrition* qui aurait *diminué graduellement la consistance du tissu du cerveau, sa force de cohésion, au point que, sous le simple effort du sang en circulation dans les capillaires, la trame organique se déchirerait dans une étendue plus ou moins considérable*; que cette lésion, disons-nous, non seulement ne soit pas aggravée par un accident aussi sérieux qu'une hémorragie, mais même qu'elle n'empêche pas, qu'elle favorise peut-être la résorption du sang épanché, nous croyons, par ces motifs et par d'autres encore qui ne peuvent être présentés ici, que la balance, si elle devait pencher d'un côté, le ferait plutôt pour celui de l'opinion que combat M. Rochoux. Il nous répugne d'admettre que le tissu cérébral, frappé dans sa consistance par un travail vicieux de nutrition, non seulement ne soit pas encore plus désorganisé par l'hémorragie, mais retrouve assez de force, d'activité, de vie, pour faire disparaître le sang épanché et qui le comprime, sans compter une foule d'autres motifs,

il y aurait là une anomalie que la nécessité même la plus pressante ne pourrait forcer d'adopter.

Si nous ne pouvons approuver l'opinion de l'auteur sur ce point spécial, il n'en est plus de même de celle qu'il soutient sur les caractères anatomiques des cicatrices de l'apoplexie ou plutôt de l'hémorragie cérébrale; nous pensons comme lui que ce qu'on a appelé les *infiltrations celluleuses* doit être rapporté à l'épanchement de sang ou de lymphe coagulable dans l'épaisseur même du tissu cérébral, et non point à un ramollissement de ce même tissu, qui, une fois désorganisé, n'est plus susceptible de l'activité nécessaire pour l'élaboration d'un tissu cellulaire de nouvelle formation.

Les mêmes idées qui ont conduit M. Rochoux dans la description et l'appréciation de l'épanchement en caillots lui servent aussi pour l'infiltration sanguine, qui a souvent été prise pour le début du ramollissement et même pour l'*apoplexie* dite *capillaire*, et dont, à notre avis, on n'a même pas encore expliqué le mécanisme d'une manière satisfaisante.

2° RAMOLLISSEMENT INFLAMMATOIRE. Le caractère le plus important de cette lésion est la présence du pus, qu'il est toujours facile de reconnaître à la vue seule; tout simplement en versant un filet d'eau à la surface de la partie qui en est le siége. Tandis que le même filet d'eau reste sans action sur le ramollissement hémorragique, dans le ramollissement inflammatoire il creuse la partie sur laquelle on le dirige, entraînant avec lui la substance cérébrale sous forme de détritus mêlé de pus qui donne au liquide un aspect laiteux sale. La rougeur, lorsqu'il en existe, soit sur la substance cellulaire, soit dans la substance grise, est l'indice d'une extravasation, d'une infiltration de sang et non point du ramollissement inflammatoire.

Quant aux plaques d'induration, qui ont été regardées dans ces dernières années comme le résultat de la consolidation du ramollissement, elles seraient, d'après M. Rochoux, l'un des résultats de l'infiltration sanguine. Aussi croit-il pouvoir conclure, des faits exposés dans ce travail, que sur 100 cicatrices trouvées dans l'encéphale, on devra, sur le premier aperçu, en rapporter 98, soit à l'apoplexie, soit à l'infiltration sanguine plus ou moins complétement résorbées; qu'un examen plus attentif aura le même effet pour une des deux autres cicatrices, et portera à rattacher la dernière à tout autre genre de maladie plutôt qu'au ramollissement.

Cette conclusion, fondée seulement sur les résultats fournis par l'anatomie pathologique, rétrécit notablement le nombre des cas de guérisons du ramollissement du cerveau; nous nous bornerons à dire que l'examen rapide auquel se livre l'auteur sur les résultats fournis par l'observation de la marche et des symptômes de la maladie nous paraît également tendre à circonscrire de plus en plus le même ordre de cas.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PAR LES PRÉPARATIONS ALCALINES, JOINTES A UNE TEMPÉRATURE ÉLEVÉE ET CHARGÉE DE VAPEURS AMMONIACALES; par M. COSSY.

Bien que sans utilité aucune pour la science, les documens publiés dans cette communication ne sont pas sans intérêt; ils pourront au moins éclairer le public sur la nature réelle de ces promesses pompeuses de guérison d'une maladie à peu près incurable. Quel est le praticien de la capitale qui n'a pas été tourmenté par quelque sujet catarrheux, emphysémateux ou phthisique pour être traité par l'ammoniaque et la chaleur qui produisaient de si bons résultats dans les essais tentés dans les hôpitaux? Nous connaissons maintenant ces résultats et s'il ne s'agissait d'une maladie réellement incurable chez la plupart de ceux qui en sont atteints, nous regretterions presque les essais tentés à l'hôpital Beaujon; car nous irons plus loin que M. Cossy, et nous dirons non seulement avec lui que ce traitement a été inefficace, mais même qu'il a été nuisible; car, avec quelque rapidité que marche habituellement la phthisie dans la plupart des hôpitaux de Paris, il est rare que la mort y arrive aussitôt que cela a eu lieu dans cet essai, où sur 7 malades 3 étaient morts dans le premier mois du traitement et les 4 autres n'avaient pas éprouvé la moindre apparence de ces améliorations de quelques jours que présentent presque tous les phthisiques qui entrent à l'hôpital, et cependant comme les malades qui ont fait le sujet de ces essais avaient été choisis par le médecin même qui avait proposé cette médication, il est probable qu'il n'avait pas pris ceux qui, arrivés à la dernière extrémité, devaient mourir par les progrès seuls de leur maladie à une époque aussi rapprochée.

Quoi qu'il en soit, nous dirons, comme M. Cossy, « c'est un fait négatif à enregistrer dans la science »; mais combien de faits négatifs pourraient être ainsi accumulés sans utilité réelle? Ne serait-il pas possible, si l'administration des hôpitaux permet ces essais, de se restreindre à ceux-là seulement qui, dans l'état actuel de la science sur ce point, offriraient quelques chances de succès? Peut-être même serait-il encore plus rationnel, avant d'avoir recours à des essais aussi incertains, d'étudier avec plus de soin quelques-uns des points de vue de la question des tubercules qu'il serait possible d'éclaircir par des recherches assidues et de bonne foi, par exemple, la question importante de l'hérédité soulevée et appuyée de tant de faits dans ces derniers temps par M. Lugol et qui ne réclame plus que l'autorité des chiffres ou la question de l'influence des climats dont la solution est déjà très avancée.

NOTE SUR UN DRAGONNEAU OBSERVÉ A PARIS ET PRÉSENTÉ A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE; par M. MAISONNEUVE.

Outre le fait, très rare dans nos climats, dont elle offre un exemple bien avéré, l'observation de M. Maisonneuve contient aussi de nouvelles et judicieuses considérations sur la structure et le développement de ce filaire, ainsi que sur son histoire pathologique.

OBS. — Le 10 octobre 1843, il fut reçu, à l'hôpital St-Antoine, un homme âgé de 28 ans, ancien militaire. Affecté d'une petite tumeur furonculeuse sur le dos du pied gauche, il s'était décidé à entrer à l'hôpital, parce que cette maladie, en apparence très légère, résistait depuis un mois à tous les moyens connus, et s'accompagnait d'une vive démangeaison.

M. Maisonneuve fit une petite incision avec la lancette et prescrivit un cataplasme. Le lendemain, un filament blanc sortait de la plaie. L'examinant avec soin, on reconnut qu'il était d'un blanc opaque, long de 2 centimètres et de 2 millimètres à peu près d'épaisseur. Il offrait un aspect tendineux. En le tirant, on en développa une longueur de 20 centim., après quoi il se rompit.

M. Maisonneuve soupçonna dès-lors l'existence d'un dragonneau. Une exploration plus attentive lui fit reconnaître, dans le voisinage de la petite tumeur furonculeuse, un léger gonflement œdémateux, et une douleur profonde, devenue plus vive depuis la sortie du ver et s'exaspérant sous la pression. En haut de la même jambe, au dessous de la tête du péroné, existait une autre petite tumeur furonculeuse ne causant qu'une légère démangeaison, et développée depuis quinze jours seulement. Un relief flexueux, bosselé, d'une consistance analogue à celle d'une corde à boyau, se prolongeait, à partir de cette tumeur, sur la partie antérieure, puis interne de la jambe, et disparaissait entièrement au niveau du mollet. On diagnostiqua là la présence d'un second ver.

Le malade, bien musclé, était extrêmement maigre. On apprit alors qu'il avait été soldat au Sénégal pendant deux ans et demi, et avait souvent marché les pieds nus. Sa maladie, disait-il, était fréquente chez les nègres du pays. Au reste, il ne s'était aperçu de rien de semblable ni pendant son séjour, ni pendant la traversée.

Le 13 octobre, une suppuration douloureuse développée autour de la malléole externe nécessita deux incisions. Le pus évacué fut examiné au microscope; il ne présentait rien de particulier.

Le 19, par l'une de ces incisions, on put tirer au dehors quelques centimètres du ver qui s'y était présenté. Mais ces tractions causant une vive douleur au pourtour du coude-pied, M. Maisonneuve fixa le ver à un cylindre de diachylon sur lequel il en enroula près de 10 centimètres. Le lendemain, le malade en avait enroulé quinze autres centimètres quand le ver se rompit.

Un autre abcès développé au voisinage de la malléole interne fut incisé le 23; puis il se guérit à peu près complètement, ainsi que celui de la malléole externe.

Pendant ce temps, M. Maisonneuve n'avait pas laissé que de s'occuper de la tumeur située à la partie supérieure de la jambe.

Le 17 octobre, en ayant fait sortir quelques gouttelettes d'un liquide blanc, semblable à du petit lait, il y reconnut au microscope, et à l'aide d'un grossissement de cinquante fois, des myriades de petits vers cylindriques, à queue effilée, à tête mousse et non renflée, qui s'agitaient avec une rapidité surprenante. En étendant la liqueur avec quelques gouttes d'eau, il put en examiner quelques-uns sous toutes leurs faces. Il lui fut impossible de constater une ouverture buccale ou caudale; il ne trouva non plus aucune trace de crochets, de tentacules, de prolongemens d'aucun genre. La queue, qui fait environ le tiers de la longueur totale de l'individu, se continue insensiblement avec le corps et se termine en pointe très effilée.

Le 18, une petite portion du ver supérieur (probablement l'extrémité céphalique) se montra au sommet de la petite tumeur. On voulut la saisir entre les doigts, mais elle se brisa. Un instant après, le ver rentra complètement.

Le 21, M. Maisonneuve fit l'extraction de ce ver en pratiquant sur sa direction une incision à la peau préalablement assemblée en un pli transversal. Il mit ainsi à découvert plusieurs de ses circonvolutions dont l'aspect rappelait assez bien celui du canal déférent à sa sortie de l'épididyme. L'animal, qui était plongé dans le tissu cellulaire lamelleux sous-cutané, fut disséqué avec soin, soulevé sur une sonde cannelée. On retira ainsi 30 centim. du ver, qui était d'un blanc mat, cylindrique et gros comme une plume de corbeau. Le chirurgien voulut alors tirer sur l'extrémité inférieure, mais elle se rompit. Pour l'extraire, il fallut faire, à 9 centim. au dessous de la première, une seconde incision qui montra le ver pelotonné sur lui-même. Une portion de 20 centim. fut encore amenée, terminée par une extrémité mousse qu'on jugea être l'extrémité céphalique intacte. Ne pouvant faire sortir l'extrémité caudale, on la coupa. Dès le lendemain, le malade l'avait ôtée lui-même; elle avait 40 centim. de longueur, et se terminait en pointe effilée recourbée en forme de hameçon. Les plaies se cicatrisèrent ensuite sans aucune difficulté.

EXAMEN DES PORTIONS DE VER EXTRAITES. Toutes avaient un aspect à peu près semblable. D'un blanc de lait, d'une forme cylindrique, du volume d'une plume de corbeau, elles portaient sur deux points opposés de leur circonférence et dans toute leur longueur une ligne demi-transparente, large d'un demi-millimètre. Entre ces deux lignes, le corps était opaque, avec de légères rides transversales.

Le ver représentait un tube dont les parois, épaisses de 1/5 de millimètre, étaient composées de deux membranes; la plus externe dure, coriace, cornée, résistant au bistouri, l'interne mince, aisément séparable en filamens longitudi-

paux, mais cédant plus difficilement à des tractions dans le sens transversal.

Les tronçons retirés de la partie supérieure de la jambe, au nombre de trois, appartenaient à deux vers différens. La première de ces portions offre une extrémité céphalique qui a été rompue dans une tentative d'extraction. Quant à l'extrémité caudale, le malade dit l'avoir retirée. Cette portion contient une liqueur lactescente, en tout semblable à celle qu'on avait vue sortir de la petite tumeur furonculeuse supérieure avant l'extraction des vers. L'examen microscopique y a également fait reconnaître des myriades de petits animalcules parfaitement identiques à ceux décrits ci-dessus.

Quant aux deux dernières portions, elles constituent un individu complet. La quatrième a l'une de ses extrémités mousses, arrondie, percée à son extrémité d'un orifice circulaire en forme de suçoir, mais complètement dépourvue de barbes et de crochets. L'autre extrémité est une section nette. La cinquième portion est remarquable en ce qu'elle est effilée en pointe et terminée par un crochet très court en forme de hameçon.

M. Maisonneuve s'applique ensuite à éclaircir l'histoire du dragonneau par l'interprétation de quelques-unes des circonstances de cette observation. Ainsi, il fait remarquer que les animalcules microscopiques observés dans le liquide du furoncle, dragonneaux à l'état rudimentaire, peuvent très bien s'insinuer dans les pores de la peau chez les individus qui ont l'habitude, comme cela se fait en Afrique, de marcher les pieds nus ou de se coucher sur la terre humide. M. Maisonneuve s'est assuré, en effet, que ces animalcules peuvent vivre plusieurs jours dans l'eau, même à une basse température.

En admettant ce mécanisme si simple de reproduction et d'introduction dans le corps humain, s'évanouiraient les rêves des naturalistes qui croient encore à la génération spontanée de ce ver, et attribuent sa formation à l'usage du vin de palmier, du froment de l'Inde, des sauterelles, etc.

Quand le dragonneau ne fait que se nourrir et se développer, sa présence sous la peau ne donne lieu qu'à l'amaigrissement du malade. Aussi les observateurs ont-ils remarqué qu'il peut demeurer inaperçu pendant plusieurs mois. Mais lorsqu'arrive l'époque de la génération, de la ponte, le ver fait effort pour perforer la peau; de là, la formation d'un furoncle, accompagnée de vives démangeaisons. Puis elle se perfore, donnant issue au liquide qui contient les animalcules. Pour cette ponte, le dragonneau sort en partie de sa retraite. Chose remarquable! que, au lieu de déposer leur progéniture dans le lieu qu'ils occupent, ces vers ouvrent les tégumens tout exprès pour la rejeter à l'extérieur. Sans cela, du reste, on conçoit qu'ils se multiplieraient avec une effrayante rapidité et feraient promptement succomber les malades.

DE L'ALTÉRATION DU GOUT DANS LA PARALYSIE DU NERF FACIAL; par M. BERNARD.

Ce symptôme, dont M. Montault a le premier cité des observations, et duquel nous avons nous-même rapporté deux exemples (voy. GAZ. MÉD., 1842, pages 508 et 834), avait été regardé jusqu'à présent comme une complication rare et insolite de l'hémiplégie faciale. M. Bernard entreprend aujourd'hui de prouver que toutes les fois que le nerf de la septième paire est *entièrement* paralysé, il existe une altération du goût. Si l'on ne l'a pas jusqu'ici constatée plus souvent, c'est d'abord que parfois la paralysie n'est que partielle et dépend d'une lésion siégeant sur le nerf au dessous du point où la corde du tympan y prend son origine; puis l'altération du goût dont il s'agit consistant plutôt en lenteur de la sensation qu'en une perversion ou une abolition de l'impression sapide, on comprend que les malades n'en tiennent le plus souvent nul compte, et que les médecins l'aient eux-mêmes méconnue très fréquemment. A deux observations de cette espèce qu'il avait déjà publiées, M. Bernard en ajoute ici quatre. Nous citerons seulement les deux suivantes.

OBS. I. — Lagarde, âgé de 37 ans, s'aperçut tout à coup, le 17 février 1844, sans aucun autre dérangement dans sa santé, d'un engourdissement dans la langue qui lui semblait plus grosse et plus lourde qu'à l'ordinaire. La parole ni la déglutition n'étaient gênées; mais il remarquait lui-même qu'il ne percevait bien la saveur des alimens que du côté droit de la langue.

Le 18, cet état se compliqua seulement d'un peu de larmoiement de l'œil gauche. Le 19, en s'éveillant, il vit que sa bouche était déviée à droite. Entré le 20 à l'Hôtel-Dieu, on constata que les traits de la face sont tirés à droite. Tout le mouvement est paralysé à gauche; le sentiment est conservé partout. L'œil gauche ne se ferme qu'imparfaitement. Le malade ne peut siffler et *fume la pipe*. La parole et la déglutition sont libres; il n'y a de déviation ni de la luette ni de la langue. On essaie la *sensibilité gustative* des deux côtés de la langue avec du sel et de l'alun; la sensation est inégale et beaucoup plus prononcée à droite qu'à gauche. Etat d'ailleurs excellent, appétit, sommeil. Dès le 23 février, tous les signes de la paralysie s'amendèrent et disparurent progressivement sous l'influence des vésicatoires. Le 16 mars, le malade sortit de l'Hôtel-Dieu complètement guéri.

OBS. II. — Gauvin, âgé de 35 ans, avait eu en octobre 1841, à la suite de toux et d'hémoptysie, un écoulement purulent par l'oreille gauche. En mai 1841, le côté gauche de la face et surtout l'œil furent affectés de rougeur et d'une tuméfaction douloureuse avec frisson. Puis un abcès se fit jour par le conduit auditif externe. L'écoulement par l'oreille demeura ensuite plus abondant; le malade rendit par là un petit os. Le 3 novembre 1843, après de vives douleurs dans l'oreille, une paralysie du mouvement se déclara du côté gauche de la face.

Entré dans cet état à la Charité le 29 juin 1843, le malade présente les symptômes suivans: les traits sont considérablement déviés à droite; mouvement aboli à gauche, sensibilité partout intacte; impossibilité d'occlure l'œil à gauche; ouïe tout à fait perdue du côté gauche. Les mouvemens de la langue sont libres; la luette n'est pas déviée; il y a un peu de gêne pour la prononciation des labiales. Quant à la *gustation*, lorsqu'on place sur le côté de la langue du sulfate de quinine, la saveur y est plus faible, et il faut un certain temps pour qu'elle soit perçue, tandis que du côté droit le malade la perçoit et l'apprécie instantanément. Ces phénomènes persistèrent constamment jusqu'au 15 décembre 1843, jour où le malade succomba aux progrès de la phthisie pulmonaire.

AUTOPSIE. — Les poumons contenaient de vastes cavernes. Du côté gauche, à travers une solution de continuité large de 2 centimètres de la dure-mère qui recouvre la face extérieure et supérieure de la base du rocher, on voyait à nu la substance osseuse de cette apophyse. Au niveau de l'hiatus de Fallope, l'os pétreux, friable et infiltré de matière tuberculeuse, ramollie, permettait au stylet de pénétrer à travers sa substance jusque dans la caisse tympanique. Sur la partie correspondante du cerveau existait une perte de substance creusée en forme d'ulcération, de 3 millimètres de profondeur. Le pus de ce foyer s'écoulait par l'oreille moyenne.

Le nerf de la septième paire (portion dure et portion molle) était altéré jusque vers son origine: à son entrée dans le conduit auditif interne, il présentait sur son trajet une petite tumeur, ovoïde, blanchâtre, due à de la matière tuberculeuse infiltrée sous le névrilème. Dans le canal spiroïde du rocher, le facial était gonflé, jaunâtre, et offrait la même dégénérescence tuberculeuse jusque vers son premier coude environ. Mais là, on perdait le nerf, et il disparaissait au milieu de la masse tuberculeuse ramollie, qui, envahissant l'oreille moyenne, s'étendait dans les cellules mastoïdiennes. Tout porte à penser que c'était là le point de départ de l'affection qui s'était ensuite propagée dans le crâne par l'hiatus de Fallope, et vers l'origine du nerf par le conduit auditif interne. Ce n'est que vers l'extrémité inférieure du canal de Fallope qu'on retrouvait le bout périphérique du facial, altéré et gonflé; de sorte que, dans toute sa portion pétreuse, ce nerf était dégénéré ou désorganisé par la suppuration. Le trijumeau et, en particulier, le lingual n'offrirent aucune altération.

Dans les deux autres observations, qui présentent aussi deux exemples de paralysie faciale avec altération de la sensibilité gustative d'un côté de la langue, M. Bernard a noté, une fois, que *la parole était assez libre*; dans l'autre, que *la prononciation des labiales était un peu gênée*. La déviation de la luette n'existait non plus chez aucun de ces deux malades.

Il est aisé, d'après ces observations, d'assigner à l'altération du goût consécutive à l'hémiplégie faciale les caractères tranchés qui lui appartiennent. D'abord, quant à sa nature, on voit que ce n'est point une abolition complète de la gustation, mais une simple diminution de cette faculté qui, ayant perdu son instantanéité, présente une grande lenteur dans sa manifestation: bien entendu que la *sensibilité tactile* demeure intacte. Quant à son siége, cette altération du goût est limitée au côté paralysé et aux deux tiers antérieurs de la langue. Elle suit, du reste, la marche des autres symptômes de la paralysie faciale, apparaît, croît, diminue et s'efface avec eux. Ces signes suffiront pour la faire distinguer de celle qui résulterait d'une lésion de la cinquième paire, concomitante à une paralysie du facial.

La corde du tympan est la seule branche du facial dont l'intervention puisse expliquer ces phénomènes. Elle seule se rend du facial à la langue; et d'ailleurs les expériences sur les animaux sont décisives à cet égard. En effet, si l'on coupe sur un chien le nerf facial au dessus de l'origine de la corde tympanique, ou bien encore si l'on détruit isolément ce filet nerveux en le saisissant à son passage dans l'oreille moyenne, à l'aide d'un petit cornet tranchant introduit par le conduit auditif externe, on détermine constamment chez l'animal la diminution de la faculté gustative avec les caractères signalés ci-dessus.

Mais par quel mécanisme une lésion de la corde du tympan peut-elle ainsi diminuer la sensibilité gustative? M. Longet l'attribue à ce que la sécrétion salivaire est sous la dépendance de ce rameau par les filets que celui-ci envoie aux ganglions sous-maxillaires et parotidiens. La lésion de la corde tympanique doit donc modifier, diminuer cette sécrétion, dont on sait d'ailleurs que l'intégrité est une condition indispensable de l'intégrité du sens du goût.

Mais, dit M. Bernard, les faits prouvent que, sur les animaux où la paralysie du facial a été artificiellement provoquée, on a trouvé la muqueuse buccale humectée de salive comme à l'ordinaire.

M. P. Bérard croit que si la corde du tympan influence le goût, ce n'est que parce qu'elle a, accolés à elle et se distribuant comme elle dans la langue, des filets du vidien, branche de la cinquième paire, nerf de sensibilité. Mais, anatomiquement, il est bien loin d'être démontré que la corde du tympan soit, même en partie, formée par le vidien. A ces doutes, professés d'ailleurs par de hautes autorités, M. Bernard a voulu joindre le poids d'expérimentations directes. Sur des chiens, il a coupé le nerf facial, au dessus de son adjonction avec le vidien, c'est-à-dire à son origine même, et au moment où il pénètre avec l'acoustique dans le con-

duit auditif interne. Sur d'autres animaux de la même espèce, il a, comparativement, détruit le facial au niveau de l'oreille moyenne et par conséquent au dessous du point d'insertion du rameau vidien. Dans les deux cas, l'altération gastrique a été également manifeste, quoique, dans la première expérience, le vidien eût été, comme on le voit, complètement ménagé.

L'office de la corde du tympan, dans la gustation, se comprend, selon M. Bernard, d'après les considérations physiologiques suivantes. Quand une substance sapide est déposée sur la langue, elle doit nécessairement, avant de toucher le nerf sensorial, traverser l'épithélium et le réseau vasculaire. Et cependant la sensation suit instantanément le contact du corps savoureux ! Il faut donc que l'absorption de celui-ci se soit faite avec une rapidité extrême. Or, les observations microscopiques de M. Gruby ont démontré que, pendant la vie, les papilles de l'intestin grêle exécutent, au moment de l'absorption du chyle, des mouvemens incessans et rapides d'alongement et de raccourcissement, qui sont la condition essentielle d'une absorption active et entière. Malgré la petitesse de ces papilles, qui empêche d'y découvrir des fibres musculaires bien distinctes, il est impossible de comprendre leurs mouvemens sans admettre une influence venant des nerfs moteurs. Pour la langue, la présence de ces filets moteurs dans la muqueuse est indubitable, puisqu'on voit la corde tympanique suivre le nerf lingual jusque vers son extrémité et aller se répandre avec lui dans les deux tiers antérieurs de la muqueuse linguale. D'ailleurs les deux observations qui précèdent sont une preuve physiologique encore bien plus frappante de la réalité de cette action par laquelle la corde tympanique agit sur les fonctions du tissu papillaire.

Ainsi ce rameau nerveux doit être considéré comme un filet moteur chargé de régulariser et de rendre instantané le transport de l'excitant sapide sur le nerf sensorial qui l'apprécie. Sous ce point de vue, le réseau papillaire de la langue se trouve être complètement l'analogue des appareils modificateurs qui sont placés entre les autres nerfs des sens et leurs excitans naturels.

Cette explication permet de tirer, des observations précédentes, une conséquence de quelque importance relativement à la pathologie. S'il est vrai, en effet, que cette altération du goût tienne à une lésion de la corde du tympan, toutes les fois que le nerf facial tout entier sera paralysé, on devra rencontrer cette altération, ou, pour traduire cette conclusion en une proposition plus clairement applicable au diagnostic toutes les fois qu'avec une hémiplégie faciale, on observera l'altération du goût présentant les caractères signalés ci-dessus, on pourra affirmer que la cause qui a amené la paralysie du facial agit sur l'origine même de ce nerf.

— Nous ne pouvons que féliciter M. Bernard d'avoir su, par de nouveaux faits et des expériences habilement dirigées, mettre en relief la fréquence et déterminer la signification de l'altération du goût dans les paralysies faciales. Comme lui, nous pensons que cette altération est due à la paralysie de la corde du tympan; et nous sommes encore de son avis lorsqu'il affirme que ce rameau nerveux est moteur, et que son action est de rendre l'impression des saveurs sur la langue plus prompte et plus énergique. Mais nous différerions un peu d'opinion avec lui sur la nature intime du phénomène que ce nerf a mission de régir dans la langue; à son hypothèse d'un mouvement opéré par les papilles même, nous persistons à préférer, comme nous l'avons déjà dit il y a près de trois ans (voy. GAZ. MÉD., 1843, p. 508), celle qui admet que les fibres du muscle lingual reçoivent de la corde du tympan une influence en vertu de laquelle elles se contractent de manière à produire une espèce de redressement des papilles, mouvement qui favorise évidemment la gustation en mettant ces petits organes dans un contact plus direct et plus étendu avec les corps sapides. Nos raisons, d'ailleurs, ne sont, à vrai dire, que des présomptions; mais comme en pareille matière il est difficile de disposer de preuves bien péremptoires, comme d'ailleurs M. Bernard lui-même n'a pas, dans cette discussion, à invoquer des argumens d'une nature différente, cette objection reste, en quelque sorte, réciproque et comme indivise entre lui et nous, sans qu'il soit permis à l'un plus qu'à l'autre de s'en servir contre son antagoniste. Les deux remarques que nous pourrions opposer à l'interprétation de M. Bernard sont donc les suivantes :

1° M. Guarini ayant galvanisé le nerf facial à son origine, sur un animal expirant, a observé les mouvemens dont nous cherchons en ce moment à déterminer la nature. Ils consistaient, dit-il, *en une sorte de mouvement vermiculaire*, qui a *été vu* par lui et par les assistans. (Voy. GAZ. MÉD., 1842, p. 508.) Or, pourrait-on supposer que des mouvemens exécutés dans la profondeur du tissu des papilles, comme le pense M. Bernard, auraient été assez distincts pour être aperçus à l'œil nu et par plusieurs personnes à la fois?

2° L'explication de M. Bernard a encore contre elle d'attribuer à un nerf du système cérébro-spinal une action motrice que l'on est accoutumé à regarder comme étant sous la dépendance exclusive du système ganglionnaire ou du grand sympathique. Nous savons que, pour beaucoup de lecteurs, cette seconde difficulté n'en serait pas une; et nous ne manquerions pas nous-même de moyens pour lui opposer une fin de non recevoir plus ou moins spécieuse. Aussi ne pouvant pas approfondir ici la discussion que ce point soulèverait, nous nous contentons de l'indiquer, faisant seulement observer que notre hypothèse n'est point passible de cette objection.

A un autre point de vue, il est dans les quatre observations de M. Bernard deux circonstances dont on pourrait tirer un utile parti sous les rapports physiologique et pathologique. Ce sont l'absence de déviation de la luette et la conservation du goût à la partie postérieure de la langue. Ces deux faits négatifs ont chacun leur signification. La rectitude de la luette résout d'abord un problème qui semblait destiné à une incertitude éternelle. Le facial exerce-t-il son influence sur les mouvemens du voile du palais par le rameau vidien qu'il envoie au ganglion de Meckel et de là aux nerfs palatins, ou bien par l'anastomose de son rameau mastoïdien postérieur avec le glosso-pharyngien lequel se rend ensuite au voile? La question, si on eût voulu ne l'examiner qu'anatomiquement, eût pu rester longtemps indécise. Mais les observations de M. Bernard, constatant la continuation de cette influence dans des cas où le facial était bien certainement altéré au-dessus de la naissance du rameau mastoïdien postérieur, tranchent le débat et assignent évidemment au rameau vidien l'action que le facial a sur les mouvemens du voile du palais.

Quant à l'intégrité du goût à la partie postérieure de la langue (si elle a été bien réellement reconnue) (1), elle prouverait, ou que la gustation s'opère dans ce point indépendamment de l'intervention du facial, ou que, dans ces cas, le nerf facial n'avait été paralysé qu'à partir d'un point situé au-dessous de l'origine de son rameau vidien; car ce rameau, par son union au glosso-pharyngien dans l'anastomose *dite de Jacobson*, resterait seul, dans cette dernière hypothèse, capable d'expliquer la persistance de la sensibilité gustative sur cette partie de la langue.

L'application de ces faits à la pathologie permettra souvent de préciser avec une rigueur mathématique le diagnostic du siége de la lésion qui produit la paralysie faciale. Ainsi, d'après les symptômes que nous venons de passer en revue, on pourrait diviser ces affections, sous le rapport de leur siége, en trois classes.

1° Cas où la luette est droite et le goût intact à la partie antérieure aussi bien que postérieure des deux côtés de la langue.—La lésion du nerf facial, cause de la paralysie, commence au-dessous de l'origine de la corde du tympan.

2° Cas où la luette est droite et le goût intact à la partie postérieure de la langue, mais plus fort, à la partie antérieure, du côté sain de la face, que du côté paralysé.—La lésion du nerf commence entre l'origine de la corde du tympan et le point de jonction du rameau vidien.

3° Cas où la luette est déviée et le goût plus faible dans toute la moitié de la langue qui correspond au côté paralysé.— La lésion du nerf commence au-dessus du point de jonction du rameau vidien. (Nous signalions nous-mêmes, dès 1838 (voy. GAZ. MÉD., 1838, p. 164), la déviation latérale de la luette comme étant particulière aux cas où la paralysie faciale est *très prononcée*.)

Nous ne nous dissimulerons point que cette classification a ses preuves presque tout entières encore à fournir; aussi la donnons-nous plutôt en vue des faits à venir que comme justifiée par des faits observés. Mais fût-elle actuellement un peu prématurée, comme il serait toujours instructif tout au moins de la discuter, nous n'avons pas hésité à la formuler dès à présent d'une manière explicite.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER.

BRAS ARTIFICIEL.

M. MAGENDIE fait en son nom et celui de MM. Gambey, Rayer et Velpeau, un rapport sur un bras artificiel présenté à l'Académie des sciences par M. Van Pétersen, sculpteur hollandais.

Depuis longtemps, dit M. le rapporteur, on a imaginé des nez, des dents, des palais, des mains, des jambes artificiels; mais en général le génie des inventeurs de ces sortes d'appareils destinés à suppléer aux admirables organes de la nature vivante, est resté bien au-dessous des combinaisons et des résultats qu'offrent

(1) Nous nous croyons en droit de poser cette question parce que l'intégrité du goût à la partie postérieure de la langue n'a été indiquée par M. Bernard que dans une seule de ses quatre observations, bien que dans ses conclusions il présente ensuite ce phénomène comme constant.

certaines machines employées dans les arts industriels. On s'est attaché à dissimuler les difformités humaines, bien plutôt qu'à remplacer des organes absens.

Tel n'a pas été le but de M. Van Peterssen. Le bras qu'il a inventé est un vrai bras, avec lequel un manchot parvient à remplacer le bras ou les bras qu'il a perdus, de manière à en tirer les principaux services de la vie ordinaire. Cinq individus manchots ont essayé le bras de M. Peterssen devant la commission et ont exécuté facilement plusieurs manœuvres. La commission a vu surtout un vieux militaire invalide, double manchot, qui, à l'aide de deux bras artificiels, prenait un verre sur une table, le portait à ses lèvres, le buvait sans en répandre une seule goutte, ramassait une épingle, saisissait une feuille de papier, etc.

Les manchots seuls qui ont conservé intacte la partie supérieure de l'humérus sont aptes à profiter de l'invention de M. Peterssen. On le concevra aisément en se rappelant qu'à l'extrémité scapulaire s'insèrent la plupart des muscles qui sont les agens principaux des mouvemens du bras et que le moignon exécute encore tous ces mouvemens avec une énergie d'autant plus grande que le levier interpuissant qu'il représente est plus court. M. Van Peterssen a pensé qu'il pouvait tirer parti de ces mouvemens ou plutôt des forces musculaires qui les produisent, et c'est sur cette donnée fondamentale qu'il a fondé son invention.

Le bras artificiel de M. Peterssen est formé de trois parties articulées et mobiles qui représentent le bras, l'avant-bras et la main ; celle-ci se compose elle-même d'une sorte de carpe ou poignet, de doigts à triples phalanges mobiles, maintenus au moyen de ressorts, dans un état persistant de flexion et d'opposition avec le pouce par des ressorts. Le tout pèse environ 500 grammes. Le moignon du manchot est reçu dans une excavation de l'appareil et y est solidement fixé par des courroies, de sorte qu'il fait facilement exécuter au bras artificiel les mouvemens qu'il exécute lui-même, c'est-à-dire qu'il le porte en avant, en arrière, en dehors, en dedans, etc. ; mais ce n'était là que le plus facile ; la véritable difficulté était de faire jouer les unes contre les autres les différentes pièces de l'appareil, de manière à simuler les mouvemens réciproques de l'avant-bras et des doigts sur eux-mêmes. A cet effet, un corset est appliqué sur la poitrine, et à ce corset tiennent des cordes à boyau qui sont fixées, d'ailleurs, les unes à l'avant-bras, les autres aux doigts. Quand le manchot porte son moignon en avant, il exerce une traction sur l'avant-bras et le fléchit sur le bras. Quand, au contraire, le moignon est emporté en arrière, l'avant-bras s'allonge sur le bras. La main peut ainsi s'éloigner ou se rapprocher de la bouche à volonté.

Des cordes fixées au corset par une extrémité vont s'attacher au côté dorsal des doigts fléchis. Quand le moignon s'écarte du corps, il tire sur les cordes qui surmontent la résistance des ressorts, étendent les doigts et ouvrent la main. Pour saisir, le manchot n'a plus qu'à conduire la main vers l'objet, et ramener doucement le moignon vers le tronc. Alors les ressorts font fermer la main qui tient solidement l'objet. Le manchot porte alors facilement l'objet à sa destination. Les mouvemens contraires permettent de le lâcher et de le replacer au lieu convenable.

Revêtu d'une manche d'habit et convenablement ganté, le bras de M. Van Peterssen fait réellement illusion, surtout si le manchot a acquis une certaine habileté à s'en servir, ce qui paraît très facile.

M. Arago demande le prix de cette machine.

M. Magendie dit qu'elle coûte 500 fr. ; mais il pense qu'elle pourrait être livrée à un prix plus modique.

Sur la proposition de M. Arago, le conseil d'administration avisera au moyen de mettre un de ces appareils à la disposition de l'invalide qui s'est prêté aux expériences. (Adopté.)

Les conclusions, qui consistent à adresser des remercîmens à l'auteur de la communication et lui donner des éloges pour son invention, sont également adoptées.

Agneau dérodyme.

M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire présente, au nom de M. Joly, professeur de zoologie à Toulouse, la description d'un agneau *dérodyme* né mort dans cette ville le 16 décembre dernier.

M. Joly a reconnu l'existence de deux reins placés sur le côté externe de chacun des deux individus composans ; deux uretères se rendant à une vessie unique ; un canal de l'urètre s'ouvrant dans le rectum ; deux reins beaucoup plus petits que les précédens, situés plus bas qu'eux, plus près de l'axe d'union et munis chacun d'un uretère aboutissant, non pas dans la vessie, mais bien dans l'espèce de cloaque formé par le rectum. M. Joly a vu, en outre, deux ovaires, deux trompes de Fallope très flexueuses, une matrice bicorne composée de deux moitiés séparées l'une de l'autre par une cloison médiane ; enfin un double vagin venant s'ouvrir dans une vulve unique qui faisait en même temps l'office d'anus et rappelant ainsi l'organisation normale des reptiles, des oiseaux et surtout des *monotrêmes*.

Colique de cuivre chez les ouvriers en cuivre.

M. le docteur Blandet lit un mémoire sur ce sujet, dans lequel il se propose de démontrer qu'il existe une colique de cuivre ou une maladie sévissant sur les ouvriers qui travaillent ce métal, comme la colique de plomb sévit sur les cérusiers.

L'auteur rectifie d'abord les erreurs qui ont jusqu'à présent été accréditées à ce sujet et qui consistent à attribuer la colique des ouvriers en cuivre, non au cuivre, mais au plomb qui lui serait associé, ce qui a conduit à confondre deux maladies différentes et à considérer comme innocente l'action du cuivre, tandis qu'elle est en réalité nuisible. D'après les observations que M. Blandet a recueillies, soit dans les hôpitaux, soit dans les ateliers même, il a pu se convaincre de l'existence de l'entérite cuivreuse dont le symptôme dominant est la colique avec rémission ; l'ouvrier se courbe en deux pour la calmer ; le ventre est assez souvent douloureux à la pression. Il y a céphalalgie, envie de vomir et diarrhée ou constipation. Les vomissemens consistent en des matières bilieuses ; les premières évacuations alvines sont souvent de couleur verte. La fièvre est assez rare, mais la courbature est fréquente.

L'affection reconnaît, suivant M. Blandet, deux causes principales : la malpropreté et l'inspiration des poussières cuivreuses. Les ouvriers en cuivre peu soigneux de leur personne ont les cheveux verts, la sueur verte ; leurs dents sont recouvertes d'une couche grise de sulfure de cuivre.

M. Blandet propose quelques moyens prophylactiques et thérapeutiques dont les principaux sont l'usage habituel d'eau albumineuse pour boisson, et l'administration des purgatifs salins lorsqu'il y a constipation.

— M. Blandet lit une seconde note relative aux accidens occasionés par le zinc chez les fondeurs et mouleurs en cuivre. Les symptômes auxquels la vapeur de zinc donne lieu sont des pesanteurs d'estomac, nausées, oppression, maux de tête, douleurs contuses dans les membres, etc. ; c'est surtout la fumée de la fonte qui produit ces accidens. On ne les observe jamais lorsqu'on fond le cuivre seul ; c'est donc à l'alliage du zinc qu'il faut les attribuer.

Voici le tableau des symptômes tel que les ouvriers le lui ont tracé eux-mêmes : poids douloureux sur l'estomac, envies de vomir, inappétence, toux, oppression, mal de tête fixe et resserrement aux tempes, bourdonnemens d'oreilles qui durent pendant la nuit, faiblesse générale, raideur tétanique et douleurs contuses dans les membres, frisson, froid, tremblement qui dure plusieurs heures, cauchemar pendant le sommeil ; les malades se croient *gonflés* ; sueurs froides précédée de bouffées de chaleur, etc. Au réveil tout cet ensemble de symptômes alarmans a disparu ; mais il reste de la lassitude et des douleurs contuses.

Quarantaines contre la peste.

M. Aubert-Roche écrit de nouveau pour prier la commission chargée d'examiner ses communications sur la peste, de hâter son rapport, le silence de l'Académie à cet égard pouvant, dit-il, donner lieu à des interprétations qui ne seraient peut-être pas fondées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 février. — Présidence de M. Caventou.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

De l'oblitération du vagin dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication faite sur ce sujet par M. Bérard, dans la précédente séance.

M. P. Dubois : Le fait que M. Bérard a communiqué dans la dernière séance est de nature à fixer l'attention des chirurgiens. M. Bérard a pensé que tout autre procédé étant inapplicable à la malade à laquelle il avait affaire, il était par cela même autorisé à tenter le procédé de l'oblitération du vagin. J'ai à faire à cet égard quelques réflexions. Le procédé employé par M. Bérard est, à mon avis, irrationnel. Je crois qu'en entreprenant cette opération, il n'avait pas de motifs suffisans d'espérer qu'elle eût du succès ; il l'a tentée avec des chances tout à fait inconnues. Ce n'est pas une critique que je fais en disant cela ; j'énonce seulement un fait dont convient M. Bérard lui-même.

Il résulte, à mon sens, de ce fait pratique, deux choses : la première, c'est que la réunion qui a été tentée est restée incomplète ; la seconde, c'est que la malade a succombé à une péritonite partielle et à une inflammation des plèvres. M. Bérard, prévoyant sans doute qu'on partirait de ces deux faits pour lui adresser des objections, a insisté sur ceci : que la réunion, opérée en grande partie à l'époque de l'invasion des accidens, aurait pu être complète au bout de peu de temps peut-être ; et que la mort de la malade, due à une péritonite accidentelle, était tout à fait indépendante de l'opération, et qu'elle ne pouvait par conséquent lui être imputée.

A l'égard de la réunion, je dirai que rien ne prouve qu'elle eût pu devenir complète. A s'en rapporter aux faits antérieurs du même genre, il y a plutôt lieu de croire qu'elle ne l'eût pas été. Quant à la mort, je suis loin de la croire étrangère à l'opération qui a été pratiquée. Je pense au contraire qu'elle en est la conséquence, sinon immédiate, au moins éloignée ; je crois que l'opération, dans ce cas-ci, n'a pas seulement créé la prédisposition à l'inflammation, à la manière de toutes les opérations de quelque gravité, comme paraît le croire M. Bérard ; mais qu'elle a déterminé, lentement il est vrai, mais d'une manière directe, cette inflammation. Il n'y aurait donc pas, à mon avis, aussi peu de rapports que le prétend M. Bérard, entre cette opération et la mort qui s'en est suivie.

L'objection tirée du défaut de communication du vagin avec le péritoine, chez cette femme (l'orifice utérin était oblitéré), me paraît ici sans valeur. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait propagation directe et par voie de continuité de l'inflammation, pour reconnaître la relation dont il s'agit. Les personnes qui pratiquent la médecine puerpérale savent très bien que les inflammations qui se développent sous l'influence locale en apparence des phénomènes de la puerpéralité, ne se développent pas toujours près du siége d'où sont partis les premiers accidens. Ainsi, il n'est pas rare de voir l'inflammation gagner subitement les plèvres, par exemple, sans que les organes intermédiaires aux plèvres et aux organes génitaux soient affectés. Les faits de ce genre sont si fréquens qu'il n'est vraiment pas possible de méconnaître dans ce cas-ci la liaison qui existe entre l'opération et le développement des accidens inflammatoires du péritoine et de la plèvre.

En résumé, M. Bérard a cru que le fait pratique qu'il nous a communiqué militait en faveur de l'opération ; je crois tout au contraire qu'il n'est propre qu'à la combattre.

M. Blandin : En demandant la parole, je me suis proposé, comme M. Dubois, de rechercher jusqu'à quel point le fait de M. Bérard était favorable à l'opération. On sait que des tentatives de ce genre ont été faites et qu'elles ont soulevé un grand nombre d'objections. Parmi ces objections, M. Bérard en a levé quelques-unes. Ainsi, il a fait remarquer que l'oblitération du col qui existait chez cette malade était une circonstance favorable qui mettait à l'abri des craintes de la propagation de l'inflammation par cette voie. Mais s'ensuivrait-il de ce que, dans ce cas particulier, il se serait présenté des circonstances favorables au succès de l'opération, qu'on se crût autorisé à répéter les mêmes tentatives à l'avenir ? Il y a eu, sans doute, oblitération du vagin dans une étendue considérable ; mais il restait deux petites fistules. M. Bérard pense-t-il qu'il eût été facile de les cicatriser? Quant à moi, je ne le crois pas. L'oblitération complète du vagin n'est, je n'ose pas dire *absolument*, mais *presque* pas possible. Il n'y a aucun moyen d'empêcher l'urine de séjourner dans le vagin et de s'opposer au travail de cicatrisation. Ainsi, je ne crois pas que ce fait soit par lui-même capable d'encourager de nouvelles tentatives.

D'ailleurs, la malade a succombé. M. Bérard a cherché à détourner les craintes que cette terminaison fatale devrait naturellement faire naître, en disant que l'opération y a été tout à fait étrangère. Je crois, au contraire, avec M. Dubois, que l'opération a été réellement la cause de la mort de cette femme. M. Dubois a fait remarquer, avec raison, qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait continuité pour expliquer la propagation de l'inflammation. Ce n'est pas seulement à la Maternité, mais dans tous les hôpitaux, mais tous les jours, que l'on peut voir se produire ces inflammations sur des points éloignés, à l'occasion d'une infection purulente ; or, c'était ici précisément le cas. (M. Bérard, craignant de n'avoir pas bien entendu, prie M. Blandin de répéter, et lui demande si c'est bien d'infection purulente qu'il parle. — Réponse affirmative.) Oui, reprend M. Blandin, j'insiste et je crois qu'il y a eu ici infection purulente. Qu'y aurait-il d'ailleurs d'extraordinaire à cela ? N'y a-t-il point, dans ces régions, un système vasculaire, veineux surtout, très développé, et par suite une grande disposition à l'infection purulente? Tout porte donc à penser qu'il en a été ainsi.

En résumé, l'opération n'a pas réussi. Elle n'a pas donné d'autres résultats que ceux qui pouvaient être prévus d'après les faits antérieurs. Mon opinion est que ce fait ne changera pas les idées reçues à cet égard.

M. Gerdy : Je crois que l'opération n'était pas de nature à devoir réussir ; mais je ne crois pas, comme M. Blandin, que cette femme ait succombé à une infection purulente. Il ne me semble pas que cette opération ait été faite avec assez de précaution. C'eût été le cas ici d'imiter le procédé de M. Roux pour la périnéoraphie. Je pense, du reste, comme MM. Dubois et Blandin, que cette opération ne peut pas être considérée encore comme convenable et rationnelle. Elle ne le serait réellement qu'en l'absence de tout autre procédé ; or, je ne crois pas qu'avec les autres procédés, on doive encore considérer la partie comme perdue.

Les dispositions particulières qu'affectent ces sortes de fistules ont fait déclarer par beaucoup de chirurgiens leur guérison impossible. Cependant, il y a des résultats qui autorisent à penser que cette condamnation est trop absolue. Je ne parle pas des cas de guérisons annoncées il y a quelques années par un médecin de province, à l'aide de moyens simples ; c'étaient là évidemment des observations mal faites. . . .

M. Gerdy rapporte ici deux observations, dont l'une lui est propre, et l'autre lui est commune avec M. Robert, et dans lesquelles le résultat, sans être complet, a été du moins extrêmement satisfaisant, puisqu'il en est résulté pour les femmes qui en sont le sujet une grande amélioration. Je crois, dit-il en terminant, que le procédé de M. Vidal (de Cassis) ne doit point entrer encore dans la pratique, bien qu'il y ait assurément des raisons pour le soutenir, parce que les autres procédés, exécutés avec plus de précision qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, peuvent donner des résultats beaucoup plus satisfaisans.

M. Moreau : M. Gerdy vient de faire une dissertation assurément pleine d'intérêt sur les fistules vésico-vaginales ; mais ce qu'il vient de dire n'a nullement trait au fait de M. Bérard ; c'est un hors-d'œuvre par rapport au sujet en discussion.

Un membre demande la parole.

M. Bérard demande à répondre immédiatement. La parole lui est accordée.

M. Bérard : Chez la femme que j'ai eu à opérer, il n'y avait, tant la gangrène avait été étendue, ni bas-fond de la vessie, ni paroi antérieure du vagin, par conséquent point de fistule proprement dite dont les lèvres pussent être mises en rapport. Ainsi, ce qu'a dit M. Gerdy ne s'applique nullement à ce fait ; je n'aurai donc point à m'en occuper.

L'argumentation de MM. P. Dubois et Blandin repose sur deux remarques qui, suivant eux, devraient éloigner de tenter à l'avenir une opération de ce genre ; d'une part l'impossibilité d'obtenir l'oblitération du vagin ; d'autre part les accidens auxquels cette opération peut donner lieu.

L'oblitération est assurément très difficile à obtenir ; mais de là à l'impossibilité absolue il y a un abîme. Les exemples d'oblitération complète du vagin ne sont cependant pas réellement très rares. On l'a vue se produire naturellement plusieurs fois à la suite d'inflammations ou de gangrène. Il est vrai que, dans ces cas, il n'y avait point d'urine dans le vagin. Mais n'y aurait-il pas des moyens d'empêcher à l'avenir ce contact des urines? J'admets cependant que ce contact ne puisse pas être prévenu ; je prétends encore qu'il est possible, même avec ce contact, d'obtenir l'oblitération. A-t-on donc oublié ce fait, observé par Dupuytren, de rétention d'un pessaire ayant déterminé une énorme fistule vésico-vaginale, puis l'oblitération spontanée et complète du vagin ? La nature avait fait là ce que nous nous étions proposé de faire. Je rappellerai encore l'observation publiée par M. Carteaux dans le journal de M. Lucas Championnière, où il s'agit d'une femme qui, à la suite d'un accouchement laborieux, eut une incontinence d'urine, et qui revint au bout de trois mois avec une oblitération complète du vagin, les menstrues s'écoulant par l'urètre.

Voilà des faits qui prouvent donc que l'oblitération n'est pas impossible; et que l'opération pratiquée en vue d'obtenir ce résultat n'est pas une opération irrationnelle, comme on l'a dit.

L'autre objection est sans doute beaucoup plus grave, au moins en apparence. La malade est morte. C'est là un événement très malheureux sans doute. Mais il faudrait, pour que cette objection conservât toute sa valeur, pouvoir établir une relation réelle entre l'opération et la mort. Or, ce n'est que vingt trois jours après l'opération que la malade a éprouvé les premiers symptômes inflammatoires, au point que nous avons pu croire longtemps que rien ne viendrait entraver la marche régulière de la cicatrisation. M. Dubois pense que c'est l'opération, comme suture, qui a causé la péritonite ; M. Blandin attribue la mort à une infection purulente. J'accorde ces deux interprétations. Mais, de ce que cette opération aurait été suivie de péritonite, s'ensuivrait-il qu'on dût renoncer à pratiquer les sutures dans le vagin ? J'en dirai autant de la supposition d'infection purulente de M. Blandin. De ce qu'une opération, à côté de chances heureuses, offre des chances malheureuses, faudra-t-il renoncer à la pratiquer si elle est d'ailleurs indiquée?

Ce n'est point ici, je le dis hautement, une question d'amour-propre; mais je ne puis faire la concession qu'on me demande. Ce qui est arrivé à la suite de cette opération est commun à toutes les opérations. La malade a été influencée par le froid, elle a été prise à la fois de péritonite et de pleurésie. Cela fût certainement arrivé aussi bien s'il se fût agi d'une extirpation de sein ou d'une amputation de membre ; il n'est donc pas juste de mettre ces accidens particulièrement sur le compte de l'opération.

M. Velpeau demande à M. Bérard s'il pense qu'il y ait eu réellement infection purulente.

M. Bérard : Non, il n'y en a pas eu le moindre symptôme.

La discussion est ajournée à la séance prochaine.

AUTOPLASTIE.

M. Bérard a de nouveau la parole pour une communication. Il présente un malade auquel il a pratiqué il y a un an une opération autoplastique à la suite de l'extirpation d'une tumeur cancéreuse de l'angle externe de l'œil. Cette opération a été faite dans le même but que celle dont M. Blandin a entretenu l'Académie dans la dernière séance, c'est-à-dire dans le but de prévenir la récidive du cancer. Depuis un an qu'elle a été pratiquée la guérison s'est parfaitement maintenue.

M. Bérard se propose de revenir sur ce sujet dans la prochaine séance.

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

EXPOSITION DES ATTRIBUTS DU SYSTÈME NERVEUX ; RÉFUTATION DE LA DOCTRINE DE CHARLES BELL ET EXPLICATION DES PHÉNOMÈNES DE LA PARALYSIE ; par le docteur Castel, de l'Académie royale de médecine. (Deuxième édition, augmentée.) — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École de médecine, 17.

Avec cette épigraphe :

Et nunc, doctores, intelligite; erudimini qui. .

Jamais en aucun siècle la médecine ne se montra plus empressée de produire que dans le nôtre. A voir cette profusion d'écrits dont nous sommes inondés, on croirait peut-être que l'esprit humain ne fut jamais plus inventif ; qu'on se détrompe. Dans cette foule d'auteurs, il est aisé de compter ceux qui pensent d'après eux-mêmes. La plupart se copient, se répètent ; ce sont partout les mêmes pensées exprimées de la même manière. Et avec tout cela, telle est l'incertitude des doctrines qu'il suffit à l'esprit de système d'élever un peu la voix pour renverser l'idole et mettre les adorateurs en fuite.

C'est encore un caractère de notre époque de répudier le passé et d'exalter le présent. A entendre nos célébrités contemporaines, la médecine, cette fille du temps et de l'expérience, n'existe plus que de hier. Loin de se glorifier de son antiquité, elle en rougit comme l'illégitimité rougit de son origine ; loin de s'appuyer sur le passé, elle hésite sur toutes les vérités anciennes, comme s'il n'y avait de certain que ce qui est nouveau ; loin de s'enorgueillir de ses vieux titres de gloire, elle demande grâce en faveur de ses derniers travaux. Ainsi, après deux mille ans d'études, elle se condamne au supplice de Sysiphe et recommence sans cesse.

Voué au culte de l'antiquité, initié à toutes ses pensées, dans le cours d'une carrière qui n'est pas sans gloire, M. Castel s'est particulièrement appliqué à conserver à la médecine son ancien éclat, tout en travaillant à l'enrichir de vérités nouvelles.

Parmi les principes qui l'éclairent et le guident, il en est un qu'il a toujours devant les yeux quand il cherche l'explication des phénomènes

vitaux. Il n'est aucun de ces phénomènes, dit-il, qu'on puisse apprécier avec justesse, si l'on ne tient compte des différences des stimulans et des proportions de l'excitabilité; tous dépendent de cette double influence. En d'autres termes, toute fonction, tout attribut du système nerveux résulte de l'action combinée de la sensibilité et des stimulus qui le mettent en jeu. Il faut lire l'ouvrage que nous annonçons pour voir combien ce principe, si simple, est fécond entre les mains de l'auteur. Sans lui, tout est obscurité, tout est confusion; avec lui, tout se dénoue, tout s'explique, et les ténèbres font place à la lumière.

L'Exposition des attributs du système nerveux n'est pas un livre nouveau; c'est la seconde édition d'un ouvrage connu. On y traite du système nerveux, comme l'un des deux agens primordiaux de la vie, de la répartition de la substance médullaire, du rôle des méninges, des stimulans, de leur insuffisance comme cause de la plupart des fièvres, des rapports entre les agens primordiaux de la vie, du système de Gall, des expériences de Legallois, de la doctrine de Charles Bell, de l'explication des phénomènes de la paralysie, de l'apoplexie, etc.

Ces chapitres, l'auteur les a reproduits tels qu'ils sont sortis pour la première fois de sa plume; il n'y a rien changé, tant il est vrai qu'il y avait mûrement pensé avant de prendre la plume. Cette nouvelle édition n'est donc pas une édition corrigée, mais elle est augmentée. Parmi ces additions, je citerai la dernière, non qu'elle offre plus d'intérêt que les autres, mais parce que, traitant des attributions du système nerveux, il est curieux de voir comment un esprit aussi distingué que celui de M. Castel envisage un sujet sur lequel l'expérimentation sur les animaux vivans croit avoir répandu une si vive lumière.

« Être accessible à une stimulation n'est autre chose que sentir; la transmettre exige un concours de causes, dont les principales sont un certain degré de consistance dans un nerf et les communications de ce nerf avec un organe. La racine postérieure des nerfs rachidiens est plus longue, plus molle, plus médullaire; la substance grise domine dans la racine antérieure. Ce n'est point en vertu d'une propriété motrice exclusive que les racines antérieures ont le pouvoir de déterminer des contractions, alors que les racines postérieures n'en déterminent point, c'est parce qu'elles ont plus de densité, plus de rapports avec les muscles et parce qu'elles sont plus aptes à servir de conducteur à un excitant. On trouve un terme de comparaison et une analogie dans la composition des nerfs qui ont leur origine dans la tête : ceux qui sont exclusivement sensoriaux sont plus médullaires; la substance grise est entrée en plus grande quantité dans ceux qui doivent servir à la fois aux impressions et aux mouvemens, selon qu'ils se distribuent à la peau ou qu'ils se distribuent aux muscles. Les propriétés ne doivent pas être confondues avec les usages. Elles diffèrent des fonctions en ce qu'elles embrassent tout l'organisme, tandis que chaque fonction s'exécute dans un appareil qui lui est propre. Les nerfs constituent un système, dont les divisions partent d'un centre et correspondent avec lui... La myotilité exige une plus grande somme de puissance nerveuse que la sensibilité. »

Tels sont le fondemens sur lesquels M. Castel a établi la réfutation des inductions qui ont été tirées des expériences tentées sur les racines des nerfs rachidiens. L'analyse critique de celles qui ont été faites sur le nerf facial est le sujet le plus remarquable de ceux dont s'est accrue la deuxième édition de son livre.

« 1re Exp. — La section du nerf facial ne modifie en rien la sensibilité générale de la face, la section crânienne du trijumeau l'anéantit (1). L'expérimentateur affirme que le nerf facial ne se distribue pas à la peau; comment donc ce nerf pourrait-il conduire des impressions tactiles? Quand on décompose cette assertion, on parvient à saisir la contradiction qu'elle recèle; dire que le nerf de la septième paire ne donne rien à la face et se donne tout entier aux muscles, n'est-ce pas reconnaître implicitement une dépendance entre les fonctions des nerfs et leurs distributions? que devient la distinction en nerfs moteurs et nerfs sensitifs?

Cette expériencene prouve autre chose, si ce n'est que la peau cesse de sentir dès qu'on a coupé ses nerfs, que le facial sert plus aux mouvemens qu'aux sensations, comme Willis l'avait avancé; elle est loin de prouver que les muscles qui reçoivent leurs nerfs du facial soient à l'abri de la douleur; elle est loin de prouver que la myotilité soit moins subordonnée à la sensibilité que les autres facultés. « L'idée même de mouvement volontaire, dit Cuvier, contient en elle celle de sensibilité. »

2e Exp. — Sur le cheval, nous avons galvanisé le nerf buccal de la cinquième paire, sans exciter la moindre réaction du buccinateur, de l'orbiculaire labial, qui, au contraire, se contractaient lorsque nous appliquions le galvanisme au nerf facial... On est donc en droit d'affirmer que celui-ci transmet aux muscles sous-cutanés de la face le principe de leur contraction et que ce rôle lui est exclusivement propre...

Nous demanderons d'abord si le trijumeau ne fait pas contracter ceux des muscles de la face auxquels il est réparti. Si l'action qu'il exerce sur les muscles est différente de celle qu'exercent les autres nerfs, n'est-ce pas pour faire illusion sur cette analogie que l'auteur a assigné une origine distincte à chacune de ses branches? Ensuite nous réfuterons les inductions de M. Longet, par le fait anatomique allégué par M. Longet. La partie ganglionnaire du trijumeau ne se distribue point aux muscles...; le nerf facial est chargé de l'un des principaux rôles dans l'expression de la physionomie; par un étrange aveuglément, on le représente comme incapable de sentir!

« Soit qu'on veuille exciter le nerf facial, soit qu'on veuille exciter la partie ganglionnaire du trijumeau, on doit, dit M. Longet, expérimenter sur les bouts périphériques de ces nerfs préalablement divisés. » Ici l'artifice de l'expérimentateur se laisse voir : il prend soin de nous cacher les résultats qu'on obtiendrait de l'irritation de ces nerfs avant leur division. Dans les motifs de cette manière de procéder, nous trouvons un aveu précieux. *Sans cette précaution la douleur ne manquerait pas, dans les deux cas, de convulsionner les muscles de la face;* il y aurait donc douleur et convulsions, soit qu'on eût excité le facial, soit qu'on eût excité le trijumeau. Comment concilier l'intervention de la douleur avec la non sensibilité de l'un? Comment concilier l'intervention des convulsions avec la non contractilité de l'autre? Dans une expérience qui avait pour but de démontrer que de deux nerfs, l'un sert, l'autre ne sert point aux impressions, on a commencé par anéantir la sensibilité de tous les deux; dès lors il a été facile de créer un préjugé. La seule déduction légitime est celle-ci : après la section d'un nerf qui se distribue à la peau, on ne peut exciter de douleur, parce que la peau à perdu toute susceptibilité pour les impressions, en perdant ses communications avec le cerveau; après la section d'un nerf qui se distribue aux muscles, on peut obtenir des contractions, parce qu'il conserve un reste d'irritabilité.

3e Exp. — « Sur des chiens, j'ai divisé chacune des trois branches du facial, de manière à former six bouts, dont trois libres et trois adhérens au tronc nerveux : ceux-ci sont restés fort sensibles au pincement; mais, chose remarquable! hormis le bout libre de la branche moyenne, ceux-là se sont encore montrés sensibles au même mode d'irritation. »

Que de clartés jaillissent de cette expérience! Que fera l'auteur pour soustraire à leur éclat offensif le système qu'il a adopté? une page de citation ne suffirait pas pour peindre son embarras et ses stériles efforts. « Voici, ajoute M. Castel, la véritable explication de ce contraste; l'excitation des bouts adhérens produit des phénomènes de sensibilité. Des phénomènes d'irritabilité sont les seuls qu'on puisse produire quand on agit sur les bouts périphériques. Examinons maintenant si l'irritabilité est la même dans les diverses parties auxquelles les trois bouts périphériques répondent : les bouts latéraux ont plus de rapports avec les muscles; le bout moyen a plus de rapports avec les tégumens... Pour éluder, la conséquence ultérieure à laquelle conduit la production de phénomènes de sensibilité par l'excitation des bouts adhérens, les disciples de Charles Bell ont recours à une hypothèse qui surpasse les autres en subtilité : n'osant nier que la stimulation arrive au cerveau, ils supposent qu'elle subit une déviation dans le canal de Fallope; que là elle abandonne le tronc du facial pour suivre un filet, ou de la branche maxillaire supérieure, ou de la branche maxillaire inférieure du trijumeau, avec lesquelles le facial communique non directement, mais à *l'aide du grand nerf petreux*, et que d'anastomose en anastomose, de circuit en circuit, la stimulation arrive au cerveau par le tronc du trijumeau. Reconnaître qu'elle arrive à l'origine du facial, c'eût été reconnaître que ce dernier est sensitif. »

Cette citation est peut-être un peu longue; mais il nous a paru que le meilleur moyen de faire connaître un auteur, c'est de rapporter ses paroles. Elle donne une idée du talent et de la manière de M. Castel. Il part toujours des faits. Est-il en effet un autre point de départ pour le raisonnement? Il fait plus, il les accepte, ces faits, des mains mêmes de ses adversaires; après quoi il y applique les forces de son esprit; car les faits, les expériences, sont muets; ils ne disent rien par eux-mêmes que ce que la raison de l'observateur leur fait dire; et quand c'est M. Castel qui leur sert d'interprète, ces mêmes faits prennent sous sa plume une signification toute différente de celle qu'ils ont sous le scalpel de l'anatomiste ou de l'expérimentateur.

Bousquet.

(1) Anatomie et physiologie du système nerveux; par le docteur Longet. T. 1er, p. 433.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

Typographie et lithographie de Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abounement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abounemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE.

OBSERVATION SUR UNE NOUVELLE FORME D'ÉTRANGLEMENT, DITE PAR NOEUD INTESTINAL; par le docteur Michel Lévy, médecin et professeur au Val-de-Grâce.

Le fait que nous allons rapporter intéresse l'anatomie pathologique, la physiologie et l'hygiène ; quoiqu'il se soit passé dans le service dont nous sommes chargé au Val-de-Grâce, il a été rapporté dans un autre journal, à notre insu, sans notre assentiment et d'une manière inexacte. Cette circonstance nous décide à devancer le moment où nous comptions le publier avec un complément de recherches sur les questions qui s'y rattachent.

Obs. — Le sieur Rey, né le 21 août 1819 à Caslillon (Ariège), garde municipal, a été apporté au Val-de Grâce le 23 janvier dernier, à six heures du matin, et couché au n° 47 de la salle 24. Constitution forte, tempérament sanguin et nerveux, taille élevée, membres robustes, embonpoint prononcé. La veille (22 janvier), il avait obtenu une permission de quatre heures pour vaquer à des affaires qui paraissaient le préoccuper; désigné pour un service qu'il devait prendre à huit heures du soir sur la place de la Madelaine, il avait marché au pas de course pour arriver au quartier vers sept heures et demie; sans prendre aucun repos, il se mit à manger gloutonnement son dîner, composé de viande de mouton, de pommes de terre, de haricots, de pruneaux, et après avoir arrosé ce repas de quelques verres d'eau, il repartit incontinent avec quelques camarades pour se rendre de la caserne située sur le quai des Célestins à la place de la Madelaine, en suivant la ligne des boulevards.

Il mit très peu de temps à faire ce trajet fort long ; mais à peine arrivé à son poste, il fut pris de coliques assez intenses pour qu'il dût se faire relever; transporté à la caserne, il passa la nuit dans des souffrances qui ne lui laissèrent aucun répit ; à six heures il est envoyé à l'hôpital. A la visite, il présente les symptômes suivans : coucher en supination, décoloration générale, yeux abattus, facies exprimant la douleur, mais non grippé; chaleur modérée; pouls subfréquent, faible et concentré; langue sèche, blanchâtre au milieu; soif vive; régurgitations assez fréquentes, envies de vomir sans vomissement; ballonnement du ventre dont la paroi dessine à l'œil les reliefs des circonvolutions intestinales qui, distendus inégalement, font effort contre elle; la pression la plus légère détermine de vives douleurs sur tous les points de l'abdomen et fait pousser au malade des cris saccadés ; la percussion donne un son pneumatique dans les régions iliaque gauche, sus et sous ombilicale ; dans la région iliaque droite le son est mat dans une assez grande étendue. Point de selles depuis le 22 au matin.

En présence de ces symptômes, il nous restait peu de doute sur la cause qui les avait fait naître : un repas indigeste, pris après une marche fatigante et suivie immédiatement d'une autre course de près de 3/4 de lieue, n'a pu provoquer que d'une manière très incomplète l'acte de la chymification ; les alimens ont passé pour la plupart indigérés dans l'intestin grêle qui a dû se contracter violemment

Feuilleton.

CHRONIQUE HEBDOMADAIRE.

MORT DE M. RIBES. — INSTRUCTION DES ÉLÈVES SAGES-FEMMES. — CANDIDATURES A L'ACADÉMIE. — NOUVEAU PROCÉDÉ CHIRURGICAL PASSÉ INAPERÇU. — CERTITUDE DE LA MICROSCOPIE.

— La mort vient de faire dans nos rangs un vide que déploreront sincèrement tous les médecins de cœur et de conscience. M. le docteur Ribes, ancien médecin en chef de l'hôtel royal des Invalides, a succombé le 21 février à l'âge de 80 ans, à une douloureuse maladie qui depuis longtemps ne laissait plus à ses amis ni un moment de tranquillité ni une lueur d'espoir. Jamais aucune perte ne fut mieux faite pour inspirer les regrets ; mais aussi jamais aucun de nos confrères n'honora plus hautement par ses vertus et sa droiture le corps médical. Successivement placé dans tous les grades de la chirurgie militaire, Ribes apporta dans ses fonctions ce dévouement entier qui relève les moindres services et double pour l'obligé le prix du bienfait. Homme de science et d'observation, la nature souffrante n'était point pour lui seulement une occasion de stérile assistance, mais un champ fertile où son esprit si pénétrant lisait en même temps la cause et le mal. Si quelques réputations ont jeté plus d'éclat que la sienne, elle n'a rien pour cela à leur envier, parce que, fondée sur des faits non sur des systèmes, elle restera toujours à l'abri du changement des idées. Ribes était un observateur, un observateur patient, mais clairvoyant autant qu'infatigable. Poussant à l'excès peut-être l'amour de la vérité, non seulement il ne mêlait aux résultats de ses observations aucun alliage de théorie, mais il se défiait de lui-même au point qu'on l'a vu ne se résigner à publier un fait pur et simple qu'après l'avoir cent et cent fois vérifié et contrôlé par de nouvelles investigations. Ses recherches si justement estimées sur l'anatomie de l'œil, de l'oreille, du cerveau, etc., sont un bel exemple de cette assiduité laborieuse et de cette bonne foi trop rarement compagne du zèle pour la science.

Comme homme privé, Ribes laisse un nom que longtemps encore on se plaira à répéter comme rappelant le modèle des qualités les plus estimables et les plus rares. Frappé tour à tour dans sa santé, dans ses affections les plus chères, dans son orgueil le plus légitime, il se montra toujours supérieur aux événemens. Calme et résigné au milieu des persécutions, et laissant à ses ennemis la honte qu'ils s'étaient imaginé lui imprimer. Telle est en effet l'influence de la vertu quand elle s'associe à un vrai mérite, que les coups dirigés contre elle ne font que la mettre plus en évidence en ajoutant l'admiration aux sentimens qu'elle inspirait déjà. Une seule ambition avait flatté les modestes désirs de notre respectable collègue, c'eût été une place à l'Institut. Cette consécration solennelle d'une vie si laborieusement dévouée était son dernier rêve de bon-

sur des matières impropres à la chylification et faisant sur sa muqueuse l'impression de corps étrangers; à des mouvemens péristaltiques tumultueux se sont ajoutés les succussions, les ballottemens qu'une marche de 3/4 de lieue au pas accéléré a imprimés aux circonvolutions de l'intestin grêle, inégalement dilatés par des matières solides, liquides et gazeuses; les portions les plus libres de ce tube ont pu s'invaginer ou s'enrouler. A l'appui de cette manière de voir, nous rappelons aux élèves qui nous entourent les expériences de M. Londe sur deux chiens nourris abondamment et dont l'un fut, immédiatement après ce repas, soumis à un exercice violent, tandis que l'autre fut laissé en repos. Mis à mort, le premier offrit l'estomac vide et l'intestin rempli d'alimens non digérés; le second contenait encore dans l'estomac la totalité des alimens en pleine voie de chymification; deux circonstances nous empêchent encore de formuler d'une manière positive le diagnostic d'un étranglement: 1° l'absence d'une douleur locale, fixe, circonscrite et s'irradiant dans le reste de l'abdomen; 2° l'absence de vomissemens. Si l'étranglement existe, le cas est probablement au-dessus des ressources de l'art et les symptômes iront en s'aggravant; s'il n'existe point, l'indication est de combattre ce qu'il peut y avoir de spasmodique dans les symptômes éprouvés par le malade et d'aider à l'éjection des matières mal digérées qui se sont accumulées dans la dernière portion de l'intestin grêle; nous prescrivons en conséquence: diète, infusion de tilleul chaude, potion éthérée, cataplasme laudanisé sur le ventre, lavement huileux; bain tiède prolongé à midi, si les mêmes phénomènes persistent.

Le malade n'a pu rester dans le bain; au sortir de l'eau, syncope de courte durée. A la visite du soir, je prescris un lavement laxatif qui, comme le lavement du matin, reste sans effet. Les vomituritions se renouvellent; un vomissement de matières bilieuses. A six heures du soir, les coliques deviennent intolérables et le malade rapporte vers la région ombilicale le siége des plus fortes douleurs: cinquante sangsues y sont appliquées sans produire aucun soulagement; nuit mauvaise; le malade n'a pas cessé d'être en proie à des souffrances inexprimables.

Le 24 au matin, le malade, qui répond avec une parfaite lucidité à toutes les questions, se plaint de la persistance des coliques et d'une soif qu'il ne peut satisfaire; sa face est pâle, crispée; ses yeux, qu'il entr'ouvre de temps en temps, expriment un état de souffrance profonde; le pouls est accéléré, mince, petit, presque filiforme; la langue blanche et sèche; la paroi abdominale est dure et si fortement tendue qu'elle ne peut être déprimée, si douloureuse qu'il faut renoncer à l'explorer par la main; la constipation persiste. Prescription: Infus. de tilleul légère, 40 sangsues disséminées sur l'abdomen; lavement purgatif que le malade ne peut garder.

Les extrémités se refroidissant, on place une bouteille d'eau chaude aux pieds, des sinapismes aux mollets; on continue les cataplasmes larges et minces sur le ventre.

L'intensité des douleurs va croissant; vomituritions suivies de deux ou trois vomissemens de mucosités et de tisanes; vers midi, on observe quelques mouvemens convulsifs, le refroidissement des extrémités augmente; le malade s'affaisse dans l'intervalle des secousses spasmodiques; il expire à une heure.

Inutile d'ajouter que la progression des symptômes avait fixé le diagnostic dans le premier sens de l'alternative posée au début.

L'autopsie a été faite sous nos yeux 36 heures après la mort, par notre chef de clinique, M. Pelin, chirurgien sous aide. La pièce la plus importante, c'est-à-dire une partie de la masse intestinale, a été ensuite remise, pour être conservée, à M. Parise, chef des travaux anatomiques du Val-de-Grâce, et ancien interne des hôpitaux civils de Paris. M. Parise a parfaitement débrouillé le mécanisme des lésions que nous allons signaler; et, comme nous partageons l'idée qu'il s'en est faite, nous les décrirons presque dans les mêmes termes que cet habile anatomiste.

L'aspect du cadavre est celui d'un homme bien constitué qu'une mort accidentelle aurait frappé en pleine santé.

Les deux poumons, le cœur, leurs membranes séreuses sont parfaitement sains; il en est de même du cerveau et du cervelet.

Le péritoine contient environ deux litres d'un liquide poisseux, d'un brun foncé; c'est de la sérosité mélangée avec une grande proportion de sang non réuni en caillots; ce liquide occupe les intervalles des circonvolutions intestinales et la cavité pelvienne. La membrane séreuse ne présente d'autre altération qu'une rougeur uniforme, évidemment cadavérique; elle est comme imbibée de sang; point de pseudo-membranes ni de productions albumineuses dans aucun point de son étendue.

La masse des circonvolutions de l'intestin grêle est fortement distendue par des liquides mêlés de gaz; elle est de couleur brune et même noirâtre dans sa moitié inférieure environ; sa partie supérieure au contraire est remarquable par sa décoloration et son apparence exsangue. Il en est de même de l'estomac et du gros intestin. Le foie et la rate, de volume ordinaire, de consistance ferme, peu colorés, contenant peu de sang, n'offrent rien à noter. La vésicule biliaire est très distendue par une bile poisseuse, épaisse et très noire Les reins et la vessie paraissent intacts.

Je fais poser plusieurs ligatures sur l'œsophage, le duodénum et différens points de l'intestin, afin de réserver, s'il y a lieu, les substances renfermées dans chacune de ces portions du tube digestif. On enlève ensuite l'estomac, puis l'intestin, en coupant ses attaches au mésentère; la plus grande partie des intestins se trouvait déjà séparée lorsque je reconnus, en portant la main du côté gauche du mésentère, un anneau formé par l'intestin lui-même et à travers lequel venaient s'étrangler plusieurs anses intestinales; cet anneau était placé au-devant de la 4e vertèbre lombaire et sur son côté droit. L'étranglement est évidemment produit par un diverticulum intestinal, lequel forme un *nœud* embrassant une double anse d'intestin en manière de 8 de chiffre. Il est moins aisé de comprendre la manière dont le nœud s'est formé, et les rapports du diverticulum avec le mésentère, parce qu'il ne reste de celui-ci qu'une portion très étroite. Plusieurs confrères, qui ont vu la pièce, ont pensé que le nœud n'avait pu se faire sans une perforation du mésentère. Nous n'avons pas admis cette circonstance, et M. Parise, après avoir étudié, dessiné et décrit la pièce dans différentes positions, a confirmé notre opinion.

La portion de l'intestin comprise dans l'étranglement, depuis son entrée dans l'anneau constricteur jusqu'à sa sortie, a deux mètres au moins de longueur; elle comprend toute l'extrémité inférieure de l'iléon, à l'exception des douze derniers centimètres qui tiennent à la valvule iléo-cœcale; elle se compose de deux anses à peu près de même longueur. Appelons *supérieure* la première anse, celle qui se continue avec le bout supérieur de l'iléon, et *inférieure* celle qui se prolonge vers le cœcum. Ces deux anses se continuent l'une avec l'autre et sont réunies par un *nœud*, qui est formé de la manière suivante:

Au point de réunion des deux anses, vers le milieu de la portion étranglée, à 1 mètre environ de la valvule iléo-cœcale, on voit naître, du bord libre de l'intestin, un diverticulum ou prolongement long de 10 centimètres, formé par toutes les tuniques de l'intestin dont il a le calibre lorsqu'il est insufflé, et se terminant en une extrémité arrondie; mais il n'a plus cette forme lorsqu'on l'examine en place. Dilaté à son origine, il se rétrécit à sa partie moyenne en manière d'un cordon aplati, et se dilate en une ampoule terminale, arrondie, distendue par des gaz, au point d'égaler le volume d'un gros œuf de poule. Le diverticulum remonte vers le bout supérieur, se courbe à gauche, embrasse le pédicule de l'anse supérieur, se contourne à droite, reparaît à gauche en s'engageant dans l'angle de bifurcation qui lui a donné naissance, et se termine par une ampoule qui presse sur le côté gauche de cette bifurcation.

D'où l'on voit déjà que l'anse supérieure avec le diverticulum représente un nœud simple dont un des chefs supérieurs formerait une rosette ou un nœud coulant, et dont le chef inférieur serait terminé par un autre nœud solide, ou mieux par un tampon destiné à maintenir la solidité du nœud coulant. En effet, si après avoir un peu relâché le nœud, on tire sur le bout supérieur de l'intestin, on peut amener toute l'anse intestinale supérieure, défaire le nœud et détruire l'étranglement. Si, au contraire, on tire sur l'anse tout entière ou seulement sur son bout le plus voisin du diverticulum, on l'étreint davantage. L'extrémité renflée du diverticulum a donc joué un rôle essentiel dans l'étranglement; celui-ci

---

heur, et certes, on le peut dire, il fallait bien qu'il la méritât pour s'en être jugé digne. « J'aurais aimé, l'avons-nous entendu dire, à passer par là avant d'être au Père-Lachaise. » Vœu triste et touchant, qu'il n'aurait sans doute dépendu que de lui de voir se réaliser, si sa modestie lui eût permis de l'exprimer plus tôt!

Journellement consulté et recherché par ses confrères, Ribes mettait dans ces rapports une loyauté et un désintéressement que l'amour de la gloire non plus que la soif du lucre ne firent jamais démentir un seul instant. Sa droiture scientifique était presque passée en proverbe. L'exemple suivant, que nous tenons de bonne source, respire un parfum d'antiquité qui pourra le rendre pour quelques lecteurs presque invraisemblable; et nous avouons en effet qu'il est fort peu de notre époque. Etant un jour chez un jeune confrère, celui-ci soumit à son jugement quelques observations sur un point d'anatomie. Au milieu de données plus ou moins intéressantes, un aperçu plus important frappe Ribes. « Il me semble, dit-il à l'auteur, que je pourrais revendiquer une partie de la découverte; j'ai souvenir de l'avoir indiquée quelque part dans le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES. » On s'empresse aussitôt de chercher le volume. Ribes le feuillette lui-même. Mais, bientôt il s'arrête étonné; l'article en question n'était pas même coupé! « Allons, allons, mon ami, s'écrie-t-il sans hésiter, restez tranquille possesseur de votre découverte; il est évident que ce n'est pas chez moi que vous en êtes venu prendre l'idée! » Voilà comment il entendait les questions de priorité, et nous devons à la vérité d'ajouter que sa délicatesse alla jusqu'à refuser opiniâtrément l'insertion d'une note par laquelle l'auteur eût aimé à reconnaître des droits si légitimes et que tout autre que Ribes eût sans doute si bien su faire valoir!

— Avant la construction de l'hôpital des Cliniques, les élèves sage-femmes du département de la Seine, qui n'étaient pas pensionnaires de la Maternité, étaient admises à subir les examens devant la Faculté de médecine de Paris, ou devant le jury médical de la Seine, sur la simple présentation de deux certificats, l'un de bonne vie et mœurs, et l'autre constatant qu'elles avaient suivi le cours *théorique* à la charge du département, fait par un professeur d'accouchement de la Faculté et un autre cours d'accouchement fait par un professeur particulier ou par une sage-femme; d'où il suit que la loi était enfreinte dans une de ses dispositions capitales, celle qui veut que les élèves aient suivi deux cours théoriques et *pratiques*. On ne s'inquiétait en aucune manière de savoir si ces élèves lisaient couramment, ni si elles écrivaient passablement le français. Plusieurs fois la presse a fait ressortir avec raison tout ce qu'il y avait de honteux à délivrer des diplômes à des femmes qui ne possédaient aucun élément de l'instruction primaire, et qui, par conséquent, ne pouvaient écrire quelques lignes sans faire de nombreuses fautes de grammaire et d'orthographe.

Peu de temps après la construction de l'hôpital des Cliniques, frappé des inconvéniens graves qu'entraînait un pareil état de choses, M. Orfila se proposa d'opérer une réforme radicale, qui devait faire cesser tous les abus; plusieurs mesures administratives furent successivement prises; elles sont en vigueur en ce moment. On pourra juger de leur utilité par ce qui va suivre.

Avant d'être admise à l'hôpital des Cliniques, l'élève subit un examen, qui consiste à écrire sous la dictée une ou deux pages, puis à lire ce qu'elle a écrit; si les résultats sont satisfaisans et que l'élève soit munie d'un certificat de bonne vie et mœurs, l'admission est prononcée; dans le cas contraire, l'élève est re-

eût disparu à l'instant si elle se fût vidée de matières liquides et gazeuses qui la distendaient.

Quant à l'anse inférieure, voici sa disposition : l'intestin, après avoir formé le nœud et fourni le diverticulum, continue à descendre, décrit une anse d'un mètre de long, revient vers le nœud, qu'il traverse, et va se terminer au cœcum après un trajet de 12 centimètres. On ne comprend la formation de cette anse, et son entrée dans le nœud, qu'en admettant qu'elle avait éprouvé sur son pédicule un mouvement de rotation de bas en haut et de droite à gauche, en vertu duquel elle a exécuté un tour complet sur elle-même, entraînant avec elle le diverticulum avant que celui-ci eût embrassé l'anse supérieure.

En résumé, l'anse intestinale inférieure, après s'être enroulée sur elle-même, a saisi, au moyen de son diverticulum, l'anse d'intestin située immédiatement au-dessus, en décrivant un nœud simple ; de sorte que la constriction porte sur trois points, interceptant deux anses avec leur double pédicule mésentérique.

Arrivons à l'examen de l'intérieur du tube digestif. L'estomac est entièrement vide, décoloré, exsangue et comme revenu sur lui-même ; sa muqueuse est parsemée, dans le grand cul-de-sac, de quelques plaques ardoisées de figure irrégulière et plissée en flexuosités qui lui donnent un aspect aréolaire. Le duodénum et une bonne partie du jéjunum presque entièrement vides se font remarquer, comme l'estomac, par leur décoloration, le peu d'apparence de leurs vaisseaux ; les valvules conniventes sont peu saillantes. A mesure qu'on se rapproche de l'étranglement, le jéjunum se distend au point d'avoir 15 à 16 centimètres de développement ; il est rempli d'un liquide fortement coloré en noir par le sang, et dans lequel on trouve en très grande quantité des portions d'alimens presque inaltérés et parfaitement reconnaissables (mouton, haricots, pommes de terre, pruneaux). La première anse étranglée, aussi fort distendue, renferme le même liquide noirâtre mêlé à des débris alimentaires ; la deuxième anse, un peu moins distendue, ne contient guère que ce liquide mêlé à des gaz ; l'ampoule du diverticulum n'a plus fourni que des gaz à M. Parise ; mais les pressions que M. Pelin et moi avons exercées sur elle en avaient chassé un peu de liquide avec des gaz. Enfin, les 12 derniers centimètres de l'iléon et le gros intestin, revenus sur eux-mêmes, sont entièrement sains. En même temps que l'intestin s'est dilaté, ses parois, fortement colorées en rouge, en brun et en noir, se sont épaissies ; ses vaisseaux sont très injectés, et du sang est infiltré dans le tissu cellulaire qui réunit les membranes. L'infiltration sanguine se remarque sur le trajet des vaisseaux dans la paroi intestinale, dans l'épaisseur du mésentère, et surtout au bord adhérent de l'intestin. Il n'y a eu ni déchirure du péritoine, ni foyer sanguin qui puisse faire penser à la rupture d'un gros vaisseau.

La membrane muqueuse se détache facilement de la fibreuse ; elle ne forme plus de valvules conniventes, même dans les parties situées à une certaine distance au dessus de l'étranglement. Dans les deux anses étranglées et dans la portion de l'iléon placée au dessus, la muqueuse présente une altération qui mérite de nous arrêter. Vu par sa face interne, l'intestin offre, par groupes, de petites dépressions peu profondes, à bords taillés à pic, séparées les unes des autres par des cloisons à la manière des alvéoles d'un gâteau de miel. Entre ces groupes, autour de chaque dépression, l'aspect de la muqueuse est le même que dans le reste de l'intestin. En quelques points, ces groupes sont très réguliers, toutes les alvéoles étant de même forme et de mêmes dimensions. Celles-ci varient, chaque alvéole pouvant admettre la tête d'une petite, d'une moyenne et même d'une grosse épingle. Mais, vers les parties supérieures, on trouve quelques dépressions plus larges et moins régulières, semblant résulter de la réunion de plusieurs alvéoles en une seule. Vu à contre jour, l'intestin paraît plus mince et plus transparent dans le fond des dépressions ; autour de celles-ci, on ne voit ni ecchymose ni apparence de déchirure. Dans l'intervalle des groupes, on voit un certain nombre de petites dépressions isolées, de moindre dimension que les précédentes ; elles répondent aux follicules isolés, les groupes aux plaques de follicules examinés. M. le docteur Jacquart, dans un travail sur l'appareil folliculaire intestinal (JOURN. DES CONNAISS. MÉD.-CO-CHIRURG., mai 1839), a signalé cet aspect déprimé des plaques folliculaires comme un signe de leur vacuité, tandis qu'après un repas elles deviennent saillantes, turgides, chacune de leurs utricules s'emplissant d'un liquide crémeux, analogue au chyle. Mais peut-on invoquer ici cette vacuité des utricules comme cause de leur dépression, ou plutôt celle-ci ne résulte-t-elle point du déplissement des follicules par l'effet de la grande distension de toutes les tuniques, et surtout de la muqueuse ? Cette explication, proposée par le chef des travaux anatomiques du Val-de-Grâce, nous paraît d'autant plus plausible que les tuniques de l'intestin se distendant uniformément dans toutes leurs parties, la muqueuse n'a pu suivre ce mouvement rapide d'ampliation dans tous les sens au niveau des plaques de Peyer, sans tirailler l'orifice des follicules, les agrandir, les étaler, les déplisser. La manière de voir de M. Parise s'accorde parfaitement avec cette observation, que la grandeur des alvéoles est en rapport avec la dilatation de l'intestin ; elle explique les dépressions alvéolaires et la ténuité de la membrane muqueuse au fond de ces dépressions ; elle explique aussi pourquoi cette altération n'a été remarquée que dans les points distendus, tandis qu'elle manque entièrement dans les douze centimètres de la fin de l'iléon, où les plaques folliculeuses si nombreuses, comme l'on sait, sont à peine visibles et n'offrent rien de semblable.

En somme, le fait que nous venons de rapporter avec des détails justifiés par son importance n'est, au point de vue clinique, qu'un exemple de plus de l'impuissance de l'art en présence des accidens d'étranglement, à moins que l'on n'aille tenter des opérations d'une témérité qui doit effrayer le chirurgien consciencieux, et qui n'offrent guère plus de chances au malade que la terminaison spontanée du mal. Nous appliquons aux étranglemens de la nature de celui que nous avons rapporté les sages conseils de réserve que M. Bégin a donnés dans les cas présumés d'invagination.

La physiologie et l'hygiène tirent, de l'observation qui précède, une nouvelle confirmation de certaines conditions, d'ailleurs bien connues, qui déterminent la régularité des actes successifs de la digestion. Quand l'estomac reçoit des substances auxquelles il répugne ou qui ne répondent pas aux besoins généraux de l'organisme, il s'en débarrasse par la voie du vomissement ; mais cet acte pour ainsi dire négatif suppose l'intégrité des forces contractiles de l'estomac ; ces forces à leur tour sont liées à certaines conditions d'innervation et d'afflux sanguin. Dans le cas dont il s'agit, l'estomac a reçu des alimens, mais non la proportion de fluides sanguins nécessaires pour la mise en jeu de ses fonctions ; ces fluides avaient été appelés dans le système musculaire par l'exercice violent qui a précédé le repas ; l'exercice violent qui l'a suivi a maintenu ou rappelé le sang dans les organes de locomotion, de telle sorte que l'estomac n'a pu réagir à l'impression de ses stimulans physiologiques pour les chymifier, ni se contracter assez énergiquement pour les évacuer par vomissement ; il les a donc laissé passer d'une manière toute passive dans l'intestin, élimination à laquelle ont contribué et les ballottemens de la marche et les pressions répétées du diaphragme s'abaissant pour les inspirations haletantes d'une course de trois quarts de lieue. Les alimens non chymifiés ont passé à la surface de la portion supérieure de l'intestin grêle sans provoquer de sa part aucune action physiologique ; la portion inférieure s'est violemment contractée pour l'expulsion de ces corps étrangers, et c'est cette portion qui a fait les frais de l'étranglement.

Les hygiénistes recommandent de ne point manger immédiatement après un exercice un peu violent ; tout le monde sent la sagesse de cette prohibition ; l'action énergique des organes locomoteurs a accéléré la respiration et la circulation, a déterminé une dépense de chaleur et d'innervation ; il faut attendre que l'équilibre des fonctions, équilibre qui n'a rien d'absolu, mais qui est relatif à chaque individualité, se soit parfaite-

---

fusée ou ajournée à six mois pour écrire de nouveau, suivant qu'elle est jugée capable ou incapable d'acquérir le degré d'instruction primaire qui semble nécessaire. Sur 45 élèves qui ont déjà subi cette année l'examen préparatoire dont il s'agit, 7 ont été admises, 3 ont été ajournées et 35 refusées. Tout porte à croire qu'à dater de cette année le nombre des élèves nouvelles ne sera que de 16 à 20, tandis qu'il était de 70 à 80 les années précédentes.

En instituant cette épreuve, on s'est autorisé de l'art. 2 du réglement du ministre de l'intérieur, en date du 17 janvier 1807, portant :

« Que les élèves devront être munies d'un certificat de bonne vie et mœurs, être âgées de dix-huit ans au moins et *savoir lire et écrire*. »

Après son admission à la clinique, l'élève est tenue de suivre deux cours théoriques et pratiques ; l'un de ces cours, fait par un agrégé, commence en avril et finit en août ; et l'autre, confié à la sage-femme en chef, mademoiselle Callé, est ouvert en novembre et dure jusqu'à la fin de mars. En outre, les élèves, distribuées en séries, font pendant toute l'année un service de jour et de nuit auprès des malades. Ce service est organisé de telle sorte que chaque élève passe au moins une nuit et une journée par semaine à l'hôpital ; c'est pendant ce service que les élèves sont exercées au toucher, par la sage-femme ou par son aide, qu'elles font elles-mêmes les accouchemens qui ont lieu pendant la nuit (les élèves en médecine étant chargés de faire ceux qui ont lieu pendant le jour), qu'elles apprennent à soigner les nouveau-nés et les femmes récemment accouchées, auprès desquelles elles sont constamment de garde. Il est tenu note exacte de l'assiduité des élèves à suivre ces divers exercices, et celles-là seules qui justifient de s'être conformées au réglement, *pendant un an*, sont admises à subir les examens de réception.

Préoccupé de l'idée de généraliser la réforme salutaire qu'il venait d'opérer à l'hôpital des Cliniques, M. Orfila, si nous sommes bien informé, aurait proposé au conseil général des hospices de décider qu'aucune élève ne serait admise à la Maternité de Paris, à dater de la prochaine année scolaire (juillet 1845), si elle n'avait complètement satisfait à l'examen de lecture et d'écriture dont il a été fait mention, et que dès à présent il serait écrit à M. le ministre de l'intérieur pour le prier de notifier aux préfets des départemens qu'ils eussent à s'enquérir que les élèves qu'ils doivent envoyer comme pensionnaires à la Maternité possèdent ou non des connaissances suffisantes en instruction primaire, l'administration étant parfaitement décidée à n'admettre dans ces établissemens que celles des élèves qui auront satisfait à l'épreuve qu'elles devront subir sur cette matière, tandisque les autres seront immédiatement renvoyées dans leurs départemens. Le conseil aurait accueilli cette proposition il y a environ un mois.

Mais la mesure, pour être féconde, doit s'étendre plus loin et embrasser les nombreuses écoles d'accouchement établies, par les conseils généraux, soit dans les écoles préparatoires de médecine, soit dans les hôpitaux des divers départemens. Nous croyons pouvoir assurer que M. Orfila est actuellement en instance près de l'autorité supérieure pour atteindre ce but.

— La récente candidature ouverte dans la section d'anatomie et de physiologie va appeler à l'Académie de médecine une série de lectures faites par les nombreux candidats à ce titre. M. le président a officiellement annoncé qu'un tour de faveur leur serait spécialement réservé ; et l'on peut s'en rapporter à leur

ment rétabli. Ils défendent l'exercice violent après le repas : en effet, où est le mouvement, là va la force, c'est-à-dire le sang et l'innervation ; et entre l'estomac et le vaste appareil d'organes multiples qui opère la locomotion, la rivalité n'est point possible. Quel phénomène plus significatif que cet état exsangue, cette anémie d'un estomac, vainement sollicité par la présence d'une masse d'alimens qui le traversent !

Enfin, notre observation met en lumière la puissance de révulsion de l'exercice musculaire sur les organes internes ; quand donc les médecins prescrivent l'exercice musculaire et la gymnastique comme moyens de remédier aux concentrations viscérales, sanguines ou nerveuses, ils s'appuient sur des données physiologiques incontestables : reste la question de mesure et d'opportunité.

OPHTHALMOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR L'HÉMÉRALOPIE ; par le docteur A. NETTER ; chirurgien aide-major au 75e régiment de ligne.

On est convenu de désigner sous le nom d'*héméralopie* une cécité qui n'existe que durant la nuit et qui revient périodiquement tous les soirs. Cette même affection a été désignée par différens auteurs sous le nom de *nyctalopie*. Elle a été observée du temps d'Hippocrate, de Galien, de Celse ; mais c'est principalement à partir du siècle dernier qu'elle a été souvent étudiée. Nous avons vu nous-même cette affection au printemps de 1843, à Wissembourg (Bas-Rhin) ; elle attaqua près de 70 soldats du 75e de ligne. Elle s'est déclarée de nouveau au mois de septembre 1844, au camp de Sailly, près de Metz.

SYMPTÔMES. — Vers l'entrée de la nuit, il se déclare un affaiblissement de la vue, pendant lequel les objets paraissent comme enveloppés dans un brouillard. Bientôt la cécité est assez prononcée pour que les malades aient absolument besoin d'un guide pour marcher. Ils peuvent voir les objets qui sont fortement éclairés ; les lumières artificielles leur paraissent entourées comme d'un nuage. Dans des cas exceptionnels, dit-on, ils ne distinguent pas même une lumière intense ; nous n'avons pas observé des faits pareils.

L'examen des yeux offre ordinairement, mais non d'une manière constante, un seul symptôme : *la dilatation et l'immobilité de la pupille ;* c'est la nuit seulement que nous avons pu constater ces phénomènes qui peuvent exister aussi pendant le jour, au dire de quelques praticiens. A l'approche d'une bougie allumée, la pupille ou se contracte lentement ou reste immobile. Différens observateurs ont noté quelquefois une certaine rougeur de l'œil avec larmoiement. Il n'est pas rare d'entendre les malades se plaindre de céphalalgie, de vertiges et présenter des signes d'embarras gastrique.

Quelquefois, dit-on, l'héméralopie débute par un engourdissement d'un ou de plusieurs membres. Nous ne savons si nous devons admettre l'authenticité de ces faits qui sont rares et incomplètement rapportés. M. Mackensie (1) a recueilli l'observation d'un domestique qui, en travaillant aux champs, vers le coucher du soleil, *fut privé subitement de l'usage de ses membres et de la vue.* Le lendemain matin, le malade était rétabli ; le soir la cécité revint seule, les membres jouissant de la plénitude de leurs fonctions : l'héméralopie dura deux mois, au bout desquels elle disparut sous l'influence d'une diarrhée. Cinq jours après la cessation de la cécité, survinrent de la surdité, du délire et l'homme mourut ; pas de détails nécroscopiques. M. Mackensie regarde ce fait comme un cas d'héméralopie qui a donné lieu à des phénomènes généraux. Nous croyons qu'il peut être interprété d'une autre manière. Le malade, s'étant tout à coup aperçu de sa cécité, a pu avoir une frayeur assez vive pour être privé de l'usage de ses membres : cela paraît d'autant plus vrai que les jours suivans la maladie des yeux revint seule. Au bout de deux mois, l'héméralopie disparut sous l'influence d'une entérite folliculeuse typhoïde.

On a encore émis diverses assertions qui me paraissent reposer sur une observation inexacte ou être un pur résultat de l'imagination. Les héméralopes, dit-on, frappés de cécité à l'instant même du coucher du soleil, discernent ainsi le moment où cet astre disparaît de l'horizon, quoique ce moment soit absolument inappréciable pour les autres hommes. A ce compte, dans les épidémies, ils devraient tous devenir aveugles dans la même minute. Ce serait un incident très pittoresque, mais qui ne se présente jamais.

D'après plusieurs auteurs, la cécité ne se dissipe que le matin, quand le soleil monte à l'horizon ; elle durerait ainsi toute la nuit. Nous croyons que c'est là encore une opinion conçue *à priori*. Dans les différens mémoires que nous avons pu consulter sur l'héméralopie, nous n'avons vu nulle part qu'un médecin ait veillé toute une nuit pour voir comment les choses se passaient.

Quant aux faits d'héméralopie *congéniale, héréditaire*, si leur réalité est prouvée, ils se rapportent probablement à une conformation particulière de l'œil et constituent une affection spéciale différente de l'héméralopie vulgairement observée.

DURÉE. — Elle est variable, de quelques jours à plusieurs mois. Nous avons constaté que les épidémies de cette maladie tiraient à leur fin dès que le beau temps pendant lequel elles règnent exclusivement était remplacé par la pluie. Différens passages des auteurs confirment cette opinion. (Voy., entre autres, Chamseru (2). Bien plus, un grand nombre d'entre nos malades ont fait la remarque que la vue était moins troublée le soir, quand le ciel avait été couvert dans la journée.

TERMINAISONS. — L'héméralopie guérit souvent sans intervention de la thérapeutique ; il est important de noter ce fait qui explique le grand nombre de médications préconisées par les auteurs. Cette maladie peut disparaître sous l'influence d'une affection intercurrente (diarrhée, éruption cutanée, etc.) et d'une médication convenable ; quelquefois elle est remplacée par une amaurose. M. Jobit (3) a vu trois cas de cette espèce ;

(1) TRAITÉ PRAT. DES MALAD. DES YEUX, trad. par MM. Laugier et Richelot. 1844.
(2) MÉMOIRES DE LA SOC. ROY. DE MÉD., 1786, p. 150.
(3) THÈSES DE MONTPELLIER, 1829, t. V.

empressement du soin de répondre au vœu que cette initiative semble exprimer. La démarche cependant pourrait bien cette fois ne pas être générale ; si nous sommes exactement informé, il en est parmi les compétiteurs quelques-uns, et des plus considérables, fermement résolus a ne point user du droit qui leur est offert Nous ne saurions, pour notre compte, désapprouver cette répugnance. Qu'a gagné jusqu'ici la science à ces exhibitions que l'usage impose? Quelle saveur peuvent avoir ces fruits hâtivement mûris par une circonstance pressante et de qualité si douteuse que le cultivateur lui-même n'en soupçonnait quelquefois pas le germe dans son terrain ? A part de rares exceptions, l'expérience a largement prononcé sur cette question. Une fastidieuse lecture, un rapport complaisant, une discussion que la circonstance ne permet qu'être que scandaleusement personnelle ou froidement insignifiante, voilà le résultat ordinaire de ces épreuves que quelques personnes s'obstinent encore à croire indispensables pour faciliter le jugement, lorsqu'il flotte entre plusieurs candidats d'un mérite en apparence égal. Sans doute, c'est là une justice expéditive, et il est commode de pouvoir ainsi, en quelques minutes, juger toute une vie scientifique sans avoir à dépouiller un dossier souvent un peu aride a feuilleter. Mais l'équité trouve-t-elle dans ce procédé une garantie suffisante ? Le phraseur habile n'éclipsera-t-il point trop fréquemment, dans cette séance toute d'apparat, le travailleur modeste dont les titres plus réels seraient moins susceptibles d'être résumés dans une seule communication ? Voilà l'inconvénient qui paraît cette fois avoir été senti par plusieurs des candidats. Nous ne savons s'ils auront le courage de persister jusqu'au bout dans cette abstention. Mais son motif les honore assez pour qu'ils n'aient à appréhender aucun blâme. Les fonctions d'académicien demandent de la sagacité plus que de la facilité ; et ce n'est pas sur une improvisation, c'est d'après l'ensemble de ses services scientifiques qu'il faut choisir parmi les candidats celui qui saura le plus fructueusement pour la compagnie porter l'honneur de ce titre.

— Du choc des opinions naît la lumière ; rien de plus incontestable ! mais, pourquoi faut il qu'on en voie aussi parfois naître de si singuliers produits, de ces monstres psychologiques dont la théorie tératologique la plus complaisante serait bien embarrassée d'expliquer le mode de génération ? Un enfantement semblable s'est accompli sous nos yeux mardi dernier en pleine Académie royale de médecine. La discussion, comme on le sait, roulait sur *l'ingénieux* procédé de l'oblitération du vagin pour les fistules vésico-vaginales ; et les avis étaient à peu près unanimes sur la valeur de cette chirurgie restauratrice qui jusqu'ici semble n'avoir eu pour résultat que d'ôter aux femmes leur vagin et leur vessie naturelle sans les guérir de leur fistule. Tout le monde convenait aussi que, malgré les efforts du chirurgien qui la provoque, l'oblitération du vagin reste ordinairement incomplète et qu'une ouverture subsiste toujours par où l'urine coule continuellement à l'extérieur. Tout à coup une inspiration, que nous voulons croire soudaine, jaillit du cerveau d'un des honorables membres ; il demande la parole et expose en détail, à l'assemblée, comme quoi on pourrait fort bien utiliser ce pertuis pour en faire le canal excréteur normal de l'urine. Resterait à la vérité l'urètre naturel ; mais ce n'est point là pour l'inventeur une difficulté sérieuse, car rien ne serait plus aisé, assure-t-il, que d'oblitérer artificiellement celui-ci, et la malade jouirait alors en toute liberté du bonheur d'avoir échangé contre

cette terminaison est rare et ne survient que dans les cas où les yeux ont souffert un grand nombre de rechutes.

Récidive. — Elle est très fréquente; il n'est pas rare de voir l'héméralopie dans certaines circonstances attaquer les mêmes personnes tous les printemps.

Division. — Les auteurs admettent une héméralopie *idiopathique* et *symptomatique*; cette dernière serait le résultat d'un embarras gastrique. Nous verrons plus tard que c'est l'embarras gastrique qui est plutôt un effet de l'héméralopie.

Peut-être arrivera-t-on un jour à établir des variétés d'héméralopie suivant le climat sous lequel elles s'observent, suivant leur ancienneté et la persistance de la dilatation pendant le jour: phénomènes qui traduisent l'intensité de la maladie.

Etiologie. — Chamseru a publié deux mémoires remarquables, relatifs à la cécité nocturne. Dans l'un (Rec. pér. de la Soc. de méd., t. ii, 1797), l'auteur rend compte d'un écrit de M. Dupont sur cette affection; dans l'autre (Mém. de la Soc. roy. de méd., 1786, t. vii), qui est le plus important, Chamseru rapporte ce qu'il a observé lui-même dans les trois villages de Saint-Martin, de Gnernes et de Follainville, près la Roche-Guyon, dans lesquels il a eu la mission d'étudier l'héméralopie qui y était endémique. Il attribua cette maladie aux vapeurs qui s'élèvent d'une rivière et qui agissent, suivant lui, sur l'œil, en raison de leur *subtilité*. Si l'héméralopie règne dans les trois villages seuls sans s'étendre dans d'autres qui ne sont éloignés des premiers que d'une petite distance, c'est que des montagnes situées au nord arrêtent la propagation des effluves marécageux. L'opinion de Chamseru est encore admise, soit en totalité, soit en partie. « Les causes de l'héméralopie, dit M. Raige-Delorme (1), ne sont pas bien connues; si l'on en juge par les circonstances où cette affection s'est généralement manifestée, on serait tenté de l'attribuer à l'influence de l'humidité et du froid. »

M. Johit invoque trois causes qui, suivant lui, concourent ensemble à la production de la maladie: ce sont l'humidité, le refroidissement nocturne et l'exposition à une vive lumière solaire ou artificielle.

M. Deconihout (2), chirurgien militaire, a étudié cette maladie à Mont-Danphin (Hautes-Alpes); il émet une opinion analogue à la précédente. Dans les différens ouvrages de pathologie externe et d'ophthalmologie que nous possédons, les mêmes idées sont reproduites. Quant à nous, nous croyons que l'héméralopie est uniquement le résultat d'une insolation énergique (3). Notre manière de voir est fondée sur les données suivantes: 1° Toutes les épidémies d'héméralopie ont coïncidé avec une action plus intense de la lumière solaire; 2° il n'existe aucune preuve certaine de l'influence que l'on attribue à l'humidité et au froid sur la production de l'héméralopie; 3° toutes les causes qui sont regardées généralement comme prédisposant à la cécité nocturne se rapportent toutes à l'insolation.

§ Ier. — Chaque fois que l'héméralopie s'est développée, les yeux avaient été exposés à un soleil vif; aussi la maladie règne-t-elle épidémiquement aux Antilles (Johit), en Egypte (Larrey, Desgenettes), sur les côtes d'Afrique (Dupont), en France et dans les autres pays tempérés, *au printemps*; nous verrons plus loin que la lumière solaire fatigue plus les yeux dans cette saison que dans les autres.

Voyons maintenant si, dans les principales épidémies qui ont été observées, il y a eu augmentation de l'action solaire.

A. Dans la thèse de M. Johit, il est dit: « Les rayons du soleil sont fortement réfléchis sur les ponts des navires frottés à blanc. »

B. M. Forget (1) s'exprime ainsi: « Je dois mentionner une héméralopie épidémique due sans doute à l'éclat du soleil dont furent atteints une vingtaine de matelots. »

C. L'héméralopie est-elle endémique à Cadix? Les bords de la mer sont partout couverts d'un sable blanc, où le soleil, presque toujours apparent, darde ses rayons toute l'année; les murailles des maisons sont en dehors comme en dedans revêtues d'un lait de chaux; ce qui avait fait donner à la ville par lord Byron le surnom de ville Blanche. (M. Jobit.)

D. L'héméralopie a-t-elle été observée à Mont-Danphin? Nous lisons dans le mémoire de M. Deconihout: « Dans les Alpes, les montagnes couvertes d'une neige glacée réfléchissent les rayons lumineux comme les sables d'Afrique. »

E. Les mémoires de Chamseru sur les endémies observées à Saint-Martin, Gnernes et Follainville, nous ont d'abord embarrassé, parce que l'auteur n'hésite pas un moment à considérer l'humidité comme cause de la maladie.

Mais remarquons que les trois villages sont bornés au nord « par une enceinte montueuse, composée d'un long amas de *craie* et de marne entremêlées par couches avec la pierre meulière et le caillon. » (Chamseru.)

L'auteur, rendant compte d'une promenade qu'il a faite dans ces montagnes, dit lui-même: « l'œil est récréé *de la blancheur fatigante de la craie* par des plants de culture agréablement variés et que le besoin de l'industrie s'efforce de multiplier. » Notons encore que presque tous les habitans sont cultivateurs et que leurs travaux les appellent dans les montagnes. (Chamseru.) N'est-il pas singulier que ce médecin, envoyé en mission dans ces villages pour étudier une maladie des yeux qui y était endémique, n'ait pas cherché s'il y avait un rapport entre cette affection et *cette blancheur fatigante de la craie?* C'est là que mène la préoccupation d'idées théoriques.

F. M. Hübner (2), chirurgien général, a observé une de ces épidémies dans un régiment prussien. Parmi les causes de la maladie, il cite « la fréquence des exercices et des parades sur un terrain sablonneux, sans ombre et éblouissant où, en outre, les yeux étaient exposés à la réflexion du soleil sur la surface du Rhin. »

(1) Dict. de méd., ou Rép. gén. des sciences méd., t. xv, 1837, p. 118.

(2) Rec. des mém. de méd., de chir. et de pharm. milit., 1834, vol. xxxvi, p. 76.

(3) Ce travail était terminé quand nous avons lu une note, qui nous avait échappé, sur une héméralopie épidémique observée par M. Fleury, chirurgien-major de la marine. Ce médecin a déjà prouvé que, dans les pays chauds, la cécité nocturne est due à l'action de la lumière solaire. (Voy. Gaz. Méd. de Paris, 1840, n° 4.)

(1) Méd. nav., t. ii, p. 70.

(2) Mackensie, ouvr. cit.

---

un conduit susceptible de retenir à volonté les urines un orifice ayant l'inappréciable avantage de leur offrir une issue perpétuelle. Peut-être objectera-t-on que c'est là précisément l'état contre lequel elle était venue demander un remède à la médecine. Mais qu'importe une considération si vulgaire à l'auteur de l'invention proposée? N'est-ce pas lui qui, à une autre époque, proposait, exécutait et défendait très sérieusement l'amputation du cervelet comme moyen de traitement d'un encéphalocèle?

Le nouveau plan opératoire, que nous nous plaisons à raconter sans aucune altération, tel que son auteur l'a proposé, appartient à M. Velpeau (1). Nous sommes heureux de constater ici sa priorité pour un procédé qui ne nous a point paru avoir suffisamment fixé l'attention de l'Académie; et nous ne désespérons pas tout à fait d'apprendre un premier jour qu'il a été essayé par son inventeur sur la femme vivante.

— Assurément, on ne nous accusera pas de méconnaître l'importance des services que l'analyse microscopique rend chaque jour à la science, pour la classification des tissus normaux et pour le diagnostic des produits morbides. Nous avons aussi la plus entière confiance dans l'autorité de M. Mandl en pareille matière, et nous professons un respect égal pour les assertions de M. Lebert. Voici cependant un fait récent, un fait accompli en public, qui pourrait bien compromettre l'autocratie du microscope et faire défavorablement ouvrir plus d'un *œil nu* sur la légalité des arrêts qu'il a la prétention de rendre en dernier ressort. A l'une des dernières séances d'une société savante, peu connue, mais qui fait tous les jours de louables efforts pour l'être davantage, un chirurgien des hôpitaux présente une tumeur du sein extirpée par lui. On parle d'examiner le tissu au microscope; et aussitôt, au lieu d'un micrographe, il s'en présente deux. Double contrôle, dit-on, double garantie, et on les laisse se charger chacun d'une part de la besogne. Or qu'arriva-t-il? Dès la séance suivante, nos deux analystes firent connaître le résultat de leurs opérations. Dissidence radicale et complète entre les deux descriptions: là des lobules et des fibres, ici des cellules et des noyaux; là tous les caractères de la dégénérescence cancéreuse, ici absence totale de ces caractères. Mais voici le moins prévu: sur un point cependant les deux investigateurs se trouvaient d'accord; tous deux avaient bien clairement reconnu et déclaraient positivement avoir constaté dans la tumeur le *tissu de la glande mammaire*. Sous un point de vue donc, la science micrologique demeurait inattaquable, et la société se félicitait déjà de cet accord, quoique partiel, lorsqu'un membre se leva: c'était l'opérateur lui-même; il déclara, au milieu de l'attente générale.... « que la tumeur enlevée par lui était complètement *enkystée* et partant distincte de la glande mammaire! »

Ceci n'empêche pas que la micrographie ne soit une des merveilles du siècle, traitée partout avec les honneurs qu'elle mérite. Témoin M. le docteur Donné, qui vient de faire paraître ses leçons de microscopie avec un luxe de typogra-

(1) La Gazette des hôpitaux, qui rapporte le discours de M. Velpeau avec une fidélité scrupuleuse pour tout le reste, a passé complètement sous silence cette proposition de l'honorable académicien. — Cette réticence a-t-elle été demandée dans les intérêts du journal ou dans ceux de l'orateur?

G. Les différentes épidémies qu'on a observées dans les villes de l'est de la France, Strasbourg, Schelestadt, Besançon, Toul, etc., ont constamment régné au printemps par un beau temps soutenu. Un grand nombre de soldats du régiment auquel je suis attaché ont été affectés de la maladie pendant leur séjour à Besançon, au printemps de 1842. Cette saison s'était établie subitement et le temps fut magnifique.

En 1843, un bataillon a séjourné à Vissembourg, du mois de janvier jusque vers la fin du mois de mai. Près de 70 soldats furent affectés de cécité nocturne; le printemps fut des plus beaux, le soleil fut vif et le ciel presque toujours serein : j'ai moi-même souffert de céphalalgie, résultant d'un coup de soleil que j'ai reçu le 1er mai à une revue de la troupe. Nous faisons observer ici que dans l'est de la France, à Strasbourg principalement, le printemps est extrêmement variable; tantôt, pendant les mois de mars, d'avril et de mai, le temps est souvent à la neige et à la pluie; tantôt la saison ne devient belle qu'après des alternatives prolongées de beaux et de mauvais jours; d'autres fois, mais rarement, le printemps s'établit d'une manière brusque, sans transition; or, nous croyons que dans cette sorte de saison seulement se développe l'héméralopie; c'est ce qui résulte d'abord de notre propre expérience; de plus, différens passages du rapport de Chamseru sur le travail de Dupont ne laissent aucun doute sur cette affection.

En résumé : l'héméralopie s'observe : 1° dans les pays chauds, en Egypte, dans les Indes, etc., principalement pendant la navigation sous les tropiques, parce qu'alors l'absence de l'ombrage expose les yeux à tout l'éclat du soleil, réfléchi encore par la surface des ponts; 2° dans les pays tempérés, au printemps, quand à un hiver pluvieux succède brusquement une saison brillante qui se maintient longtemps, ou bien quand la vue est fatiguée par une reverbération due, soit à la composition du sol, soit à une couche de neige resplendissante.

§ II. — L'humidité joue-t-elle quelque rôle dans la production de la cécité nocturne? Si tous les praticiens se prononcent à peu près pour l'affirmative, leur opinion est plutôt basée sur les mémoires de Chamseru que sur leur propre observation. Or, Chamseru a négligé complètement d'étudier l'effet que peut avoir sur la vue la coloration du sol. N'ayant en physique que les connaissances bornées de son époque, l'auteur admet l'influence de l'humidité, en raison de la subtilité des vapeurs. Un des auteurs du DICTIONNAIRE ABRÉGÉ DES SCIENCES MÉDICALES a écrit avec justesse les lignes suivantes : « On s'expose très souvent à ces causes (humidité, air froid) sans qu'elles produisent la maladie qu'on attribue à leur action, et beaucoup de lieux ont une situation semblable à celle des villages de St-Martin, Follainville, sans être frappés de l'épidémie. »

Nous demanderons de notre côté pourquoi l'héméralopie ne se montre pas dans les étés pluvieux? pourquoi surtout est-elle si rare en automne, époque aussi humide que le printemps? pourquoi voit-on la fin des épidémies coïncider avec le commencement des pluies? Chamseru lui-même a fait cette remarque : « Dès que les pluies reviennent dans le cours de juin ou au commencement de juillet, la nyctalopie (1) guérit d'elle-même. » Quel serait donc l'effet de la vapeur aqueuse sur l'œil? Pour peu qu'on réfléchisse, l'influence de l'humidité ne soutient pas l'examen.

Quelques auteurs, arguant de l'intermittence de l'héméralopie, la rapprochent des fièvres larvées; nous verrons plus loin que cette opinion n'a pas le moindre fondement.

Quant à l'influence du froid, nous la nions encore, parce que l'héméralopie ne règne pas en hiver et que nous ne voyons du reste aucun rapport entre cette affection et une diminution du calorique. Peut-on supposer que les humeurs de l'œil, raréfiées toute la journée par les rayons du soleil, se condensent par suite de la fraîcheur de la nuit? Et d'abord, dans les villages de St-Martin, Follainville, l'épidémie durait jusqu'au mois de juin; est-ce qu'à quinze lieues de Paris les soirées sont fraîches toutes les années jusqu'en plein été? De plus, un refroidissement nocturne tant soit peu marqué ne coïncide pas avec le coucher du soleil : c'est vers le matin que, dans les printemps observés à Strasbourg, la température peut baisser d'une manière notable. Pourquoi donc l'héméralopie apparaît-elle avec les premières ombres de la nuit? Une différence de quelques degrés de chaleur amènerait une condensation des humeurs du globe oculaire, qui paraît cependant bien à l'abri au fond de l'orbite, enveloppé qu'il est par des muscles et du tissu cellulaire! Pourquoi les malades n'éprouveraient-ils pas une sensation de froid à l'œil? Du reste, il suffit de dire qu'aucun changement n'a été constaté dans les humeurs de cet organe. Pas plus que l'humidité, le refroidissement nocturne ne joue un rôle dans la pathogénie de l'héméralopie.

§ III. — Toutes les circonstances qu'on regarde généralement comme prédisposant à l'héméralopie agissent en favorisant l'exposition des yeux à l'éclat d'une vive lumière.

Le printemps. — Presque toutes les épidémies de cécité nocturne observées en France ont régné dans cette saison de l'année. Nous croyons n'être contredit par personne en disant que l'œil supporte plus difficilement les rayons du soleil pendant les mois de mars, d'avril et de mai que pendant les mois suivans. Quant à moi, j'ai fait maintes fois cette remarque dans mes promenades. Il doit du reste en être ainsi : dans nos hivers, qui sont en grande partie pluvieux, la lumière atmosphérique est le plus souvent tempérée. Quand le printemps s'établit brusquement, le soleil devient de jour en jour plus vif; pas d'ombrage pour se garantir contre ses rayons qui, réfléchis par un sol dépourvu de verdure, atteignent partout les yeux et les fatiguent par une clarté incessante. C'est donc le passage en quelque sorte subit de l'atmosphère terne et brumeuse de l'hiver à une lumière resplendissante qui prédispose à l'héméralopie. M. Hübner a fait une remarque analogue pour l'épidémie qu'il a observée parmi les soldats prussiens : une des causes qu'il mentionne, c'est « l'obscurité extrême de leurs chambres qui rendait leurs yeux plus sensibles. » (Mackensie, ouvr. cité.)

L'automne. — La cécité nocturne ne se présente que rarement dans cette saison, pendant laquelle l'épidémie a peu de durée. C'est ce qui ressort du travail de Chamseru sur les endémies qu'il a étudiées. Pourquoi les habitans de St-Martin, de Follainville et de Guernes étaient ils débarrassés de cette maladie en été pour la voir reparaître en automne? C'est que les yeux, protégés par l'ombrage contre la réverbération des montagnes crayeuses, cessaient de l'être après la chute des feuilles.

Habituée à la lumière pendant l'été, la vue est moins sensible en automne; de plus, l'ombrage ne disparaît que graduellement, en même temps que le soleil devient tous les jours plus pâle. Toutes ces circonstances expliquent parfaitement le peu de durée et de généralisation de la

(1) Par *nyctalopie*, Chamseru entend la cécité nocturne.

phie et de gravures dignes de l'importance de la matière et du talent de l'auteur (1).

(1) COURS DE MICROSCOPIE COMPLÉMENTAIRE DES ÉTUDES MÉDICALES, ANATOMIE MICROSCOPIQUE ET PHYSIOLOGIE DES FLUIDES DE L'ÉCONOMIE. — ATLAS exécuté d'après nature *au microscope-daguerréotype*; par AL. DONNÉ, docteur en médecine, ex-chef de clinique de la Faculté de Paris, professeur particulier de microscopie, etc., et LÉON FOUCAULT. — Atlas de 20 planches in-folio, contenant 80 figures gravées avec le plus grand soin.

Ce bel ouvrage est publié en quatre livraisons, chacune de 5 planches, avec un texte descriptif. Deux livraisons sont en vente : Prix de chacune : 7 fr. 50 c.

C'est pour la première fois que les auteurs, ne voulant se fier ni à leur propre main, ni à celle d'un dessinateur, ont eu la pensée d'appliquer la merveilleuse découverte du daguerréotype à la représentation des sujets scientifiques; c'est un avantage qui sera apprécié des observateurs que celui d'avoir pu reproduire les objets tels qu'ils se trouvent disséminés dans le champ microscopique, au lieu de se borner au choix de quelques échantillons, comme on le fait généralement; car, dans cet ouvrage, tout est reproduit avec une fidélité rigoureuse inconnue jusqu'ici, au moyen des procédés photographiques.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

FÊTE MÉDICALE JUBILAIRE POUR L'ANNÉE 1850 (1).

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Messieurs,

Le plus grand service que notre école puisse rendre à la république médicale, c'est de proclamer ce qu'elle a fait dans l'espace de sept ou huit cents ans pour répondre à l'appel de notre maître Hippocrate, c'est-à-dire d'apporter le résultat de ses recherches sur la nature humaine. Elle a travaillé avant et autant que les autres écoles sur les élémens matériels de cette nature; mais il n'en est aucune qui en ait étudié les élémens invisibles avec autant de constance, de labeur, et de succès. Comme l'art salutaire ne mérite ce nom que lorsqu'il est vivifié par la connaissance de tout le dynamisme humain, un objet essentiel de notre solennité doit être de professer la nécessité d'une recherche exacte de toutes les relations qui existent entre les faits visibles et tangibles, et les causes métaphysiques d'où ils proviennent. Ce rapport de causalité est propre à tout anoblir. Cette heureuse idée n'est pas de moi; elle appartient à l'auteur du CARMEN SECULARE. Les prières qu'il fait pour l'art salutaire ne sont point adressées à Escu-

(1) Discours d'ouverture du cours de physiologie, fait à la Faculté de médecine de Montpellier, dans l'année scolaire 1844-45; par M. le professeur Lordat.

cécité nocturne, en automne, fait que nous avons vérifié au mois de septembre pendant les opérations militaires *dites* de la Moselle. Deux bataillons de notre régiment ont quitté Strasbourg à la fin du mois d'août pour aller camper à Sailly près Metz; on sait que l'été a été extrêmement pluvieux, au point que les opérations militaires ont dû être ajournées à plusieurs reprises. Dès notre arrivée au camp, le temps fut magnifique et se soutint pendant tout le mois de septembre. Comme les tentes furent dressées au milieu de champs *dépourvus de leurs récoltes*, nous nous trouvâmes dans les circonstances qui font du printemps une cause prédisposante à l'héméralopie, et dont nous avons déjà parlé : aussi, dans plusieurs régimens, l'héméralopie fut-elle observée, mais ne se maintint que peu de temps.

Professions. *L'état militaire*. — Il est à remarquer que, dans les mêmes villes dans lesquelles les chirurgiens militaires ont l'habitude d'observer l'héméralopie, celle-ci est à peine connue des praticiens civils. M. Poullain (Gaz. Méd. de Paris, 1832) a vu plus de 100 soldats frappés de cette maladie à Belfort, et aucun habitant ne fut atteint. Pendant que 70 hommes devinrent héméralopes à Vissembourg, l'épidémie épargna complètement la population civile. La cause de la cécité nocturne ne pouvait pas tenir au casernement, puisque le quartier se trouve entre la ville et le faubourg. De plus, deux escadrons de cuirassiers occupaient un bâtiment qui donnait, avec le nôtre, dans une cour commune, et cependant aucun de ces militaires ne fut atteint. Nos soldats montaient la garde sur la place qui se trouve au centre de la ville, ainsi qu'aux portes. Le tour de chacun ne revenait que tous les huit jours à peu près. Si la maladie avait eu pour cause quelque principe mêlé à l'air, je ne vois pas en vertu de quel privilége les habitans de la ville, ainsi que les cuirassiers, auraient été épargnés. Comment l'état militaire peut-il donc prédisposer à la cécité nocturne? En hiver, le soldat se tient renfermé pour se garantir du froid; à peine quelques promenades militaires, faites seulement par un temps sec, l'appellent elles au dehors. Le printemps arrive; dès le 1er avril, les exercices commencent. Ceux-ci se font habituellement de midi à deux ou trois heures, c'est-à-dire au moment où le soleil est au zénith ou à peu près; les premiers exercices ont pour objet, non pas le maniement des armes, mais tout ce qui est relatif à la position et à la marche. Le soldat, *la tête droite et immobile, couvert seulement d'un bonnet de police*, n'a pas les yeux abrités sous une visière. Les officiers veillent certainement à ce que leurs subordonnés ne souffrent pas trop de l'intensité de la lumière; mais on ne peut pas éviter entièrement cet inconvénient. Les soldats sont divisés en pelotons très nombreux qui, pour ne pas se gêner mutuellement, marchent les uns dans un sens, les autres dans une direction opposée; du reste, le soleil étant à peu près au zénith, ses rayons atteignent les yeux presque de tous les côtés. Nous nous expliquons maintenant pourquoi l'héméralopie est inconnue parmi les habitans de la campagne. Courbé vers la terre, la tête couverte, le cultivateur échappe à l'éclat trop vif de la lumière. Pour le soldat, sa position rectiligne, son immobilité et l'absence de visière à sa coiffure ne lui permettent pas de se soustraire à cet inconvénient.

On a remarqué que, dans les épidémies d'héméralopie, les officiers et les sous-officiers sont ordinairement épargnés. Cette immunité provient de ce que, dans les premiers exercices, les officiers ne sont chargés que de la surveillance; ce sont les sous-officiers qui commandent; tous ceux qui sont gradés peuvent dès-lors, soit en inclinant la tête, soit en se mettant dans telle position qui leur convient, atténuer l'effet de la lumière; le plus souvent même ils portent le schakos, dont la visière petite, mais très inclinée, leur est d'un grand secours.

Il est possible que les factions montées sur de grandes places, vis-à-vis de maisons bien blanchies, ou sur des remparts, au milieu d'un horizon vivement éclairé, prédisposent encore le militaire non gradé à la cécité nocturne, d'autant plus qu'il reste au soleil pendant deux heures, en sortant d'un corps-de-garde habituellement sombre.

Pour les marins, nous avons déjà vu ce qui les expose à une insolation forte; ajoutons qu'ils ne jouissent guère du bénéfice de l'ombrage (1).

Ceux qui douteraient encore de l'influence de l'insolation sur la pathogénie de l'héméralopie n'ont qu'à lire ce que dit Chamseru lui-même sur les professions qui prédisposaient à cette maladie dans les trois villages où il l'a observée. « Je me suis assuré, dit-il, que les jeunes sujets ne commencent à s'en ressentir que vers l'âge de 12 ans, lorsqu'ils étaient une première fois appelés aux travaux des champs avec des sujets plus âgés... J'ai vu tel père de famille qui, ayant été annuellement nyctalope, a cessé de l'être ou l'est devenu plus faiblement, dès qu'étant suppléé dans les occupations rurales il a pu mener une vie plus retirée..... Si les habitans sont dispensés des travaux de la campagne par l'âge ou par quelque autre circonstance, ils cessent d'être nyctalopes. »

Nature de la maladie. — L'héméralopie étant une affection intermittente est-elle une variété de fièvre larvée? On pourrait dire qu'une insolation énergique, succédant à une saison pluvieuse, donne lieu à une évaporation de principes délétères provenant de la putréfaction des végétaux. S'il en était ainsi, l'héméralopie devrait régner en même temps que les fièvres intermittentes; c'est ce qui n'a pas eu lieu à Vissembourg. M. le docteur Wéling, qui pratique depuis plus de vingt ans dans cette ville, m'a affirmé que les fièvres intermittentes y sont extrêmement rares. Nous demanderons encore une fois pourquoi cette affinité particulière des miasmes paludéens pour les yeux du soldat? pourquoi, contrairement aux fièvres larvées qui se déclarent par cas isolés, l'héméralopie règne-t-elle épidémiquement? pourquoi ce type quotidien constant? pourquoi la cécité nocturne est-elle si rare en automne, saison des fièvres intermittentes? Ajoutons que le sulfate de quinine est impuissant contre cette maladie. Je sais bien qu'il y a quelques auteurs qui ont préconisé cette médication; mais il leur est impossible de l'appuyer sur des faits. M. Jobit a émis cette opinion; nous renvoyons cet auteur à ce qu'il dit lui même vers la fin de son travail, que, dans une traversée, il a employé *toutes les médications possibles* contre l'héméralopie, sans pouvoir la combattre. Les matelots se sont guéris eux-mêmes au moyen de vapeur de foie bouilli, employée en fumigations sur les yeux. M. Deconihont a guéri ses malades avec un collyre dans lequel entrait du sulfate de quinine; ce médicament a-t-il agi en vertu de ses propriétés fébrifuges ou à l'instar des fumigations excitantes? Voici quelques observations ajoutées à la fin du travail de M. Deconihout par le rédacteur du Recueil de médecine militaire : « Le quinquina et le sulfate de quinine, administrés à l'intérieur, ne réussissent pas, ainsi que l'ont constaté plusieurs prati-

(1) Si les officiers de marine seuls sont épargnés pendant les épidémies d'héméralopie, c'est qu'ils sont bien moins exposés à l'action du soleil que les matelots. (Voy. le travail de M. Fleury, Gaz. Méd., 1840, n° 4.)

---

lape, qui est l'emblême des faits concrets et le modèle du métier, mais bien à son père, qui était l'auteur de la science et de l'art qui en découle, comme il était le chef de toutes les muses, *acceptusque novem camœnis*.

Les fêtes que je propose doivent être séparées par de grandes distances.

Je n'entends certainement point méconnaître l'utilité des réunions cérémonieuses académiques, telles que les séances publiques annuelles et les éloges prononcés, soit sur la tombe du héros, soit dans une assemblée, soit dans l'inauguration de ses images. Ces institutions ont été sans doute imaginées d'après des intentions pareilles à celles que j'exprime. Mais elles sont loin d'atteindre le but. Les comptes-rendus des rentrées solennelles ne peuvent énoncer que les acquisitions de l'année précédente : or, ces acquisitions sont toujours des infiniment petits, parce que, dans l'état actuel de la civilisation, les progrès dans la région des sciences abstraites sont inappréciables. Il en arrive qu'elles sont négligées, oubliées. Cependant, après un grand nombre d'années, les différentielles forment une quantité assignable, et notre intérêt, comme celui de la science, est que l'intégrale en soit déterminée.

Les panégyriques médicaux sont rarement instructifs. Les bienséances du genre exigent que tout soit pour le défunt, et que la science lui prête sa considération, lorsqu'elle ne lui doit aucune reconnaissance.

On ne veut pas que l'orateur distingue les qualités personnelles du héros d'avec les services que nous pouvions attendre de lui. Les élèves qui n'ont reçu d'autre instruction que celle qu'il leur a donnée prétendent que le monde médical le pleure comme eux, quoique ce monde ne lui doive pas la moindre vérité nouvelle.

Les éloges solennels n'ont pas seulement le défaut de manquer de véritable instruction, mais encore ils ont celui de favoriser un vice nuisible : je veux parler de ce que l'illustre Anne-Marie Schurmann appelait l'*idolâtrie littéraire*, c'est-à-dire une telle admiration pour un auteur que l'adorateur en devient l'apôtre et le champion envers et contre tous. Ce fanatisme fut assez épidémique, il y a cent ans, pour qu'un érudit Allemand, J.-Christophe Kœcher, ait fait un savant livre (1) pour le combattre; mais ce temps d'indifférence et d'inconstance nous préserve aujourd'hui de cette manie, et nous risquons de tomber dans le défaut de cet auteur, qui voudrait presque proscrire toute admiration, toute prédilection. Cependant il est vrai que certaines célébrités se conservent sans examen, sans conviction, sur la parole de quelques panégyristes, et que des novices s'y prennent s'ils n'ont pas été avertis.

Les prix décennaux de l'empire valaient bien mieux que des comparaisons annuelles. Mais, comme il s'agissait de distribuer des récompenses à des vivans, la justice n'a pas toujours su se défendre de l'acception des personnes, et l'intérêt des individus a quelquefois été préféré à celui de la science.

Des intervalles tels que ceux des jubilés et des jeux séculaires font mieux reconnaître la vraie marche scientifique d'un grand établissement didactique. Alors les comptes-rendus du passé prennent la gravité et la certitude de l'histoire. Les œuvres et les cendres froides de leurs auteurs, disposées dans des compartimens généraux, sont appréciées conformément à la vérité, parce que c'est la postérité qui les juge.

(1) De idolatria litteraria, lib. singularis. Hanoveræ, 1738.

ciens et comme j'ai pu le vérifier dernièrement encore à Strasbourg. » Toutes ces circonstances réunies prouvent que la cécité nocturne n'est pas produite par l'intoxication paludéenne; ce qui est encore confirmé par notre observation au régiment. Après avoir souffert de l'héméralopie pendant le printemps de 1843, le bataillon partit de Wissembourg pour aller occuper la citadelle de Strasbourg; dans ce nouveau séjour, les fièvres intermittentes furent la maladie dominante, et cependant il n'est pas venu à ma connaissance que des cas de cécité nocturne se soient présentés pendant l'automne de 1843 et pendant le printemps de 1844. Nous quittons la citadelle de Strasbourg pour aller au camp, et l'épidémie reparait. Cette affection ne se rapproche donc pas des fièvres intermittentes (1).

Sur quoi nous fonderons-nous pour en connaître la nature? Et d'abord, quelles sont les lésions que présente l'œil? Une seule fois on a étudié l'état anatomique des parties internes de cet organe, et on n'a trouvé qu'une injection des vaisseaux du fond de l'orbite; cette observation ne peut pas être prise en grande considération, puisque le malade a été enlevé par une de ces fièvres graves à la suite desquelles on découvre des lésions variées.

La cécité dépend-elle de changemens survenus dans l'iris? Cela n'est pas probable; la dilatation de la pupille pendant la nuit ne peut que favoriser la vision, en permettant au petit nombre de rayons lumineux qui sont dans l'atmosphère de pénétrer dans le fond de l'œil. Du reste, les mouvemens de l'iris, variant suivant la sensibilité de la rétine, c'est une lésion de cette dernière membrane qui paraît entraîner la dilatation de la pupille.

La cécité survenant à la suite d'une action vive de la lumière est un fait souvent observé; nous lisons dans le TRAITÉ D'HYGIÈNE de M. Lévy :

« Une lumière éclatante irrite l'appareil oculaire, affaiblit la vue et finit par l'abolir; ces effets peuvent être occasionnés subitement par la brusque impression d'une lumière éblouissante et fugitive, comme les éclairs d'un orage de nuit, la flamme d'un incendie, et ils varient depuis l'éblouissement jusqu'à la cécité absolue. »

L'héméralopie s'accompagne quelquefois de nausées, de vomissemens, de céphalalgie et peut-être d'engourdissement des membres; nous trouvons l'explication de ces phénomènes dans les rapports qui existent entre la rétine et le cerveau, entre ce dernier et l'estomac. Nous lisons encore dans l'ouvrage de M. Lévy : « M. Edwards admet que la lumière, en frappant les yeux, agit indirectement sur le reste de l'économie : on n'en peut nier au moins l'influence sur les centres nerveux, dans lesquels elle détermine une excitation passagère. »

En 1819, des soldats suisses, en garnison à Lyon, manœuvraient par un soleil ardent; un grand nombre furent pris d'héméralopie accompagnée de divers symptômes, tels que nausées, vomissemens, etc.

Il nous reste à expliquer pourquoi la cécité n'existe que durant la nuit; jusqu'ici on a cru que l'héméralopie était produite par une cause qui agissait à l'entrée de la nuit (le refroidissement nocturne, par exemple), tandis que, suivant nous, la suspension de la fonction visuelle est produite par un agent qui a exercé son influence durant le jour même. Nous croyons que l'héméralopie peut être rapprochée d'autres phénomènes physiologiques et pathologiques.

1° Quand on passe d'une atmosphère très éclairée dans un lieu obscur, on ne distingue pendant les premiers instans aucun objet.

2° Quand on reste longtemps dans une obscurité profonde, on perd la faculté de voir quand on est rendu à la lumière. Boyer (1) raconte qu'un Anglais ne put, pendant un mois, supporter l'éclat du jour, parce qu'il avait été enfermé dans un cachot obscur. Larrey rapporte un fait analogue : une personne emprisonnée aussi pendant un laps de temps considérable fut frappée de cécité *diurne*, quand elle fut rendue à la liberté.

Ces accidens prouvent que la vision peut être troublée quand on séjourne successivement dans deux atmosphères éclairées à un degré très différent; c'est ce qui a lieu pendant les épidémies d'héméralopie; insolation énergique le jour, cécité durant la nuit.

TRAITEMENT. — *A. Préservatif.* Nous dirons en peu de mots qu'il faut soustraire les yeux à l'éclat d'une trop vive lumière. Quand l'héméralopie est endémique quelque part, comme à St-Martin, ne pourrait-on pas établir des plantations de sapins ou d'arbres analogues dont la verdure persiste pendant l'hiver, et qui repose agréablement la vue au printemps? Il serait curieux de savoir ce que sont devenues aujourd'hui les endémies observées par Chamseru, qui remarquait avec plaisir, au mois de juin 1786, *ces plants de culture agréablement variés, et que le besoin de l'industrie s'efforçait de multiplier.*

Dans les régimens, on substitue actuellement la casquette au bonnet de police; il est à désirer que la visière soit assez inclinée et assez grande pour protéger efficacement les yeux. Nous ajouterons qu'il faut empêcher les exercices du printemps en face de bâtimens à couleur claire, éviter, s'il est possible, le même inconvénient pour les factions, diminuer l'obscurité des corps-de-garde; en un mot, chaque fois qu'il se présente une épidémie d'héméralopie, rechercher d'où vient l'action d'une trop vive lumière sur les yeux et y porter remède.

B. Traitement curatif. Quand la cécité nocturne fut encore peu connue, les médecins, effrayés de voir des personnes devenir subitement aveugles, les soumirent à des traitemens très énergiques. Les vomitifs, les purgatifs, les saignées, les vésicatoires, les collyres irritans. toutes ces médications, souvent combinées, furent appliquées à forte dose. Il nous est impossible d'assigner sa valeur à chacune d'elles, parce que, manquant de données nécessaires, nous ne pouvons pas savoir si les guérisons ont été ou spontanées ou le résultat de la thérapeutique. Nous croyons pouvoir dire que les excitans portés directement sur l'œil doivent être dirigés contre cette affection. Celse vantait déjà les fumigations sur l'œil de vapeur de foie bouilli. Cette médication fut expérimentée par Dupont, par M. Johit, et l'efficacité n'en peut pas être mise en doute, après les détails dans lesquels entrent ces auteurs.

Scarpa exposait les yeux aux vapeurs ammoniacales.

(1) Il est possible que, dans quelques cas exceptionnels, l'héméralopie soit une affection paludéenne; on sait que les fièvres larvées peuvent affecter toutes les formes; mais ce n'est plus la l'héméralopie proprement dite.

(1) TRAITÉ DES MAL. CHIRURG., 2e édit., t. v, p. 485.

Une école qui est animée d'un esprit, qui vise à un but, dont les tendances sont unitaires, est intéressée à ce que les travaux de longue main soient exposés dans un rapport historique. Elle fait contraste avec les sociétés académiques qui ne sont que les dépositaires des œuvres isolées des membres et des correspondans, dont chacun a ses intentions. Les comptes-rendus annuels suffisent à celles-ci; celle-là au contraire n'est appréciée que par une longue chaîne de productions. C'est grâce à cette série que les faits les plus infimes acquièrent un grand prix. L'histoire de l'enseignement d'une grande période dans une telle école doit ressembler à une frise pittoresque indéfinie, dont les intersections présentent des compositions complètes, et dont néanmoins les parties constituent un tout; chacune de ces compositions a la qualité essentielle des bons rondeaux, qui, suivant le précepte des critiques, doivent être à la fois clos et ouverts.

Je ne voudrais pourtant pas que cette durée fût d'un siècle; je désirerais que la vie intellectuelle d'un homme pût l'embrasser tout entière, qu'il eût pu contempler le portrait de la précédente, et qu'il fût en état de dessiner lui-même celle dont il a été témoin. Je préfère donc l'intervalle des jubilés à celui des jeux séculaires. Il me semble que l'identité de l'objet transmissible est plus certaine lorsqu'un même témoin atteste les deux transmissions successives.

L'intervalle pentécostaire du jubilé des Hébreux serait donc plus conforme à mes vœux que la période séculaire.

Vous pourriez croire, Messieurs, que ma proposition n'est qu'une suggestion analogique tirée de l'ordre politique et transportée à l'ordre anthropologique. Sans que je veuille nier cette source de mes idées, je dois vous dire que la première impulsion que j'ai reçue est partie des effets de la solennité qui eut lieu dans cette Faculté, et dans cette même enceinte, en 1800, à l'occasion de l'inauguration du buste antique d'Hippocrate. Le public, étranger à l'histoire intrinsèque de notre science, a pu penser que cette célébration avait été une fête comme une autre, une distraction, un amusement, tout au plus une singularité, un bal brillant dans une école de médecine. Mais les médecins qui ont été en état de suivre l'histoire de notre enseignement ont pu sentir que cet événement avait formé une époque mémorable. J'en appelle à ceux de nos contemporains qui ont eu la même curiosité ou le même intérêt que moi.

En suivant l'histoire de l'Université de médecine de Montpellier, dans les quinze demi-siècles qui composent son âge actuel, j'en ai remarqué un grand nombre qui sont caractérisés par une pensée doctrinale, ou nouvellement élaborée, ou récemment mise en relief. Je n'ai pas le temps de vous en donner la preuve.

La dernière cinquantaine du dernier siècle a été caractérisée par les travaux de Barthez, qui ont rendu évidente la duplicité du dynamisme humain aperçue par Hippocrate, qui ont renversé l'animisme de Stahl, qui ont formulé avec exactitude les lois de la force vitale, qui ont donné des bases à la thérapeutique; enfin, qui ont appliqué rigoureusement, pour la première fois, la philosophie Baconienne à la science de l'homme.

A chaque demi-siècle, l'école aurait donc pu jeter avec satisfaction un coup-d'œil rétrospectif sur sa route, et se persuader qu'à tout instant elle était moins loin de son but. Elle n'aurait pas songé à faire la halte dont je parle, et qui lui aurait donné de plus vives forces. Mais des événemens ont pu le lui apprendre.

M. Deconihout s'est bien trouvé de l'emploi d'un collyre dont l'ingrédient était le sulfate de quinine.

Nous extrayons d'un rapport, que nous avons adressé en 1843 au conseil de santé des armées, les lignes suivantes : « J'ai soumis un grand nombre de mes malades aux fumigations de foie de bœuf, traitement qui m'a donné de bons résultats. Quelques héméralopes, malades depuis quinze jours, ont éprouvé une amélioration notable, immédiatement le soir, après les premières fumigations. *Celles-ci donnaient en général lieu à un larmoiement abondant.* »

D'antres malades furent soumis aux lotions faites sur les yeux avec de l'eau froide ; plusieurs ont été guéris, principalement ceux qui en ont fait tomber des gouttes sur l'œil, les paupières étant écartées, de manière à éprouver une vive douleur. L'un d'eux s'avisa de se laver les yeux avec de l'urine, ce qui donna lieu à une sensation très douloureuse, mais amena une amélioration notable et immédiate (1). Un autre m'a dit avoir mis quelques molécules de poudre de tabac à priser dans l'œil et avoir été guéri instantanément.

Il est toujours nécessaire de tenir les malades à l'abri de la lumière, en leur faisant porter des garde-vues ou des lunettes à verres colorés.

La plupart des héméralopes, dit M. Bégin (2), guérissent spontanément par le fait seul du séjour au lit dans des appartemens clos, à l'abri des modificateurs du dehors.

Les médications énergiques ne nous paraissent devoir être employées que quand la maladie a retenti sur le cerveau et sur l'estomac. « La saignée générale, a dit encore M. Bégin, ne convient que dans les cas de pléthore. Les évacuans ne sont favorables que lorsque la langue est pâle, jaune on limoneuse, sans chaleur à la peau. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *De l'éclectisme expérimental en médecine*; par M. Reveillé-Parise. 2° *Essai sur les névroses des nerfs ganglionnaires*; par M. Mérat. 3° *Observation d'esthiomène scrofuleux grave, guéri*; par M. Gibert. (Guérison par l'huile de foie de morue, administrée à l'intérieur à la dose de 30 grammes par jour, et à l'extérieur en onctions sur les surfaces malades.) 4° *Des ruptures des kystes ovariques*; par M. Camus. 5° *De l'emploi des stimulans dans certaines diarrhées aiguës*; par M. Socquet. 6° *Note sur les causes de la lassitude et de l'anhélation dans les ascensions sur les montagnes les plus élevées*; par M. Brachet. (Nous avons déjà fait connaître ce travail, GAZ. MÉD., 1843, p. 708.) 7° *Note sur un cas de mort subite dans une attaque d'épilepsie*; par M. Blandet. 8° *De la médecine de La Trappe*. 9° *Maladies de l'Algérie*; par M. Muce. 10° *Diagnostic des anévrismes des grosses artères*; par M. Gendrin. (Première partie.) 11° *Observation sur une tympanite chronique avec ulcérations intestinales nombreuses et spéciales*; recueillie dans le service de M. Delasiauve, par M. Cruveilhier, interne.

ESSAI SUR LES NÉVROSES DES NERFS GANGLIONNAIRES; par le docteur MÉRAT.

Quelques considérations générales sur le système nerveux, sur les nerfs, sur l'innervation, sur l'affection unique dont cet appareil peut être le siége, la douleur, et sur la pathologie qui lui est spéciale, amènent l'auteur de cette communication à jeter un coup d'œil sur le système des nerfs ganglionnaires en particulier, considérés sous les points de vue de la physiologie et de la pathologie. On sait quelle obscurité règne encore sur tout ce qui concerne l'étude de cet appareil sur lequel on n'a guère émis que des hypothèses bien hasardées ou des erreurs évidentes. Nous voudrions pouvoir suivre avec l'auteur, dans l'échelle organique des animaux, le développement des nerfs ganglionnaires, examiner avec lui si ce système doit être regardé comme le siége de l'instinct de même que l'encéphale est celui de l'intelligence, ce qui a fait appeler le premier *cerveau abdominal* et les différences principales que l'auteur établit entre ces deux systèmes; mais nous laissons de côté ces préliminaires pour arriver à l'idée principale de ce travail qui pourtant est tout hypothétique, comme l'auteur le reconnaît lui-même, savoir : l'existence dans le système nerveux d'un gaz, d'un fluide, d'un agent impondérable pour expliquer l'action des nerfs sur l'économie, action sur laquelle les sciences mécaniques, physiques et chimiques sont réellement muettes. Arrivons avec l'auteur à l'étude de ce gaz ou plutôt de ses effets dans l'appareil ganglionnaire à l'état morbide.

« Quelques sujets, dit-il, affectés de maladies nerveuses, disent sentir un gaz, un air qui monte dans le trajet des ganglions à partir du solaire et qui vient frapper le gosier, le plus souvent la tête où il paraît s'éparpiller; ils disent éprouver un coup qui vient faire comme une explosion, vers ou dans le cerveau, une sorte de commotion électrique; ou dirait une colonne gazeuse qui, de proche en proche, arrive à la région supérieure, avec la promptitude de l'éclair. Le coup ressenti fait parfois tournoyer celui qui l'éprouve, peut même le faire tomber, perdre connaissance, etc. Nous sommes plus à même que qui que ce soit d'affirmer l'existence d'un corps donnant la sensation d'un gaz qui s'élève du plexus solaire vers la tête; car depuis plus de vingt ans nous sommes en proie à des commotions cérébrales qui n'ont d'autre inconvénient que de nous faire craindre des chutes, et qui nous obligent de nous tenir à ce qui se trouve autour de nous, lorsque ces vapeurs qui arrivent toujours inopinément se montrent; ce qui a lieu le plus souvent au printemps et en automne... Cette indisposition est même héréditaire dans la famille, et la mère ainsi que la grande-tante de celui qui écrit ces lignes y furent fort sujettes et l'une et l'autre vécurent plus de 80 ans. »

(1) M. Poullain (ouvr. cit.), énumérant les différens traitemens de l'héméralopie, dit aussi que quelques malades se sont simplement lavé les yeux avec leur urine; et ce moyen, dit l'auteur, tout bizarre qu'il paraisse, leur a réussi aussi bien que les lotions avec de l'eau de vie et les collyres du même genre.

(2) NOUV. ÉLÉM. DE CHIRURG., 1839, t. II, 1re partie, p. 494.

Barthez marchait trop vite pour que les contemporains pussent aller du même pied. Ils le retenaient; mais il finit par les traîner de force : 1789 mit fin à cette violence. Au commencement de la révolution, lorsque les corporations didactiques furent dissoutes, Barthez s'éclipsa et s'occupa principalement de sa conservation. L'école de santé qui fut mise à la place de l'antique Université de médecine de Montpellier se trouva composée d'élémens hétérogènes, dont l'agglomération était incapable de former un ensemble harmonique. L'homme qui, pendant bien des années, avait insufflé un même esprit dans la compagnie, n'était plus présent et laissait à chaque membre toute son individualité. Il en arrivait que les cours étaient disparates. Les professeurs, jaloux de leur indépendance, croyaient user de leur droit en abondant en leur propre sens et en visant à l'originalité. Ils ne savaient pas que la science de l'homme est celle dont les parties ont le plus besoin de concordance, parce qu'elle n'existe qu'aux mêmes conditions que son sujet, c'est-à-dire en vertu de l'unité.

Cette anarchie dura quelques années. L'esprit de liaison scientifique revint en même temps que Napoléon répandit l'esprit d'ordre et de composition dans la France. Mais si nous voulons chercher les causes prochaines de ce retour, je ne crains pas de dire qu'elles ont été dans l'apparition de Barthez et dans la solennité dont il fut l'âme. En 1800, par ordre du premier consul, Barthez, nommé son médecin-consultant, fut obligé de venir prendre place parmi les professeurs de la nouvelle école de médecine. Il fut chargé par ses collègues de faire un discours public pour l'inauguration du buste d'Hippocrate que le chef du gouvernement avait donné à l'école, et qui décore, consacre et presque divinise notre salle des actes, et de présider à toutes les réjouissances de ce grand jour.

Pour que vous ne soyez pas incrédules sur l'influence de cet événement, veuillez faire attention aux circonstances. Il s'agissait d'enseigner dans une corporation didactique l'anthropologie tout entière, dont l'anatomie, la pathologie, la thérapie, la chimie, la physique et la botanique médicales sont des parties. Barthez les avait professées toutes avec une profondeur et un éclat dont on n'avait jamais vu d'exemple. Son esprit éminemment synthétique avait su pénétrer les liens naturels qui devaient unir les parties de la science, conformément à ceux qui forment le *moi* de notre être et aux rapports qui existent entre ce *moi* et le monde extérieur. Ces liens abstraits, mal aperçus par la médiocrité, dissimulés par la malveillance, cachés par la timidité, semblaient prêts à tomber dans l'oubli. Alors le septuagénaire qu'on n'avait pas vu depuis vingt ans, dont l'action directrice avait cessé depuis dix ans, mais dont le nom n'avait fait que croître, apparut dans l'école plus vigoureux, plus imposant, plus puissant que jamais. Les préparatifs de la fête exigèrent un certain temps pendant lequel il demeura à Montpellier. Dans cet intervalle, on put l'écouter non seulement chez lui, mais encore dans les consultations et les actes pour les thèses, qui étaient alors très solennels. On entendit renaître ces paroles doctrinales, élevées, précises, scientifiquement correctes, qui depuis longtemps étaient inaccoutumées ou incongruement employées. Ces accens ravivèrent le feu couvert. Les antagonistes se turent, les railleries des frondeurs furent sans sel, les prudens osèrent parler, et le siècle médical commença sous de meilleurs auspices.

La cérémonie ayant été faite pour Hippocrate, l'orateur entreprit de peindre le *génie* de ce grand homme. Le meilleur moyen de faire ce portrait était de crayonner les traits les plus significatifs de la doctrine médicale. Les règles es-

M. Mérat, comparant le point de départ dans beaucoup de cas de névroses à la commotion qui suit le contact de la torpille, esquisse rapidement les formes principales qu'affectent ces phénomènes morbides dont on ne s'occupe pas assez dans la direction toute matérialiste donnée aujourd'hui aux études médicales ; nous regrettons que les développemens dans lesquels il entre sur ces formes variées et les heureuses indications pratiques qu'il établit ne puissent se reproduire par l'analyse, car l'esquisse rapide que M. Mérat a tracée des idées actuellement admises sur les névroses ganglionnaires offre un intérêt réel et essentiellement pratique.

DES RUPTURES DES KYSTES OVARIQUES; par M. CAMUS.

La rupture d'un kyste ovarique, effectuée dans l'abdomen sans que la mort en résulte, est un fait qui, quoique n'étant pas nouveau dans la science, présente toujours quelque intérêt. Voici les principales circonstances de celui que M. Camus vient de présenter à la Société de médecine de Paris.

OBS. — M. Camus donnait des soins à une femme de 45 ans, affectée depuis deux ans et demi d'un kyste ovarique. Les purgatifs, les diurétiques, l'iodure de potassium, la compression avaient échoué. La malade était, du reste, dans un état très supportable, lorsque, le 17 janvier 1844, la tumeur devint le siége de douleurs vives s'accompagnant de courbature, de frissons et d'un peu de fièvre. (Saignée.)

Le 18, trois heures après s'être mise au lit, la malade fut subitement prise de douleurs vives dans le ventre, de frissons prolongés, d'envies de vomir, de vomissemens et d'une très très grande agitation. Pouls petit, concentré, à 120; coliques; figure anxieuse comme dans les péritonites les plus graves.

En examinant l'abdomen, M. Camus reconnut avec surprise qu'il n'avait plus la même forme que deux jours auparavant; la saillie médiane n'existait plus; il était aplati dans ce point. Le ventre avait gagné en largeur ce qu'il venait de perdre en saillie. La percussion pratiquée avec soin donnait un son clair sur la ligne médiane vers l'ombilic, là où on n'avait jusqu'alors trouvé que de la matité. Sur les côtés au contraire le bruit clair était remplacé par un son mat. L'ondulation du liquide, d'un côté à l'autre, n'avait jamais été plus facile à constater. Ces changemens remarquables étaient évidemment dus à une rupture du kyste et à l'épanchement consécutif de l'eau qu'il renfermait dans la cavité péritonéale. L'hydropisie enkystée était devenue une véritable ascite.

Malgré les craintes que cet accident lui inspira d'abord, M. Camus vit la péritonite se dissiper heureusement au bout de deux ou trois jours. Le 22 et le 23 janvier, les urines rares jusque-là devinrent claires, limpides et d'une abondance telle que la malade remplissait son vase de nuit cinq fois dans les vingt-quatre heures. Pendant ce temps, le ventre perdait 6 à 8 centim. de circonférence tous les jours et devenait de plus en plus souple.

Le 1er février, douze jours après la rupture, les urines ayant toujours continué à couler quoique avec un peu moins d'abondance qu'au début, il n'était plus possible de constater la présence d'un liquide dans la cavité péritonéale ; le ventre était revenu à un volume que la malade ne connaissait plus depuis longtemps. Tous les accidens inflammatoires avaient disparu.

Malgré une compression méthodique et les diurétiques, la malade, qui d'abord s'était crue guérie, ne tarda pas à voir la collection de liquide se reproduire. Son ventre avait même acquis un volume plus considérable que la première fois, lorsque, le 17 juillet, une douleur subite, un mouvement extraordinaire que la malade ressentit dans l'abdomen ; phénomènes presque aussitôt suivis de l'affaissement de la saillie médiane et de l'élargissement des régions latérales, l'avertirent que l'épanchement du liquide dans le péritoine, venait de s'opérer une seconde fois. La même série de phénomènes se présenta de nouveau, mais beaucoup moins alarmante. La quantité des urines fut aussi un peu moins considérable. Cependant la résorption du liquide se fit d'une manière complete, quoiqu'un peu plus lente.

Au bout de quatre mois et demi, le kyste s'était rempli derechef, lorsqu'une troisième rupture eut lieu avec moins d'accidens encore que la seconde fois. La crise d'urine fut aussi beaucoup moins abondante; cependant la résorption s'effectua en dix jours.

Naturellement amené par l'observation précédente à rechercher les faits analogues cités dans les auteurs, M. Camus a tiré de leur comparaison quelques conséquences pleines d'intérêt. Sous le rapport de la terminaison qui est survenue, on peut ranger dans quatre catégories les malades chez lesquelles la rupture d'un kyste ovarique s'est faite dans le péritoine. Ainsi,

1° Les unes sont mortes immédiatement, ou peu de jours après la première rupture. Ces cas sont assez nombreux; mais, dans la plupart d'entre eux, l'autopsie a fait reconnaître que les kystes renfermaient, avant de se rompre, un liquide purulent plus ou moins altéré et non la sérosité qu'on y rencontre le plus ordinairement. Cette circonstance rend suffisamment compte de l'issue funeste du mal.

2° D'autres malades, après une ou plusieurs ruptures, sont restées affectées d'une hydropisie ascite. Morgagni cite plusieurs cas de ce genre, les uns observés par lui, d'autres par Bassius, Gutermann et Schecher. Cependant il n'est pas bien démontré que, dans ces observations, l'ascite ne se fût pas développée d'elle-même concurremment avec le kyste ovarique, et antérieurement à la rupture de celui-ci.

3° La plupart des malades ont survécu à une ou plusieurs ruptures, se sont trouvées guéries momentanément, et ont fini par succomber aux effets progressifs de l'hydropisie enkystée. Moriceau (obs. 49), Morgagni, Boyer (MALAD. CHIRUR.) et Bluff (v. THÈSE de M. Cazeaux, 1844) citent des exemples de cette terminaison qui a bien aussi son intérêt, en ce qu'elle montre un grand nombre de ruptures et d'épanchemens péritonéaux, suivis de la résorption du liquide, et s'opérant par conséquent sans atteinte grave à la santé générale.

4° Enfin, une malade, après plusieurs ruptures, a été définitivement guérie de son hydropisie enkystée. Cet exemple unique a été rapporté par M. Bonfils, et a été l'objet d'un rapport de M. A. Bérard à l'Académie de médecine. (Voy. GAZ. MÉD., 1843, p. 746.)

M. Camus se pose ensuite cette question : l'art peut-il quelque chose pour rendre la rupture innocente et pour déterminer par ce procédé la cure des kystes ovariques? D'abord, il ne serait permis d'espérer la guérison et par conséquent d'agir, pour provoquer la rupture, que dans les cas où une ponction préalable aurait appris au chirurgien que la poche contient un liquide séreux et non du pus. Cette réserve importante étant bien établie, M. Camus rappelle le conseil donné par M. Bonfils qui veut que, après avoir pratiqué la ponction du kyste et avant de retirer la canule, on imprime à l'instrument de violens mouvemens en divers sens afin de contondre ou même de déchirer la plaie faite aux parois du kyste. Le but de cette manœuvre est de prévenir l'adhésion des bords de l'ouverture de la poche morbide, afin que le liquide passe continuellement de l'intérieur du kyste dans la cavité péritonéale où il est résorbé. Mais les succès que M. Bonfils dit avoir obtenus de cette manière peuvent-ils s'ex-

---

sentielles de la philosophie ne furent pas oubliées ; la salle des actes fut un temple où étaient inscrites les sentences morales consignées dans les livres du héros.

Il ne s'agissait certainement pas de louer la personne d'Hippocrate, d'en faire la biographie détaillée. Dans l'éloignement de ce personnage, l'homme est devenu indifférent ; son intelligence médicale est la seule chose qui nous occupe. On a voulu mettre en doute l'existence d'Hippocrate, il y a longtemps que ce paradoxe est sans intérêt. La pensée collective renfermée dans les anciens livres attribués à un seul individu, est la seule chose où l'on espère trouver de l'instruction. On n'est plus en peine de savoir qui était la sainte Sophie pour laquelle on a fait la magnifique basilique de Constantinople qui porte ce nom. Sainte Sophie est-elle la *divine sagesse* elle-même, ou est-elle une veuve romaine qui avait trois filles appelées : Foi, Espérance et Charité ? On ne dispute plus sur ce point : nous en faisons de même dans l'histoire de la médecine, et il nous importe peu de savoir si Hippocrate a été un médecin, ou si c'est la science médicale grecque fictivement incarnée. Ce qu'il y avait alors de plus important, c'était de rappeler les principes de la science de l'homme, ou les vérités incontestables de la nature humaine, afin d'être en état de joindre étroitement toutes les parties de l'enseignement, et de repousser par ces raisons convaincantes une multitude de systèmes hypothétiques, physiques, chimiques, solidistes, organiciens, que les novateurs voulaient introduire dans la médecine. L'orateur savait qu'il trouverait dans les livres hippocratiques les idées les plus propres à nous conduire vers ce but. Il n'employa point son temps à coudre des textes littéralement copiés ; il choisit un assortiment de pensées qu'il disposa et qu'il exprima de la manière la plus convenable à la circonstance, pour faire connaître l'esprit général de l'anthropologie entière d'Hippocrate. Si on l'avait chicané sur la traduction libre des passages, il aurait pu répondre comme Voiture répondit à quelqu'un qui lui reprochait d'avoir ajouté beaucoup de belles choses à la harangue d'un ambassadeur étranger adressée à la reine Anne d'Autriche : « S'il n'a pas dit cela, il devait le dire. »

L'auditoire médical applaudit chaleureusement au discours. Toute la ville s'associa aux sentimens des connaisseurs, et les réjouissances générales de cette journée et de la nuit eurent un caractère d'honnêteté, de douce joie, de bonheur, que je n'ai jamais vu à ce degré.

Dans la BIOGRAPHIE UNIVERSELLE de Michaud, MM. Chaussier et Adelon, qui firent l'article de Barthez, censurèrent le discours comme ils censurèrent tous les ouvrages de cet auteur. Dans mon EXPOSITION DE LA DOCTRINE MÉDICALE DE BARTHEZ, je fais allusion à ce jugement, quand, après avoir analysé soigneusement le Discours, je dis : « On m'assure que des médecins n'ont rien trouvé dans ce discours » qui répondît à la réputation d'un pareil orateur. Si cela est, ils ne ressemblent » pas mal à ces prétendus amateurs qui, après avoir examiné les loges du Vatican, demandent qu'on leur montre enfin les ouvrages de Raphael pour les dédommager de tant de barbouillages qui ont blessé leurs regards. » Je suis très sûr que M. Adelon n'accepterait pas aujourd'hui la responsabilité de la censure : il était alors trop jeune pour qu'il ait voulu blâmer un auteur de cette portée, et son esprit éclairé a toujours paru trop juste, trop doux pour coopérer à un dénigrement gratuit. Aussi le trait défensif ne se rapporte qu'à l'anatomiste Chaussier, qui, peu orienté dans la connaissance de la nature humaine et des

pliquer ainsi? Ne doit-on pas plutôt, avec M. Bérard, les attribuer à ce qu'une inflammation adhésive a résulté des frottemens de la pointe de la canule contre la surface interne du kyste, et de ce que les parois enflammées de celui-ci not, en se réunissant, amené l'oblitération de sa cavité? M. Camus admet comme plus logique l'interprétation de M. Bérard. Mais il fait cependant observer que, dans les cas de rupture, le liquide n'étant pas évacué comme après la ponction, reste dans l'abdomen en contact avec l'ouverture du kyste, et que sa présence doit fortement contrarier le succès du travail adhésif sur lequel on compte pour la guérison radicale.

Dans tous les cas, l'innocuité de ces ruptures et la possibilité de la résorption du liquide épanché à leur suite dans la cavité péritonéale sont deux faits dignes d'être pris en très grande considération. Ils doivent désormais faire partie de l'histoire de ces affections, et légitimer plus que jamais l'emploi d'un procédé curatif plus certain et moins dangereux que ceux dont la science est aujourd'hui en possession contre cette redoutable espèce d'hydropisie; nous voulons parler de l'incision sous-cutanée des kystes ovariques, ou, suivant les cas, de leur simple ponction; opérations déjà proposées plusieurs fois par l'auteur de cette méthode.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Mémoire sur la grossesse compliquée d'ascite*; par A. Scarpa; traduit de l'italien, par M. Cabaret. 2° *Dilatations du tube digestif*; par M. Piorry. 3° *De l'hydrocèle*; par MM. Guépratte et Jarjavay. 4° *Plaie grave du cerveau sans lésion de l'intelligence*; par M. Blaquière. 5° *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu et de la Charité* (services de MM. Blandin et Velpeau); par M. Guépratte. 6° *Note pour servir à l'histoire de l'hydramnios*; par M. Godefroy. (Dans le cas d'hydramnios, le ventre n'a pas la forme qu'il présente dans l'ascite, mais bien celle de la grossesse; en outre, la percussion pratiquée en avant ne donne pas, comme dans l'ascite, le son intestinal : ce sont là les meilleurs signes différentiels entre ces deux états morbides.) 7° *Des divers états pathologiques réunis sous la dénomination commune d'amaurose*; par M. Magne. 8° *De l'action du sulfate de quinine sur la rate et d'un nouveau mode d'exploration de cet organe*; par M. Gouraud. 9° *Opération nouvelle pour le varicocèle.* (Cette opération, faite par M. Velpeau, est la rescision de la bourse du côté malade. On espere ainsi, en raccourcissant l'enveloppe, maintenir le testicule relevé. Mais le scrotum n'a pas tardé, ainsi que du reste on devait s'y attendre, à regagner après l'opération un excès de longueur anormal.) 10° *De l'indication et de la formule de la saignée générale dans les maladies aiguës*; par M. Gouraud père. 11° *Topographie médicale du navire*; par M. Guépratte.

MÉMOIRE SUR LA GROSSESSE COMPLIQUÉE D'ASCITE; par ANT. SCARPA; traduit de l'italien, par M. CABARET.

Ce mémoire, inédit pour la plupart des médecins français, sera sans doute relu avec un égal plaisir par ceux qui en avaient déjà connaissance. Il contient le récit d'une opération de paracentèse faite par Scarpa, dans un cas où la grossesse se compliquant d'ascite avait amené au sixième mois une infiltration et une difficulté de respirer telles que la malade paraissait sur le point de succomber. Deux jours après l'opération, il y eut avortement. Le quatorzième jour, la guérison était complète.

Scarpa pratiqua, dans ce cas, la ponction dans l'hypocondre gauche, entre le sommet du côté externe du muscle droit et le bord des cartilages des fausses côtes. La percussion lui avait fait reconnaître que les eaux étaient là à une petite profondeur sous la peau. C'est le lieu qu'il recommande de choisir toujours dans des circonstances semblables. Au sixième mois, en effet, les eaux refoulées en haut par le fond de la matrice se rassemblent en grande quantité dans cette région. Il convient aussi de préférer l'hypocondre gauche au droit par le motif que la rate remplit un espace moins grand que le foie. Quant aux viscères abdominaux mobiles, comme les intestins, le palper et la percussion suffiront toujours pour indiquer leur siége et pour avertir l'opérateur de ne pas porter le trocart dans le lieu qu'ils occupent.

Scarpa trace ensuite le tableau différentiel suivant de la grossesse compliquée d'hydropisie utérine et de la grossesse compliquée d'ascite.

Dans l'hydropisie utérine avec accompagnement de grossesse parvenue au cinquième mois, l'utérus acquérant le volume qu'il possède ordinairement dans une grossesse à terme, alors que le sac péritonéal, les muscles abdominaux et les tégumens extérieurs conservent encore leur résistance et leur rigidité; l'utérus lui-même, retenu dans la direction de l'axe longitudinal du corps de la femme, continue par cette raison à comprimer les viscères abdominaux de bas en haut vers le diaphragme, et à diminuer de la sorte les dimensions de la cavité contenant les organes de la respiration.

Les signes de l'ascite aiguë associée à la grossesse sont essentiellement différens des précédens. Dans cette circonstance, la forme régulière du fond et du corps de l'utérus ne peut être reconnue à l'aide du toucher, surtout à cause de la distension énorme et de la prééminence des hypocondres produite par l'abondance de la sérosité épanchée entre le fond, la paroi postérieure de la matrice et les viscères abdominaux refoulés vers le diaphragme.

DE L'HYDROCÈLE; par MM. GUÉPRATTE et JARJAVAY.

La teinture d'iode, qu'on a tant vantée dans le traitement de l'hydrocèle, mérite-t-elle en réalité la haute prééminence dont elle est aujourd'hui en possession aux yeux de quelques chirurgiens? Le parallèle suivant, que M. Guépratte a dressé d'après l'expérience entre les injections iodées et les injections vineuses, pourrait bien ébranler un peu la confiance exclusive qu'on s'est tant hâté d'accorder aux premières.

Après l'emploi du vin, dit M. Guépratte, la douleur s'apaise; elle se réveille ou plutôt se développe assez fréquemment après l'usage de l'iode. Au bout de vingt-quatre heures, quand le vin a produit une douleur marquée, on est sûr du succès, et en l'aiguisant selon l'occurrence, on atteint infailliblement ce résultat: l'iode n'éveillant pas la sensibilité ne fournit jamais une certitude semblable. Le vin réussit au moins 95 fois sur 100;

---

hauts principes de la médecine, avait pu satisfaire sincèrement à sa causticité naturelle.

La fête que je viens de rappeler eut donc pour résultat la transmission d'une doctrine unitaire, solidement élaborée pendant quarante ans, à une compagnie où, depuis huit ans, il n'existait pas une harmonie suffisante de collaboration. La génération héritière des acquisitions du dernier demi-siècle a exploité sa succession, et dans quatre ou cinq ans elle va la rendre à la génération qui est capable de la recueillir et de la faire valoir. La cinquantaine précédente a été fructueuse. Celle qui s'écoulera bientôt me semble l'avoir été encore davantage, grâce à l'impulsion de 1800 donnée aux esprits. D'après cela n'est-il pas désirable qu'une solennité de 1850 vérifie ce progrès pour la satisfaction de ceux qui ont été témoins de cet intervalle, et pour le profit de ceux qui vont parcourir le prochain?.

Voilà, Messieurs, les motifs de ma proposition d'une fête médicale jubilaire dans cette enceinte, accompagnée d'un appareil capable d'intéresser vivement toute la ville. Je ne me contente pas d'en solliciter une semblable à celle qui nous a paru si avantagause au commencement de ce siècle; je désirerais que dorénavant elle eût une amplitude et une magnificence proportionnées aux intentions du projet. Ce ne peut plus être une invitation improvisée amenée par une circonstance fortuite; c'est une convocation grave, solennelle, prévue et calculée.

Si ce projet est accepté, les zélés sauront imaginer un plan de fête relatif. Quoique je sois le moins fécond des hommes en esthétique, je ne refuse pas de coopérer à cette concertation, et je promets d'être sans ténacité comme sans réticence. Il est cependant un vœu que je forme avec ardeur, et qui est le seul auquel je tienne avec instance; c'est qu'au commencement ou à la fin de chaque acte de la solennité, le public entende, dans un chœur suave et général, deux sentimens exprimés dans le *carmen seculare*, qui auront été appropriés à notre situation. L'un, renfermé dans la troisième strophe, est cette prière à Apollon : « Bienfaisant soleil, qui, de ton char lumineux, nous montres et nous caches le jour et qui nais toujours différent et toujours le même, » puisses-tu ne voir rien de plus grand que Rome! »

Alme sol, curru nitido diem qui
Promis et celas, aliusque et idem
Nasceris : possis nihil urbe Româ
Visere majus!

L'autre sentiment exprimé par la strophe dix-septième ou anté-pénultième est encore une prière à la même divinité : — « Si tu vois d'un œil favorable ces » superbes bâtimens du Mont-Palatin, conserve Rome et le Latium jusqu'à une » autre période, et ajoute toujours de siècle en siecle quelque chose à sa gran- » deur. »

Si Palatinas videt æquus arces,
Remque romanam, Latiumque felix,
Alterum in lustrum meliusque semper
Proroget ævum.

Que peuvent être pour nous Apollon, Rome, le Latium? Le dieu de la lumière est la raison accordée à l'homme par la providence; Rome, cette puissante

l'iode un peu moins; les cures seulement palliatives sont plus fréquentes qu'on ne l'avouait plus tôt; le vin guérit en une quinzaine de jours, l'iode dans le même temps; le vin, convenablement injecté, ne cause jamais d'inflammation suppurative; l'iode est dans le même cas; l'iode poussé dans le tissu cellulaire ne produit (dit-on) aucun accident, le vin détermine la gangrène des bourses; mais ici on a exagéré cet accident, que je n'ai jamais observé après cent opérations auxquelles j'ai assisté, et on a affaibli sensiblement l'innocuité de l'iode. A notre sens, l'efficacité de l'iode vaut à peu près celle du vin; le vin n'est jamais beaucoup plus redoutable que l'iode; le vin et l'iode ont des titres presque égaux pour être mis sur la même ligne. La douleur que le vin éveille ne doit point lui faire refuser ce rang; car elle n'est jamais poussée à l'extrême. D'ailleurs ce symptôme a son utilité; il fournit des notions rassurantes, il éclaire le pronostic, c'est un véritable *criterium* qui, avec l'iode, manque.

La douleur que l'iode détermine est parfois vive et prolongée. L'inflammation consécutive à son emploi est assez forte pour ne point permettre au malade de se lever aussitôt après l'opération, de vaquer à ses occupations, de *guérir sur pied*, comme on l'a professé et écrit. Lorsque l'injection iodée ne cause pas de réaction locale, généralement alors elle est peu fidèle.

A l'appui de ces objections, M. Guépratte rapporte trois observations d'hydrocèle, recueillies dans le service même de M. Velpeau. Dans l'une, après des douleurs et une inflammation assez considérables, l'injection iodée fut, au bout de deux mois, suivie de récidive de l'hydrocèle. Dans la seconde, une inflammation franche se développa à la suite de l'injection iodée, et, pendant trois nuits, priva presqu'entièrement l'opéré de sommeil. La guérison n'eut lieu qu'après cinq semaines. Dans la troisième, le contact de l'injection iodée détermina immédiatement des douleurs vives qui arrachaient des plaintes au malade.

M. Velpeau, dont la pratique est spécialement attaquée dans cet article, avait à choisir entre deux moyens de défense, ou prouver par des faits l'efficacité et l'innocuité de l'iode mises en doute, ou dire qu'il n'avait jamais reconnu à cet agent thérapeutique ces deux qualités à un degré aussi élevé qu'on le prétend. C'est à ce dernier parti qu'il s'est arrêté. M. Jarjavay, son défenseur, rappelle avec beaucoup d'insistance que ce chirurgien n'a point proclamé l'injection iodée comme infaillible et innocente. Quant à nous, sans prétendre que M. Velpeau ait jamais fait de l'iode un spécifique assuré de l'hydrocèle, il nous semble que son langage d'autrefois était plus explicitement favorable à cette médication que celui d'aujourd'hui. L'expérience serait-elle venue changer ses convictions, peut-être un peu prématurément formulées à ce sujet? Au reste, ces variations, qui ne sont pas rares de la part du chirurgien de la Charité, importent peu à constater. Si nous faisons remarquer le tour particulier que M. Jarjavay a donné à sa réponse, c'est seulement parce que, avec cette précaution de désavouer hautement toute apologie trop catégorique du médicament en question, tout ce qu'il gagne ainsi pour la justification de M. Velpeau se trouve naturellement enlevé à celle de l'iode; et là est le seul point de cette discussion qui intéresse réellement le praticien.

PLAIE GRAVE DU CERVEAU SANS LÉSION DE L'INTELLIGENCE; par M. BLAQUIÈRE.

Fait aussi intéressant au point de vue pathologique que physiologique, l'observation recueillie par M. Blaquière mérite à tous égards d'être reproduite textuellement.

OBS. — En 1842, à Mexico, un enfant jouait avec un pistolet d'arçon; son frère, âgé de 4 ans et demi, se présenta de profil au devant du canon; le coup partit, traversa la tête d'une tempe à l'autre, et la balle (de 17 à la livre) s'amortit dans le plâtre de la muraille opposée.

Voici l'état du blessé tel qu'il fut constaté vingt jours après l'accident par un grand nombre de médecins. On trouva le jeune malade ecchymosé aux paupières, assis sur son lit, jouant parfois avec ses jouets, demandant avec impatience plus d'alimens qu'on ne lui en accordait, assez gai, excepté quand on procédait au pansement, qui cependant le contrariait plus qu'il n'en souffrait, et jouissant de tout l'ensemble des facultés intellectuelles que son âge comportait (et l'on sait qu'elles sont précoces chez les enfans de ces climats), la mémoire colère, le jugement sain, le sommeil un peu interrompu, sans doute par défaut d'exercice; le caractère paraissait être le même qu'avant l'accident; fonctions corporelles intactes.

L'appareil levé laissait voir l'entrée et la sortie de la balle, situées toutes deux à environ un pouce et demi perpendiculairement au dessus de la commissure externe de chacun des deux yeux, selon une ligne transversale à l'axe vertical de la tête. Un gros stylet boutonné fut introduit par chacune des plaies et pénétra à 20 lignes au moins de profondeur. Il était évident que, avec un peu plus de témérité de la part de l'explorateur, on eût pu le faire traverser d'une plaie à l'autre. C'en était du moins là assez pour conclure que la balle n'avait pas circonvenu les os en sous-parcourant la peau du crâne.

Six jours se passèrent encore ainsi sans aucune variation remarquable. Enfin la scène changea; des symptômes non équivoques d'inflammation se développèrent et le malade succomba le vingt-neuvième jour.

L'autopsie fut faite; l'ouverture du crâne à l'entrée de la balle était plus petite et mieux configurée, comme cela est ordinaire, que celle de la sortie. La partie antérieure des deux hémisphères était traversée par la balle. Au devant du trajet existait une épaisseur de substance cérébrale de 6 à 8 lignes jusqu'à la table interne ou postérieure du coronal. La substance grise existait encore intacte au dessus du trajet; les ventricules étaient intacts. La suppuration remplissait toute l'étendue du parcours de la balle; les méninges étaient enflammées.

DE L'ACTION DU SULFATE DE QUININE SUR LA RATE ET D'UN NOUVEAU MODE D'EXPLORATION DE CET ORGANE; par le docteur GOURAUD. — Lettre à M. le professeur Piorry.

DE L'ACTION DU SULFATE DE QUININE SUR LA RATE; par le professeur PIORRY.

RÉPONSE DE M. GOURAUD.

Le lecteur se rappelle probablement qu'il y a environ deux ans M. Piorry avança, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences, que le sulfate de quinine, dissous dans quelques gouttes d'acide sulfurique et pris à des doses modérées, telles que 1 gramme ou 50 centigrammes, exerce sur la rate une action si rapide qu'il suffit de 40 *secondes* pour obtenir une diminution considérable du volume de cet organe. Depuis, l'honorable professeur paraît avoir persisté dans la même affirmation, et, à de fréquentes reprises, a répété cette expérience dans ses salles de cliniques avec une rapidité qui tenait du prestige et qui cependant n'entraînait pas la conviction. M. Conraud, ayant voulu répéter la même expérience, nous apprend qu'elle lui a réussi parfaitement, et qu'il suffit, après l'administration du sulfate de quinine dissous, de 40 secondes et même de moins de temps pour que la région de la rate acquière une sonorité bien marquée; « de sorte, dit-il, que la première pensée qui vient à l'es-

école où résident les plus hautes pensées de l'art salutaire; le Latium, cette honorable cité, pieuse fille de la médecine, moins orgueilleuse de son doux climat que des esprits d'élite indigènes et exotiques qu'elle renferme dans son sein. Pénétrons-nous de ces objets d'amour quand nous vondrons faire notre invocation. Approprions ces sentimens à notre sphère. Si l'idiome de Racine n'est pas une langue morte, tombée en désuétude, si la lyre de Haudel, de Haydn et de Gluck n'est pas brisée, et si vous connaissez ceux qui savent s'en servir, implorez-les pour qu'ils ornent dignement cette prière:

« Noble intelligence, faible image de celle qui a fait l'Univers, et qui le conserve;.... toi qui pénètres, éclaires, diriges l'homme, surveilles et réprimes ses instincts vitaux, et le rends le souverain des êtres vivans;

» Toi qui tous les jours, par ta présence et par ton absence, nous fais apprécier tes bienfaits et reconnaître tes qualités, l'étendue et les limites de deux pouvoirs distincts qui ne sont pas le tien;

» Toi qui, par les lois de la raison générale, te montres toujours ta même.. et par les *différences des individus* te présentes sous les formes les plus admirablement variées;

» Jette tes regards sur les lieux destinés à ton culte, et fixe-les quelques instans sur le plus ancien, le plus constant et le plus fidèle de tes temples..... et puisque tu n'en vois jamais un qui soit plus digne de toi et de l'être que tu gouvernes;

» Puisque tu vois avec complaisance et prédilection cette cité, que tu as nommée naguère par la bouche d'un de tes plus éloquens interprètes, *la ville studieuse et intelligente*, *le sanctuaire élevé et pur de la science* (1);

» Anime-la toujours des mêmes penchans, du même amour pour toutes les connaissances humaines, et ajoute tous les ans à son industrieuse prospérité les avantages qui lui assurent le premier rang dans l'ordre des sciences anthropologiques. »

—TRAITÉ PRATIQUE, DOGMATIQUE ET CRITIQUE DE L'HYPOCHONDRIE; par C. F. MICHÉA, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine. — In-8°. Prix : 6 fr. Paris Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 4.

—AVIS AUX MÉDECINS ET NATURALISTES. MM. les médecins et naturalistes qui désirent faire des recherches d'*anatomie comparée* sont invités à s'adresser à M. PICHÉ (au musée Dupuytren, tous les jours de deux à trois heures), qui mettra à leur disposition les animaux (mammifères, poissons, reptiles), nécessaires à leurs recherches.

Toutes les préparations seront déposées, avec le nom du préparateur, dans le musée de la Faculté de médecine.

(1) M. le recteur Théry, discours prononcé à la séance solennelle du 11 novembre 1844 pour la rentrée des facultés de médecine, des sciences et des lettres, et de l'école de pharmacie. Montpellier, 1844. In-8°, pag. 4.

prit, c'est que la rate a considérablement diminué de volume. » Cependant quelques doutes, non sur la réalité, mais sur l'explication de ces phénomènes, s'étant élevés dans l'esprit de M. Gourand, il se demanda si la modification apportée dans l'état des parties tenait positivement à la diminution de la rate, ou à la dilatation de l'estomac, gonflé subitement par le développement ou le déplacement de fluides gazeux. Il était facile de s'assurer de la vérité par l'expérience; et, en effet, en variant le liquide administré, et employant d'abord la même quantité d'eau distillée que précédemment, avec quelques gouttes d'acide sulfurique sans sulfate de quinine; puis l'eau distillée seule, ou la limonade, ou l'eau vineuse, ou la tisane commune, on obtint toujours le même résultat qu'avec le sulfate de quinine : disparition de la matité splénique.

« La conclusion à tirer de ces faits multipliés, dit M. Gouraud, avec beaucoup de justesse, c'est qu'il suffit de l'ingestion d'une très petite quantité de liquide pour produire dans l'estomac un développement gazeux assez considérable, et pour donner presque immédiatement, en *quarante secondes* et moins, au moyen de la percussion, dans la région splénique, une sonorité marquée et quelquefois presque tympanitique. »

Il y a un autre moyen de s'assurer de l'exactitude de cette conclusion : c'est à l'aide de l'auscultation. Si, au moment où le malade avale une gorgée d'eau, on applique l'oreille sur la matité gastro-splénique, on sera frappé du bruit considérable du *glou-glou* sonore produit par cette gorgée d'eau tombant dans l'estomac vide, et vous expliquerez naturellement la grande sonorité acquise presqu'immédiatement par cette même région gastro-splénique.

M. Gourand ne se borne pas à ce premier résultat; mais généralisant son observation, il l'applique non seulement à la rate hypertrophiée des fiévreux, mais à la rate à l'état normal, suivant en cela M. Piorry lui-même, qui avait dit, dans le même mémoire : *chose non moins extraordinaire, c'est qu'une* RATE SAINE *diminue tout aussi rapidement par le sulfate de quinine soluble que le fait cet organe alors qu'il est malade*. Chose en effet tellement extraordinaire qu'il fallait toute la force de conviction que l'on connaît à l'auteur de ces paroles pour que le fait qu'il voulait prouver dans ce mémoire ne fût pas, même à ses propres yeux, complètement renversé et définitivement sans valeur quant à l'étude des propriétés du sulfate de quinine. Après avoir rappelé que, chez un certain nombre de sujets chez lesquels la rate est saine, la région gastro-splénique offre cependant une matité assez grande pour donner tout d'abord l'idée d'un développement anormal de la rate, et avoir émis l'opinion que cette matité dépend probablement de l'état de vacuité de l'estomac et du colon transverse, dont les parois sont appliquées l'une contre l'autre, M. Gouraud se demande quels sont les malades qui présentent ce phénomène purement physiologique. « Interrogez-les : ce sont ceux qui n'ont pas bu depuis plusieurs heures. Quels sont ceux qui ne présentent pas ce même phénomène? Interrogez-les encore : ce sont ceux qui ont bu depuis une demi-heure, un quart-d'heure. »

Il est impossible de ne pas admettre l'exactitude des faits et du raisonnement employés, et qui arrivent à un double résultat heureux pour la science : d'abord, la découverte d'une erreur, et ensuite l'acquisition d'un fait qui n'est pas sans importance et dont M. Gouraud a su faire ressortir tout l'intérêt, savoir : la production d'un développement gazeux au moment où un liquide quelconque est ingéré dans ce viscère.

Comme dernière conclusion de cette discussion, qui est conduite de la manière la plus nette, la plus spirituelle et aussi la plus bienveillante pour l'auteur de l'erreur, par M. Gouraud, nous dirons avec ce dernier : « Pour prononcer d'une manière assurée qu'une certaine matité gastro-splénique dépend d'une hypertrophie de la rate, il faut connaître le degré de cette matité à l'état normal dans différentes circonstances physiologiques, indépendamment de toute maladie. »

Avant de terminer sa lettre à M. Piorry, l'auteur signale un moyen qui lui paraît précieux pour apprécier le volume de la rate dans quelques circonstances, et qui n'a point été indiqué dans l'article du TRAITÉ DE SÉMÉIOLOGIE sur l'exploration de la rate. Ce moyen consiste à faire faire au malade un effort avec les muscles abdominaux, à lui ordonner de *pousser*. Il arrive alors que, par la contraction du diaphragme, tous les organes sous-diaphragmatiques sont poussés en bas, et que la rate, en particulier, descend de plus d'un pouce et devient très sensible sous la main.

Après avoir exposé aussi nettement et aussi exactement qu'il nous a été possible les faits remarquables signalés dans la lettre de M. Gourand, nous devrions aussi reproduire la réponse qu'a faite à cette lettre M. Piorry, et la nouvelle défense qu'à son tour M. Gouraud a cru devoir présenter à l'appui de son opinion; or, la chose n'est pas facile; M. Piorry reproduit les expériences faites avec des liquides inertes, et où il n'a point obtenu les résultats rapportés par son contradicteur, et d'autres où l'ingestion d'une dissolution de sulfate acide de quinine amenait les mêmes effets qu'il avait déjà observés, et M. Gourand, répétant aussi les mêmes opérations, obtient identiquement les résultats déjà décrits, et termine la discussion par ces mots : « Je m'en tiens au fait général que j'ai signalé, savoir : que la disparition de la matité me paraît dépendre de l'ingestion du liquide plus que de l'action du sulfate de quinine. » Entre deux opinions aussi opposées et des faits complètement contradictoires, il est impossible de se prononcer; et l'on doit en appeler à de nouveaux faits, et dont les observateurs soient désintéressés dans la question. Sans tenir compte des points de vue personnels qui pourraient nous faire pencher pour l'un plutôt que pour l'autre de ces deux honorables adversaires, nous dirons avec M. Gourand : « C'est aux praticiens et aux cliniciens de décider; je me rangerai du côté de la vérité quelle qu'elle soit, dès qu'il y aura une démonstration; mais il me faut une démonstration. »

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER.

VACCINE.

M. SERRES lit au nom de la commission de vaccine, composée de MM. Duméril, Magendie, Breschet, Roux et Serres, la première partie du rapport sur le prix relatif à la vaccine.

Voici les questions telles que l'Académie des sciences les a posées en 1840.

1° La vertu préservative de la vaccine est-elle absolue ou bien ne serait-elle que temporaire? Dans ce dernier cas, déterminer par des expériences précises et des faits authentiques le temps pendant lequel la vaccine préserve de la variole. 2° Le cowpox a-t-il une vertu préservative plus certaine et plus persistante que le vaccin déjà employé à un plus ou moins grand nombre de vaccinations successives. 3° En supposant que la qualité préservative du vaccin s'affaiblisse avec le temps, faudra-t-il le renouveler, et par quels moyens? L'intensité plus ou moins grande des phénomènes locaux du vaccin a-t-elle quelque relation avec la qualité préservative de la variole? 4° Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne, et dans le cas de l'affirmative, après combien d'années faut-il procéder à de nouvelles vaccinations?

La partie du rapport qui a été lue dans cette séance ne comprend que les deux premières questions.

La vertu préservative de la vaccine, dit M. le rapporteur, étant définitivement acquise à l'humanité, on veut savoir si après quarante-cinq ans d'expériences il est possible de déterminer les limites de sa vertu préservative.

La réponse était des plus difficiles, car elle n'embrasse pas seulement la France, mais le monde entier : c'est une enquête générale sur tous les vaccinés, qui, seule, pouvait fournir les élémens fondamentaux du problème à résoudre. Aussi, par une déclaration qu'elle annexait au rapport de 1840, la commission donnait à entendre que ce n'était point une réponse générale, définitive, que l'on pouvait espérer des travaux des concurrens; mais bien des solutions partielles et préparatoires à celle que le temps, secondé par les gouvernemens, finiront peut être par nous donner.

C'est de ce point de vue qu'est partie la commission pour juger les mémoires envoyés au concours.

L'observation des concurrens a porté sur la manière dont se comportent les vaccinés en présence des épidémies varioliques, ou en d'autres termes, dans quelles proportions entraient les personnes vaccinées dans le total de celles qu'atteignait la petite-vérole. La vertu préservative de la vaccine retirée du domaine des hypothèses est entrée par ce procédé dans celui des faits, elle est devenue en quelque sorte une question de chiffres.

Il ressort du rapprochement des faits présentés par l'un des concurrens qui a exposé avec détail les résultats fournis par trente épidémies observées en France, deux résultats importans, le premier, qu'en France, les personnes vaccinées sont entrées pour un peu plus d'un tiers dans la somme totale des varioleux, et le second, que la mortalité a été chez elles très faible. D'après l'auteur du second mémoire, cette proportion des vaccinés aurait même été dépassée dans les épidémies qui ont régné aux environs de Montbelliard, sans que la mortalité ait été accrue. Le même résultat fut observé dans l'épidémie de Marseille, en 1828.

Après les épidémies de la France, les auteurs ont passé en revue des épidémies qui ont sévi en Angleterre, en Suède, en Danemarck, en Italie, à Malte, à Genève, etc. On voit par les nombres rapportés qu'il est à peu près le même. Ce qui confirme la vérité formulée d'après les résultats fournis par les épidémies varioliques avant la vaccine, savoir : que le fâcheux résultat des épidémies de variole est d'élever cette maladie à sa plus grande intensité, de manière à en égaliser partout les inconvéniens et les dangers.

Ce fait établi, l'atteinte des vaccinés par la variole étant mise hors de doute, et leur rapport dans les épidémies étant à peu près établi, un problème des plus importans à résoudre dans l'intérêt de l'humanité se présentait à l'observation médicale.

C'est celui de déterminer dans quelles conditions vaccinales se trouvaient les personnes que la variole atteignait dans le cours des épidémies.

Tous les concurrens font observer, d'un commun accord, que la variole ne frappe pas indistinctement et comme au hasard dans les rangs des vaccinés. Ils

font remarquer, au contraire, qu'elle semble agir avec discernement et faire en quelque sorte un choix parmi eux.

Sauf les exceptions, la variole attaque les anciens vaccinés et respecte les nouveaux. Les relevés des tableaux publiés dans les diverses parties de l'Europe, constatent d'une manière positive qu'avant la neuvième année de vaccination les enfans sont rarement atteints par la variole. Ces mêmes relevés montrent, au contraire, que cette maladie sévit de préférence sur ceux dont la vaccine remonte à dix, quinze, vingt ans, et ainsi de suite jusqu'à trente et trente-cinq ans.

Un fait général que l'histoire des affections éruptives pouvait faire prévoir, c'est que passé trente-cinq ans l'aptitude des vaccinés à contracter la petite-vérole devient si faible qu'elle peut être regardée comme presque nulle.

De la variole des vaccinés ou de la varioloïde. — L'examen des faits relatifs à la variole chez les vaccinés, et la comparaison des résultats constatés par les candidats, ont conduit aux trois conclusions suivantes :

La première, que la vertu préservative de la variole est absolue et générale dans les cinq à six premières années de son inoculation, et même jusqu'à la dixième et onzième année d'après les expériences de revaccination.

La seconde que, passé cet âge, et particulièrement sous l'influence des épidémies varioliques, une partie des vaccinés, mais une partie seulement, est redevenue apte à contracter la variole.

La troisième, que le plus grand nombre des vaccinés est probablement à l'abri de l'influence de la variole pendant le cours de la vie.

Première question. Le cowpox a-t-il une vertu préservatrice plus certaine et plus persistante que le vaccin déjà employé à un plus ou moins grand nombre de vaccinations successives?

Les expériences contenues dans plusieurs des mémoires envoyés au concours viennent, à cet égard, à l'appui des observations faites par le comité de vaccine de Paris.

L'intensité plus grande du vaccin nouveau sur l'ancien est un fait définitivement acquis à la science, et acquis par des expériences qui ont donné les mêmes résultats en Angleterre, en Allemagne, en Italie et en France.

Mais cette intensité incontestable s'étendra-t-elle à la vertu préservative?

C'est ce que la commission examine dans le second membre de cette question ainsi conçu :

L'intensité plus ou moins grande des phénomènes locaux du vaccin a-t-elle quelque relation avec la qualité préservative de la variole?

Il ressort des expériences faites sur ce sujet que la vertu préservative de la vaccine n'est pas proportionnelle à l'intensité des symptômes locaux et que la la vaccination par le cowpox est plus certaine que l'ancien vaccin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président fait part à l'Académie de la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de l'un de ses membres les plus distingués, M. Ribes. Elle vient également de perdre deux de ses membres correspondans, M. Fabre, médecin vétérinaire à Hyères et M. Bouchard.

M. Bégin est invité à monter à la tribune pour donner lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de Ribes.

Ce discours prononcé avec émotion est accueilli par de nombreux applaudissemens et de vives marques d'intérêt.

Sur la demande de plusieurs membres, le bureau en ordonne l'impression dans le Bulletin.

DISCUSSION SUR L'OBLITÉRATION DU VAGIN.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur l'opération de l'infibulation ou oblitération du vagin dans les cas de fistules vésico-vaginales, à l'occasion du fait communiqué par M. Bérard. — La parole est à M. Moreau. M. Bérard occupe la tribune.

M. Moreau : Il n'y a pas d'infirmité plus pénible et plus dégoûtante pour les femmes que les fistules vésico-vaginales; aussi conçoit-on les efforts des chirurgiens pour y remédier. Cependant l'opération proposée par M. Vidal de Cassis et repétée par M. Bérard me paraît mériter les reproches qui lui ont été adressés. M. P. Dubois l'a très bien caractérisée en disant qu'elle est irrationnelle. En effet, avant d'entreprendre une opération nouvelle, il faut voir d'abord s'il y a quelques rapports, quelques analogies avec ce que l'on connaît sur la matière. Or ce que l'on sait à cet égard est loin de légitimer les espérances que l'on pourrait fonder sur les résultats d'une semblable opération. Vouloir obtenir l'oblitération du vagin, c'est, je le répète, une tentative irrationnelle. En supposant que l'on réussît, on ne parviendrait qu'à transformer une infirmité en une autre infirmité plus grave encore; je dirai plus : chez une femme encore jeune, c'est compromettre l'existence. On sait à quels accidens peut donner lieu la rétention des règles. Sans doute il existe des exemples d'oblitération spontanée de l'utérus; mais les femmes n'ont survécu à cet accident que parce qu'on a fait cesser l'oblitération et qu'on a rétabli la voie aux menstrues. Oblitérer artificiellement le vagin, c'est donc agir contre nature.

On dit que les règles prendont leur cours par l'urètre; j'en demande pardon, mais je ne le crois pas. Le liquide menstruel retenu dans la vessie s'altérera, il s'y accumulera et son émission finira par devenir impossible. Je n'en veux pour preuve que les faits déjà connus. Dans le cas de M. Vidal la malade était bien jusqu'à l'époque menstruelle. A cette époque, il devint nécessaire de la sonder, et l'on se rappelle que c'est par suite de ce cathétérisme que la cicatrice, en voie de formation, s'est rompue et que l'opération a échoué. Ne sait-on pas d'ailleurs que toutes les fois que, soit par un vice congénital, soit par suite d'une lésion traumatique, les voies par lesquelles s'écoulent les règles viennent à être oblitérées, on ne sauve la vie des malades que par une opération propre à rétablir le cours du sang. Il est inutile de rappeler les opérations de Haën, de Dupuytren, celles de M. Amussat. Ainsi, sous ce rapport, le danger de la rétention des règles n'est pas douteux.

Examinons l'opération en elle-même. On a dit qu'il était possible d'obtenir l'oblitération du vagin; les uns disent même que cela n'est pas très difficile; d'autres, et M. Vidal lui-même est de ce nombre, conviennent que c'est difficile. Pour prouver qu'on pourrait obtenir ce résultat, M. Bérard a cité plusieurs exemples de cas dans lesquels l'oblitération s'est faite spontanément. Il a rappelé, entre autres cas, celui d'une femme à laquelle Dupuytren fit l'extraction d'un pessaire qui avait déterminé la perforation de la vessie et du rectum et donné lieu consécutivement à une oblitération du vagin. Des accidens inflammatoires s'étant manifestés, cette femme fut conduite à l'Hôtel-Dieu. Dupuytren reconnut de suite de quoi il s'agissait. Il fallait extraire le corps étranger; c'était un pessaire en buis et en bilboquet; son extraction offrait de très grandes difficultés. Je rappelle ces détails parce que le fait est très curieux et qu'il témoigne de la sagacité du chirurgien. Dupuytren eut l'heureuse idée de se servir de pinces de forgeron à longs mors : il fit éclater le pessaire et en retira les débris partie par le rectum, partie par la vulve. Mais ce cas n'offre aucune analogie avec celui de M. Bérard. Chez cette femme la rupture de la vessie avait lieu au-dessus des orifices des uretères. L'oblitération avait par conséquent pu avoir lieu ici sans entraîner les mêmes inconvéniens.

Je reviens au fait en question, et je prétends que loin de déplorer la persistance d'un pertuis dans cette circonstance, il faudrait au contraire s'en féliciter, car ce serait à cette condition seulement qu'on préviendrait les graves conséquences que j'ai signalées. Enfin, je ne parle pas de l'impossibilité qu'une pareille opération entraînerait pour l'exercice des fonctions génitales, quoique ce soit là certainement une des plus graves objections que l'on puisse adresser à cette méthode.

M. Roux : Les objections qui ont été adressées jusqu'à présent à l'opération dont il s'agit n'ont pas à mes yeux toute la valeur qu'on leur a donnée; mais il en est d'autres qu'on pourrait lui faire et bien que je ne partage pas à cet égard l'opinion de mes collègues, je ne pense pas moins, comme eux, que cette opération n'est pas convenable. Chez les femmes encore jeunes, malgré tout ce qu'une pareille infirmité a de dégoûtant et de pénible, l'aptitude à l'accomplissement des fonctions sexuelles n'en est pas moins conservée. On a vu des femmes affectées de fistules vésico-vaginales devenir enceintes; quelques-unes le sont même devenues plusieurs fois. Or l'opération de M. Bérard aurait pour résultat de condamner à jamais ces femmes à l'impuissance. C'est là certainement une objection grave. Lorsque de nos jours la chirurgie dirige toutes ses vues et tous ses efforts vers la restauration de nos organes, on doit plus que jamais proscrire des opérations qui tendent à condamner à la nullité des organes d'une telle importance.

Quant aux difficultés d'exécution de la méthode, elles sont de plus d'un genre; quelques-unes sont relatives aux dispositions particulières, natives ou accidentelles, que présentent les organes génitaux. On sait que ces organes peuvent présenter de nombreuses irrégularités qui n'ont pas été, suivant moi, assez étudiées. Il en est de telles, celles, par exemple, où le méat urinaire vient s'ouvrir en arrière de la vulve, qui ne permettraient pas d'oblitérer le vagin sans oblitérer en même temps l'orifice urétral et déterminer par suite une rétention des urines. Je n'accepte pas du reste l'objection de M. Moreau relativement à l'obstacle que cette opération apporterait à l'écoulement menstruel. Le sang coule goutte à goutte, il est liquide, il peut par conséquent s'inoculer facilement par la voie des urines. Je ne pense donc pas que les femmes fussent exposées par cette opération aux accidens qui résultent de la rétention des règles. Je sais qu'il existe des exemples d'accidens de ce genre à la suite d'oblitération ou d'imperforations naturelles; mais ces cas-là ne sont point comparables aux cas d'infibulation artificielle.

Les accidens attribués au séjour des urines dans le vagin ne sont pas, en fait, aussi graves que la théorie semblerait l'indiquer. Chez les femmes qui ont depuis longtemps des fistules vésico-vaginales ne voit-on pas la muqueuse vaginale se modifier peu à peu, de manière à se faire au contact de l'urine et à le supporter sans aucun inconvénient? Qui ne sait que les tissus subissent des transformations qui les approprient aux nouvelles fonctions qu'ils se trouvent accidentellement destinés à remplir.

En somme, cette opération ne me paraît ni rationnelle, ni convenable; il n'y a point entre les oblitérations naturelles et celles que l'on se propose d'obtenir par les moyens de l'art une parité telle qu'on puisse s'autoriser du résultat des unes en faveur des autres, et je doute qu'on arrive jamais par cette méthode à un résultat satisfaisant. Cependant je ne crois pas que l'opération soit aussi grave en soi que quelques-uns de nos collègues l'ont dit. On a invoqué la résorption purulente. Rien de plus vrai sans doute que la gravité de ces résorptions; mais il ne faut pas non plus s'en exagérer le danger; elles ne sont pas aussi communes qu'on veut bien le dire. Ne se rappelle-t-on pas aussi combien dans le temps on avait exagéré les dangers de l'introduction de l'air dans les veines; c'était au point qu'il n'y avait pas à cette époque un chirurgien qui ne fût préoccupé, obsédé en quelque sorte par cette crainte; l'expérience n'a-t-elle pas fini par démontrer que ce danger, bien que réel, était loin d'être aussi grand qu'on l'avait prétendu? On a parlé aussi de l'exposition particulière des organes génitaux de la femme aux accidens inflammatoires, à la phlébite. C'est encore là une exagération. Ces parties ne sont pas plus exposées que d'autres aux accidens de ce genre; peut-être même le sont-elles moins que d'autres. De toutes les opérations les plus graves sous ce rapport sont à mes yeux celles qui se pratiquent sur les membres. D'ailleurs l'analogie n'est-elle pas là pour déposer contre cette assertion? La fistule à l'anus est sans contredit une des opérations que les chirurgiens ont le plus souvent occasion de pratiquer; et qui ne

sait combien elle est peu grave en général? Je déclare que pour mon compte, et j'en ai pratiqué un nombre incalculable, je n'ai jamais perdu aucun malade par suite de cette opération.

M. Moreau : Il y aurait, à mon avis, inconvenance à objecter à l'opération de M. Bérard les accidens qui lui sont communs avec toutes les autres opérations; aussi n'est-ce qu'aux accidens qui lui sont particuliers que je me suis attaqué, et je ferai à cet égard une remarque sur ce que vient de dire M. Roux. Suivant lui, le sang des règles pourrait s'écouler sans difficulté par l'urètre. Je suis loin d'être convaincu de cela; un seul exemple me suffira pour légitimer mes doutes. Une dame anglaise vint me consulter; elle avait le ventre gros, je la crus d'abord enceinte; mais en l'examinant je ne tardai pas à reconnaître qu'elle avait le vagin oblitéré par suite d'un accident et que le développement de son ventre était causé par la rétention des règles. Je pratiquai une incision; il ne s'écoula pas une seule goutte de sang liquide; mais je retirai une grande quantité de sang coagulé. Si le sang s'est ainsi coagulé dans l'utérus et dans le vagin de cette femme, ne pense-t-on pas qu'il en dût arriver autant du sang qui serait retenu dans le bas-fond de la vessie?

M. Velpeau : Il y a dans le sujet en discussion deux choses à considérer : le fait communiqué par M. Bérard et la méthode. Le fait de M. Bérard me suscite deux remarques. J'ai vu avec un certain regret qu'on s'attachât à déverser un blâme assez vif sur la tentative dont il nous a fait connaître le résultat. Je ne voudrais pas que cette manière d'argumenter dégénérât en habitude parmi les chirurgiens. M. Bérard a par lui-même assez d'autorité pour être à l'abri de pareils reproches. Pense-t-on qu'avant de se déterminer à pratiquer cette opération il n'y ait pas mûrement réfléchi, qu'il n'en ait pas calculé toutes les chances, et qu'il n'ait pas examiné le fait avec autant d'attention au moins que nous pouvons le faire tous en ce moment?

On a dit que l'opération avait entraîné la mort de cette femme, et on l'a attribuée à deux causes: les uns ont dit que la mort était le résultat de l'infection purulente à laquelle était particulièrement exposée la région qui a été le siége de l'opération; d'autres ont prétendu que la péritonite à laquelle cette femme a succombé était le fait de l'opération. Je ne dirai pas non. Mais personne ne peut affirmer qu'il en soit ainsi. Il y a une chose que nous oublions trop souvent, tous tant que nous sommes, et nous agissons en cela comme les gens du monde. Toutes les fois qu'il survient un événement, nous sommes toujours disposés à l'attribuer aux circonstances qui l'ont précédé. Mais il y a dans tout fait des coïncidences que l'on peut bien souvent confondre avec les causes. Ce sont souvent de simples coïncidences qui font tout le mérite de nos médications. Combien n'y a-t-il point de médications qui, après avoir été longtemps réputées bonnes et efficaces, ont été démontrées, plus tard, par l'expérience être nulles ou insuffisantes? A quoi cela tient-il? à des coïncidences. Ce qui a lieu en bien ne peut-il pas être de même en mal? Il n'est aucun de nous qui n'ait été à même d'en observer de nombreux exemples dans la pratique des hôpitaux. J'en pourrais citer pour mon compte plus d'un cas; par exemple : un homme entré à la Charité pour deux tumeurs lacrymales devait être opéré; cet homme, fort, bien constitué, et bien portant du reste, fut, suivant l'usage, mis pendant quelques jours au régime ordinaire de l'hôpital pour s'y acclimater. La veille du jour fixé pour l'opération, il fut pris d'accidens inflammatoires et mourut. Que fût-il arrivé et que n'eût-on pu dire si j'avais opéré cet homme quelques jours plus tôt? La même chose arriva pour une femme entrée à l'hôpital pour un polype de l'utérus; comme je me proposais de l'opérer, elle fut prise d'une péritonite à laquelle elle succomba. Peut-on dire qu'il n'en eût point été de même chez la malade de M. Bérard si elle n'eût point été opérée?

Maintenant un mot sur l'opération. Cette opération a été proposée, comme on le sait, par M. Vidal de Cassis il y a deux ans environ; elle n'est attrayante certainement ni pour l'opérateur, ni pour les malades; mais M. Vidal ne l'a point proposée pour tous les cas de fistules. Il a vu, comme tout le monde, que les fistules du bas-fond de la vessie et du trigone vésical étaient d'une extrême difficulté à guérir, qu'aucun des procédés en usage n'était applicable aux cas où la paroi vésico-vaginale tout entière manque. C'est pour ces cas seulement reconnus incurables par toute autre méthode, qu'il a proposé l'infibulation; encore même a-t-il déclaré lui-même que cette opération ne devait être pratiquée que lorsque les inconvéniens qu'entraînent ces fistules sont tels que les malades veulent à tout prix en être débarrassées, et lorsqu'enfin les femmes n'étant plus réglées l'oblitération ne peut plus avoir aucun inconvénient sérieux. Ainsi loin d'en faire, comme on le voit, une méthode générale, M. Vidal n'a proposé son opération que pour des cas exceptionnels. La question consiste donc à examiner si pour ces mêmes cas exceptionnels l'opération est raisonnable. J'avoue que je n'en suis guère partisan; cependant je ne crois pas qu'on doive la rejeter absolument. Que lui reproche-t-on en effet? d'être difficile. Sans doute c'est une opération difficile, mais ce serait aller trop loin que de la considérer comme impossible. Je rappellerai à cette occasion l'exemple d'une femme de 30 à 40 ans, qui avait une fistule vésico-vaginale avec oblitération incomplète du vagin; elle était venue de l'Auvergne pour demander... quoi? qu'on achevât l'oblitération? Non; mais au contraire pour qu'on débridât l'oblitération déjà existante. Après avoir tenté en vain de la décider à subir l'opération que je lui proposais, je finis par obtempérer à son désir, je débridai comme elle me le demandait. Qu'arriva-t-il? c'est que l'oblitération se reproduisit au même degré. Voilà un fait en sens inverse qui prouve que l'oblitération n'est pas aussi difficile qu'on le croit. M. Moreau objecte la difficulté de l'écoulement menstruel. Chez la femme dont je viens de parler, les règles et les urines s'écoulaient par l'hiatus de la vulve. Je me suis même demandé, à cette occasion, si l'on ne pourrait pas, dans un cas pareil, oblitérer le méat urinaire, ce qui n'offrirait, comme on le sait, aucune difficulté, et laisser subsister l'hiatus du vagin, lequel se trouverait constituer ainsi un véritable canal excréteur de l'urine et des règles.

J'admets que si le fluide menstruel venait à s'accumuler dans l'espèce de cloaque résultant de la réunion des deux cavités vésicale et vaginale, le sang trouverait certainement de la difficulté à s'écouler par l'urètre; mais le sang des règles ne se coagule pas. Quelques physiologistes ont été même jusqu'à prétendre que le liquide menstruel n'était point du sang; je n'examine point en ce moment jusqu'à quel point cette opinion est fondée, mais ce qu'il y a de certain, c'est que les règles ne se coagulent point. La crainte que l'on a manifestée n'est donc point motivée.

Pour conclure, je dirai donc que l'oblitération du vagin ne saurait constituer une méthode générale, mais un procédé particulier, applicable seulement à des cas exceptionnels et seulement chez des femmes âgées de plus de 40 ans. Je ne suis pas, je le déclare, partisan de cette opération, mais je ne crois cependant pas qu'il soit juste de la condamner et de la proscrire d'une manière absolue.

M. Blandin : M. Bérard, dans sa réponse à mon argumentation de la séance dernière, m'a fait dire que je considérais l'opération de l'infibulation comme une opération irrationnelle. Je partage l'opinion de mes collègues sur les difficultés et les dangers de cette opération, mais je n'ai pas dit précisément qu'elle fût irrationnelle; je crois, au contraire, qu'elle peut être tentée pour quelques-uns des cas auxquels elle a été réservée. Ce contre quoi je me suis élevé, c'est l'interprétation que M. Bérard a donnée du fait qui est l'objet de cette discussion. « Ce fait, a dit M. Bérard, est important et de nature à engager à faire de nouvelles tentatives. » C'est cette conclusion que j'ai attaquée. Pour que ce fait eût l'importance qu'a voulu lui donner M. Bérard, il faudrait qu'il pût présenter quelques conditions favorables, quelques circonstances nouvelles propres à faire concevoir pour l'avenir des chances plus heureuses. Or je ne trouve rien de tout cela dans le fait de M. Bérard : l'oblitération a été incomplète; il ne prouve donc pas la possibilité d'obtenir une oblitération complète. Quand au résultat il ne prouve rien, si ce n'est que la mort peut s'en suivre. — Comme ce fait ne renferme en lui-même rien de nouveau; comme il prouve seulement qu'on peut obtenir une oblitération partielle; comme l'issue en a été malheureuse, il ne faut pas s'en autoriser pour engager à de nouveaux essais. Il ne prouve pas qu'on ne puisse pas réussir, mais on conviendra qu'il ne prouve pas non plus la possibilité du succès. Je n'en conclus rien de défavorable; mais je ne crois pas qu'on en puisse rien conclure de favorable.

Quant à l'infection purulente, rien ne prouve, malgré ce qui a été dit, qu'elle n'ait été la cause réelle de la mort de cette femme. (M. Bérard : Elle n'a succombé qu'au bout d'un mois). Cela ne prouve rien; l'infection purulente peut se manifester après un mois. Les épanchemens purulents ... (M. Bérard : Il n'y a point eu d'épanchement purulent, mais des pseudo-membranes.) N'importe. Des pseudo-membranes qui se sont formées en même temps dans le péritoine et dans la plèvre sont à mes yeux des indices de l'existence de l'infection purulente.

J'ai été surpris d'entendre objecter par M. Bérard contre l'idée d'infection purulente, qu'il n'y avait point eu de frissons. Ce n'est point une raison. Les frissons ne sont pas constans dans ces cas; il y a des infections purulentes chroniques dans lesquelles les symptômes d'invasion ne se manifestent point. C'était probablement un cas de ce genre; voilà pourquoi peut-être il sera passé inaperçu.

Relativement à l'oblitération du vagin, M. Bérard nous a dit : Vous ignorez donc qu'il y a eu des oblitérations spontanées. Oui sans doute nous connaissons ces faits; mais comme l'a fait voir M. Moreau en analysant le fait de la femme au pessaire de Dupuytren, il n'y a entre eux et le fait actuel que des analogies éloignées, et l'on ne saurait rigoureusement conclure des uns aux autres. Il a été question aussi d'une femme qui, à la suite d'un accouchement difficile avait eu une oblitération du vagin et rendait ses règles par l'urètre. M. Bérard a cité ce fait à l'appui de son opinion. Ce fait n'a pas toute la valeur que lui prête M. Bérard. Il serait possible que le liquide échappé par l'urètre ne fut point le liquide menstruel, mais bien le produit d'une exhalation sanguine de la vessie, ainsi qu'on en a vu plus d'un exemple. J'ai dans ce moment même l'occasion d'observer une dame qui n'a point d'oblitération du vagin et qui rend du sang par l'urètre, sang évidemment exhalé par la vessie.

La discussion est close. La parole est réservée à M. Bérard pour résumer la discussion dans la séance prochaine.

LITHOTRITIE.

M. Leroy-d'Etiolles présente des débris de calcul remplissant une sphère de verre de 16 centimetres de circonférence (9 pouces), extraits artificiellement après la lithotritie, la vessie n'expulsant aucune parcelle spontanément. Ce fait, dit M. Leroy-d'Etiolles, prouve de nouveau qu'il est difficile de poser en principe des limites à la lithotritie. Parmi les incompatibilités, on avait placé la rétention d'urine; puis, quand le brise-pierre à cuillers et les sondes évacuatrices eurent prouvé que l'on peut suppléer à la puissance expultrice de la vessie, l'opposition planta plus loin ses limites. Vous nous montrez, il est vrai, a-t-elle dit, qu'il n'y a pas impossibilité absolue d'extraire artificiellement les débris d'un calcul; mais s'il est volumineux ou s'il y a un très grand nombre de petites pierres, il n'y faut plus songer. Le fait que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie prouve que cette limite n'est point fixe, et qu'elle peut être éloignée ou rapprochée, suivant les conditions dans lesquelles se trouvent et les organes urinaires et la santé générale : l'appréciation de l'ensemble de ces conditions constitue le véritable chirurgien. Déjà, il y a deux ans, ajoute M. Leroy, j'avais démontré cette vérité à l'Académie par l'extraction artificielle, pratiquée sur l'un de ses membres, de débris de plusieurs pierres, et en outre, de 283 petites pierres entières, ou graviers.

M. Leroy-d'Etiolles ajoute que la pression est insuffisante pour rapprocher les mors du brise-pierre évacuateur lorsque ses cuillers sont remplies de détritus; la percussion est alors nécessaire. M. Leroy-d'Etiolles soumet à l'examen de l'Académie un nouveau perfectionnement de son percuteur à détente, avec lequel on peut agir sans élan et sans aide.

M. Leroy-d'Etiolles dit, en terminant, que dans une prochaine communication il entretiendra l'Académie de la pulvérisation par l'usure progressive,

et des instrumens qu'il a présentés dans ce but à l'Académie des sciences il y a un an.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE D'HISTOIRE NATURELLE RÉSUMANT ET COMPLÉTANT TOUS LES FAITS PRÉSENTÉS PAR LES ENCYCLOPÉDIES, ETC.

Depuis plus d'un an que nous avons rendu compte, pour la dernière fois, de cette publication, elle n'a cessé de continuer à paraître avec cette régularité qui annonce la complète exécution des engagemens pris avec les souscripteurs, et est l'indice d'un succès presque assuré. Deux nouveaux volumes on quatre tomes se présentent donc en ce moment à notre examen, complétant à peu près la moitié de l'ouvrage et arrivant à la lettre *G*. Déjà, dans des articles antérieurs, nous avons jeté un coup-d'œil sur l'ensemble de ce travail confié à un si grand nombre d'auteurs différens, et qui pour la plupart sont engagés dans des recherches ou des carrières qui doivent leur laisser peu de loisir; nous n'avions même pas dissimulé nos craintes que quelques-unes des conditions où se trouvaient cette entreprise ne pussent l'arrêter ou au moins la retarder dans son développement; mais aujourd'hui, que ses chances de vitalité ne sont plus en question, qu'elle grandit et prospère, il ne nous reste plus qu'à examiner quelques détails, à signaler les principales doctrines qui peuvent y dominer, à rechercher si les auteurs ont traité chaque article important, dans les dimensions et avec l'attention convenable, et surtout s'ils ont tenu compte, autant que nous pourrons le constater, de tous les progrès que la science de l'histoire naturelle a faits pendant ces dernières années. Entrons donc immédiatement en matière, sans nous astreindre à suivre aucun ordre et encore moins à signaler tous les travaux qui nous offriront une valeur réelle.

Nous dirons d'abord qu'il n'y a, dans les deux volumes que nous avons en main, qu'un très petit nombre de sujets qui concernent spécialement les médecins. En traitant des *Eaux minérales*, M. Duponchel s'est contenté de considérer la question sous le point de vue seulement de la géologie et de la chimie, reconnaissant cependant que ces eaux jouissent de certaines propriétés toutes spéciales dont l'analyse ne peut rendre compte, et qu'elles possèdent un certain *nescio quid* qui se dérobe aux investigations les plus scrupuleuses et aux instrumens les plus précis. Sous ce point de vue, l'auteur est plus avancé que beaucoup de nos confrères, pour qui l'organisme n'est qu'un creuset et une cornue, tandis que les eaux minérales ne sont que de simples dissolutions salines plus ou moins étendues.

M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire a décrit, avec son talent ordinaire, sous les deux mots différens *Cyclocéphaliens* et *ensomphaliens*, deux ordres de monstruosités remarquables: le premier renfermant les monstres *unitaires* chez lesquels les appareils de la vision se portent vers la ligne médiane, et qui seuls ont pu donner aux anciens l'idée des cyclopes de la fable, bien que les monstres de cet ordre ne naissent pas viables et meurent toujours peu de temps après leur naissance. Le second ordre, celui des ensomphaliens, comprend les cas où plusieurs, mais le plus ordinairement deux individus sont réunis anormalement et forment un monstre composé; chez eux, il n'est pas rare que la vie se prolonge plus ou moins longtemps et même jusqu'à l'âge adulte. L'histoire de ceux de ces êtres qui ont été observés est pleine de renseignemens utiles pour la science, et féconde en observations d'un grand intérêt pour la psychologie elle-même. Combien, par exemple, est lamentable l'histoire de ces deux jeunes filles, nées en Hongrie, au commencement du siècle dernier, et dont, à l'âge de 22 ans, la mort de l'une entraîna nécessairement celle de l'autre, comme l'avaient prédit les médecins. « Ainsi périrent ces deux malheureuses filles, dit l'auteur, unies entre elles pour leur malheur par des liens indissolubles, et condamnées, par une affreuse et inévitable fatalité, à souffrir toute leur vie, puis à mourir l'une par l'autre. »

La question la plus importante qu'aient jamais soulevée les naturalistes, celle de la cause des formes actuelles, est traitée à deux reprises différentes par le même auteur, M. Gérard, aux mots *Dégénérescences* et *Espèces*. En histoire naturelle, le premier de ces deux mots a un tout autre sens que celui que nous lui donnons en pathologie, où il est à peu près synonyme d'affaiblissement, d'abâtardissement, tandis qu'en histoire naturelle il signifie tous les changemens que subissent les corps vivans sous l'empire d'influences modificatrices, par suite desquelles ils perdent leurs caractères propres, et acquièrent des formes ou des qualités nouvelles. Il y a un commun accord entre les zoologues sur cette question considérée seulement sous le point de vue d'un certain nombre de modifications, et de celles surtout qui caractérisent les variétés; mais cet accord disparaît aussitôt qu'on veut attribuer aux mêmes causes les différences que présentent les espèces. Pour les uns, les caractères qui distinguent les espèces sont des types existant depuis l'origine des êtres: c'est la doctrine de l'invariabilité des types; pour les autres, ses caractères seraient le résultat d'une force créatrice qui s'exerce incessamment sous l'influence des changemens survenus dans les conditions d'existence, c'est la doctrine de l'unité de type, de structure et de composition. Ces deux doctrines, qui empruntent dans le monde savant de nombreux partisans, sont également représentées dans le DICTIONNAIRE D'HISTOIRE NATURELLE. Ainsi, dans les deux articles que nous venons d'indiquer, M. Gérard a accumulé avec beaucoup d'érudition et de logique toutes les preuves à l'appui de la seconde de ces doctrines, de celle qui ne voit dans tous les êtres organisés qu'un seul type modifié avec les siècles par l'action des agens extérieurs; et réellement il serait impossible de réunir en aussi peu de pages plus de documens sur l'action des modifications externes que ne l'a fait M. Girard dans ces deux articles; mais a-t-il mis hors de doute la doctrine qu'il soutient? Nullement, à notre avis; car il n'a démontré que ce que personne ne nie, savoir: l'influence des agens extérieurs sur certaines formes organiques; mais nous a-t-il montré une seule nouvelle espèce produite uniquement par ces transformations successives, soit parmi celles qui vivent à la surface du globe, soit entre celles dont la géologie a révélé l'ancienne existence? Pas du tout. On ne voit nulle part le passage d'une espèce à une autre par des espèces transitoires; on ne reconnaît aucune de ces formes vacillantes qui pourraient servir d'intermédiaire. Ainsi, pour ne pas sortir de l'ouvrage que nous avons en main, nous citerons l'avis d'un savant qui n'exagère point les faits pour en tirer des conclusions plus ou moins favorables à telle ou telle doctrine. M. Laurillard, après avoir, au mot *Crocodiles fossiles*, décrit les différentes espèces de ces reptiles qui étaient autrefois si communs sur la terre, fait remarquer que cette étude se prête peu à la théorie de perfectionnement graduel des espèces. N'est-ce pas aussi l'opinion qu'Agassiz vient de formuler d'une manière encore plus tranchée d'après les faits que lui ont révélé ses longues études sur l'icthyologie fossile. Au reste, nous devons reconnaître que la lecture de ces deux articles, qui sont écrits avec verve et peut-être un peu de passion, nous a vivement intéressé, bien que nous ne puissions admettre comme démontrées toutes les assertions qu'ils contiennent, ni comme exactes toutes les inductions que l'auteur en a tirées.

Nous en dirons autant du travail, du reste fort intéressant, dans lequel M. Pelletan s'efforce de nommer les cinq principaux phénomènes naturels: la lumière, la chaleur, l'affinité, la gravitation, l'électricité à une origine commune, à l'éther, cette substance intangible qui remplit les espaces célestes et tous les interstices du corps, et dont certaines modifications transitoires constitueraient l'influence nerveuse, les phénomènes vitaux et la vie sous toutes ses formes. Ce simple énoncé nous suffit pour faire voir que toutes les opinions, toutes les théories, toutes les doctrines, ont trouvé place dans le DICTIONNAIRE D'HISTOIRE NATURELLE et ont pu y être traitées avec des développemens qu'on chercherait vainement ailleurs pour quelques-unes.

La partie purement descriptive n'offre pas moins d'intérêt. Nous regrettons de ne pouvoir signaler que très rapidement l'article *Daim*, qui offre une monographie complète et neuve du genre chèvre par M. Roulier, qui, après avoir fait connaître les principales races domestiques de ce genre répandues à la surface de la terre, a cherché à retrouver leur origine première. Nous voudrions aussi suivre sur les grands animaux domestiques et sauvages les auteurs des intéressans articles *Coq*, *Crocodile*, *Cochon*, etc., où l'origine, les mœurs des animaux et l'influence de l'homme sur eux sont exposées avec une fidélité et des détails qui ajoutent notablement à la valeur de ces notices; mais ces recherches comme toutes celles consacrées aux règnes minéral et végétal nous éloigneraient trop de nos études habituelles pour que nous puissions bien consacrer le temps et l'espace nécessaires. Nous laissons ce soin à nos lecteurs qui, comme nous, trouveront dans le dictionnaire une fidèle exposition des œuvres de la nature et une appréciation encore bien incertaine, mais cependant progressive, des voies qu'elle suit dans leur production.

— ÉDUCATION DES ENFANS ARRIÉRÉS (un volume); par ED. SEGUIN, chargé le premier par le ministère de l'intérieur d'appliquer sa méthode aux idiots des hospices civils de Paris. Rapport de l'Académie des sciences. — Rue Saint-Lazarre, 6. — Leçons, pension.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 10. TOME XIII. — 1845. SAMEDI 8 MARS 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er mars. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE (extrait d'un travail adressé à l'Académie royale de médecine, le 21 septembre 1844); par le docteur L.-Auguste Mercier.

(Suite. — Voir le numéro 6.)

SUR CE QU'ON DÉSIGNE SOUS LE NOM DE RÉTRÉCISSEMENS ORGANIQUES DE L'URÈTHRE. — PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE CES RÉTRÉCISSEMENS.

On dit qu'il y a *rétrécissement organique* de l'urèthre quand les parois de ce canal ont éprouvé, dans un ou plusieurs points de leur étendue, une diminution permanente de circonférence, par suite d'un changement survenu dans leur texture. Pour moi, ces cas sont les seuls qui méritent le nom de *rétrécissement*, et le changement de texture, qui abolit plus ou moins l'élasticité des tissus, me paraît être un caractère constant et essentiel.

Les affections cancéreuses et scrofuleuses ont quelquefois déterminé des rétrécissemens de l'urèthre; mais ces rétrécissemens sont rares, surtout les derniers, comparativement au nombre de ceux qu'on rencontre dans la pratique, et comme ils ne sont qu'un accident d'une maladie extrêmement grave, on s'en est peu occupé.

Quelques autres, succédant à la cicatrisation d'une plaie des parois uréthrales, ont été regardés comme résultant d'une cicatrice, d'une rétraction d'un tissu supposé de nouvelle formation que Delpech a appelé *tissu inodulaire*.

Presque tout le reste était attribué à l'inflammation plus ou moins pro-

Feuilleton.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LA VIE ET LA MORT; PAR BICHAT (1).

Quand on parle de Bichat, de ses œuvres, de ses travaux, de ses opinions, on dirait qu'il s'agit d'un ancien dont le nom reste à jamais dans les fastes de la science; il en a le poids, l'autorité, l'influence. En effet, lorsqu'on pense à ce qu'a fait cet illustre et malheureux jeune homme, qui n'a paru que pour briller et passer comme un météore sur l'horizon de la science, on est pour ainsi dire stupéfait de ses travaux, et l'on éprouve un sentiment profond de regret en pensant à ce qu'il aurait pu faire *si fata aspera*... Pour bien juger Bichat, il faut se représenter ce qu'était la physiologie avant lui. Certes on pouvait compter de nombreux et beaux travaux. Le grand Haller avait publié ses œuvres immortelles, Vicq-d'Azyr, Dumas, Barthez, Camper, Blumenbach, les deux Hunter et tant d'autres étaient connus par d'intéressantes recherches. Eh bien! aucun d'eux, à l'exception peut-être de Haller, n'a donné aux études anatomiques et physiologiques une impulsion comparable à celle que produisit Bichat, à dater de la publication de son Traité des membranes. L'étendue, la variété, l'importance de ses travaux, sa conception nette et vive, son coup d'œil, aussi juste que profond, et surtout un rare talent de vulgarisation, expliquent le grand mouvement scientifique du commencement de notre siècle. L'ère de Bichat, car on peut s'exprimer ainsi, se conçoit par la prodigieuse activité que cet illustre physiologiste déploya, et loin d'être, ainsi que le prétendait un célèbre médecin, notoirement entaché d'envie, un paraphraseur de lieux communs, en les illustrant d'un peu de science et de talent, Bichat a ouvert de nouvelles et larges voies : ses expériences, ses vues, ses opinions sont les guides que nous suivons, au moins sur beaucoup de points.

Toutefois convient-il d'adorer superstitieusement les paroles d'un grand homme? Faut-il se courber sans cesse devant ses œuvres comme devant sa statue? Non, sans doute, et Bichat lui-même avait trop d'esprit et de modestie pour croire qu'il eût posé les bornes de toute investigation scientifique, quel que soit le don d'infaillibilité que s'attribuent si facilement les hommes de génie. Bichat a beaucoup fait, beaucoup vu, beaucoup entrevu, mais souvent il se hâte trop de conclure; ses idées sont présentées avec force et conviction, mais peut-être, sur certains objets, ne leur a-t-il pas donné cette maturité qui les rend précises, exactes et d'une inépuisable fécondité. La pensée reste dans son jet puissant, mais il y manque parfois ce *limæ labor et mora* qui met le dernier cachet aux conceptions de l'intelligence. Le vaste génie de Bichat voyait trop de choses dans le présent et dans l'avenir de la science pour qu'il pût donner à chacune d'elles le soin d'examen, de profondeur, qu'elle eût exigé pour prendre un rang définitif dans le cadre physiologique. Mais ce qu'il y a d'admirable, c'est qu'en analysant les phénomènes de la vie, en étudiant, avec sa sagacité

(1) Nouvelle édition, ornée d'une vignette sur acier, précédée d'une Notice sur la vie et les travaux de Bichat, et suivies de notes, par le docteur Cerise. Un vol. in-18. Chez Fortin, Masson et comp.

longée du canal. Mais de quelle manière l'inflammation amène-t-elle ce résultat? C'est là sur quoi les opinions ont beaucoup varié.

Jusque vers la fin du dix-septième siècle, on attribua presque toutes les rétentions d'urine à des *caroncules* ou sorte d'excroissances, de végétations qu'on supposait naître à la face interne de l'urèthre et oblitérer plus ou moins ce canal. On pensait que celui-ci s'ulcérant, soit par l'effet d'une inflammation simple ou virulente, soit par le passage d'une urine trop âcre, ou de graviers, ou même d'un sperme corrompu par un séjour trop longtemps prolongé dans ses réservoirs (A. Ferri, A. Lacuna), les surfaces dénudées se recouvraient de bourgeons charnus de mauvaise nature, et que la cause persistant, ceux-ci allaient toujours croissant tant qu'on ne mettait pas un terme à leurs progrès.

Mais il est probable, ainsi que je l'ai dit ailleurs (RECH. SUR LES MAL. URIN. DES HOMMES AGÉS, p. 119), que ce sont les tumeurs de la prostate qui ont donné lieu à cette opinion. On avait sans doute observé des végétations au col de la vessie; mais comme on n'en connaissait ni la nature ni le point de départ, on avait admis qu'il peut également s'en développer dans l'urèthre. Les chirurgiens se disaient probablement, comme Heister l'a fait plus tard: « Si des caroncules peuvent naître derrière le col de la vessie, je ne vois pas pourquoi il ne naîtrait pas d'excroissances semblables dans le col ou même dans l'urèthre. (INST. CHIR., t. II, p. 835.) »

Je ne veux cependant pas dire pour cela qu'il ne puisse se former des excroissances dans l'urèthre; mais ces maladies sont si rares qu'il est facile de voir que ceux qui en parlent tant ne les ont jamais cherchées. Desault et beaucoup d'autres n'en ont jamais rencontré; cependant Gensel et Morgagni (EPIST. XLII, art. 38) en ont vu chacun un exemple; des auteurs plus récens en ont également observé quelques-uns, et moi-même j'en ai publié un des plus remarquables. (MAL. URIN. DES HOMMES AGÉS, p. 121.)

Il était impossible, en raison de cette rareté, qu'il ne s'élevât pas de temps en temps quelques voix contre l'erreur si généralement répandue; c'est effectivement ce que firent C. Brunner (EPH. NAT. CUR., obs. 97), Saviard (OBS. CHIR., 1702, p. 252 de l'édit. de 1784), Dionis (OP. DE CHIR., 1716, p. 227), F. Colot (TRAITÉ DE L'OP. DE LA TAILLE, 1727, p. 256). Mais comme l'idée de caroncules avait toujours été avantageusement exploitée, nous voyons encore, vers le milieu du siècle dernier, les vendeurs de bougies suppuratives Daran (OBS. CHIR. SUR LES MAL. DE L'URÈTHRE, 1745) et André (DISS. SUR LES MAL. DE L'URÈTHRE, 1751), publier plusieurs volumes sur les prétendues carnosités. Nous voyons surtout André s'emporter contre Dibon, qui disait n'avoir pu s'instruire de leur existence, « malgré les recherches qu'il avait faites sur la mort. » Peut-être cependant n'y avait-il qu'un malentendu; car à la page 216 de la DISSERTATION d'André, nous trouvons ce passage digne d'être noté: « J'ai remarqué que toutes les carnosités qui sont placées depuis l'entrée du canal jusqu'au verumontanum, sont, *pour l'ordinaire, d'une substance très solide*; cependant, qu'elles guérissent mieux que celles qui se trouvent depuis cette caroncule jusqu'à la vessie. » Peut-être doit-on voir ici le germe d'une différence établie entre les tumeurs prostatiques et les rétrécissemens de l'urèthre.

La première idée que se firent de ces derniers ceux qui les avaient découverts, c'est qu'ils étaient dus à la cicatrisation d'un ulcère. Cette opinion était d'autant plus naturelle alors qu'on regardait l'écoulement blennorrhagique comme du pus provenant d'ulcères du canal. Mais Morgagni (EP. XLIV) et J. Hunter (ŒUV., t. II de la trad. fr., p. 191) démontrèrent que ces ulcères sont très rares, et il était naturel d'en conclure que, s'il est vrai qu'ils donnent quelquefois lieu à des rétrécissemens, il ne l'est pas moins aussi que, dans la plupart des cas, ceux-ci se forment d'une autre manière. On a donc supposé des causes diverses pour en expliquer l'origine.

Les uns ont cru qu'ils résultent d'un épaississement de la membrane interne de l'urèthre dû, soit à un développement variqueux de ses vaisseaux (Portal, ANAT. MÉD., t. V, p. 462), soit à un ramollissement de son tissu (B. Bell, MAL. VÉN., t. I, p. 340); le plus grand nombre les ont attribués à un engorgement du tissu cellulaire sous-muqueux; d'autres à un dépôt de matière gélatino-albumineuse dans les divers tissus de l'urèthre et à une induration consécutive. M. Lallemand admet même qu'un dépôt de la même matière se fait en outre à la face externe de ce conduit. (Bermond, SUR LES RÉT. DE L'URÈTHRE, p. 14 et 33, 1835.) Ces deux opinions se trouvent également dans un ouvrage publié en 1835 sous le nom d'A. Cooper; seulement l'auteur dit *matière adhésive*. (LECT. ON THE PRINCIPLES AND PRACT. OF SURGERY, p. 472.) Ducamp admet une hypertrophie du tissu de l'urèthre produite par l'inflammation et passant à l'état d'induration (RÉT. D'UR., p. 32, 2e édit.); M. Vidal admet que l'inflammation produit des changemens de nutrition tels que l'hypertrophie ou l'atrophie de l'urèthre peuvent également en résulter, et qu'elle conduit ainsi par des voies opposées au même résultat. (PATH. EXT., t. V, p. 319.) Laënnec (LEC. OR.) et Ducamp (loc. cit., p. 36) admettent des rétrécissemens produits par un dépôt de fausses membranes à la surface de la muqueuse uréthrale.

D'un autre côté, E. Home et beaucoup d'autres chirurgiens anglais n'admettent pas d'altération de tissu et pensent que les rétrécissemens proviennent de la contraction spasmodique d'abord, et plus tard permanente de fibres musculaires qu'ils supposent exister au-dessous de la muqueuse. Enfin, Jameson prétend qu'un surcroît d'activité des fibres transversales des muscles bulbo-caverneux et de celles du releveur de l'anus qui se trouvent en contact avec l'urèthre, sont la cause des rétrécissemens, et il va même jusqu'à proposer, pour guérir ceux-ci, de couper les fibres musculaires qu'il suppose les avoir produits (MED. RECORDER, avril 1824). Des idées analogues ont été émises, dans ces derniers temps, par M. Dufresse (GAZ. DES HÔP., 1842).

Ce serait véritablement peine inutile que de réfuter plusieurs de ces opinions; je vais passer rapidement en revue celles qui méritent le plus d'attention.

Les veines de l'urèthre n'ont probablement jamais fermé assez hermétiquement le canal pour interrompre complètement le passage de l'urine. Concevrait-on que les efforts de la vessie et des muscles abdominaux ne pussent vaincre la résistance opposée par des vaisseaux remplis de sang? qu'ils ne pussent parvenir à refouler, à déplacer quelque peu du moins ce liquide? que le canal fût tellement distendu par la congestion que l'élasticité de ses parois fût incapable de céder assez pour laisser passer le moindre filet d'urine? Toutes ces suppositions sont difficiles à admettre.

Ce qui a donné lieu à cette opinion, c'est qu'il n'est pas rare effectivement de rencontrer des vaisseaux sanguins très développés dans l'urèthre de personnes affectées de rétention d'urine pendant la vie et chez lesquelles la généralité des chirurgiens ne remarqueraient pas d'autre cause

---

ordinaire, les organes et les fonctions, il savait y joindre des vues d'ensemble d'une hauteur incomparable; il établissait des principes sur l'organo-dynamisme, en un mot, il faisait de la science. L'ennuyeux et fatigant *rimbombo* de notre époque sur les faits isolés, sur les organes, sur leurs tissus minutieusement scrutés, pesés, mesurés et toujours sans solution définitive ne se remarque nulle part dans ses ouvrages. Ajoutons que Bichat ne faisait aucune recherche dans l'intérêt d'un système; il n'avait pas de théorie toute faite pour la clouer aux faits. C'était la candeur même, car personne n'eut plus que lui ces scrupules, ces délicatesses d'ame, cette pureté de conscience qui donnent à l'esprit tant de justesse et de clarté parce qu'aucun préjugé ne l'offusque ni ne l'asservit. Loin d'appliquer le masque du sophisme sur la face même de la vérité, on sent qu'il recherche celle-ci avec le plus grand soin, sans témérité paradoxale comme sans opinion d'école ou de système. C'est qu'une belle ame soutenait de ses inspirations cette imagination si riche, cet esprit net, si puissant, si étendu.

Les réflexions qui précèdent ont pour objet de faire voir avec quelle circonspection, nous avons presque dit avec quel respect, il faut aborder les idées d'un tel homme pour les isoler, puis les passer au crible de la critique. Les grands écrivains scientifiques sont ceux qui remuent fortement les intelligences, et certainement Bichat fut de ce nombre. Or pour le réfuter, pour substituer à ses vues d'autres opinions que l'on croit mieux fondées, il faut être bien sûr de son fait. Depuis quarante ans que cette vive lumière de la science s'est éclipsée, nous avons vu beaucoup de critiques des opinions de ce grand physiologiste, mais bien peu ont résisté au temps et à la réflexion; presque toujours les opinions de Bichat ont prévalu, sauf quelques détails qui n'effleurent pas même les bases. Nous disons presque toujours, car enfin ce grand explorateur des phénomènes de la vie s'est trompé sur plusieurs points, ou du moins toutes ses idées n'ont pas été placées sous le grand et plein jour de la vérité. D'ailleurs, la science a marché, les instrumens de recherche se sont perfectionnés, ainsi que le mode d'expérimentation, de là quelques progrès incontestables. Cependant il faut pour critiquer Bichat, et nous entendons ici par ce mot, cette critique sérieuse, élevée, qui féconde et éclaire, il faut, disons-nous, bien pénétrer la pensée de ce grand observateur, se placer au même point de vue que lui, et prouver avec une grande force d'évidence que la nouvelle opinion longuement méditée est de tout point conforme à ce qui est dans l'organisme, sauf appel au tribunal du temps et de l'expérience.

Ces difficultés, nous aimons à le dire, sont aplanies dans la nouvelle édition des RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LA VIE ET LA MORT. Cet ouvrage avait la prédilection de son illustre auteur, et ce n'est pas sans motif, car son génie y brille d'un éclat tout particulier. L'édition que nous annonçons mérite d'être remarquée, non seulement par les soins matériels de l'éditeur, mais par les notes tantôt explicatives, tantôt critiques, que M. le docteur Cerise vient d'y ajouter. Quoique nous ne partagions pas sur tous les points les idées du savant annotateur, nous reconnaissons avec plaisir que sa critique est souvent juste, équitable, clairvoyante, toujours faite avec mesure et dans un excellent esprit. « Peu d'ouvrages, dit-il, ont été, plus que celui-ci, l'objet de grandes et de petites critiques. Par goût, autant que par nécessité, nous éviterons les petites critiques. » On voit que M. Cerise a parfaitement saisi le vrai sens des remarques à faire

de dysurie. Mais, parce qu'on n'a pas vu d'autre obstacle, peut-on répondre qu'il n'en existait pas? Combien, par exemple, n'a-t-on pas rencontré de valvules au col de la vessie sans les apercevoir? Or, j'ai fait remarquer que ces valvules sont presque toujours causées par une inflammation de chronique de l'urèthre et accompagnées d'un développement variqueux ses vaisseaux (RECH. SUR UNE CAUSE PEU CONNUE DE RÉTENT. D'URINE, p. 53). Je suis persuadé que la plupart des rétentions d'urine qu'on a attribuées à un développement de ce genre étaient dues à une valvule spasmodique ou permanente du col de la vessie. Peut-être cet état s'accompagnait-il d'un spasme du muscle de Wilson (1); peut-être en était-il résulté quelque difficulté pour le cathétérisme; peut-être le sang avait-il coulé au moindre contact de la sonde. Tout cela a pu en imposer; mais aujourd'hui que je crois avoir mis l'erreur en évidence on admettra plus difficilement, j'espère, une interprétation qui ne jouit pas même de quelque vraisemblance.

Quant à l'hypertrophie, à l'engorgement d'une ou plusieurs tuniques de l'urèthre, je ne les ai jamais vus constituer une cause permanente d'obstruction, et je ne sache pas qu'on ait jamais fait une autopsie de ce genre; car je ne regarde pas comme un exemple de rétrécissement par gonflement de la muqueuse uréthrale celui que M. Amussat a publié sous ce titre (LEÇ. SUR LES RÉTENT. D'URINE, p. 16). Il s'agit d'un vieillard qui s'était servi pendant longtemps de bougies de Daran pour faciliter l'émission de l'urine devenue difficile après plusieurs blennorrhagies. « Cet homme, est-il dit, ayant succombé à un catarrhe de vessie fort ancien, nous trouvâmes, à l'autopsie, le canal rétréci dans l'étendue de 12 *ou* 15 *lignes*. Dans ce point, la muqueuse était très rouge et présentait un état de turgescence remarquable...: Si on passait légèrement le doigt sur la paroi inférieure, on ne sentait aucune saillie bien sensible; si, au contraire, on faisait glisser *sur cette même paroi* une sonde d'argent de manière à la comprimer, le bec de l'instrument était arrêté là où existait la maladie. Cette pièce pathologique ne présente qu'un resserrement du canal assez peu sensible dans la *partie moyenne et antérieure* de l'urèthre, quoique, pendant la vie, l'introduction d'une sonde d'un petit calibre fût assez difficile. » Cette tuméfaction, existant dans l'étendue de 12 *ou* 15 *lignes* sur la *paroi inférieure* de la *partie moyenne et antérieure* de l'urèthre, me paraît tout simplement l'effet d'une inflammation chronique produite par la pression fréquemment renouvelée des bougies au niveau du ligament suspenseur de la verge, et ceux qui compareront cette lésion avec celles que j'ai décrites dans mon mémoire SUR LES INFLAMMATIONS, ULCÉRATIONS ET FISTULES DE L'URÈTHRE PRODUITES ET ENTRETENUES PAR LE SÉJOUR DES SONDES (JOURN. DES CONN. MÉD. CHIR., avril 1840), ne conserveront, j'espère, aucun doute à cet égard. La dysurie résultait probablement, dans ce cas, d'une affection de la région profonde du canal.

Dans toutes les autopsies de rétrécissement incontestable, il est dit que les tissus étaient blancs, lisses, denses, et souvent même on a noté que le canal était à ce niveau comme étranglé circulairement avec une corde ou un ruban. Ce fait se trouve signalé dans plusieurs traités didactiques et décrit positivement dans un cas présenté à la Société anatomique (BULL., 1826, p. 17). Ch. Bell en fournit un exemple frappant dans sa pl. V, fig. 2, où se trouve représentée une pièce telle que cette disposition ne pouvait échapper (ENGRAVINGS FROM SPECIMENS, etc. in-fol. 1813).

(1) Je pense toujours que ce que Wilson a décrit comme un muscle particulier n'est qu'une portion du releveur de l'anus. Tout récemment M. Gosselin a écrit que je m'étais trompé à cet égard, et, suivant cet anatomiste distingué, « le vrai muscle de Wilson forme un véritable entrecroisement musculaire disposé comme un anneau et non comme une anse » (ARCH. DE MÉD., fév. 1845). Mais je possède deux ouvrages où Wilson a fait représenter son muscle; ce sont le t. I des MED. CHIR. TRANSACT. et ses LECTURES ON THE URIN. AND GEN. ORGANS, etc. Dans tous deux, ce muscle est figuré et décrit attaché en avant au pubis, près de la symphyse, et s'entrecroisant, en arrière, avec celui du côté opposé, entre la portion membraneuse et le rectum. Ces deux muscles forment donc une anse véritable, et on ne voit aucune trace de fibres annulaires. De plus, suivant M. Gosselin, le muscle de Wilson n'enveloppe la portion membraneuse que dans la partie la plus rapprochée du bulbe. Sur les planches de Wilson, au contraire, le plan musculaire en question recouvre non seulement la portion membraneuse, depuis le bulbe jusqu'à la prostate, mais encore un peu la pointe de cette glande.

D'un autre côté, M. Gosselin dit qu'aucune des fibres antérieures du releveur de l'anus ne va gagner la portion membraneuse; que toutes vont se perdre au milieu du tissu cellulaire qui unit la prostate au rectum. Cette assertion me paraît inexacte sous plusieurs rapports. J'ai dit, dans le premier volume de mes RECHERCHES, qu'indépendamment du plan horizontal qui ferme inférieurement le bassin et qui est presque le seul que décrivent les anatomistes, le releveur de l'anus en a un autre qui est inférieur et perpendiculaire au précédent. Ce plan vertical naît du pubis, au-devant et un peu au-dessous du trou sous-pubien, et même des fibres ligamenteuses qu'on rencontre entre la symphyse pubienne et la portion périnéale profonde de l'urèthre. Les fibres supérieures de ce plan côtoient la prostate d'avant en arrière et se terminent, non pas en s'entrecroisant entre cette glande et le rectum, comme le dit M. Gosselin, mais en s'unissant par une intersection aponévrotique avec des fibres longitudinales antérieures de cet intestin.

Les fibres inférieures n'ont pas toutes la même disposition. Les plus externes vont se rendre à l'anus : ces fibres n'ont jamais été décrites, que je sache, avant moi; mais nous ne devons pas nous en occuper ici. Les internes côtoient la portion membraneuse, et vont, comme celles qui sont plus élevées, former une intersection aponévrotique avec des fibres longitudinales du rectum, après avoir toutefois formé, entre l'urèthre et cet intestin, quelques entrecroisemens avec celles du côté opposé. C'est là, suivant moi, le muscle de Wilson.

Ainsi, la face antérieure du rectum présente une intersection aponévrotique dont personne n'a parlé, intersection en forme de V, dont la pointe, se terminant à l'aponévrose moyenne du périnée, correspond à la portion membraneuse de l'urèthre, et dont les branches ont des unions intimes avec les deux bords latéro-postérieurs de la prostate. C'est à ces mêmes branches de l'intersection que viennent se rendre les fibres du plan vertical des releveurs de l'anus, et l'on conçoit alors facilement comment ce n'est que tout à fait en bas, vers la pointe du V, que celles d'un côté peuvent s'entrecroiser avec celles de l'autre.

Les plans verticaux des releveurs de l'anus sont séparés des faces latérales de la prostate et de la portion membraneuse par un fascia qui s'étend de l'aponévrose supérieure du bassin à la moyenne, et se confond en arrière avec l'intersection commune dont je parlais il n'y a qu'un instant.

Maintenant, entre ce fascia et la portion membraneuse, existe-t-il des fibres musculaires qui entourent le canal à la manière d'un anneau? J'ai dit jusqu'à présent n'y avoir vu que du tissu fibreux et un lacis vasculaire; cependant les affirmations de M. Gosselin sont de nature à nécessiter de ma part de nouvelles recherches. Mais, quel qu'en doive être le résultat, la pratique m'a démontré que le principal obstacle que produit le spasme dans cette région dépend d'un entraînement de la portion membraneuse vers les pubis, et cet entraînement s'explique parfaitement par la disposition anatomique que je viens de décrire.

sur les ouvrages de notre grand physiologiste, et nous le félicitons d'avoir tenu ses promesses. La plupart de ses annotations sont d'autant mieux fondées qu'il va droit à la difficulté, ne cherchant nullement à amoindrir les questions pour les briser et non les résoudre.

Toutefois, on peut différer d'avis avec lui, et notamment sur la base première de la physiologie. On sait que Bichat a défini la vie, *l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort.* M. Cerise, avec le plus grand nombre, rejette cette définition. Elle manque certainement de rigueur et de précision, mais pouvait-il en être autrement? Peut-on définir ce qu'on ne connaît pas? Dès que, quittant les causes secondes, nous voulons pénétrer dans les principes des choses, tout aussitôt l'obscurité redouble autour de nous. C'est précisément ce qui nous arrive quand il s'agit de la vie. Bichat ne la définit donc point dans son essence, il la définit dans son but et dans ses résultats; il ne lui était pas donné, ni à qui que ce soit, d'aller plus loin. Le tourbillon vital de Cuvier, si souvent opposé à la définition de Bichat, n'exprime pas autre chose que les effets de la vie. Et M. Cerise a parfaitement raison de préférer l'opinion de Bichat à celle de Béclard, qui définit la vie *l'organisme en action*, et la mort *l'organisme en repos*, définition qui tient un peu de la plaisanterie. Quant à celle que M. Cerise lui-même *risque*, selon sa modeste expression, elle n'exprime, comme les autres, que les effets de la vie; et de plus, elle préjuge ce qui est en question, une force initiale, préexistante à l'organisme et indépendante de ce dernier. « L'individu meurt, dit-il, la vie reste. » Oui, la vie reste, mais dans des individus vivans; toujours un ensemble de fonctions, toujours des organes. Mais voici une partie de la définition de Burdach : « La vie est l'infini dans le fini, le tout dans la partie, l'unité dans la pluralité.... L'idée est le noyau de la vie.... L'idée de la fonction crée son organe pour se réaliser, etc., etc. » N'est-ce pas là un modèle de doctrine physico-romantique des plus marqué? Nous en sommes fâchés pour Burdach, dont nous admirons le profond savoir et le mérite éminent. Comparez maintenant cet idéal galimatias avec la définition claire, brève, logique de Bichat, toute défectueuse qu'elle semble d'abord. Après tout, nos organes ne sont qu'un assemblage forcé, temporaire d'élémens contre la désunion desquels lutte sans cesse l'énergie vitale.

Personne n'ignore que Bichat a posé en principe, avec beaucoup d'autres physiologistes, que les facultés de l'entendement résident dans le cerveau; mais que le siége des passions est dans les viscères abdominaux, ou plutôt dans le système nerveux ganglionnaire, et notamment dans le centre épigastrique, ce qu'on nomme le *cœur* dans le sens moral. Cependant il n'en est pas moins vrai que Bichat admet de nombreux et d'étroits rapports entre les deux systèmes nerveux; il avait trop d'étendue et de perspicacité pour qu'il en fût autrement. Écoutons-le parler. « Un homme, dit-il, apprend par lettre et devant une assemblée une nouvelle qu'il a intérêt à cacher; tout à coup son front se ride, il pâlit, ou ses traits s'animent, suivant la passion qui est mise en jeu : voilà des phénomènes sympathiques nés de quelques viscères abdominaux subitement affectés par cette passion, et qui par conséquent appartiennent à la vie organique. Bientôt cet homme se contraint; son front s'épanouit, sa rougeur renaît ou ses traits se resserrent, quoique le sentiment intérieur subsiste : c'est le mouvement volontaire qui l'a emporté sur le sympathique; c'est le cerveau dont l'action a surmonté celle de l'estomac, du foie, etc. C'est la vie animale qui a repris son empire. »

D'après les nombreuses pièces que j'ai rencontrées dans mes recherches particulières et celles que j'ai vues pendant dix années que j'ai fréquenté assidûment la Société anatomique, je puis donner comme un fait certain que, dans tout rétrécissement véritable de l'urèthre, les parois uréthrales sont lisses, blanches, fibreuses, dépourvues d'aréoles sanguines et presque entièrement de vaisseaux. Dans beaucoup de cas où le sujet n'avait pas été traité avant sa mort, le canal paraissait étranglé circulairement; dans d'autres où le rétrécissement avait été dilaté, l'étranglement était peu ou même pas sensible; mais alors ses parois étaient réduites à un grand état d'amincissement. En un mot, au lieu d'une hypertrophie, d'un engorgement, il y avait, au contraire, atrophie, et les diverses membranes étaient si intimement confondues qu'il était impossible de les isoler par la dissection.

J'ai une réserve à faire au sujet de ce que je viens de dire, c'est que si la face interne du rétrécissement avait été enflammée, excoriée, ulcérée, avant la mort, par le passage répété ou le séjour des sondes, son aspect lisse et sa blancheur pourraient avoir un caractère moins tranché.

Ainsi plusieurs observateurs avaient, avant moi, signalé la blancheur et l'apparence fibreuse des parois de l'urèthre au niveau de certains rétrécissemens; mais tous en avaient admis d'autres qu'ils disaient produits par la tuméfaction, l'hypertrophie des tissus, par l'injection des vaisseaux, etc. Ce qui m'appartient, en conséquence, c'est d'avoir, à l'aide de nombreuses observations, établi la constance des caractères que je viens de signaler (voy. mon mémoire SUR L'INFLUENCE DES RÉTREC. DE L'URÈTHRE DANS L'APPLICATION DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE. Janv. 1839). J'ajoute que ce qui prouve la justesse de mes conclusions, c'est que M. Cruveilhier a été conduit par ses propres recherches au même résultat (ANN. DE LA CHIR., fév. 1842), et que je tiens de M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, que des faits nombreux qu'il a recueillis sont venus tout à fait à l'appui de mes assertions.

Les réflexions précédentes et ce que j'ai déjà dit au sujet des rétrécissemens spasmodiques démontrent combien sont peu fondées les opinions d'Home et de ceux qui ont adopté ses doctrines; il serait par conséquent inutile d'y insister davantage.

Les rétrécissemens ne sont pas produits par des fausses membranes, parce que, dans la plupart des cas, les parois uréthrales sont altérées dans la totalité ou la majeure partie au moins de leur épaisseur. D'ailleurs, je ne sache pas que les fausses membranes puissent ainsi s'identifier avec les muqueuses. En général, dans les affections diphtéritiques, on voit les productions pseudo-membraneuses se détacher ou être résorbées, et il serait difficile d'admettre, sans preuve bien péremptoire, une exception pour l'urèthre, canal à chaque instant lavé par l'urine. En outre, quel est le moment où les fausses membranes ont le plus d'épaisseur? c'est celui où elles viennent d'être formées, c'est à la période aiguë de la maladie. C'est donc, si telle était l'origine des rétrécissemens, lorsque l'inflammation de l'urèthre est à son apogée, que les fausses membranes devraient s'opposer le plus complètement au passage de l'urine, et la dysurie devrait diminuer à mesure qu'on s'éloigne de cette période. Or, si elle se manifeste alors, elle n'est ordinairement que passagère et elle ne commence à devenir permanente que quand l'inflammation a depuis longtemps passé à l'état chronique ou même quand elle s'est complètement dissipée.

Cette dernière remarque suffirait également pour prouver que les rétrécissemens ne sont pas le résultat d'une induration produite par un dépôt de lymphe plastique ou albumineuse dans les parois de l'urèthre ou même en dehors d'elles; car, s'il en ainsi, ce serait surtout pendant le travail inflammatoire qui engendre cette lymphe que l'urine se trouverait arrêtée.

A l'appui de cette dernière théorie, je n'ai d'ailleurs rencontré dans les auteurs qu'un seul fait qui mérite attention; il se trouve dans l'ouvrage de M. Lallemand SUR LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES. Le voici:

« Sur un malade entré à l'hôpital en 1822, pour une strangurie, et mort, peu de jours après, d'une perforation spontanée de l'estomac, j'ai trouvé, à la courbure sous-pubienne, un rétrécissement qui admettait une sonde cannelée. Le canal, fendu dans toute sa longueur, présenta dans le point rétréci un épaississement circulaire de la membrane muqueuse commençant et finissant d'une manière insensible, en sorte que la tranche ressemblait, de chaque côté, à un fuseau divisé suivant son grand diamètre. Le bord externe n'était pas moins bombé que celui qui correspondait à la surface du canal; ainsi le cylindre qui formait l'obstacle, aminci à ses deux extrémités et renflé au milieu, ne faisait pas moins de saillie en dehors qu'en dedans. En disséquant la membrane muqueuse, je la trouvai si adhérente vis-à-vis de l'altération, qu'elle ne put être enlevée entière, ce qui prouve que le tissu cellulaire qui avait uni ces parties avait participé à l'affection de la muqueuse. Le tissu altéré était d'un blanc jaunâtre, ferme, résistant, peu élastique et très facile à déchirer. Il n'offrait aucune apparence de fibres distinctes: on eût dit qu'une substance albumineuse s'était déposée dans les mailles de la membrane muqueuse comme dans une éponge. »

Remarquons que M. Lallemand ne dit pas que l'épaississement des tissus muqueux et sous-muqueux refoulât en dehors les couches les plus externes des parois uréthrales, de manière à ce qu'il en résultât un épaississement de ces parois au niveau du point malade. Il n'est ici question que de l'apparence que présentait la tranche du cylindre induré, et l'induration ne s'étendait pas jusqu'à la face externe du tissu spongieux qui, dans le bulbe, a beaucoup d'épaisseur, puisque M. Lallemand la croyait bornée aux tissus muqueux et sous-muqueux. Je reviendrai incessamment sur ce fait.

Ceux qui regardent les rétrécissemens calleux comme résultant de la cicatrisation d'un ulcère pensent que le tissu blanc et dur qui les constitue n'est qu'un tissu accidentel destiné à recouvrir la surface ulcérée et de la nature de ceux que Delpech a nommés *inodules*. Dans un travail sur quelques généralités de la chirurgie, travail dont je rassemble depuis longtemps les matériaux, je me propose de traiter la question des inodules. Pour le moment, je me contenterai de dire que Delpech me semble être tombé à cet égard dans de grandes exagérations.

Je vais maintenant exposer la manière dont je comprends la formation des rétrécissemens. Il y a déjà six ans que j'ai publié ma théorie, et tous les faits que j'ai observés depuis m'ont paru la confirmer. Voyons donc si elle ne repose pas sur une base plus solide que celles que je viens d'essayer de renverser.

Le tissu spongieux de l'urèthre n'est qu'une dépendance du système vasculaire: « Il est formé, dit Béclard, d'artérioles et de vénules entrelacées à la manière des réseaux capillaires; toute la différence, c'est qu'ici

---

Cet admirable morceau, écrit avec cette mâle et élégante simplicité qui constitue véritablement le style scientifique, montre combien l'illustre physiologiste avait pénétré dans la science de l'homme physique et moral. Néanmoins, comme ses vues sont parfois ou erronées ou manquent de précision dans l'appréciation des phénomènes psycho-organiques, les remarques de M. Cerise nous semblent pleines de justesse et d'à propos. Non seulement elles complètent le sens de l'auteur, mais elles donnent de l'interprétation des phénomènes une idée plus conforme à la réalité des lois de la nature.

Nous n'entrerons pas dans plus de détails, ils nous meneraient trop loin. Mais nous pouvons affirmer que cette nouvelle édition des RECHERCHES SUR LA VIE ET LA MORT est faite avec un soin tout particulier. Ornée d'une vignette qui représente Bichat, d'après la sculpture de M. David, placée au frontispice du Panthéon, précédée d'une notice écrite avec goût et simplicité sur ce grand homme, cette édition contient donc tout ce qui peut intéresser sur l'auteur et son célèbre ouvrage. Ce que nous avons dit des annotations faites par M. Cerise doit en faire préjuger la valeur. Nullement écrites avec cette assurance hautaine ou superstitieuse des commentateurs vulgaires, elles se lisent avec fruit et ne font pas disparate à côté du grand maître, parce qu'elles sont présentées avec méthode et clarté, sans explication logomachique et forcée. Nous louerons encore l'auteur de ces notes de ce que, sans négliger les faits, il sait s'élever aux principes, et, il faut le dire, jusqu'à la philosophie, qui, dans le fond, n'est que la connaissance et l'estimation réelle des choses.

R. P.

— LA GAZETTE DES HÔPITAUX a publié, dans un de ses derniers numéros, un article concernant l'exécution du jugement rendu contre M. Vidal, article dans lequel, parmi plusieurs assertions inexactes, il s'en trouve une qu'il nous importe de rectifier. L'auteur affirme que nous aurions pris devant le Tribunal l'engagement de ne pas exiger les dommages-intérêts auxquels MM. Vidal et Henroz avaient été condamnés. Or, nous déclarons de la manière la plus formelle n'avoir jamais pris aucun engagement de ce genre. La seule circonstance qui puisse avoir servi de prétexte à cette assertion est la suivante.

L'avocat de M. Henroz ayant avancé, dans sa plaidoirie, que le jugement rendu contre MM. Henroz et Vidal avait été exécuté, nous dûmes lui faire remarquer qu'il se trompait, et nous opposâmes ce fait, comme une preuve de notre modération, à l'acharnement de nos adversaires. Permis aux intéressés de prendre cette remarque pour un engagement. Mais le simple bon sens fera comprendre si nous avons pu, si nous avons dû renoncer à exécuter un jugement rendu contre nos adversaires, alors qu'ils se servaient des plus méchans prétextes pour en demander un contre nous.

Au surplus, que Me Favre, sur le témoignage duquel on se fonde, veuille bien, comme il l'a proposé, consulter les souvenirs de l'honorable Me Billault, notre avocat, et il verra laquelle, de son assertion ou de la nôtre, est conforme à la vérité.

Nous ajouterons, en terminant, que les 500 fr. touchés par notre avoué seront employés, après le prélèvement des frais mis à la charge de MM. Vidal et Henroz, à la confection d'appareils pour quelques enfans pauvres, et seront versés dans ce but entre les mains de M. Charrière.

les radicules veineuses sont plus développées et dilatées d'une manière particulière. Ces renflemens sont si peu des cellules qu'ils ne se continuent qu'avec les veines, et qu'on y trouve la membrane interne de ces conduits. » (ADDIT. A L'ANAT. GÉN. DE BICHAT, p. 119.)

Si telle est l'analogie, n'est-il pas évident que ce qui se passe dans une veine enflammée doit nous éclairer beaucoup sur ce qui a lieu quand le tissu spongieux de l'urèthre se trouve dans les mêmes conditions?

Lorsque l'inflammation s'est emparée d'une veine, sa membrane interne rougit, perd son poli, et le sang se coagule dans son intérieur. En même temps ses parois s'épaississent, deviennent rouges, friables, moins élastiques, et forment un cordon dur et douloureux.

A ce degré, deux cas peuvent avoir lieu : ou bien l'inflammation persiste, et alors la sécrétion de la membrane interne devient puriforme, le sang coagulé semble lui-même se convertir en pus; ce pus, s'il n'arrive pas d'accident plus grave, finit par se faire jour hors du vaisseau, et celui-ci s'oblitère, se réduit à un simple cordon. Ou bien l'inflammation s'arrête et le vaisseau obstrué ne donne plus passage au sang : celui qui s'y était coagulé est peu à peu privé par l'absorption de ses parties les plus liquides, le caillot diminue de volume, pâlit de plus en plus et se durcit. Enfin, il vient un temps où il est réduit à rien, où les parois du vaisseau se rapprochent, s'oblitèrent, et alors la veine ne forme plus, comme dans le cas précédent, qu'un petit cordon blanc, fibreux et très dur.

Jetous les yeux sur une tumeur érectile veineuse : n'est-ce pas là ce qui s'y passe lorsque, en vertu d'une cause quelconque, il s'y développe une inflammation suffisante? On connaissait bien le changement qui s'opère alors, puisque c'est de cette connaissance que sont nés plusieurs procédés pour la guérison de ces tumeurs; mais je doute qu'on ait bien expliqué et bien compris comment leur rétraction s'opère. Ce qui me le fait croire, c'est que j'ai vu des chirurgiens s'imaginer que ces tumeurs doivent s'affaisser aussitôt l'inflammation provoquée, et ne pas attendre, avant de recourir à des médications plus graves, que le travail d'absorption ait en le temps d'opérer, dans les capillaires oblitérés, ce que nous venons de voir dans les vaisseaux plus volumineux.

Quoi qu'il en soit, les mêmes phénomènes se passent lorsqu'une portion quelconque du tissu spongieux de l'urèthre vient à être frappée d'inflammation. Souvent l'endroit affecté forme un noyau douloureux, assez volumineux et assez dur pour être sensible à l'extérieur. Si l'on coupe alors ce tissu, et qu'on le soumette à un filet d'eau, on trouve les parois de ses aréoles épaissies et remplies de sang qui ne disparaît qu'incomplètement par le lavage. Si l'inflammation persiste, il survient une infiltration purulente qui finit par se rassembler en foyer, lequel finit lui-même ordinairement par s'ouvrir, soit dans le canal, soit à l'extérieur; et alors toutes les aréoles qui ont suppuré s'oblitèrent, ce qui ne peut se faire, évidemment, sans que le tissu dont elles font partie ne se condense, ne diminue d'étendue, sans que l'urèthre ne se rétrécisse à leur niveau.

L'inflammation s'est-elle au contraire arrêtée dans sa marche, les parties les plus fluides du sang sont absorbées peu à peu, la fibrine coagulée se condense, pâlit, prend une couleur jaunâtre, et c'est sans doute à cette période qu'on a cru les cellules remplies d'albumine concrétée. L'induration qui constituait le rétrécissement, dont j'ai emprunté plus haut la description à M. Lallemand, n'en était probablement encore qu'à cette période, à en juger par son épaisseur, sa teinte jaunâtre et sa friabilité. Ce dernier caractère surtout prouve la jeunesse, pour ainsi dire, de l'altération; car on sait que l'inflammation détruit la consistance des tissus. Si nous attendous plus longtemps encore, l'absorption sera plus avancée, et nous trouverons, à la place du tissu spongieux, un noyau blanc, fibreux, homogène et presque dur comme du cartilage. Ce noyau est moins volumineux que la tumeur inflammatoire à laquelle il succède; souvent même il est moindre que le tissu normal qu'il remplace, et, de cette rétraction graduelle, proviennent les rétrécissemens que les auteurs nomment *organiques*. Supposons en effet, pour plus de simplicité, les parois de l'urèthre formées d'une simple série de cellules disposées en cercle: il est facile de comprendre qu'à mesure que chacune de ces cellules se rétrécira, l'aire du cercle qu'elles circonscrivent diminuera d'étendue.

La marche que je viens d'exposer explique pourquoi ce n'est ordinairement que longtemps après l'inflammation qui lui a donné naissance qu'un rétrécissement manifeste sa présence par des effets sensibles. C'est qu'en effet cette altération, cette condensation des parois uréthrales n'est pas un effet direct du travail inflammatoire, mais au contraire un effet très indirect, on pourrait presque dire un résultat de sa disparition.

Je continue le développement de ma théorie.

Quand un malade a subi l'amputation de la verge, que se passe-t-il du côté de la plaie? les aréoles des tissus caverneux et spongieux suppurent, s'oblitèrent, le moignon s'arrondit, se condense.... en même temps le canal se rétrécit. Ce dernier phénomène a été constamment observé en pareille circonstance. Boyer cite un cas où l'oblitération était presque complète au bout de dix-huit mois (MAL. CHIR., t. x, p. 565, 4e édit.). On trouve, dans les ARCHIVES DE MÉDECINE (t. x, p. 518, 1826), plusieurs exemples d'opérations semblables faite l'une sur un cheval par M. Barthélemy et les autres sur l'homme par M. ROUX. Dans tous il survint un rétrécissement. M. Smyly a insisté sur cette suite fâcheuse et il a même conseillé, pour l'éviter, de réunir par première intention la muqueuse à la peau (DUBLIN MED. PRESS, 1840). Cette précaution, sans être infaillible, me paraît bonne parce qu'elle abrège la durée et l'étendue de l'inflammation.

On a attribué ces rétrécissemens à la rétractilité de la cicatrice; mais qu'on fasse bien attention que cette rétraction ne se fait pas seulement à l'extrémité du moignon. « Les corps caverneux, dit M. Roux, qui sembleraient ne devoir pas se rétracter considérablement, sont susceptibles d'une grande rétraction *avec le temps*, de manière que le moignon, quoique long au moment de l'opération, se réduit peu à peu à très peu de chose » (GAZ. DES HÔP., 1844, n° 105). Ne retrouvons-nous pas ici la marche des rétrécissemens inflammatoires? Cette rétraction est importante à connaître; car si M. Malgaigne y eût fait attention il n'aurait pas blâmé le procédé de Boyer pour l'amputation de la verge et il n'aurait pas dit que « si le corps caverneux paraît se rétracter si fort, c'est qu'on l'a tiraillé outre mesure » (MÉD. OP., 4e éd., p. 630).

Ce que je viens de dire s'applique encore aux rétrécissemens qui succèdent à des plaies intéressant le canal, pour peu que la cicatrisation ait tardé à se faire. C'est par la même raison que les tailles périnéales sont presque constamment suivies d'un rétrécissement plus ou moins prononcé, *surtout si la convalescence a été longue*, comme le dit M. Civiale (MAL. ORG. GÉN. URIN., t. I, p. 157). Je ferai même ici, en passant pour ainsi dire, une remarque importante, c'est que c'est surtout quand on a intéressé le bulbe que ces rétrécissemens sont prononcés; ils deviennent même alors une cause assez fréquente de fistules : c'est un fait que j'ai plusieurs fois remarqué, notamment chez un garçon d'une quinzaine d'années auquel M. Roux avait extrait une pierre logée dans la partie profonde du canal. La raison en est bien simple : la rétraction se fait d'autant plus fortement que les aréoles du tissu dans lequel elle s'opère sont plus larges et plus nombreuses.

D'après ma théorie, le retrait du tissu affecté ne doit pas se faire seulement en largeur, mais encore en longueur. Cette remarque contre laquelle viennent se briser la plupart des explications qui ont été données de la formation des rétrécissemens est facile à vérifier dans plusieurs circonstances, et elle a même été positivement indiquée dans la description d'une pièce présentée par M. Gnéneau de Mussy à la Société anatomique : « A l'autopsie, on trouva un rétrécissement fibreux qui occupait le commencement du bulbe et la région membraneuse; celle-ci avait évidemment diminué de longueur » (BULL., 1839, p. 9). Mais c'est principalement quand l'altération occupe une certaine étendue de la région spongieuse que cette diminution devient évidente, surtout lorsque les corps caverneux et l'urèthre entrent en érection.

Il existe une telle similitude entre le tissu caverneux du pénis et le tissu spongieux de l'urèthre que le premier doit être sujet aux mêmes altérations que le second quand l'inflammation s'en est emparée; c'est en effet ce qui a lieu. Moulinier, de Bordeaux, rapporte l'observation d'un homme qui, à la suite d'une contusion, eut une inflammation qui détruisit tous les téguments de la verge. « Le corps caverneux, dit l'auteur, tomba en putréfaction; les parties les plus molles disparurent par une sorte de fonte, et, chose remarquable, son tissu fibreux, qui est épais et élastique, résista à la décomposition, se resserra sur lui-même, et bientôt la verge n'était pas plus figurée que par un cordon du volume d'un tuyau de plume » (TRAITÉ DES MAL. DES ORG. GÉN. URIN., 1839): C'eût été chose véritablement remarquable, ainsi que le dit Moulinier, si la gaîne fibreuse eût persisté malgré la disparition de son tissu intérieur et de la peau; car d'où lui serait venu le sang nécessaire à son alimentation? D'ailleurs il n'est pas dit que cette gaîne se fût ouverte, qu'il en fût sorti des débris de tissu, et cette fonte dont parle l'auteur ne paraît être, même à la manière dont il s'exprime, qu'une hypothèse à l'aide de laquelle il explique la rétraction de l'organe.

M. Tanchou parle d'un homme qui, depuis quarante-deux ans, éprouvait de la difficulté à uriner et dont le canal paraissait rétréci dans toute son étendue. L'induration qu'on remarquait sur tout le trajet de l'urèthre s'étendait même au corps caverneux; aussi en était-il résulté un raccourcissement de la verge. « Quand j'examinai Cornu, dit l'auteur, je fus frappé de l'exiguïté du membre viril qui, au dire du malade, était considérablement diminué de volume; on eût dit que les tissus qui formaient ce membre avaient été en partie résorbés, tant la peau qui l'entoure est flasque et le prépuce allongé » (TRAITÉ DES RÉTRÉC., etc., p. 120).

Cette diminution du corps caverneux a déjà été notée par plusieurs

observateurs. M. Shaw, par exemple, dit que quelquefois la totalité du pénis s'atrophie et devient incapable d'érection (MED. CHIR. TRANS., t. X, p. 352). Or cette condensation du corps caverneux résulte d'un travail analogue à celui que nous avons signalé dans le tissu spongieux de l'urèthre.

Comme il est rare que des individus meurent à une époque rapprochée d'une urétrite, on me demandera quelle preuve je puis donner que les phénomènes se passent de la manière que je viens de dire.

Je pourrais d'abord répondre que ma théorie a de plus que les autres l'analogie pour elle et demander quelle différence existe entre les gros et les petits vaisseaux pour que les phénomènes qui se passent dans les uns ne puissent avoir lieu dans les autres. Mais cette raison, qui n'est pas sans valeur, n'est pas la seule que je puisse apporter.

Assistant, en 1839, à la Charité, à l'autopsie d'un phthisique, je m'aperçus qu'il avait un écoulement par l'urèthre. J'examinai en conséquence les organes urinaires et je trouvai une inflammation caractérisée par une rougeur très vive de toute l'étendue du canal. Comme il y avait en outre un rétrécissement à l'origine de la portion membraneuse, j'ai conservé cette pièce, et maintenant qu'elle a macéré pendant plusieurs années dans l'esprit de vin, la rougeur a complètement disparu. Mais, à 7 ou 8 centim. environ du méat urinaire, on voit, dans l'étendue d'une pièce de 50 cent. une teinte d'un noir assez foncé. Cette teinte, qui est bien circonscrite, existe positivement dans le tissu spongieux de l'urèthre. Suivant moi, la macération a fait disparaître la rougeur de l'urèthre parce qu'elle était due à du sang encore libre dans ses vaisseaux, tandis que si la tache noirâtre n'a pas disparu, c'est qu'elle est due à du sang coagulé.

Je possède encore une autre pièce anatomique sur laquelle une teinte noirâtre uniforme occupe la portion membraneuse et le commencement du bulbe. L'urèthre a également blanchi par la macération dans tout le reste de son étendue (1).

Le nommé Coppe, âgé de 53 ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 6 juillet 1836, pour une rétention d'urine accompagnée d'une fièvre très forte. Il avait été traité pour le même accident au mois de février précédent. Il nous dit n'uriner avec difficulté que depuis quelques jours. La peau de la verge était rouge, érysipélateuse; celle du scrotum était saine; mais on sentait au périnée, sur le trajet de l'urèthre, une tumeur circonscrite, très douloureuse, plus longue d'avant en arrière que d'un côté à l'autre. On craignit qu'une crevasse ne se fût formée derrière un rétrécissement; mais la sonde passa facilement, excepté peut-être au niveau de la tumeur, où l'on éprouva un peu de difficulté; il fallait porter son bec légèrement à gauche. Au bout de peu de jours, le malade mourut.

D'après les auteurs, nous aurions dû rencontrer, au niveau de cette tumeur, un épanchement de lymphe plastique, de matière adhésive, gélatino-albumineuse, etc. (voy. plus haut). Or, nous avons tout simplement trouvé le bulbe considérablement gonflé; ses parois avaient 15 millimètres d'épaisseur, et ses aréoles, très friables, étaient remplies de sang noir. Cette maladie s'étendait en décroissant, jusqu'à 3 centim. au-devant du bulbe. Le canal était enflammé, et il n'y avait ni rétrécissement, ni crevasse de l'urèthre.

Je suppose actuellement que ce malade eût survécu, que serait devenu ce bulbe, si fortement enflammé? Que ses aréoles aient suppuré ou non, je doute qu'elles ne se fussent pas oblitérées.

Dans un autre cas, où, pendant le cours d'une maladie qui est devenue mortelle, le gland et l'urèthre étaient devenus le siége d'une inflammation violente, j'ai pu constater la coagulation du sang dans les tissus spongieux : un lavage très soigné et un séjour de plusieurs mois dans l'alcool n'ont pu le faire disparaître.

Si le sujet ne fût pas mort, que seraient devenues les aréoles obstruées?

J'ai publié un mémoire étendu sur les effets du séjour des sondes dans l'urèthre, et, sur ce sujet, j'avais pu faire beaucoup de recherches; car on sait que, dans les hôpitaux, les rétentions d'urine sont encore généralement traitées par les sondes à demeure, et que beaucoup de ces maladies se terminent par la mort. Or, j'ai pu, dans ces cas, suivre toutes les phases du travail inflammatoire; j'ai pu, dans les points les plus irrités par la présence de la sonde, et lors même que la muqueuse ne présentait pas de trace d'excoriation, constater la teinte noirâtre et l'épaississement du tissu spongieux, la coagulation du sang dans ses aréoles, et plus tard l'infiltration purulente. On voit, dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE (1836, p. 267) que, chez un homme qui avait porté pendant quelque temps une sonde à demeure, M. Lebert rencontra dans l'urèthre « cinq excoriations *superficielles*, n'intéressant que la muqueuse; elles ont toutes, dit-il, cinq à six lignes de long; la plus antérieure est à environ deux pouces du méat urinaire; le tissu spongieux est plus ou moins *noir*; en quelques endroits, il est *infiltré de pus*. »

Je demanderai encore : si le sujet eût survécu et que l'inflammation se fût arrêtée, que seraient devenues les aréoles de ce tissu?

Ce qu'elles seraient devenues, on va le voir.

Plusieurs fois j'ai eu occasion d'ouvrir des sujets qui avaient porté, quelques années auparavant, des sondes à demeure, et très souvent j'ai rencontré, au lieu même où j'avais observé, sur d'autres, les phénomènes que je viens de décrire, une plaque de même forme, mais blanche, résultant de la condensation des parois de l'urèthre, qui là ne présentaient plus de traces d'aréoles. J'en ai publié un exemple dans mon MÉMOIRE SUR LES PERFORATIONS SPONTANÉES DE LA VESSIE. (GAZ. MÉD., 1836.) Quoique la paroi supérieure du canal ne participe ordinairement pas à l'altération et qu'elle conserve sa souplesse, je me suis assuré plusieurs fois qu'au niveau de ces plaques l'urèthre avait diminué de largeur, et c'est sans doute ce qui avait eu lieu dans le fait suivant, rapporté par M. Bermond :

« Un fou épileptique fut reçu dans les salles de M. Lallemand pour une coarctation très forte *située vers le milieu du canal*. Elle était manifestement le résultat, chose remarquable, de l'usage des sondes à demeure, auquel on avait soumis cet idiot, un an auparavant, pour s'opposer à une manie indomptable de masturbation. » (CONS. PRAT. SUR LES RÉTRÉC. DE L'URÈTH., p. 16.)

M. Civiale a avancé que la muqueuse de l'urèthre est saine au niveau des points rétrécis (GAZ. MÉD., 1842, p. 668) : c'est une erreur. Ce qui l'a sans doute porté à émettre cette assertion, c'est qu'il ne l'a pas trouvée rouge, épaissie et fongueuse, comme le prétendent quelques auteurs; mais il n'en est pas moins vrai qu'elle a perdu ses caractères normaux; elle est mince, lisse et blanche; elle participe aux caractères que nous venons de constater dans le tissu spongieux, avec lequel elle est alors intimement unie; parfois même la muqueuse seule paraît altérée; mais d'autres fois l'endurcissement envahit une certaine épaisseur du tissu spongieux, et l'envahissement ayant lieu plus profondément vers le centre, il s'en suit que le bord interne d'une coupe faite au canal offre une lame plus ou moins dense, plus ou moins blanche, plus épaisse dans son milieu et graduellement décroissante vers ses extrémités. Cette transformation partielle du corps spongieux s'observe particulièrement là où ce tissu a une certaine épaisseur, au bulbe par exemple, comme dans le cas emprunté plus haut à M. Lallemand.

Si l'on admet ce que j'ai dit au sujet du corps spongieux, la condensation de la membrane muqueuse ne nous présentera rien d'extraordinaire. Les muqueuses sont des membranes extrêmement vasculaires; cette rétraction, qui s'opère même dans le derme lorsque la peau a été longtemps le siége d'une inflammation, devra donc s'y produire d'une manière très sensible, et elle explique pourquoi la muqueuse ne se fronce pas en plis longitudinaux, comme quelques auteurs l'ont supposé. Ce froncement, lorsqu'il en existe, n'a lieu que sur les bords du rétrécissement et dans les cas seulement où le passage du tissu morbide au tissu sain se fait brusquement. Une observation de M. Dalmas, rapportée par M. Lallemand (PERTES SÉM., t. I, p. 56), en offre un exemple : « A un pouce et demi du col de la vessie, dit l'auteur, rétrécissement formé par une véritable cicatrice lisse, dense, entourée de replis froncés qui se rendent vers ses bords. »

On assiste en quelque sorte au mécanisme de la formation des rétrécissemens, en observant ceux qui se développent au méat urinaire; et, pour ne pas être suspecté d'arranger les phénomènes suivant les besoins de ma thèse, je vais exposer ce qu'en dit M. Bermond, élève de M. Lallemand : « Tantôt, ce sont des ulcérations vénériennes de cet orifice, dont les bords entraînés par un effort de cicatrisation viennent se confondre dans une étendue variable; tantôt, sous l'influence d'une simple phlogose qui a déterminé dans l'extrémité du gland une augmentation de sensibilité, de volume et *d'afflux sanguin*, la congestion, *après avoir duré un certain temps*, laisse dans le tissu où elle s'est opérée une matière gélatino-albumineuse qui s'épaissit, s'organise et constitue un tissu nouveau. En saisissant avec l'extrémité des doigts la portion correspondante au méat, on sent que le tissu qui entre dans sa composition est devenu presque corné; c'est une sorte de noyau dur entourant l'orifice en manière d'anneau plus ou moins épais, contrastant par sa coloration blanchâtre autant que par sa consistance avec l'aspect rosé et la souplesse élastique du reste du gland. (SUR LES RÉTRÉC., etc., p. 14.) » Il n'y aurait rien à redire à ce tableau si l'auteur eût ajouté que, quand l'induration occupe une certaine épaisseur du gland, celui-ci se flétrit, se ratatine, en même temps que son orifice se rétrécit. On trouve cette circonstance mentionnée dans plusieurs observations.

Pour achever de démontrer la réalité des phénomènes que j'indique,

(1) J'ai fait voir ces deux pièces à la commission du prix d'Argenteuil.

nous allons les suivre pas à pas dans un tissu sur lequel il m'a été permis de faire un grand nombre de recherches; je veux parler du tissu musculaire. Ce tissu est également très vasculaire, au point que c'est au sang qui le pénètre qu'il doit sa couleur (Bichat, ANAT. GÉN., t. II, p. 247), et que « Lecat, Verheyen, Vieussens ont cru pouvoir conclure de leurs observations que chaque fibre d'un muscle était l'assemblage de vaisseaux d'un ordre particulier, continus aux artères et aux veines à l'endroit où ces deux ordres de vaisseaux se confondent. » (Béclard, ADDIT., etc., p. 194.)

Or, bien qu'on ait douté jusque dans ces derniers temps que le tissu musculaire fût susceptible d'inflammation (Béclard, Ibid., p. 215), je puis au contraire soutenir qu'il en est assez souvent affecté, même spontanément. A la période la moins avancée que j'aie pu observer, il est noirâtre; et si on l'examine avec attention, on voit que cette coloration est due à une foule de petits points noirs, dont les plus volumineux sont évidemment formés par du sang coagulé dans de petits vaisseaux: un lavage même assez prolongé ne peut les faire disparaître entièrement. Si l'inflammation persiste, à cette teinte noire se mêle une nuance grisâtre due au pus qui se forme et qui se rassemble ensuite en foyer. Si cet état se rencontre rarement, c'est qu'avant d'en venir là, ou bien le muscle se rompt, ou bien l'inflammation s'arrête. Dans ce dernier cas, on voit peu à peu la couleur du tissu devenir plus claire, passer au rouge-brique; le muscle diminue en volume et en longueur; en même temps sa dureté augmente, il perd sa contractilité et résiste davantage à l'instrument qui le coupe; enfin, si on l'examine à une période encore plus éloignée, on le trouve complètement blanc, rétracté, ne formant plus qu'un faisceau très mince, en un mot, complétement transformé en tissu fibreux.

Ne retrouvons-nous pas là ce que nous avons observé dans les tissus muqueux, spongieux, dans les gros vaisseaux?

C'est surtout chez les individus morts après avoir subi de grandes opérations que j'ai pu suivre une à une toutes ces phases, et c'est, je puis le dire ici, la raison pour laquelle les chairs se rétractent toujours secondairement, mais surtout quand la cicatrice tarde beaucoup à se faire après les amputations (1). C'est aussi, *je m'en suis assuré*, de cette manière que se raccourcissent, dans beaucoup de cas, les muscles qui ont eu pendant longtemps un foyer d'inflammation dans leur voisinage. Il est peu de chirurgiens qui n'aient vu la rétraction du sterno-mastoïdien et le torticolis à la suite d'abcès au cou, la rétraction des jumeaux et le pied-bot, à la suite de phlegmons du mollet, etc.

D'après ce que j'ai dit de la vascularité des muscles, on conçoit que, semblables aux vaisseaux d'un diamètre plus considérable, leurs capillaires s'oblitèrent par l'inflammation, se rétractent ensuite et amènent ainsi la transformation fibreuse du tissu dans lequel ils entrent en si grande quantité (2).

Enfin j'ajouterai, comme complément de ce qui précède, mais seulement à titre de présomption, que de tels changemens dans le système capillaire d'un tissu sont très probablement suivis d'une atrophie plus ou moins rapide de sa trame solide: à la disparition des molécules sanguines coagulées doit se joindre la résorption d'une partie des molécules organiques, et il est probable que cette résorption contribue, suivant le degré auquel elle est arrivée, aux différences de force avec laquelle, toutes choses étant supposées égales d'ailleurs, un tissu ainsi dégénéré résiste à la distension.

Je pourrais disserter ici sur les diverses espèces de rétrécissemens du vagin (3), du rectum, de l'œsophage, etc., et faire voir combien souvent leur formation se rapproche des phénomènes que nous venons d'analyser; mais ce serait trop m'éloigner de mon sujet. Je reviens donc aux rétrécissemens de l'urèthre, et je dis qu'à l'exception de ceux qui sont dus à une dégénérescence particulière des tissus, tels que scrofule et cancer, tous ont, à divers degrés de perfection, de parachèvement près, la même organisation; c'est-à-dire qu'ils sont formés par un tissu fibreux, structure qui succède, tantôt à un travail de cicatrisation, tantôt à la simple oblitération de la trame vasculaire par l'inflammation. Ils ne diffèrent donc que par leur forme, leur étendue, leur étroitesse, leur dureté, leur siége et leur nombre: ce sont ces différences que nous allons étudier.

(La suite prochainement.)

(1) On sait qu'après l'amputation des membres, surtout lorsque la réunion n'a pas été immédiate, les muscles dégénèrent en cordons fibreux qui vont se perdre dans la cicatrice. Comment a-t-on pu se demander si ce tissu fibreux, qui s'étend quelquefois à de grandes profondeurs, ne tiendrait pas au racornissement d'une membrane de nouvelle formation, dite *progénique*? (Serre, TRAITÉ DE LA RÉUNION IMMÉDIATE, p. 70.)

(2) Je suppose ici que le tissu musculaire a participé à l'inflammation; cependant je crois que cette dernière condition n'est pas absolument nécessaire pour amener la rétraction. Ainsi, je pense que, par ce fait seul qu'un foyer inflammatoire existe dans son voisinage, un muscle peut entrer en contracture, et que cette contracture, si elle se prolonge, peut se transformer en rétraction. Celle-ci rentrerait alors dans un autre ordre de phénomènes parfaitement étudié par M. J. Guérin.

(3) On voit, d'après les idées que je viens d'exposer, que je ne partage pas celles de M. E. Peraire sur certaines dégénérescences fibreuses du col utérin et des parois du vagin. (GAZ. MÉD. du 31 août 1844.) Pour moi, ces altérations résultent d'une transformation des tissus primitifs, et non de la condensation d'une sécrétion morbide. Je me base sur plusieurs pièces anatomiques examinées avec soin.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

REMARQUES PRATIQUES SUR LES KYSTES DE L'ORBITE; par M. A. BÉRARD.

Les kystes de l'orbite causent tant d'incertitude et d'embarras aux chirurgiens, même les plus expérimentés, qu'on ne saurait recueillir trop de données propres à éclairer, disons mieux, à constituer leur histoire. C'est dans ce but que nous empruntons à un travail de M. A. Bérard les remarques suivantes, qui ont trait principalement au diagnostic.

J'ai vu, dit l'auteur, un malade affecté de kyste de l'orbite devenir myope, et un autre presbyte, par les progrès du mal. Cette circonstance, fort curieuse, tient peut-être tout simplement au siége différent du kyste, ou à des variétés dans sa forme et son étendue. La tumeur se développe-t-elle d'abord en arrière de l'œil, elle le chasse directement hors de l'orbite. Le premier phénomène qu'on observe alors, c'est l'alongement exagéré des muscles droits, qui tendent, mais en vain, à faire reprendre à cet organe sa place primitive. Or, par cette tension, le diamètre antéro-postérieur de l'œil est diminué; le malade devra donc être presbyte. Le kyste se développe-t-il au contraire plus en avant, il comprime d'abord le globe oculaire, ne le repousse en avant qu'après un certain temps; aussi, par l'effet de cette pression supéro-inférieure, le diamètre antéro-postérieur de l'œil est-il augmenté, et c'est ce qui rend compte de la myopie observée sur l'un des deux malades.

La paralysie de tous les muscles de l'œil, maladie fort rare, pourrait quelquefois en imposer pour un kyste de l'orbite, comme donnant lieu à un phénomène que cette dernière affection produit aussi constamment, je veux dire l'exophthalmie. Mais l'exophthalmie résultant de cette paralysie de tout le système moteur de l'œil disparaît aisément par la pression mécanique de la main, tandis que l'exophthalmie dépendant d'un kyste est permanente et durable, comme l'existence du kyste lui-même. En outre, l'œil est complètement immobile dans la paralysie; il jouit habituellement de tous ses mouvemens dans le cas de tumeur enkystée.

Quand le diagnostic reste douteux, une ponction exploratrice permet de reconnaître la nature de la tumeur. Mais il est un autre point qu'il importe tout autant d'éclaircir, c'est le siége du kyste, on sa situation par rapport au muscle releveur de la paupière supérieure. La tumeur existe-t-elle entre le muscle palpébral et le globe oculaire, par son développement elle aura promptement refoulé en haut le muscle élévateur de la paupière supérieure, et dès le début du mal l'œil presque complètement laissé à découvert aura dû s'enflammer. Si l'on vient, de plus, à appliquer la pulpe du doigt sur la tumeur pendant qu'on ordonne au malade de lever la paupière, l'on sent manifestement les fibres du muscle qui font effort pour se contracter. Le kyste est-il, au contraire, entre le releveur et l'orbite, la paupière peut encore s'abaisser, et lorsqu'elle se relève, le doigt appliqué sur la tumeur ne sent aucune contraction analogue à celle perçue dans le cas précédent, le muscle ne passe donc pas au-devant. L'importance de ce point de diagnostic est facile à saisir. Comme ce qu'il faut ménager surtout ici dans l'opération, c'est le muscle élévateur de la paupière supérieure, si la tumeur passe au-devant de lui, l'incision devra être faite par la conjonctive, tandis que, dans le cas contraire, c'est par la portion cutanée de la paupière qu'il faudrait la pratiquer.

SUR QUELQUES CAS D'ÉPUISEMENT ET DE MORT DÉTERMINÉS PAR DES VOMISSEMENS OPINIATRES PENDANT LA GROSSESSE. — Y A-T-IL QUELQUE RESSOURCE ULTIME A EMPLOYER DANS CES CAS DÉSESPÉRÉS; par M. CHAILLY-HONORÉ.

La question que M. Chailly prend ici sur lui de soulever est des plus graves. Nous craindrions d'ajouter à la responsabilité que l'auteur a vo-

lontairement assumée, en discutant ici son travail. Aussi nous bornerons-nous à en reproduire l'idée principale, sans commentaires, ni critiques.

Les vomissemens qui marquent le début de la grossesse ne disparaissent pas toujours dans les premiers mois. Les auteurs ont rapporté un assez grand nombre de faits où les vomissemens opiniâtres, résistant à tous les moyens ordinaires, furent si persistans qu'aucun aliment, même liquide et pris en très petite quantité, ne pouvait être gardé par l'estomac, à tel point que l'émaciation la plus prononcée et la mort survinrent rapidement. Ces accidens, quoique très rares, suffisent pour éveiller toute la sollicitude des accoucheurs. Dance (RÉPERT. GÉNÉR. D'ANAT. ET DE PHYSIOL., 1827) en a cité deux exemples, où l'on reconnut, après la mort arrivée au troisième mois et demi de la grossesse, une inflammation manifeste de la membrane caduque.

Dans ces circonstances, et lorsque l'inutilité des moyens thérapeutiques ordinaires est malheureusement trop certaine, M. Chailly se demande s'il ne conviendrait pas de sacrifier l'enfant en provoquant ou avortement? Plusieurs objections se présentent contre cette pratique.

Ainsi, avant la fin du troisième mois, il est le plus souvent difficile d'établir qu'il y a grossesse; on s'exposerait donc alors, si la femme n'est pas enceinte, à pratiquer sur elle, sans aucun résultat favorable à espérer, une opération qui peut lui être préjudiciable. Mais d'abord, dit M. Chailly, il n'y a pas d'exemple que la mort soit survenue par suite de vomissemens avant le troisième mois accompli. Or, sans doute la grossesse, même à cette époque, n'est pas bien facile à constater d'une manière certaine, dans les cas ordinaires. Mais dans les circonstances où l'on suppose être, les vomissemens eux-mêmes sont un signe qui vient donner une immense valeur à tous les autres caractères de la grossesse. Il est bien positif d'ailleurs que ni le cancer de l'estomac, ni une hernie étranglée, ni une gastralgie, ni aucune autre lésion ne pourraient, pour un praticien exercé, expliquer ces vomissemens si répétés d'un liquide clair, limpide, ou composés de matières alimentaires, et qu'une grossesse seule pourrait se présenter à son esprit pour en rendre compte. D'un autre côté, supposez l'erreur commise, supposez qu'on eût tenté l'opération sur une femme non enceinte, qu'arriverait-il? L'erreur deviendrait manifeste dès les premières tentatives et les moyens employés ne seraient, en aucune manière, de nature à aggraver les accidens. Ainsi, un lavement de seigle ergoté, l'introduction d'une petite éponge préparée dans le col utérin, l'application du tampon, la rupture même des membranes si on pouvait facilement les atteindre, seuls moyens qu'on doive employer en pareil cas, ne devraient jamais, en cas d'insuccès, être regardés comme causes de la mort, que la malade fût ou non enceinte.

Une seconde objection non moins forte est la suivante : si vous n'aviez pas opéré, la nature aurait peut-être triomphé des accidens, et vous auriez alors ménagé la vie de la mère et celle de l'enfant. Il n'est pas impossible, répond M. Chailly, que la nature triomphe en effet de ces accidens; mais cela est si rare quand l'affection est parvenue à cette période qui précède de fort peu la mort, qu'une telle éventualité ne doit véritablement pas faire reculer.

Mais, dira-t-on sans doute encore, si vous attendez pour agir que cette période extrême soit arrivée, vous opérerez dans de mauvaises conditions, et il est probable que la malade n'en succombera pas moins. — Il est bien certain que l'opération pratiquée dans des circonstances semblables ne sera pas toujours couronnée de succès; mais cependant ce n'est pas une raison pour ne pas la tenter alors que cette opération est la seule planche de salut qui reste à la mère vouée à une mort certaine, ainsi que son enfant. En présence d'une telle extrémité, n'est-il pas permis de dire que l'expectation indéfiniment prolongée est tout aussi coupable qu'une intervention prématurée?

Ferme dans ces principes, M. Chailly ayant été consulté pour des malades arrivées, par suite de vomissemens, au dernier degré d'épuisement, malgré tous les moyens usuels, a conseillé deux fois le parti qu'il a défendu dans ce mémoire. Dans l'un de ces deux cas, le même avis avait antérieurement été exprimé par M. Chomel. Dans les deux cas, les malades moururent avant qu'on se fût décidé à exciter artificiellement l'avortement; et la mort, qui justifia d'ailleurs parfaitement l'extrême urgence annoncée par M. Chailly, lui laissa la conviction qu'on eût été surabondamment autorisé à tout tenter.

V. JOURNAL DE MÉDECINE.

DU DÉLIRE PHONÉTIQUE, OU LE DÉLIRE CONSIDÉRÉ COMME UN EFFET PHYSIQUE DU AUX CONVULSIONS DES MUSCLES PHONÉTIQUES; par le docteur BLANDET.

L'auteur croit arriver, dans cette communication, à démontrer les trois propositions suivantes : 1° le délire est souvent l'effet d'une simple contraction musculaire, à laquelle l'intelligence est étrangère; 2° ce délire, en quelque sorte physique, coinciderait avec une lésion physique dans la substance cérébrale; 3° les délires de l'intelligence même sont en dehors des lésions organiques du cerveau.

Nous ne reproduirons pas ici les preuves que donne l'auteur à l'appui de ces trois suppositions; pour être un peu clair nous serions obligé de donner à notre analyse plus d'étendue que n'en a la communication elle-même, qui aurait probablement gagné en clarté à de plus grands développemens.

FIÈVRE TYPHOÏDE; EXAMEN DE LA MÉDICATION ÉVACUANTE DANS SES EFFETS CURATIFS ET SON ACTION SUR LA MARCHE DE CETTE MALADIE; par M. CROZANT.

Il n'est aujourd'hui aucun médecin réellement éclairé qui méconnaisse le bienfait de l'emploi de quelques purgatifs dans le traitement de la fièvre typhoïde, surtout lorsqu'ils sont administrés dès le début; mais il y a loin de cet emploi borné au traitement proposé par M. Crozant et qui l'avait été déjà bien des fois avant lui, mais toujours sans succès malgré des récits merveilleux et des promesses pompeuses. Si cependant nous trouvions dans les résultats obtenus par M. Crozant ou dans sa manière de les expliquer quelque point de vue nouveau, quelque indication précise, nous analyserions sommairement son mémoire; mais nous jugeons inutile de reproduire ce qui a été répété tant de fois depuis Hamilton sur la nécessité de débarrasser l'économie des saburres qui l'obstruent dans l'état morbide. Sans doute il y a quelque chose de vrai dans cette assertion, mais on ne peut dire réellement que tous les phénomènes de la fièvre typhoïde proviennent de cette cause unique. Enfin, quand l'auteur nous assure que quelque traitement qu'on emploie contre la fièvre typhoïde, elle est toujours jugée par des évacuations abondantes, il oublie que souvent une longue diarrhée précède l'invasion de la maladie, et que dans le plus grand nombre des cas la diarrhée persiste souvent très intense pendant toute sa durée.

MÉMOIRE SUR CERTAINES AFFECTIONS CÉRÉBRALES QUI DÉPENDENT DE LA CHLORO-ANÉMIE; par M. DUCHASSAING.

Ce travail paraît être la suite d'un mémoire publié il y a quelques années par M. Bean et ayant pour but de démontrer que dans la chlorose le sang, loin d'être moins abondant qu'à l'état ordinaire, est, au contraire, en plus grande quantité, avec cette circonstance pourtant que l'augmentation de quantité tiendrait à l'accroissement de la proportion de l'eau, à une pléthore aqueuse. Cette ingénieuse hypothèse, qui permettait de rendre compte de quelques phénomènes jusque-là difficiles à expliquer présentait aussi d'un autre côté de nombreuses difficultés. C'est cette même hypothèse que reprend ici l'auteur de cette communication et à l'appui de laquelle il apporte quelques cas qui ne manquent pas d'intérêt, et qui prouveraient que dans cette pléthore aqueuse il y aurait également tendance à l'extravasation du sang et par conséquent aux hémorrhagies et aux hydropisies. Nous ne reproduirons aucun de ces faits qui ont été observés de tout temps bien que rares, mais nous ferons connaître les groupes dans lesquels l'auteur les a classés.

Le premier comprend quatre observations de congestion cérébrale dans des cas de chlorose, d'anémie, etc.; mais la facilité avec laquelle se font les congestions cérébrales chez les sujets anémiques, connue depuis longtemps, enlève à ces faits toute leur valeur pour la discussion du point en question savoir : la distension des vaisseaux sanguins par la pléthore séreuse.

Le second contient quatre observations d'hémorrhagie cérébrale recueillies chez des sujets anémiques, et le troisième la même quantité de cas d'hémorrhagie cérébrale avec hydropisie, survenant chez des individus atteints de chlorose, d'anémie, de purpura et de scorbut.

Ces différentes observations sont suivies de quelques réflexions qui ont pour but de démontrer que dans ces cas il y aurait réellement turgescence des vaisseaux distendus par le fluide sanguin; mais l'auteur s'appuie ici sur des preuves réellement insuffisantes, ne tenant presque aucun compte du peu de résistance qu'offrent les solides chez les sujets affectés depuis un certain temps d'anémie, de chlorose, de scorbut, de purpura, et qui nous paraît dans ces cas devoir jouer un rôle plus important que la distension des vaisseaux qui n'est même pas démontrée.

VI. JOURNAL DE CHIRURGIE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *De la cataracte pigmenteuse ou uvéenne*

et de son diagnostic différentiel; par M. Desmarres. 2° *Recherches sur la texture microscopique du cancer*; par M. Desormeaux. (Extrait de la thèse inaugurale de l'auteur). 3° *De l'emploi de l'émétique à haute dose dans un cas de tétanos traumatique*; par M. Allut. (Le tétanos datait déjà de 10 jours quand on commença cette médication. Le malade guérit après avoir pris en 8 jours 3 grammes 50 d'émétique, doses répétées toutes les heures. Durant ce temps il n'eut qu'une selle par jour et pas un seul vomissement). 4° *Sur la valeur réelle de l'orthopédie*: par M. Malgaigne. 5° *De la nature et du traitement de l'encéphalocèle*. (Nous signalerons à l'auteur anonyme de ce mémoire un cas d'hydrencéphalocèle opéré par la ponction, qui a été omis dans sa statistique. (Voy. l'observ. de M. W. Lyon, Gaz. Méd. 1843, p. 122). 6° *Essai d'un nouveau procédé pour obtenir le recollement dans les foyers purulens*; par M. Moreau-Boutard. (Ce procédé consiste en scarifications faites avec le bistouri sur la face interne du foyer. Il est donné comme applicable surtout aux abcès anciens et dont on n'a pu obtenir la cicatrisation. Nous nous contenterons de faire observer que la même pratique est, depuis un temps immémorial, en usage contre les décollemens dont la fistule à l'anus se complique si souvent.) 7° *Observations de fracture de la mâchoire inférieure suivies de remarques*; par M. Neucourt.

DE LA CATARACTE PIGMENTEUSE OU UVÉENNE, ET DE SON DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL; par M. Desmarres.

Dans ce travail, monographie assez étendue de la cataracte pigmenteuse, nous avons surtout remarqué et nous extrairons seulement ce qui a rapport au diagnostic différentiel.

On peut confondre la cataracte pigmenteuse avec l'amaurose et avec la cataracte noire. Mais dans l'amaurose, la pupille, quoique en général immobile, est le plus souvent assez ronde et l'on n'aperçoit point de filamens noirs qui l'attachent à la capsule en lui donnant une forme plus ou moins anormale, comme on le voit toujours dans la cataracte pigmenteuse complète. Dans la cataracte noire, la pupille est mobile comme normalement, signe distinctif bien suffisant.

Dans la cataracte pigmenteuse complète, la pupille est immobile, adhérente, frangée, d'une forme s'éloignant plus ou moins de la circulaire; la belladone ne la dilate pas ou la dilate irrégulièrement. Les membranes de l'œil ont toujours été enflammées précédemment, ainsi que l'attestent les exsudations fibro-albumineuses recouvertes de pigmentum uvéen qui obstrèrent plus ou moins la pupille, la décoloration partielle ou générale de l'iris, etc. Ces traces d'inflammation n'accompagnent point la cataracte noire et l'amaurose.

La pupille est noire dans l'amaurose, la cataracte noire et la pigmenteuse. Mais cette couleur noire est-elle la même dans les trois cas? Siége-t-elle sur le même plan? C'est ce qu'il faut examiner.

Dans l'amaurose, la couleur noire est formée par le fond même de l'œil, réflexion de la lumière naturelle, sur la coque oculaire, laquelle est concave. Il résulte de sa concavité que lorsque l'observateur se place directement en face de l'œil, la lumière lui apparaît dans l'éloignement et selon l'axe antéro-postérieur du globe. Se place-t-il au contraire à gauche ou à droite, l'image lui semblera alors beaucoup plus rapprochée de la face postérieure de l'iris, et en même temps il la verra du côté opposé à celui où il se sera situé. Dans la cataracte pigmenteuse l'image lumineuse n'apparaît plus; il en est de même dans la cataracte noire complète. On reconnaît aisément dans la première comme dans la seconde que l'opacité siége antérieurement par rapport au fond de l'œil et qu'elle est ou convexe ou plane, mais qu'elle n'est nullement concave comme dans l'amaurose.

La cataracte pigmenteuse est pulvérulente, d'un noir brun très foncé, souvent inégale, sillonnée parfois de filamens noirs formés par des fausses membranes recouvertes de pigmentum; au contraire, le cataracte lenticulaire noire présente une surface unie infiniment plus mate à son centre qu'à sa circonférence. Enfin, comme élément principal de diagnostic, rappelons qu'avec la cataracte noire on distingue souvent une ombre portée par l'iris sur la capsule, tandis que, dans la pigmenteuse complète, il n'y a point et il ne peut point y avoir d'ombre portée par l'iris, puisque cette membrane est adhérente de toutes parts.

Dans la cataracte noire, le malade, comme dans toutes les cataractes, voit mieux quand le jour baisse, au lieu que dans la pigmenteuse, la vision s'obscurcit à ce même moment de la journée, vraisemblablement parce que l'obstacle est ici constitué par une couche dont l'épaisseur est égale dans toute l'étendue du champ pupillaire.

L'expérience des trois images (Sanson) servirait à faire distinguer l'amaurose d'avec l'une ou l'autre cataracte, à moins cependant que celle-ci ne fût une de celles où l'opacité ayant débuté par la circonférence du cristallin n'est que très peu prononcée à son centre. Quant au secours à attendre de ce procédé pour aider à discerner la cataracte noire de la cataracte pigmenteuse, il est aisé de comprendre qu'il serait entièrement nul.

— En opposition avec cette allégation de M. Desmarres que la cataracte pigmenteuse seule s'accompagne d'inflammation des membranes internes de l'œil, nous rappellerons que M. Fariso (V. Gaz. Méd. 1844, p. 818) a trouvé, sur deux cataractes noires extraites par lui, la capsule antérieure épaissie. Loin de nier, comme M. Desmarres, la part que peut prendre l'inflammation à la formation des cataractes noires, il professe au contraire qu'elles sont le résultat d'une uvéo-choroïdite chronique; et certes, son opinion, qui s'appuie sur l'examen direct de cristallins présentant cet état, mérite bien d'être prise en considération.

OBSERVATIONS DE FRACTURES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, SUIVIES DE REMARQUES; par M. Neucourt.

La symptomatologie et le traitement de ces fractures ont été l'objet de recherches si nombreuses, que ces deux points paraissaient à peine capables de donner lieu désormais à quelques remarques nouvelles. M. Neucourt signale cependant, d'après son observation, deux symptômes qui n'avaient pas encore frappé l'attention des auteurs, dans l'étude de cette maladie.

Un homme, âgé de 24 ans, se présenta à l'hôpital de Necker avec une fracture dirigée perpendiculairement à l'os, entre la première et la deuxième incisive du côté droit, sans altération de la gencive. Toutes les dents existaient. Les dents du fragment droit étaient élevées de 2 millimètres environ au-dessus de celles du fragment gauche; ce déplacement, que la pression effaçait sans peine, se reproduisait dès qu'on abandonnait les parties à elles-mêmes.

Voici maintenant les deux phénomènes que l'auteur signale plus particulièrement. En faisant abaisser la mâchoire inférieure, les fragmens se rapprochaient et on distinguait à peine la fracture. Si au contraire on faisait rapprocher les mâchoires l'une de l'autre, on voyait, à mesure que l'inférieure s'élevait, les deux fragmens s'écarter : l'écartement existait entre les deux fragmens, il persistait dans toutes les positions.

Si l'on pressait les doigts sur l'angle de la mâchoire de chaque côté, on produisait aussitôt l'écartement des fragmens.

M. Neucourt a observé les mêmes phénomènes chez un second malade affecté de fracture entre la canine et la deuxième incisive gauche. Ces faits l'ont conduit à se demander s'il n'en est pas ainsi dans tous les cas de fracture, et si ces particularités quoique constantes n'auraient pas échappé jusqu'ici à l'attention des observateurs. Pour vider cette question, il a d'abord eu recours à l'expérimentation cadavérique, et a reconnu qu'effectivement l'écartement se produit entre les fragmens lorsqu'on presse sur les angles des mâchoires. Quant à l'influence exercée par l'élévation et l'abaissement de la mâchoire, on conçoit que l'expérimentation ne saurait en rendre entièrement compte, car il y a dans le vivant une contraction musculaire que l'on ne peut reproduire sur le cadavre et qui a sans doute une part dans la production du phénomène.

Ces faits, tout inexpliqués qu'ils sont restés pour l'auteur, offrent cependant un certain intérêt pratique. Ainsi, ils apprennent que le chevestre, bandage conseillé par plusieurs auteurs, aurait précisément en chez ces malades pour effet de contrarier autant que possible la guérison, puisqu'il aurait d'abord rapproché les deux mâchoires, et de plus pressé sur les angles maxillaires; deux conditions qui, comme on l'a vu plus haut, écartaient visiblement les fragmens l'un de l'autre.

Sous le rapport du traitement, M. Neucourt fait observer que quand on croit pouvoir se borner à maintenir les dents rapprochées au moyen des fils mécaniques, deux précautions sont très importantes à prendre. D'abord les deux dents voisines de la fracture ayant été ordinairement ébranlées par la violence vulnérante, ne prêteraient qu'un point d'appui insuffisant et risqueraient d'ailleurs de céder à la fracture incessante exercée sur elles par le fil. C'est donc autour des dents voisines de celles-ci qu'il faut faire passer le fil, de manière à en embrasser quatre au lieu de deux. En second lieu, il faut avoir bien soin de placer le fil à demi hauteur de la couronne de la dent. Serré trop près du collet, il irriterait la gencive et rendrait à la longue les dents chancelantes.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 MARS.

VACCINE.

M. Serres continue la lecture du rapport de la commission sur le prix de vaccine. (Voir le compte-rendu de la séance du 24 février, n° 9.)

3e question. En supposant que la qualité préservative du vaccin s'affaiblisse avec le temps, faudra-t-il le renouveler, et par quels moyens? L'intensité plus ou moins grande des phénomènes locaux du vaccin a-t-elle quelque relation avec la qualité préservative de la variole?

L'affaiblissement, dit M. le rapporteur, est réel.

Quant au moyen de renouvellement, le premier qui se présente est le report du virus vaccin de l'homme à la vache, report tenté avec succès à toutes les époques depuis la découverte de la vaccine. Mais on ne l'a fait dans le principe que par curiosité; ce n'est que depuis un petit nombre d'années qu'on a cherché dans ce fait un moyen de restituer au vaccin l'énergie qu'il avait perdue.

Les auteurs de plusieurs des mémoires ont pensé que la vache, dans ce cas, rendait le vaccin tel qu'elle l'avait reçu, par conséquent sans régénération; mais la commission juge cette conclusion trop absolue. En effet, il est établi par les expériences de l'auteur de l'un des mémoires, que le vaccin de l'homme se régénère en traversant l'organisme de la vache. Cela résulte de milliers de vaccinations faites en Bavière par ordre du gouvernement. Le vaccin ainsi régénéré offrait moins d'un insuccès sur 100, tandis que l'ancien vaccin en présentait près de 3. Cet auteur recommande de prendre, pour l'expérience, des vaches pleines ou au début de la lactation.

Au lieu de se borner à une seule transmission de l'homme à la vache, ne vaudrait-il pas mieux, se demande M. le rapporteur, le transmettre ensuite d'une manière successive et prolongée de vache à vache?

Mais le moyen qui doit être préféré à tous les autres, le seul dans lequel la science puisse avoir confiance entière, est de reprendre le vaccin à sa source, comme le conseillait Jenner.

Plusieurs faits tendent à prouver que le cowpox est peut-être moins rare qu'on ne l'a cru. La commission invite les observateurs qui le rencontreraient de nouveau à ne pas se contenter, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, de le transporter sur l'homme, mais de chercher en outre à le transmettre à d'autres vaches, afin de régénérer ainsi la vaccine.

4e question. Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne, et dans le cas de l'affirmative, après combien d'années faut-il procéder à de nouvelles vaccinations? A ce propos, M. Serres a commencé par rappeler les tentatives de revaccination qui eurent lieu dans les premiers temps de la découverte, mais qui, étant faites généralement à une époque trop rapprochée d'une première vaccination, ne réussirent que par exceptions très rares. Plus tard, quand l'expérience eut appris que la vertu préservative s'affaiblissait par le temps, la revaccination fut remise en usage, et alors, pratiquée à de grandes distances, elle réussit au-delà de toute prévision. Dans certaines parties de l'Allemagne notamment, on exécuta les revaccinations en masse dans l'armée et même dans le civil. Des médecins qui avaient eu la variole ont pu se vacciner avec succès. Le docteur Heim, le plus célèbre des revaccinateurs, en est lui-même un des exemples les plus remarquables. Il venait de soigner son frère atteint d'une variole confluente, et il était resté constamment auprès de lui. Trois semaines après être sorti de cette épreuve si décisive, il se vaccina et eut des boutons à peu près égaux à ceux de la vaccine ordinaire. Enfin, M. le professeur Moreau, notre célèbre accoucheur, qui a eu dans sa jeunesse la petite vérole, a réussi à se vacciner trois fois.

Un document officiel publié par le gouvernement du Wurtemberg et qui constatait que de 1831 à 1836, sur 1 677 varioles, il y avait eu 1,055 vaccinés, contribua beaucoup à faire prévaloir, en Allemagne et dans tout le Nord, la revaccination. En France, les relevés des épidémies montrent que le nombre des vaccinés atteints par la variole s'élève à plus du tiers des variolés. On ne saurait donc hésiter plus longtemps à pratiquer chez nous la revaccination.

Ce sont les épidémies de variole qui mettent surtout en évidence l'utilité des revaccinations. Non seulement celles-ci ont préservé de la variole, mais elles ont encore arrêté les épidémies et opposé au mal une barrière qu'il n'a pas franchie.

La revaccination appliquée à l'armée prussienne depuis 1833 en a presque complètement extirpé la variole. Dans le Wurtemberg, sur 14,384 militaires revaccinés, il n'y eut, en cinq années, qu'un seul cas de varioloïde, et trois seulement sur 29,864 revaccinés civils. Depuis l'usage des revaccinations dans ce pays, c'est-à-dire depuis 1830, la variole n'y a pas reparu d'une manière épidémique. Voilà qui est concluant en faveur de la revaccination, dont les bons effets n'ont pas été moins frappans en Italie.

Les concurrens s'accordent à dire qu'en temps d'épidémie il est prudent de revacciner dès la huitième ou neuvième année.

M. le rapporteur résume ainsi les solutions données par les concurrens aux questions posées par l'Académie :

1° La vertu préservative de la vaccine est absolue pour le plus grand nombre des vaccinés, et temporaire pour un petit nombre. Chez ces derniers même elle est presque absolue jusqu'à l'adolescence.

2° La variole atteint rarement les vaccinés avant l'âge de dix à douze ans; c'est à partir de cette époque jusqu'à trente et trente-cinq ans qu'ils y sont principalement exposés.

3° Outre sa vertu préservative, la vaccine introduit dans l'organisation une propriété qui atténue les symptômes de la variole, en abrège la durée et en diminue considérablement la gravité.

4° Le cowpox donne aux phénomènes locaux de la vaccine une intensité très prononcée. Son effet est plus certain que celui de l'ancien vaccin; mais, après quelques semaines de transmission à l'homme, cette intensité locale disparaît.

5° La vertu préservative du vaccin ne paraît pas intimement liée à l'intensité des symptômes de la vaccine; néanmoins, pour conserver au vaccin ses propriétés, il est prudent de le régénérer le plus souvent que possible.

6° Parmi les moyens proposés pour effectuer cette régénération, le seul dans lequel la science puisse avoir confiance jusqu'à ce jour consiste à la reprendre à sa source.

7° La revaccination est le seul moyen d'épreuve que la science possède pour distinguer les vaccinés qui sont définitivement préservés de ceux qui ne le sont encore qu'à des degrés plus ou moins prononcés.

8° L'épreuve de la revaccination ne constitue pas une preuve certaine que les vaccinés chez lesquels elle réussit fussent destinés à contracter la variole, mais seulement une assez grande probabilité que c'est particulièrement parmi eux que cette maladie est susceptible de se développer.

9° En temps ordinaire, la revaccination doit être pratiquée à partir de la quatorzième année; en temps d'épidémie, il est prudent de devancer cette époque.

La fin du rapport et ses conclusions, en ce qui concerne le mérite respectif des mémoires adressés au concours, sont lus en comité secret.

Ces conclusions ne seront rendues publiques qu'à la séance annuelle, qui aura lieu lundi prochain.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président annonce la mort de M. Campanelli, médecin à Gênes, correspondant de l'Académie.

M. Velpeau présente, au nom de M. Chaumet (de Bordeaux), un mémoire sur le prolapsus de la matrice, avec la relation d'une opération qu'il a pratiquée pour remédier à cette infirmité.

M. Chomet étant correspondant de l'Académie, son mémoire est renvoyé au comité de publication.

M. Bernard (d'Angoulême) soumet à l'examen de l'Académie des préparations solides destinées à remplacer les cataplasmes et les vésicatoires et autres topiques.

RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SUR L'INFIBULATION DU VAGIN.

L'ordre du jour appelle M. Berard à la tribune pour résumer la discussion sur l'infibulation du vagin.

M. Bérard: On a reproduit, à peu de chose près, dans la dernière séance les mêmes objections qui m'avaient déjà été adressées dans la séance précédente. On en a, en outre, produit quelques unes de nouvelles. J'essaierai de répondre aux unes et aux autres. Ma tâche est devenue, du reste, assez facile, après avoir entendu les argumens des adversaires de la méthode se contredire et se combattre réciproquement les uns les autres. Quant à celui de mes collègues qui m'a prêté son bienveillant concours, je n'ai que des remercîmens à lui adresser.

La question me semble maintenant pouvoir être nettement posée. Une femme a une fistule vésico-vaginale résultant de la destruction presque complète de la paroi postérieure de la vessie et de la paroi correspondante du vagin; faut-il ou non tenter de la soustraire à cette pénible situation par l'infibulation? Pour apprécier l'importance de cette question, rappelez-vous ce que disent tous les auteurs sur la situation des femmes qui sont affectées de pareilles fistules. Le passage incessant des urines à travers la fistule irrite incessamment la membrane muqueuse du vagin, il produit sur la peau des cuisses des boutons et des excoriations; les femmes sont obligées de rester presque constamment couchées, elles répandent une odeur urineuse des plus désagréables; les rapports sexuels, quoi qu'on en ait dit, sont à peu près impossibles; elles deviennent un objet de dégoût; le découragement et le désespoir s'emparent d'elles, elles maigrissent et tombent dans le marasme; quelques unes réduites à cet état ne voient plus de terme à leurs souffrances que dans le suicide.

Une seconde question à examiner est celle-ci: que peut la chirurgie contre cet état? On est à peu près généralement convenu aujourd'hui de l'impossibilité d'obtenir l'oblitération des fistules vésico-vaginales. Malgré la multitude des moyens mis en usage, on en est venu à contester la guérison des fistules même les plus étroites. On ne doit donc pas être surpris que les larges fistules aient résisté jusqu'à présent à tous les procédés qui leur ont été opposés; aussi les a-t-on formellement déclarées incurables. Ainsi on voit d'une part la gravité et les dangers de pareilles fistules, d'autre part l'impuissance de l'art. C'est en présence d'un pareil état de choses et au milieu de conditions aussi défavorables qu'on a proposé un procédé nouveau; et ce procédé ne rencontre qu'opposition et objections. Examinons la valeur de ces objections.

Ces objections peuvent être ramenées à trois chefs.

On a dit que le procédé était impossible, qu'il entraînait des dangers, et qu'on

le supposant exécutable, il aurait de graves inconvéniens. Je passerai successivement en revue ces trois ordres d'objections.

Ce procédé, a-t-on dit, est impossible. A coup sûr on n'a pas prétendu dire qu'il fût absolument impossible d'obtenir l'occlusion du vagin. J'ai cité de nombreux exemples d'oblitérations spontanées accidentelles; je n'y reviendrai pas. Ce qui cause la difficulté d'oblitérer dans les cas de fistule, c'est la présence des urines, qui tendent à s'insinuer entre les lèvres de la plaie, à s'opposer à leur adhésion. Mais des faits nombreux prouvent que l'urine n'est pas toujours un obstacle à la cicatrisation des plaies. On voit tous les jours dans des cas analogues des plaies se cicatriser malgré le contact des urines. C'est ce qui arrive pour les perforations du canal de l'urètre, pour les opérations de taille. Il y a des exemples de réunion des plaies à la suite de l'opération de la taille, au bout de trois jours. Le contact des urines n'est donc pas un obstacle insurmontable. On dira sans doute que les conditions ne sont pas aussi favorables; il y a ici en effet un cul-de-sac dans lequel les urines séjournent. Les adversaires de l'opération n'admettent pas qu'avec de semblables conditions les adhérences puissent résister à l'action de l'urine.

(Ici M. Bérard, pour démontrer la possibilité de ces adhérences, analyse les 4 cas de tentatives faites jusqu'à présent et cherche à démontrer que dans plusieurs cas le défaut d'adhérences a dépendu d'autres causes que du contact des urines.)

D'ailleurs, ajoute-t-il, est-il dit qu'on ne pourra pas parvenir à détourner le cours des urines? Ne pourrait-on pas, pendant que l'on tente l'adhésion, opérer une dérivation de l'urine par le rectum, à l'aide d'une ponction temporaire? Cette proposition, qui a déjà été formulée par plusieurs chirurgiens, mérite d'être sérieusement examinée. Eh! messieurs, si, il y a 50 ans, un chirurgien était venu proposer la réunion du voile du palais, ne lui eût-on pas objecté aussi l'impossibilité d'une pareille entreprise, et si les premières tentatives eussent été sans succès, surtout si elles eussent par hasard été suivies de mort, la staphylographie, cette brillante conquête de la chirurgie moderne, eût donc été proscrite. Eh bien, je crois pour mon compte que l'oblitération du vagin n'est pas plus impossible que la suture du voile du palais.

Voyons les dangers. Plusieurs tentatives ont été faites; une seule a été suivie de mort; c'est la mienne. Mais il est bon de remonter aux circonstances qui ont amené la mort. Cette femme pendant 22 jours était dans un état parfait; le 23ᵉ jour étant encore convalescente et par conséquent très impressionnable, elle s'est exposée au froid et elle a été prise simultanément de pleurésie et de péritonite; et notez que cette péritonite, ainsi que l'a démontré l'autopsie, était sous-diaphragmatique. Je ne prétends pas dire, d'ailleurs, que cette opération ne puisse jamais, par elle-même, entraîner la mort; elle n'est pas plus que les autres à l'abri des infiltrations purulentes et autres accidens. La périnéoraphie a bien fait périr 2 sujets sur 13 (M. Roux: sur 15). Soit, sur 15; personne cependant ne songe à proscrire cette opération.

Les inconvéniens: M. Moreau a objecté la rétention des règles. D'abord cette objection tombe d'elle-même pour les femmes âgées. Elle tombe aussi pour les femmes qui, quoique jeunes encore, n'ont plus leurs règles; et il est bon de faire remarquer qu'il arrive quelquefois que les règles cessent chez les femmes jeunes encore qui sont affectées de fistules vésico-vaginales; j'en connais plusieurs exemples, et il y a actuellement même dans mon service une femme qui est dans ce cas. D'ailleurs l'obstacle n'est pas réel, et, à moins que le col de l'utérus ne soit oblitéré, le sang arrive dans le vagin, et peut s'écouler par l'urètre, ainsi que cela est arrivé dans plusieurs cas.

Il n'y a aucune analogie à établir, malgré ce qu'on a dit, entre un hymen imperforé et l'oblitération artificielle du vagin. Reste donc la seconde partie de l'objection de M. Moreau, la coagulation du sang séjournant dans le vagin. C'est par erreur que M. Moreau a attribué à cette circonstance la rétention d'urine qui survint chez l'opérée de M. Vidal, et la nécessité où l'on fut de pratiquer le cathétérisme qui compromit le succès de l'opération. Les règles n'étaient nullement coagulées, elles avaient déjà pris leur cours par l'urètre.

Une autre objection plus puissante est la suivante: Le vagin, a-t-on dit, n'est point disposé pour se trouver en contact avec l'urine; n'est-il pas à craindre qu'outre les altérations que le séjour prolongé des urines peut y produire, il ne s'y forme facilement des concrétions calculeuses? Il y a, il est vrai, chez certaines femmes, une disposition de la membrane du vagin à favoriser la formation de ces concrétions. Cet accident est réellement à redouter; nous ne pouvons pas nous le dissimuler. Mais à cette objection encore toute théorique, ne peut-on pas opposer aussi une théorie? Ne peut-on pas dire que cette propriété que j'appellerai lithoplastique, tient peut-être à la continuité de l'écoulement du liquide, et qu'en rétablissant la régularité de la fonction, on pourra peut-être prévenir les effets de cette disposition?

Les deux autres objections me paraissent plus hypothétiques encore. On a manifesté la crainte que l'urine en contact avec le col de l'utérus ne déterminât l'inflammation de cet organe; qu'il n'en fût de même de toutes les parois de cette espèce de cloaque... M. (DUMÉRIL interrompant: un seul mot. On sait que chez les reptiles et les oiseaux il n'existe qu'un réservoir unique ou cloaque, pour les urines et les matières fécales.) M. BÉRARD. L'observation de M. Duméril vient à mon aide en me fournissant une analogie. On a été même jusqu'à dire que l'urine pourrait refluer dans l'utérus, et cheminer à travers les trompes jusque dans la cavité péritonéale. Je n'ai pas besoin d'insister pour faire remarquer que ce sont là des suppositions tout à fait gratuites.

On a ajouté enfin que cette opération ferait perdre aux femmes les attributs de leur sexe, qu'elle rendrait la fécondation impossible. Il suffit, pour répondre à cette objection, de dire que 9 fois sur 10 les femmes affectées de fistules vésico-vaginales renoncent d'elles-mêmes aux rapports sexuels. D'ailleurs, il est bien entendu que la femme, ainsi que son mari, doivent toujours être consultés et prévenus des conséquences de l'opération.

Tel est le résumé de la discussion. Je n'ai plus qu'un mot à ajouter; c'est qu'à l'époque où il a été question, pour la première fois, de cette opération, il ne s'est trouvé qu'un seul chirurgien pour l'exécuter, et un seul pour lui prêter son concours. Depuis, plusieurs chirurgiens n'ont pas craint de répéter cette tentative, notamment M. Lenoir et moi-même, et, en ce moment, plusieurs d'entre vous ne paraissent pas très éloignés d'encourager de nouveaux essais. D'ailleurs, je le répète, et c'est par-là que je terminerai, la question ainsi posée: une femme étant dans les conditions dont il s'agit, faut-il tenter une opération, grave sans doute, mais qui aurait quelque chance de la soustraire à son infirmité? Je n'hésite pas, pour ma part, à répondre par l'affirmative.

La discussion sur ce sujet est close.

BLÉPHAROPLASTIE.

M. GERDY, ayant demandé à faire quelques observations sur le fait de blépharoplastie communiqué, dans l'une des précédentes séances, par M. Blandin, a la parole.

La malade, dit-il, à laquelle M. Blandin a pratiqué une autoplastie de la paupière inférieure, à la suite de l'incision d'un cancer de cette région, offre une difformité choquante; l'aspect de cette paupière est beaucoup plus disgracieux qu'il ne l'eût été, sans aucun doute, si M. Blandin s'était simplement borné à obtenir la cicatrisation par les procédés ordinaires. Je ne vois pas, par conséquent, l'avantage qu'il a pu se promettre sous ce rapport en agissant ainsi. D'un autre côté, j'ai voulu m'assurer si la réunion était complète, et j'ai trouvé qu'il restait encore un point en suppuration en arrière dans le grand angle de l'œil, de sorte qu'après avoir examiné ce fait avec attention, je l'ai trouvé contrastant un peu avec ce que je venais d'en entendre dire par M. Blandin.

Je n'ai pas, je l'avoue, une sympathie très grande pour certaines opérations autoplastiques; mais en admettant qu'une opération de ce genre pût être ici de quelque utilité, je crois que, dans un cas pareil, il eût été plus naturel et plus facile de prendre un lambeau sur la joue, et de le relever pour venir l'adapter à la paupière, que d'aller emprunter un lambeau au front.

M. ROCHOUX. M. Gerdy dit que l'opération a été faite de telle sorte que la difformité n'a pas été bien corrigée, qu'elle a même été augmentée. On pourrait, suivant lui, faire mieux. Mais M. Gerdy a oublié sans doute que M. Blandin, en présentant ce fait, a déclaré que cette opération n'avait nullement été faite en vue de restaurer les formes, mais dans le but seulement de prévenir la récidive du cancer. Si, sous ce point de vue physiologique, l'opération donnait les résultats que s'en est promis M. Blandin, ce serait certainement là un grand service rendu et une acquisition utile pour l'art, sauf à mieux opérer par la suite, si cela se peut.

M. GERDY: Je voulais précisément dire un mot à cet égard. Cette idée de prévenir la récidive des cancers par les procédés autoplastiques n'est pas nouvelle, comme semble le croire M. Rochoux. Il y a déjà long-temps qu'on a eu cette prétention; on l'a déjà appliquée pour les cancers du sein. Mais c'est là une idée qui ne comporte pas le moindre examen. Comment veut-on qu'une partie saine appliquée à côté d'une partie malade puisse empêcher la repullulation du cancer? On sait que le plus souvent les cancers se reproduisent par un petit noyau oublié dans la plaie; c'est alors une véritable repullulation. Dans les autres cas on ignore le mode de reproduction. Mais quoi qu'il en soit, rien n'autorise à croire qu'une partie saine greffée sur la plaie puisse empêcher cette reproduction. N'y a-t-il point des parties saines toujours à côté des parties malades? et ces parties saines ne sont-elles pas souvent envahies à leur tour par la maladie?

M. BÉRARD: J'ai demandé la parole pour féliciter M. Blandin sur le fait qu'il nous a présenté. Je diffère complétement d'avis à cet égard avec M. Gerdy. Il y a quelques années, M. Martinet (de la Creuse) a publié les résultats de semblables opérations pratiquées dans des cas où une et même deux récidives avaient déjà eu lieu. Ces résultats ont été favorables. M. Blandin en cite un nouvel exemple; j'en ai deux à citer pour ma part. L'un de ces cas a été opéré avec l'assistance de M. Blandin lui-même; l'opération a été suivie d'un succès complet; elle date maintenant de plus d'un an; il n'y a pas eu jusqu'à présent l'ombre de récidive et la partie restaurée n'est pas trop disgracieuse. Le second sujet est celui que j'ai présenté le même jour que M. Blandin a présenté le sien. J'applaudis donc sans réserve à la nouvelle tentative que vient de faire notre collègue, et si, comme il y a lieu de l'espérer, elle est suivie d'un heureux résultat, ce sera une nouvelle preuve d'un progrès signalé.

M. BÉGIN et M. ROUX rapportent à cette occasion quelques faits de cancers des paupières qui ont de l'intérêt sous d'autres points de vue, mais qui sont étrangers au sujet en discussion.

Les observations citées par M. Roux ont trait à des opérations de blépharoplastie pratiquées pour d'autres cas que des cancers, et, par conséquent, dans un but tout différent de celui que s'est proposé M. Blandin. Il s'est servi, pour réparer la paupière, d'un lambeau temporal.

M. BLANDIN. Les cas que vient de rapporter M. Roux sont des exemples d'applications heureuses des procédés autoplastiques; mais je ferai remarquer que ces opérations ont été faites dans des conditions bien meilleures que celles où se trouvait mon opérée, et qu'elles n'ont d'ailleurs, par leur objet, rien de commun avec le cas en question. Je dois convenir, toutefois, que le choix d'un lambeau temporal offrant des couches organiques en harmonie avec celles des paupières me paraît un choix heureux; on est beaucoup plus sûr, par ce moyen, de combler le vide résultant de l'absence de la paupière, sans avoir un trop grand relief; on a évidemment ainsi des chances d'une bonne réparation. C'est une opération dont je félicite M. Roux. Quant au fait cité par M. Bégin, il n'implique ainsi que ceux de M. Roux aucune objection, je n'aurai donc pas à m'en occuper davantage.

M. Blandin entre ici dans des détails circonstanciés sur les faits de M. Bérard

et de M. Martinet (de la Creuse) et conclut de ces faits dont les résultats ont été heureux, en faveur du sien, avec lequel ils présentent les plus grandes analogies.

J'ai à remercier, ajoute-t-il, M. Rochoux pour avoir rappelé le véritable état de la question; seulement il a oublié de dire que chez la malade que j'ai opérée, le cancer avait récidivé 3 fois. Opérée deux fois par M. Pinault, chirurgien habile de Rennes, elle m'avait été adressée en désespoir de cause. Ma première idée, en la voyant, était qu'une nouvelle opération n'offrirait aucune chance de succès. Aussi hésitais-je à l'opérer. Ce n'est qu'en songeant aux chances que pourrait m'offrir l'autoplastie, que je m'y suis décidé. L'événement a, comme on le voit, justifié jusqu'à présent mes prévisions.

M. Gerdy a objecté qu'il n'y avait point de réunion à la face postérieure du lambeau, et qu'il existait en ce point un foyer de suppuration. Mais M. Gerdy n'a pas fait attention que c'était là la petite cavité oculo-palpébrale qui était restée béante; ce n'est seulement qu'au niveau du sac lacrymal que l'adhésion n'a point eu lieu; c'est par cette communication que revient la matière purulente que l'on fait sortir en exerçant des pressions sur cette région : la preuve, c'est que ces matières passent habituellement par les fosses nasales. Il y a et il y aura là toujours un peu de suppuration, parce que en excisant le cancer, il a été indispensable d'ouvrir le sac lacrymal. Dans un pareil état de choses, loin de se plaindre de ce défaut de réunion, il faut s'en féliciter au contraire. Il eût été malheureux que cette réunion eût lieu, car il en serait infailliblement résulté une oblitération des voies lacrymales.

M. Gerdy trouve la réparation défectueuse, il blâme l'emprunt que nous avons fait d'un lambeau à la région frontale; il pense que nous aurions pu décoller une portion de la joue et l'élever au niveau de la paupière. Je ne vois pas l'avantage qu'eût eu ce procédé.

Enfin il ajoute que c'est une dérision de croire que par cette autoplastie on préviendra la repullulation du cancer. Je répondrai à cela qu'il y a des faits qui légitiment cette espérance; je les ai cités, je n'ai pas besoin d'y revenir. Je ne prétends pas expliquer comment l'autoplastie peut agir dans cette circonstance, mais enfin il ne répugne pas à l'esprit d'admettre qu'il se fasse par le fait de l'application d'un lambeau de tissu sain pris à une certaine distance du siége primitif du cancer, une sorte de perturbation favorable, une modification particulière, bien qu'inconnue, dans la nutrition de ces parties. Les points voisins du cancer, sans être eux-mêmes cancéreux, sont cependant, suivant toute apparence, disposés à l'envahissement du cancer; eh bien! ne peut-on pas admettre que cette disposition se trouve neutralisée par une modification en sens inverse due au contact d'un nouveau tissu sain, resté jusque-là étranger à l'influence de l'atmosphère cancéreuse qui a agi sur le premier. Ce n'est là sans doute qu'une hypothèse, mais une hypothèse à laquelle les faits donnent quelque valeur. C'est dans ce but que j'ai agi et c'est aussi en vue de favoriser le plus possible cette modification nutritive, que je crois plus convenable de procéder par déplacement du lambeau que par simple glissement. Quant aux chances de repullulation dont a parlé M. Gerdy, et qui seraient dues à ce qu'on aurait laissé subsister une portion de tissu cancéreux dans le fond de la plaie, on ne saurait les invoquer contre la méthode autoplastique, car il est évident que cette méthode n'est pas apte à prévenir une pareille cause de récidive.

M. Nacquart demande qu'on écrive à M. Martinet (de la Creuse) pour avoir des renseignemens sur l'état actuel de ses opérés. Cette demande est accueillie.

Il est 5 heures 1/4, la séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRES DE MM. LES DOCTEURS LEBERT ET MANDL, RELATIVES A L'EXAMEN MICROSCOPIQUE D'UNE TUMEUR DU SEIN.

1° LETTRE DE M. H. LEBERT.

Monsieur le rédacteur,

Veuillez avoir la bonté d'insérer, dans le prochain numéro de votre estimable journal, la note suivante, en réponse à un article intitulé : De la certitude de la microscopie, qui se trouve dans le feuilleton de votre dernier numéro, du 1er mars.

Avant de répondre aux assertions de l'article en question, nous allons mettre sous les yeux du lecteur l'observation du cas dont il s'agit. Nous avons eu occasion de voir et d'interroger la malade. Nous devons de plus à M. Mayor, interne de M. Lenoir, les détails de ce fait, parfaitement conforme aux résultats de notre interrogation de la malade.

Obs. — Le 3 février 1845 entre à l'hôpital Necker, salle Ste-Marie, n° 6, service de M. Lenoir, la nommée Adélaïde Pelteyer, âgée de 32 ans, sans profession, demeurant rue de Flandres, n° 16.

Cette femme est mariée, mais n'a jamais été enceinte. Elle a toujours joui pendant sa jeunesse d'une bonne santé; elle a été réglée à 18 ans, et depuis lors la menstruation n'a jamais présenté aucun trouble notable. A 19 ans, elle eut un abcès à la jambe, et à la joue un charbon, dont, du reste, aucune cicatrice ne se voit sur la figure.

A 28 ans, elle s'aperçut du développement d'une grosseur dans son sein droit. Un an plus tard, cette grosseur devint le siége de douleurs lancinantes aiguës, qui se montraient surtout en coïncidence avec les époques, n'empêchaient pas le sommeil, mais s'opposaient pendant le jour à toute espèce de travail. Cette grosseur prit peu à peu le développement qu'elle a maintenant; et depuis l'âge de 24 ans, devint stationnaire. Depuis six mois, les douleurs, devenues quotidiennes, rendaient la vie insupportable à la malade.

Après plusieurs traitemens prolongés par la compression et les préparations d'iode, M. Lenoir, qui soignait cette femme, ne vit d'autre ressource que l'amputation du sein; il la proposa à la malade, et c'est pour la subir que celle-ci est entrée à l'hôpital.

Etat actuel. Cette femme offre les attributs d'un tempérament principalement sanguin; elle est forte et n'est pas amaigrie; elle n'offre aucun symptôme de cachexie; toutes les fonctions sont intactes. La mamelle droite, beaucoup plus volumineuse que la gauche, pend au-devant de la poitrine; elle a un poids considérable. La peau qui la recouvre est saine, sans adhérence anormale avec les tissus sous-jacens. La palpation ne fait point reconnaître de tumeurs isolées; on dirait que la mamelle est simplement hypertrophiée et un peu plus dure que l'autre. La pression n'est pas très douloureuse. Le sein droit est le siége des douleurs que nous avons signalées, et la malade désire vivement être opérée.

M. Lenoir procède à l'opération le 5 février. Deux incisions curvilignes, comprenant une ellipse de peau, dans laquelle est le mamelon, sont pratiquées un peu obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. La dissection de la tumeur est un peu pénible, parce que, ne sachant où finissent les tissus morbides, M. Lenoir dissèque la mamelle entière; mais bientôt une portion de tumeur, tranchante par une couleur verdâtre, est mise à nu; elle guide alors le chirurgien dans le reste de l'opération.

Quatre ligatures sont appliquées, et l'on tente la réunion par première intention au moyen de bandelettes agglutinatives et de deux épingles placées à la portion la plus interne de la plaie.

La dissection de la pièce anatomique enlevée montre qu'on avait affaire à une tumeur bien délimitée, mais dont la consistance est tout à fait semblable à celle de la mamelle. Cette tumeur arrondie, développée surtout dans le sens transversal, est lisse à la surface, qui offre une apparence lobulée. Elle ne tient aux parties environnantes que par un tissu cellulaire lamelleux qu'on détruit très facilement et qui permet ainsi l'énucléation de la tumeur. Sa surface offre par sa coloration un singulier aspect; le fond blanc est piqueté de petites taches d'un à deux ou trois millimètres de diamètre et d'un roux verdâtre. Une incision pratiquée sur la tumeur montre que ces petites taches sont dues à de petites loges remplies d'un liquide roussâtre, un peu visqueux et que la pression fait refluer en grande quantité à la surface des coupes pratiquées. Toute la masse de la tumeur est criblée de ces petites loges, et le tissu qui circonscrit toutes ces aréoles est blanc, d'apparence fibreuse ou peu élastique et rappelle tout à fait le tissu de la mamelle.

On reconnaît, en outre, que la tumeur développée derrière la glande mammaire a refoulé et aplati entre elle et le mamelon la plus grande partie de cette glande qui n'a plus dans ce point que 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Une autre portion de la glande repoussée en haut et en dehors de la tumeur a conservé son épaisseur normale.

La tumeur énucléée pesait 650 grammes.

Le tissu de cette tumeur examiné au microscope avec de faibles grossissemens offre un aspect lobulé à lobules multiples et arrondis, ayant tout à fait l'aspect du tissu glandulaire. Ce n'est pas une division régulière en lobes et lobules, mais plutôt une agglomération irrégulière de petits lobules dont la largeur varie entre un dixième et un cinquième de millimètre. Les contours de chaque lobule sont parfaitement nets; leur intérieur est tapissé d'une fort belle couche membraneuse de cellules dont on reconnaît surtout bien les noyaux et les nucléoles. Mais sur la préparation microscopique on rencontre également un certain nombre de ces globules libres et isolés, et on peut alors se convaincre que dans leur forme complète ils sont munis d'une membrane d'enveloppe. Ils sont généralement ronds offrant en moyenne $0^{m},01$. Cette enveloppe est pâle, fine et homogène. On n'y reconnaît ni granules, ni pointillé fin. Le noyau est rond ou elliptique variant entre $0^{m},005$, et $0^{m},0075$; les bords sont bien plus fortement marqués que ceux des enveloppes; dans leur intérieur on reconnaît un à deux nucléoles qui ont à peine $0^{m},0015$.

Tout autour des lobules glandulaires se trouve un tissu composé de fibres denses et rapprochées qui offrent en général une disposition plus ou moins concentrique aux groupes des lobules, n'étant pas réunis en faisceaux et contenant dans leur intervalle de nombreux granules moléculaires. Ce tissu offre plutôt les caractères d'un tissu cellulaire hypertrophié que ceux du tissu fibreux.

N'oublions pas de noter que le liquide, qui était contenu dans les loges de ce tissu était jaunâtre, visqueux et montrait à l'examen microscopique une espèce de globules variant entre $0^{m},01$ et $0^{m},04$ de millimètre, et renfermant dans leur intérieur un petit noyau qui, même chez les plus volumineux, ne dépassait guère de beaucoup $0^{m},003$ de millimètre.

Du reste, ces cellules n'offraient nullement l'aspect des globules cancéreux

ni celui des élémens fibroplastiques. Le liquide qui les entourait était assez trouble même au microscope, et renferme quelques cristaux, et beaucoup de granules et de grumeaux provenant probablement de ces mêmes globules décomposés.

Depuis que cette tumeur avait donné lieu à une discussion, on l'a examinée de plus près, et on a trouvé qu'elle contenait desnerfs assez volumineux, se distribuant dans son intérieur par de nombreux filets qui étaient la plupart hypertrophiés, et rendaient ainsi fort bien compte de la vive douleur qu'éprouvait la malade avant l'opération.

Si nous cherchons à nous rendre compte de toutes les circonstances qui ont accompagné le développement de la tumeur et si nous les comparons avec la structure anatomique de la pièce, nous arrivons au résultat que, 1° elle n'est pas de nature cancéreuse, et que 2° elle ne renferme d'autres élémens qu'une hypertrophie de la glande mammaire dont les tissus environnans ont subi quelques altérations que l'on rencontre, du reste, assez souvent en cas pareil, mais qui ne dénotent pas le moins du monde un travail de dégénération.

Nous chercherons à appuyer ces deux assertions sur quelques preuves : 1° La nature non cancéreuse de la tumeur est mise hors de doute par l'examen microscopique précis en cas pareil lorsqu'on a fait un assez grand nombre d'observations sur ce sujet, et lorsqu'on s'est en même temps occupé sérieusement de l'étude de tous les phénomènes pathologiques que présente le cancer. Mais on n'a pas besoin, dans le cas actuel, d'invoquer l'autorité du microscope. Cette tumeur s'est développée chez une jeune personne qui jouit encore actuellement d'une santé florissante. La malade la porte depuis douze ans, c'est-à-dire depuis l'âge de vingt ans. Depuis huit ans, cette tumeur a conservé le volume notable qu'elle a présenté au moment de l'opération. La peau qui la recouvrait, ainsi que le mamelon, n'était ni adhérente ni enflammée.

2° La tumeur offre si bien tous les caractères du tissu mammaire que, lorsqu'on m'en avait apporté un fragment pendant mon absence et sans me dire d'où ce morceau provenait, j'ai pu déterminer avec certitude qu'elle était composée de tissu mammaire hypertrophié, entouré d'un tissu cellulaire également hypertrophié. J'en invoque pour témoins M. Nelaton et M. Robin, son interne. Ce qui met du reste cette manière de voir hors de toute contestation, c'est l'existence de nerfs nombreux et volumineux dans ce tissu. On sait fort bien aujourd'hui que les tissus accidentels de nouvelle formation n'en renferment point.

Quant à l'objection que la tumeur était enkystée, elle ne nous paraît pas bien valide; bien au contraire, le tissu cellulaire qui entoure les tumeurs mammaires chroniques se condense ordinairement sous forme d'un kyste d'enveloppe ; et lorsque la tumeur a duré depuis longtemps et après un développement considérable comme dans le cas actuel, il n'y a rien d'étonnant que le reste de la glande mammaire soit atrophié, et qu'on ne reconnaisse plus d'une manière nette les liens primitifs qui unissent dans le principe le lobe hypertrophié du reste de la glande. Ne rencontrons-nous pas dans les poumons des cicatrices de cavernes auxquelles aucun rameau bronchique ne paraît plus aboutir, et serons-nous pour cela en droit de dire que jamais cette caverne n'a été en communication avec les bronches ?

Nos observations, du reste, sont parfaitement conformes avec celles de sir A. Cooper et celles de M. A. Bérard ; et nous citerons, pour le prouver, le passage suivant de l'ouvrage de M. Bérard, sur les tumeurs du sein.

« C'est encore à sir A. Cooper que nous devons la connaissance et la »description de cette maladie singulière qu'il a rencontrée souvent, dont »le docteur Warin a observé quelques exemples et dont nous avons en »nous-mêmes l'occasion de constater l'existence et les caractères.

»La tumeur mammaire chronique est constituée anatomiquement par »un tissu ferme et résistant, qui offre une certaine ressemblance avec »celui de la mamelle et qui est arrangé de manière à représenter une »série de lobes de plus en plus petits, variables pour la grosseur, mais »semblables quant à la forme, réunis entre eux, mais pouvant se séparer »facilement par une macération peu prolongée. La masse qui résulte de »l'ensemble de ces lobes et qui rappelle quelquefois la disposition laminée d'un cervelet disséqué, paraît naître du tissu glanduleux du sein, »avec lequel elle reste unie par un prolongement ou pédicule mince et assez »allongé pour permettre à la tumeur les mouvemens les plus libres. »Cette masse est en outre contenue dans un sac fibreux bien distinct »d'elle-même, analogue au tissu qui enveloppe la glande mammaire et »qui occupe les interstices de ses lobules, et d'autant plus dense que la »tumeur est plus ancienne et plus volumineuse.

»L'affection qui nous occupe a été vue presque constamment chez les »jeunes femmes de 17 à 30 ans, quelquefois, mais très-rarement, sur des »femmes qui ont dépassé cet âge. Les malades jouissaient d'ailleurs d'une »très bonne santé. A. Cooper a cru remarquer que la maladie attaque de »préférence les femmes non mariées et stériles, ce qui lui a fait penser »que l'utérus peut exercer quelque influence sympathique sur son développement. »

Si nous comparons entre elles les diverses formes de tumeur mammaires chroniques que nous avons eu occasion d'observer, nous y trouvons des formes en apparence différentes qui, au food cependant, ne correspondent qu'avec une seule et même altération, c'est l'hypertrophie de la glande mammaire. Les tumeurs qu'on a décrites sous le nom de cystotarcômes de la mamelle, tumeurs mammaires hydatides, corps fibreux de la mamelle se rapportent en majeure partie à ce genre d'altération. Cette comparaison nous a conduit à établir pour ces tumeurs la pathogénie suivante : une portion de la glande mammaire, un ou plusieurs de ses lobes deviennent le siége d'un afflux sanguin, d'une congestion locale. Leur tissu en éprouve d'abord une nutrition plus active qui bientôt passe à l'état d'hypertrophie. Ces lobes, en augmentant font de plus en plus saillie sur un des points de la circonférence de la glande, et comme sir A. Cooper l'observe fort bien, ils finissent par ne plus tenir à la glande que par un pédicule. Lorsque ce développement continue, ils peuvent même paraître en être complétement séparés. Le travail fluxionnaire qui s'établit tout autour de ce tissu hypertrophié a de bonne heure pour effet que le tissu cellulaire ambiant se condense sous forme d'enveloppe, et fini par enkyster la tumeur.

Nous savons que la glande mammaire est entourée, même à l'état normal, d'un tissu cellulo-fibreux assez dense et assez résistant. Il s'hypertrophie aussi lorsque l'augmentation de la glande acquiert un certain volume. C'est alors qu'en se développant en beaucoup plus forte proportion que le tissu glandulaire lui-même, il peut constituer l'apparence d'une tumeur fibreuse qui, lorsqu'elle est infiltrée d'un suc fibro-plastique abondant et gélatiniforme peut lui donner l'aspect du colloïde. Si ce suc se dépose dans les interstices du tissu fibreux, il peut y former des loges, qui, plus tard, se transforment en petits kystes et dont les globules peuvent s'altérer considérablement par imbibition. Lorsque ces kystes existent en grand nombre au milieu de la tumeur, on arrive à la forme des tumeurs mammaires hydatides, qu'il faut bien distinguer des hydatides séreuses et de celles qui renferment des ecchynocoques qui se montrent quelquefois dans la mamelle.

On voit de plus que nos observations confirment ce qu'on avait déjà dit sur ces tumeurs; savoir, qu'elles pouvaient acquérir un volume considérable, qu'elles se développaient plutôt chez des jeunes femmes, qu'elles n'altéraient pas la santé générale, et que surtout elles ne contractaient pas des adhérences avec la peau qui les entoure et laissaient en même temps le mamelon intact.

Nous avons cru ces détails sur la pathogénie de ces tumeurs d'autant plus nécessaires, que nous voyons tous les jours juger la nature des tumeurs bien plus d'après leur apparence externe, que d'après les élémens qui les composent et qu'on néglige en général encore beaucoup trop dans l'étude des tumeurs le mode de formation et l'enchaînement physiologique des diverses formes sous lesquelles on les rencontre.

J'espère que ces explications suffiront pour éclairer le public sur les points essentiels de la discussion sur la pièce en question, discussion qui a été reproduite avec une rare inexactitude.

Agréez, etc.

2° LETTRE DE M. MANDL.

Monsieur le rédacteur,

Mon honorable confrère, M. Huguier, a eu la bonté de communiquer verbalement à la Société de chirurgie le résumé de l'examen microscopique d'une tumeur qu'il m'avait présentée. Or, dans le procès-verbal de la société, deux faits ont frappé votre attention; la présence du tissu mammaire, ce qui paraissait se trouver en contradiction avec l'existence d'une tumeur enkystée affirmée par l'opérateur, et en second lieu la dissidence des opinions émises sur la nature de la tumeur par M. Lebert et moi. Quelques courtes explications suffiront pour éclairer ces difficultés.

La présence du tissu mammaire est suffisamment prouvée et par la description de la tumeur qui vous a été communiquée par M. Lebert et par la forme caractéristique des lobules glandulaires. Au reste, et je dis cela en général, ce n'est pas aux micrographes d'adopter l'opinion du chirurgien sur la nature du tissu extirpé; c'est à l'opérateur de demander des renseignements aux micrographes, c'est-à-dire au microscope. J'ajouterai que, disséquant la tumeur le lendemain de l'opération, nous avons reconnu, à l'œil nu et au microscope, M. Huguier et moi, la présence de

nerfs dans la portion extérieure de la pièce pathologique, et qui pénétraient dans son tissu, dans les points mêmes où j'avais rencontré tous les élémens du tissu mammaire.

Les micrographes qui jusqu'à présent se sont occupés de l'examen des tumeurs sont d'accord sur la *forme* des globules cancéreux. Les nombreuses pièces qui m'ont été communiquées soit dans les hôpitaux soit par MM. Amussat, Blandin, Filhoz, Huguier, Monod, Robert, Sichel, etc., m'ont bientôt convaincu que cette forme propre aux élémens microscopiques des cancers n'est pas un caractère essentiel et constant. Je citerai particulièrement quelques tumeurs encéphaloïdes de la rétine que j'ai examinées avec M. Sichel, immédiatement après l'extirpation, dont les élémens n'ont pas offert la moindre ressemblance, quant à leur forme, avec ceux que l'on trouve habituellement dans cette espèce de tumeurs, et sur la nature desquelles pourtant il n'a pas été permis d'élever le moindre doute. Faut-il, dans ces cas, contester à ces tumeurs leur caractère cancéreux, ou ne faut-il pas plutôt chercher dans des caractères autres que ceux de la forme, par exemple, dans les caractères physiques, chimiques, etc., la solution de cette difficulté ? J'ai pris cette dernière résolution, et c'est par suite des recherches entreprises sur ce point depuis plusieurs années (et qu'il m'est impossible d'exposer ici pour ainsi dire en passant) qu'il m'a été permis de reconnaître le caractère cancéreux d'une portion de la tumeur en question, quoique ces élémens n'offrent point tout à fait la *forme* habituelle des globules cancéreux.

Ainsi donc, relativement au tissu mammaire, reconnu par M. Lebert et moi, nul doute que ce tissu existait dans les parties examinées au microscope. Relativement au tissu cancéreux, la dissidence entre M. Lebert et moi porte moins sur la forme des globules que sur l'induction que nous en avons tirée en nous fondant l'un et l'autre sur d'autres caractères.

Agréez, etc.

Note du rédacteur. — Quelle que soit la concordance des observations de MM. Lebert et Mandl, il restera toujours une difficulté. D'accord sur l'existence du tissu mammaire dans les parties soumises à leur examen, et par conséquent sur les formes caractéristiques de ce tissu, pourquoi cessent-ils de l'être sur l'existence, c'est-à-dire sur les caractères microscopiques du tissu cancéreux? M. Mandl paraît posséder le secret de cette difficulté. Pour lui les formes élémentaires du tissu cancéreux pourraient manquer là où le cancer existerait réellement, et la présence de ce tissu serait révélée par un autre ordre de caractères. Nous avons pleine confiance dans les lumières de M. Mandl, mais nous avons de fortes raisons pour croire que la forme est toujours un caractère essentiel aussi bien pour l'affection cancéreuse que pour toute autre cause.

Nous sommes heureux d'avoir provoqué ce supplément d'explications de la part de ces deux micrographes distingués; car, à la manière contradictoire et tronquée dont leurs observations avaient été présentées par ceux-là mêmes qui s'étaient chargés de les produire, il eût été impossible de deviner leur accord et surtout l'utilité de l'intervention du microscope.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANS A LA MAMELLE ; PRÉCÉDÉ D'UNE NOTICE SUR L'ÉDUCATION PHYSIQUE DES JEUNES ENFANS; par le docteur Bouchut. — 600 pages in-8°. Paris, 1845. Chez J.-B. Baillière.

Il ne serait pas sans intérêt d'examiner la cause qui porte un si grand nombre de médecins de notre époque à l'étude spéciale des maladies de l'enfance, tandis qu'on n'observe rien de semblable pour les autres âges de la vie. Serait-ce parce que, négligées auparavant, ces maladies auraient fourni plus de découvertes, plus de nouveaux points de vue, plus de progrès ? Ce fait qui est exact jusqu'à un certain point peut être pour quelque chose dans l'impulsion qui porte tant de médecins vers ces études que nous appellerons spéciales, mais il ne peut cependant l'expliquer seul. Serait-ce à l'opportunité fournie par les hôpitaux des enfans, au grand nombre des sujets de dissection qu'ils livrent aux anatomistes désireux de suivre sur le cadavre l'histoire des maladies qui ont amené la mort, qu'on devrait attribuer cette différence, ou bien au sentiment d'humanité qu'inspire naturellement la vue de tant de jeunes êtres enlevés à la vie dès leurs premiers pas? Quoi qu'il en soit, cette différence existe réellement ; c'est un fait constaté que nous avons déjà signalé bien des fois et que nous rappelle encore le travail que nous venons d'indiquer ; lequel, sous le titre simple de Manuel pratique, contient de bonnes recherches sur les maladies des enfans nouveau-nés dont jusqu'ici on s'était peu occupé.

Les recherches de M. Bouchut se recommandent encore à un autre titre, et auquel nous n'attachons pas moins d'importance. Il ne s'est pas borné, comme presque tous ceux qui l'ont précédé jusqu'ici, à enregistrer, à décrire et à commenter les nombreuses et variées lésions organiques que les nouveau-nés, comme les enfans, comme les adultes, comme les vieillards, présentent après leur mort. Il n'a point négligé cette partie importante des études médicales; mais il ne s'en est point tenu là et s'est livré à quelques essais pratiques, peu nombreux, bien incertains peut-être, souvent infructueux, c'est encore vrai, mais enfin il a détourné à plusieurs reprises ses regards de ces lésions à l'étude desquelles se bornent trop souvent les médecins de nos jours, pour examiner les causes qui les ont produites et s'éclairer sur les moyens de les combattre. Nous constatons avec satisfaction dans le travail de M. Bouchut le retour aux seules méthodes qui peuvent amener d'heureux résultats, retour que nous avons signalé déjà dans quelques travaux tout récens, mais qui nous semble plus prononcé encore dans celui que nous avons en main; car nous y en trouvons des preuves presque à chaque pas. C'est ainsi qu'il dit à la suite d'une discussion sur une des erreurs les plus grossières des temps modernes (le ramollissement chimique de la muqueuse gastrique pris pour une maladie inflammatoire); « Or c'est ici que l'on peut constater les avantages de la réflexion et du jugement sur les conclusions absolues qu'on cherche à tirer de l'observation directe des faits. » En effet, si l'on eût tenu compte de ces deux élémens, la réflexion et le jugement, ou si simplement on eût cherché ce qui avait été fait auparavant et qu'on eût seulement lu les expériences de Hunter la plupart de nos dictionnaires et des ouvrages de pathologie publiés depuis vingt ans ne porteraient pas à l'étranger et à la postérité la preuve palpable d'une légèreté presque sans exemple de la part de ceux mêmes qui prétendaient à dominer la science et à la diriger. Désirant que l'on pût trouver dans son livre tout ce qu'il importe de connaître à l'égard de la médecine des jeunes enfans, l'auteur l'a distribué en trois parties tout à fait distinctes et comprenant, la première : l'exposé du système d'éducation physique des enfans auquel il attribue la préférence ; la seconde : quelques études générales sur les maladies du même âge, et la troisième ; l'histoire des maladies de l'enfance. Examinons successivement ces trois parties qui forment comme trois traités différens.

Il n'est douteux pour personne que de la bonne direction des soins donnés à l'enfant pendant les premiers temps de son existence dépend en partie l'avenir de sa santé, et que, malgré la notable amélioration apportée depuis quelque temps dans ces premiers soins, il reste encore beaucoup à faire. Non seulement la science est ou incertaine ou muette sur une foule de points d'une haute importance; mais encore beaucoup de données utiles, de renseignemens précieux n'ont pu jusqu'ici arriver dans toutes les classes et auraient besoin d'y être propagés ; c'est aux médecins d'éclairer les points obscurs et de répandre les connaissances acquises dans les classes auxquelles elles porteront profit. Il était donc utile de rappeler tout ce qui est relatif aux soins que l'enfant doit recevoir jusqu'à l'âge de deux ans avant de passer à l'étude des maladies qui sont si fréquemment le résultat de l'absence de ces soins. C'est ce qu'a justement apprécié notre auteur qui traite successivement, dans les divers chapitres dont se compose la première partie, des soins que doit prendre la femme dans la grossesse à l'égard de son enfant, puis de ceux que doit recevoir ce dernier sous les divers points de vue de l'alimentation, du choix de la nourrice, du lait, du sevrage, des habitudes, de l'exercice, des vêtemens, empruntant aux recherches les plus récentes de MM. Donné, Lassaigne, Péligot et autres sur le lait, toutes les données pratiques de quelque importance.

Les considérations générales que contient la deuxième partie ont plutôt rapport au diagnostic des maladies des enfans qu'à la pathologie générale de cet âge ; cependant l'auteur présente sur les caractères particuliers à ces maladies quelques vues qui ne manquent pas d'intérêt et dont le médecin doit être bien pénétré s'il ne veut pas prendre pour des états morbides, ce qui n'est que le résultat du développement organique. « On peut appeler, dit M. Bouchut, avec Hufeland, le temps qui s'écoule immédiatement après la naissance et pendant la première année, la suite d'une création dont une moitié s'opère dans l'intérieur, et l'autre moitié au dehors du sein de la mère. Certains organes jusqu'alors inactifs commencent à fonctionner ; ils se développent et se modifient ; d'autres disparaissent ; l'enfant passe dans des sphères d'existence entièrement nouvelles : d'abord dans la vie extra-utérine, puis dans celle des sens ; enfin dans la sphère du monde intellectuel. La vie de l'enfant n'est donc pas un état normal, mais une suite d'efforts pour y arriver ; c'est ainsi que le mé-

decin doit la considérer. Ce que dans d'autres circonstances nous prendrions pour maladie est ici l'effet et le symptôme du travail de la nature occupée à créer et à développer. » A la lecture de ces lignes qui sont évidemment d'origine germanique, nous nous attendions à trouver dans la troisième partie l'histoire de la lésion que les médecins allemands ont décrite sous le nom d'*atélectasie*, que MM. Legendre et Baillie ont appelée *état fœtal*, et qui avait été confondue jusqu'alors avec la pneumonie par les auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'enfance; mais nous n'en avons trouvé aucune mention dans le travail de M. Bouchut qui, sous ce rapport, présente une lacune regrettable. L'étude spéciale des maladies de l'enfance est d'autant plus nécessaire que ces maladies diffèrent notablement de ce qu'elles sont dans la seconde enfance et dans l'âge adulte. « Les maladies des enfans à la mamelle, dit l'auteur, sont moins inflammatoires que celles de la seconde enfance et que celles de l'âge adulte; elles sont plus meurtrières, il est vrai, mais la mort est moins souvent le résultat des désordres matériels qu'elle produit que du coup porté à une faible organisation. » Voici quelques-uns des autres caractères assignés aux maladies de ce premier âge; l'inflammation est sans vigueur et rarement se termine par la suppuration, mais passe souvent à l'état chronique quand l'enfant ne succombe pas. L'expression symptomatique fournit aussi des caractères tout à fait spéciaux; la réaction fébrile n'est pas continuellement la même; très vive un moment, elle diminue beaucoup et reparaît ensuite à un très fort degré.

Les signes du diagnostic ne diffèrent pas moins que les lésions et les symptômes proprement dits de ce qu'ils sont chez l'adulte et sont fournis chez l'enfant presque exclusivement par les traits et l'expression de la face et des yeux, par les gestes et l'attitude, par le cri surtout et par le trouble des fonctions de la respiration et de la circulation. Rien ne doit être négligé dans le diagnostic des enfans; car souvent il repose sur une circonstance qui serait à peine appréciable dans d'autres conditions; par exemple « les enfans qui souffrent dans la tête par suite d'une affection aiguë des méninges ou du cerveau, joignent à *leur cri* une altération des traits fort évidente. Tantôt c'est une paupière qui ne peut se lever et laisse l'œil entr'ouvert, ou bien c'est le nez dont une narine reste abaissée; d'autres fois, c'est la bouche dont une commissure offre une déviation considérable; tantôt enfin c'est du strabisme, des convulsions de la face, etc. »

Les phénomènes de l'auscultation et de la percussion offrent également des différences que l'auteur n'a pas négligées et de l'étude desquelles il tire les conclusions suivantes : 1° que la respiration n'est pas régulière et qu'il ne faut pas se méprendre à l'égard des phénomènes de fréquence, d'irrégularité et d'intermittence des mouvemens respiratoires, qu'on aurait tort de considérer comme étant toujours la conséquence d'un état pathologique; 2° que la respiration des nouveau-nés et des enfans à la mamelle n'est pas accompagnée du sifflement puéril qui existe chez les enfans plus âgés, et que l'absence de respiration puérile ne doit pas être envisagée comme un état morbide; 3° enfin que les résultats de la percussion du thorax sont incertains s'ils ne sont pas bien tranchés, puisque dans l'état normal la résonnance de la poitrine est obscure.

La troisième partie renferme la pathologie proprement dite ou l'histoire des maladies de l'enfance placées dans l'ordre des organes, celles de la bouche, du ventre, du nez, du larynx, de la poitrine, du système nerveux, la fièvre éruptive et les maladies cutanées, la fièvre intermittente et le rachitisme. Nous voudrions pouvoir suivre l'auteur pas à pas dans l'exposition de ces différentes affections et signaler avec lui les circonstances particulières par lesquelles elles diffèrent de celles des adultes et surtout de celles des enfans d'un âge un peu plus avancé; mais comme, en tout cas, il nous serait impossible de reproduire, même les faits les plus remarquables, par l'analyse, sans dépasser beaucoup nos limites ordinaires, nous préférons renvoyer le lecteur désireux d'étudier avec plus de soin qu'on ne le fait communément les maladies de la première enfance, à l'ouvrage lui-même; il y trouvera une étude sérieuse des phénomènes pathologiques et une interprétation ordinairement juste des élémens fournis par l'anatomie morbide. Si l'auteur n'a pas usé de ces longues séries numériques sans lesquelles la science était impossible pour quelques-uns d'entre nous, si surtout il a su faire la part des faits et celle du raisonnement dans l'absence duquel les faits restent sans valeur, on y verra de nouveaux élémens de succès, et on lui saura gré d'être entré dans cette voie, aussi largement qu'il l'a fait; nous ne quitterons pas cependant cette dernière partie sans faire quelques remarques sur certains points qui nous ont spécialement frappé à la lecture.

Parmi les résultats qu'a produits l'application du microscope à l'étude des sciences médicales, l'un des plus remarquables est certainement l'origine végétale de plusieurs produits et entre autres du *muguet*, regardé pendant longtemps comme une espèce de fausse membrane, et dans lequel M. Gruby a vu de véritables moisissures, des cryptogames ou plantes parasites implantées à la surface de la muqueuse, observation dont M. Bouchut affirme avoir vérifié maintes fois l'exactitude. Quelqu'importance qu'ait eue cette découverte au point de vue de l'histoire naturelle, elle n'en a point encore eu à l'endroit de la pratique. Le traitement n'en a encore été nullement modifié; car, soit cryptogames ou fausse membrane, la maladie n'en tire pas moins son origine d'un état morbide des individus, et constamment d'un degré notable de faiblesse native, ou de faiblesse provoquée par des accidens aigus, ou enfin d'une cachexie plus ou moins avancée, conséquence d'une maladie chronique. Aussi cette végétation ne causant d'autre danger, dans l'immense majorité des cas, que celui qui ressort de la maladie sur laquelle il est comme enté, l'auteur s'élève avec une certaine vivacité contre l'abus que les statisticiens ont fait des chiffres pour démontrer le danger de cet accident. « M. Baron, dit-il, a observé 140 enfans atteints de cette maladie, et 109 ont succombé. D'après M. Valleix, il aurait eu lui-même 22 décès sur 24 malades. Cela n'est pas étonnant; presque tous avaient une entéro-colite, compliquée, chez huit d'entre eux, par une pneumonie, et chez un neuvième par une méningite. On pourrait mourir à moins de frais; et certainement le cryptogame de la bouche n'a pas contribué le moins du monde à ce résultat. En effet, la mort n'est jamais la conséquence de la maladie qu'on appelle muguet; c'est se méprendre de la manière la plus étrange que d'admettre une pareille assertion. »

La diarrhée, qui est si fréquente chez les nouveau-nés et chez les enfans à la mamelle, n'est pas l'un des moindres embarras qui se présentent au praticien et à l'écrivain lorsqu'ils ont à s'occuper des maladies des petits enfans. Les plus éclairés disaient, il y a quelques années, et beaucoup répètent encore aujourd'hui *gastro-entérite*, et quand les mucilagineux ou même les sangsues n'empêchaient pas l'enfant de mourir, on ajoutait l'épithète *sur-aiguë* ou *effroyable*. Aujourd'hui encore, la plupart des auteurs attribuent une grande prédominance à la diarrhée inflammatoire quand ils en admettent d'un autre ordre. On lira avec intérêt, dans le texte même, les preuves de cette assertion. L'auteur adopte, avec quelques autres médecins, une opinion différente que le passage suivant fera suffisamment connaître. « La diarrhée résulte d'une affection fonctionnelle avec supersécrétion de la muqueuse intestinale. Elle peut être occasionnée : 1° par une simple accélération du mouvement péristaltique des intestins, comme cela arrive dans les indigestions et à la suite des impressions morales vives; 2° par l'augmentation de sécrétion des mucosités intestinales, et que l'on a appelée catarrhe de l'intestin. Le froid qui supprime les sécrétions cutanées, les alimens trop substantiels ou trop excitans qui excitent les papilles muqueuses déterminent ce catarrhe; 3° enfin, par une modification anatomique des tissus placés sous la dépendance de l'inflammation. »

Les deux premiers ordres de phénomènes existent presque toujours simultanément et sans aucune lésion appréciable de l'intestin. L'auteur réduit donc toutes les diarrhées à deux espèces : l'une dont la cause anatomique nous échappe, c'est la diarrhée catarrhale et spasmodique; l'autre de nature inflammatoire, et qu'il décrit sous le nom d'entéro-colite.

Nous regrettons de ne pouvoir examiner en ce moment s'il est réellement possible, dans l'état actuel de la science, de renfermer dans ces deux classes les diarrhées de tout genre, et, tout en émettant un doute sur ce point et néanmoins louant l'auteur de la hardiesse et du bon esprit avec lesquels il procède dans ses investigations, nous ne nous arrêterons que sur la seconde forme ou l'entéro-colite, qui paraît être la plus commune de toutes les maladies qu'on observe au premier âge, auquel elle appartient peut-être exclusivement. Elle se présente, en effet, à cette époque, avec un caractère d'unité remarquable qui se perd à la fin de la seconde année. Alors elle devient de plus en plus rare, et sa forme change à mesure que l'on s'éloigne de l'époque du sevrage. L'entéro-colite offre surtout cette circonstance remarquable qu'elle semble remplacer, chez les enfans du premier âge, la fièvre typhoïde, que plusieurs observateurs disent cependant avoir vue chez des enfans de cet âge. Elle en diffère pourtant sous divers points de vue et spécialement sous celui de l'anatomie pathologique; car les désordres principaux ont leur siége dans le gros intestin, et par extension dans l'intestin grêle, disposition inverse de celle qu'on observe dans la fièvre typhoïde. « L'antithèse est complète, dit l'auteur, notre exposé d'anatomie pathologique va justifier cette assertion. » Et en effet, cet exposé, que nous ne pouvons reproduire, nous apprend que le gros intestin présente constamment, et de l'une à l'autre de ses extrémités, une altération de la muqueuse, mais qui s'étend chez quelques sujets à toutes les tuniques. Le point de départ de cette altération paraît être dans le spasme de la tunique musculaire, qui en se contractant rétrécit le calibre de l'intestin et détermine la formation à l'intérieur d'un grand nombre de plis de la muqueuse, et dont le sommet présente d'abord des traces d'inflammation, puis d'érosion, et enfin des ulcérations sinueuses, comme les plis qu'elles surmontent, et qui sont ordinairement fort

étroites, peu profondes et faciles à méconnaître. En même temps, les cryptes mucipares sont très développés et souvent le siége de petites ulcérations au pourtour de leurs orifices. Dans l'intestin grêle, dont la muqueuse est souvent injectée avec tuméfaction et quelquefois ramollissement, les plaques de Peyer sont de la plus parfaite intégrité, si ce n'est dans quelques circonstances exceptionnelles, où on les trouve tuméfiées et ramollies, mais sans ulcération de leurs tissus.

Il est impossible de rien trouver dans ces lésions qui rappelle celles de la fièvre typhoïde; nous arriverions à la même conclusion si nous examinions cette question sous les autres points de vue, et si la description de ces lésions est exacte, il est difficile de ne pas se trouver d'accord avec l'auteur sur la nécessité de distinguer cet état morbide des maladies avec lesquelles il a été confondu, et sur la convenance de la dénomination par laquelle il l'a désigné. Quant au traitement qu'il propose, nous nous bornerons à dire que, bien qu'il regarde la maladie comme de nature inflammatoire, il ne conseille cependant pas la médication débilitante, mais bien les révulsifs sur le canal digestif, et les toniques avec les astringens.

Si nous faisons quelques réserves relativement à l'admission immédiate de l'entéro-colite dans le cadre nosologique avant que les recherches de M. Bouchut aient été répétées par d'autres observateurs, nous n'en faisons au contraire aucune pour la radiation qu'il propose du ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac. Cette maladie, découverte pendant le court règne de l'anatomo-pathologie exclusive, doit donc disparaître des cadres morbides de l'enfance, comme elle a déjà disparu de ceux de l'adulte, au moins pour tous les pathologistes qui ont suivi, depuis J. Hunter jusqu'à nous, les travaux de la science sur ce point important. Nous ne rapporterons ici que les conclusions que l'auteur a tirées lui-même de l'intéressant exposé qu'il a tracé de cette question. « En résumé, le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, chez les enfans à la mamelle, n'est pas une affection spéciale qu'il faille décrire en particulier. Cette altération est toujours liée à d'autres maladies, et spécialement aux affections du gros intestin. Elle est la conséquence de l'acidité des liquides contenus dans le tube digestif des jeunes enfans, liquides très ascescens dans l'iléo-colite. Les symptômes, la marche, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette affection sont donc inutiles à décrire; ce serait une erreur de lieu. »

Si nous admettons cette manière de voir comme exacte chez les enfans, elle est, on en conviendra, très près d'être vraie chez les adultes; et que devient dès-lors l'opinion de ceux qui distinguent aujourd'hui deux ramollissemens de la muqueuse gastrique, l'un résultat d'une dissolution chimique, l'autre de nature inflammatoire? Elles ne tarderont pas probablement à disparaître comme tous les moyens de transition pour faire place à l'expression de la vérité ou peut-être d'une nouvelle erreur. Sans chercher à rien établir d'absolu sur ce point, convenons au moins que les études pathologiques exigent le concours de tous les élémens possibles, et que les hommes qui ont tenu compte de l'influence chimique dans la question du ramollissement de la muqueuse gastrique doivent être plus près de la vérité que ceux qui s'en rapportaient à des théories évidemment insuffisantes.

Si le médecin ne doit admettre comme démontrés que les faits et les explications qui le sont réellement, il ne lui est pas cependant défendu d'aller à la recherche des hypothèses et d'essayer d'expliquer ou de lier entre eux les faits restés jusqu'alors sans rapports, nous dirons plus, c'est un devoir que doit remplir celui qui se sent appelé à ces recherches et qui en même temps est assez maître de lui-même pour ne pas transformer sans s'en apercevoir les simples hypothèses en vérités démontrées, et ceux qui ont banni l'imagination du domaine des sciences médicales ont méconnu la plus brillante qualité de l'esprit de l'homme, et qui est aussi la plus utile lorsqu'elle se rencontre avec une grande rectitude de jugement. M. Bouchut a aussi accompli ce devoir dans plusieurs occasions, et le plus souvent dans des termes et avec une mesure où une critique éclairée ne peut rien trouver à redire; nous citerons par exemple l'étude à laquelle il se livre sur l'étiologie de la méningite tuberculeuse, cette maladie particulière à l'enfance, et qu'on observe aussi chez ceux du plus bas âge. Suivons l'auteur quelques instans dans le développement de sa pensée. « La plupart des auteurs, dit-il, ont fait de sérieuses recherches dans le but de déterminer quelles pouvaient être les causes de la méningite tuberculeuse; mais il n'en est pas résulté de découverte importante; aucune circonstance ne rend compte d'une manière toute directe de la production des granulations méningées; il faut au moins le concours de deux d'entre elles, l'une qui dispose et l'autre qui produit. En d'autres termes, l'affection tuberculeuse n'est pas une affection accidentelle, locale, c'est une affection de l'économie tout entière, qui, dans ces cas particuliers, frappe sur les membranes du cerveau... La constitution des enfans atteints de méningite granuleuse est donc la chose principale à considérer; la plupart offrent une disposition tuberculeuse plus ou moins prononcée, et sont sortis de parens tuberculeux... Nous n'avons pas la prétention de soutenir que cette disposition générale suffise au développement de la méningite tuberculeuse. Il faut, avec elle, le concours de circonstances capables de déterminer la congestion ou les jetées inflammatoires sur les membranes encéphaliques. Alors les causes qui eussent été sans résultat chez un enfant sain et vigoureux deviennent, dans la circonstance qui nous occupe, la source des accidens cérébraux les plus graves. Tous les jours on rencontre des enfans qui présentent, avec un appareil fébrile marqué, des symptômes non équivoques de congestion cérébrale, caractérisés par la mauvaise humeur, les cris, l'agitation, la congestion et la chaleur de la face et du cuir chevelu, sans qu'aucune altération puisse expliquer ces phénomènes. L'on attend, prêt à saisir de nouvelles indications plus caractéristiques de la fièvre cérébrale, puis les accidens se dissipent, et l'on est dans l'impossibilité de donner un nom aux phénomènes que l'on a observés. Cependant, sait-on quelle sera la conséquence de cette fluxion encéphalique? Qui peut dire qu'elle ne sera point la cause de quelques granulations tuberculeuses, au même titre que chez les autres enfans tuberculeux? La congestion pulmonaire ou pleurale devient la source des granulations du poumon ou de la plèvre; personne ne s'en occupe, et cependant c'est là tout ce qu'il y a d'intéressant dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse. » Ces aperçus, déjà émis dans ce journal, à la date de 1835 ou 1836, à l'occasion du travail de M. Rufz sur la méningite tuberculeuse des enfans, sont aujourd'hui d'une opportunité mieux appréciée.

Nous aurions encore quelques points importans à examiner dans le travail de M. Bouchut; nous voudrions surtout reproduire plusieurs faits intéressans sur les cas de fièvres intermittentes chez les enfans de la dernière classe de la population de Paris, sur le sclérème, sur le rachitisme; mais craignant de nous être déjà trop étendu dans les pages précédentes, nous laissons au lecteur le soin de les parcourir lui-même dans l'ouvrage original. Il y trouvera, sous le titre simple de *Manuel pratique des maladies des nouveau-nés*, non seulement un bon exposé de ce que la science a de plus pratique et de plus positif sur les maladies de cet âge, mais encore des points de vue pratiques, ordinairement d'une notable justesse, une étude généralement approfondie des phénomènes morbides que nous regrettons chaque jour de ne pas rencontrer fréquemment dans les écrits de nos contemporains. Pour rendre justice à qui de droit, nous devons reconnaître, en terminant, que le travail de M. Bouchut a été fait, et que les observations sur lesquelles il s'appuie ont été recueillies sous les auspices et dans les salles de M. le professeur Trousseau, sur l'autorité duquel il s'appuie fréquemment. Cette circonstance, au reste, ne diminue en rien le mérite de l'auteur, et ajoute au contraire de nouvelles garanties à ses remarques.

VARIÉTÉS.

STATISTIQUE DU PERSONNEL MÉDICAL EN FRANCE et dans quelques autres contrées de l'Europe, avec une carte figurative du nombre des médecins comparé à la population. Par LUCAS CHAMPIONNIÈRE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre correspondant des sociétés médicales d'Angers, Bordeaux, Dijon, etc.

1 vol. in-8°. Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 4. — Prix : 5 fr.

— CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR LA MÉTHODE DES INJECTIONS CAUSTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE ET OBSERVATIONS DE L'APPLICATION DE CETTE MÉTHODE A LA CURE DU CATARRHE VÉSICAL CHRONIQUE; par A. DEBENEY, docteur-médecin à Paris. — Brochure in-8°. Prix : 1 fr.

A Paris, chez M. J. B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— EDUCATION DES ENFANS ARRIÉRÉS (un volume); par ED. SEGUIN, chargé le premier par le ministère de l'intérieur d'appliquer sa méthode aux idiots des hospices civils de Paris. Rapport de l'Académie des sciences. — Rue Saint-Lazarre, 6. — Leçons, pension.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 11. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 15 MARS 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler promptement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er mars. On s'abonne dans les départements chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départements, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LES LÉSIONS DES ARTÈRES FESSIÈRE ET ISCHIATIQUE, ET SUR LES OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT; par F. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

La connaissance des anévrismes et des blessures des artères a fait depuis le commencement de ce siècle de remarquables progrès. Les lésions des gros troncs artériels ont surtout fixé l'attention des chirurgiens, soit au point de vue pathologique proprement dit, soit sous le rapport de la médecine opératoire. Il n'est pas d'artère profondément située qu'on n'ait osé mettre à découvert et lier. Un moment, il semblait que la nature n'avait mis aucun obstacle à ce genre d'opération, et depuis l'époque où Abernethy s'avisa d'oblitérer l'artère iliaque externe, une sorte d'émulation s'emparant des chirurgiens, c'était à qui doterait la science d'une nouvelle observation destinée à démontrer la possibilité de lier les artères des régions splanchniques, sans danger pour la vie. Ces efforts dans lesquels nous ne voulons reconnaître qu'un zèle honorable ont-ils été toujours conformes aux règles d'une saine chirurgie? Nous n'hésitons pas à croire que, dans plusieurs cas, l'art s'est montré plus ambitieux que prudent, et qu'il est telles opérations inscrites avec éloge dans les annales de

Feuilleton.

IMPRESSIONS MÉDICALES D'UN VOYAGE EN ITALIE.

(Deuxième série.)

VENISE ET LES LAGUNES.

Parmi toutes les surprises qu'on éprouve dans un voyage en Italie, il n'en est pas de plus grande que la vue de Venise. Cette ville n'a en effet rien de commun avec celles qu'on a visitées. La campagne était pour quelque chose dans l'effet général de telle cité qui se trouve sur le bord de la mer ou dans l'intérieur des terres. Sa physionomie se composait à la fois du caractère des paysages qui l'entouraient, et de la richesse de ses édifices. A Venise, au contraire, la campagne est absente. Il n'y a pas de sol sous le pied des palais ou des maisons. On dirait que cette ville immense a le privilége de flotter sur l'eau, et d'y conserver la même immobilité que si ses fondemens étaient creusés sur la terre ferme. Pour bien juger l'effet de Venise; pour bien comprendre sa topographie, il faut la voir de deux manières : l'une consiste à arriver à la ville par une voie que s'interdiront bientôt les voyageurs; car ils choisiront de préférence le chemin de fer au détriment de la gondole. Cette voie, c'est la navigation à travers la lagune depuis la terre ferme jusqu'à Venise. En voyageant ainsi, on juge de l'étendue de la plage marécageuse qui sépare la ville du rivage, et on ne se prive pas de ce spectacle merveilleux qui consiste à la voir sortir progressivement de cet immense lac au milieu duquel elle a été fondée. L'autre manière est tout simplement une visite au sommet de la tour de Saint-Marc, et une étude réfléchie du diorama circulaire qui se développe autour de Venise. Cette tour élevée semble placée là tout exprès pour servir d'observatoire à ceux qui voudraient en dresser le plan; et il est difficile de ne pas emporter de cette étude à vol d'oiseau, une idée nette, une image exacte de sa topographie.

Voici le spectacle qui se présente de la galerie de ce cabinet aérien. Jetons d'abord notre regard sur cette ville inondée qui se presse autour du pied de la tour. Il serait difficile de la comparer dans sa périphérie à une figure régulière. Là les faubourgs sont des îles plus ou moins éloignées par la largeur quelquefois très considérable des canaux; et dans certains endroits Venise a plutôt la physionomie d'un archipel chargé de somptueux édifices que d'une cité disposée comme celles que nous connaissons. Cependant, Venise proprement dite ne ressemble pas mal à une figure triangulaire dont la base serait tournée vers la terre et la pointe du côté de la mer. La portion large du grand canal, les quartiers voisins de la place Saint-Marc, cette place monumentale et enfin le magnifique quai des Esclavons, le vieil arsenal et les jardins publics forment l'extrémité maritime de Venise; la base de cet immense triangle dans lequel vivent plus de 100,000 habitans contient les quartiers habités par les classes inférieures de la population. Le grand canal dont nous parlions tout à l'heure et qui est le

a pratique chirurgicale qu'il eût mieux valu remplacer par des essais plus modestes, mais plus sûrs.

On s'est décidé, par exemple, à lier l'artère hypogastrique et même l'iliaque primitive pour des anévrismes de la région fessière. N'eût-il pas été préférable de mettre à découvert dans leur portion saine les vaisseaux intéressés, au lieu d'aller rechercher jusque dans le petit bassin un tronc artériel qui, par la variabilité de sa longueur et de ses divisions, est peut-être de tous celui qui se prête le moins au succès d'une pareille opération? Nous espérons démontrer par des preuves de divers genres que la conduite que nous proposons est plus rationnelle que celle qu'on a suivie. D'heureuses coïncidences ont toutefois protégé la hardiesse des chirurgiens et l'éclat d'un succès opératoire tel que celui de la ligature de l'artère hypogastrique a fait méconnaître les avantages qu'on aurait pu obtenir de l'oblitération directe des vaisseaux rétro-pelviens. Aujourd'hui que l'enthousiasme, inspiré par des succès trop insolites pour être probans, est un peu tombé, on reconnaîtra au moins que la ligature des artères fessière et ischiatique ne présente ni les difficultés ni les dangers que quelques chirurgiens ont cru devoir lui attribuer.

Les anévrismes spontanés ou traumatiques des vaisseaux de moyen calibre ont été l'objet d'une moindre attention que les maladies analogues des gros troncs; on a surtout négligé l'étude des lésions des branches artérielles que leur profondeur ou leur distribution dérobent facilement à l'action des agens vulnérans. Sous ce double rapport, on peut dire que les altérations morbides ou les blessures des artères fessière et ischiatique ont subi une sorte d'oubli relatif. Leur description est fort abrégée dans les traités généraux que possède la science. Quelques rares exemples jugés dignes d'une mention plus spéciale à cause des opérations de haute chirurgie qui s'y sont rattachées ont seuls fourni matière à des réflexions; les autres faits sont restés enfouis dans les journaux et les collections de mémoires, sans qu'on se soit encore préoccupé de leur valeur. Il nous a semblé utile de les réunir, et cette intention s'est fortifiée par la possibilité où des circonstances favorables nous ont placé de fournir quelques faits nouveaux. Nous avons cru devoir ajouter aux réflexions qui en découlent l'exposé de recherches anatomiques et de divers procédés opératoires destinés à faciliter la ligature des vaisseaux rétro-pelviens. Nous avons appliqué à l'étude des lésions qui seront décrites dans ce mémoire la méthode généralement suivie pour l'exposition des sujets spéciaux. On ne peut fixer sur eux une attention profitable qu'en groupant tous les faits qui s'y rapportent, à l'aide d'une synthèse monographique où viennent se réunir, sous un point de vue commun, les détails épars dans la science infructueux par leur dispersion; ces documens font éclore des vérités utiles quand on les associe en leur demandant leur signification.

I. — PRÉLIMINAIRES ANATOMIQUES.

Les vaisseaux artériels de la région fessière émanent de l'hypogastrique ou iliaque interne et sortent du bassin par l'échancrure sciatique: ils sont au nombre de deux: l'artère fessière et l'artère ischiatique. Le tronc de la honteuse interne n'appartient à cette région que d'une manière pour ainsi dire accidentelle. Dans le trajet bizarre que décrit ce vaisseau, il fait une sorte d'apparition au dehors du bassin dans lequel il ne tarde pas à rentrer.

Les artères fessière et ischiatique sont en raison inverse de volume. Nous avons toujours remarqué cette subordination de développement dans les nombreux bassins préparés que nous avons examinés. Si le volume de l'artère ischiatique est plus considérable qu'à l'ordinaire, celui de la fessière éprouve une réduction proportionnée au développement de sa congénère. Mais sur le plus grand nombre de sujets l'artère fessière conserve une prédominance évidente 9 fois sur 10 environ. Son calibre est double de celui de l'ischiatique; le diamètre de ce dernier vaisseau, au point d'émergence, est de 3 millimètres, tandis que celui de la fessière en a six avant sa division. Le volume prédominant de la fessière contribue sans doute à la plus grande aptitude qu'elle présente pour les anévrismes.

Les deux artères de la région fessière terminent inférieurement l'hypogastrique: l'une placée sur le plan postérieur se recourbe de manière à présenter sa concavité en arrière; elle s'engage entre le nerf lombo-sacré et le premier nerf sacré et sort du bassin par la partie la plus relevée de l'échancrure sciatique, entre le muscle pyramidal et le rebord osseux; c'est la *fessière* ou *iliaque postérieure*; l'autre semble continuer la direction primitive du tronc principal dont les dimensions se sont affaiblies par les nombreuses branches qu'il a émises; elle se porte en bas et sort du bassin au-dessous du muscle pyramidal, entre lui et le jumeau supérieur; c'est l'*ischiatique* ou *iliaque inférieure*.

Nous distinguerons à chacune de ces artères une partie intra-pelvienne, un point d'émergence et une partie extra-pelvienne.

1° L'artère fessière, considérée dans sa partie *intra-pelvienne*, n'a qu'un trajet assez court; car elle se porte immédiatement en bas, en arrière et en dehors pour gagner l'échancrure sciatique. Elle est en rapport avec le nerf lombo-sacré et le premier nerf sacré; la veine fessière l'accompagne en se plaçant au-devant de lui; le nerf fessier est à sa partie interne. Le péritoine ne recouvre que médiatement ces divers organes; il en est séparé par du tissu cellulaire qui se condense de plus en plus à mesure qu'on l'examine plus près de l'échancrure sciatique. Vers ce dernier point il forme une sorte d'arcade ou anneau cintré dont la concavité embrasse le paquet vasculo-nerveux et dont les extrémités s'attachant à la partie osseuse de l'échancrure sciatique forment un anneau complet. La partie fibro-celluleuse de cet anneau n'offre pas une égale résistance chez tous les sujets; elle marque la terminaison d'une sorte de conduit qui mériterait le nom de *canal fessier* et par où sortent les viscères dans la hernie dite ischiatique. L'artère fessière fournit des rameaux musculaires, et, dans certains cas, elle donne naissance à l'iléo-lombaire, à la sacrée latérale, à l'hémorrhoïdale moyenne. Nous lui avons vu fournir la honteuse interne et l'ischiatique elle-même.

Le *point d'émergence* de l'artère fessière correspond à peu près au milieu de la courbure de la grande échancrure sciatique. La situation précise de ce point est importante à connaître, parce que c'est le seul où le tronc de l'artère fessière peut recevoir une ligature. Aussi avons-nous cherché à apprécier ses rapports précis avec les parties saillantes du bassin, qui peuvent servir de point de départ.

Voici les résultats particuliers obtenus sur plusieurs bassins où les artères étaient préparées par dessiccation.

---

boulevard intérieur de cette ville inondée se déroule comme un énorme serpent d'une extrémité à l'autre de la ville, et c'est à lui que vont aboutir la plupart des grands canaux latéraux qui dessinent les principales rues. A partir des limites de la cité, le règne absolu de l'élément liquide commence; dans l'intérieur, le pavé apparaît quelquefois, on pose le pied de temps en temps sur d'assez belles places, on peut parcourir même Venise tout entière sans le secours des gondoles; car les ruelles y sont nombreuses et les ponts assez multipliés pour trouver un passage sur tous les canaux. Mais, aux alentours de la ville, l'eau s'étend en nappe avec une uniformité presque complète; on voit çà et là des îles étaler leurs édifices et leurs jardins à la surface de la lagune, et ce vaste lac ne présente pas d'autre accident, dans la direction de la terre, si ce n'est les longues lignes de poteaux qui sont destinées à marquer la route que doivent suivre les gondoliers.

Venise n'est pas dans la mer comme beaucoup de personnes pourraient le croire; elle est construite sur les îles d'un lac qui n'a de communication directe avec le golfe que par des passages plus ou moins étendus. Du côté du nord et de l'occident, la ville est bornée par les eaux de la lagune et les campagnes du royaume lombard. De l'orient et du midi elle est bornée par la lagune aussi et par la terre; mais cette terre ne forme qu'une sorte de digue naturelle de quelques centaines de pas d'un bord à l'autre, frêle barrière que la nature a placée entre les flots de la mer et les habitations somptueuses des Vénitiens. Ce chétif échantillon de la terre ferme, qui est seulement à la distance de 2 à 3 milles, des quartiers élégans, porte un nom très connu même de ceux qui n'ont pas visité Venise; il se nomme le *lido*, le rivage. Il n'est pas autrement accidenté que la plupart des terrains qui touchent à la mer dans les parties occidentales de l'Italie. Le lido forme en effet une surface où on remarque à peine quelques légères ondulations. Il y a absence complète de collines et à plus forte raison de montagnes. Ainsi, l'œil qui du haut de l'observatoire du clocher de Saint-Marc se dirige du côté du continent ou du côté de la mer, s'arrête dans la première direction, à une barrière naturelle plus ou moins considérable, surtout si, à l'aide d'une lunette il regarde vers le nord. Cette disposition fait juger d'avance d'une sorte de protection qui défend la ville de l'invasion des vents glacés. Mais dans la direction de la mer, la topographie est en quelque sorte en sens inverse. Là les plans sont abaissés, le rayon visuel passe sans s'arrêter de la lagune au lido, du lido à la mer Adriatique; et de là peut-être si l'œil humain pouvait porter aussi loin son investigation jusqu'aux rivages du continent qui tient à la Grèce. Rien n'est donc moins compliqué que Venise, dans sa topographie, dans l'ensemble qu'elle présente au regard. Elle s'ouvre si franchement à la mer, et elle paraît si bien défendue du côté de la terre qu'elle doit tout recevoir d'un côté et ne rien supporter de l'autre; il y a plus: la disposition, le dessin général de la ville secondent ces influences. Ainsi, le grand canal regarde la mer par son embouchure la plus vaste, et fait l'office d'un ventilateur qui distribue ce qu'il reçoit dans tous les embranchemens qui s'abouchent à lui. A côté du grand canal, il s'en trouve un autre de gigantesque et qui s'appelle la *Giudecca*, dont les conditions sont à peu près les mêmes et qui peut être considéré comme un puissant auxiliaire à son voisin. Cela suffit pour déterminer les élémens les plus essentiels des conditions hygiéniques de Venise.

Il y a cependant une autre question à traiter. Les eaux de la Lagune du côté

Bassin d'homme adulte.	Côté droit.	
Distance du point d'émergence	à l'épine iliaque antér. et supér.	11 centimètres.
— — —	à l'épine iliaque postér. et sup.	6 —
— — —	au point le plus élevé de la crête iliaque..........	10 —

Bassin d'homme adulte.	Côté droit.	
Distance du point d'émergence	à l'épine iliaque antér. et supér.	11 centim. 1/2.
— — —	à l'épine iliaque postér. et sup.	6 centimètres.
— — —	à la partie la plus élevée de la crête iliaque..............	10 —

Bassin d'homme adulte.	Côté gauche.	
Distance du point d'émergence	à l'épine iliaque antér. et supér.	11 centimètres.
— — —	à l'épine iliaque postér. et sup.	6 —
— — —	à la partie la plus élevée de la crête iliaque..............	10 —

Bassin d'homme adulte.	Côté gauche.	
Distance du point d'émergence	à l'épine iliaque antér. et sup.	10 centim. 1/2.
— — —	à l'épine iliaque postér. et sup.	6 centimètres.
— — —	à la partie la plus élevée de la crête iliaque..............	9 —

Bassin d'homme adulte.	Côté gauche.	
Distance du point d'émergence	à l'épine iliaque antér. et sup.	11 centim. 1/2.
— — —	à l'épine iliaque postér. et sup.	7 centimètres.
— — —	à la partie la plus élevée de la crête iliaque..............	10 —

Bassin de femme adulte.	Côté droit.	
Distance du point d'émergence	à l'épine iliaque antér. et sup.	10 centim. 1/2.
— — —	à l'épine iliaque postér. et sup.	6 centimètres.
— — —	à la partie la plus élevée de la crête iliaque..............	9 —

Bassin de femme adulte.	Côtés droit et gauche.	
Distance du point d'émergence	à l'épine iliaque antér. et sup.	11 centimètres.
— — —	à l'épine iliaque postér. et sup.	7 —
— — —	à la partie la plus élevée de la crête iliaque..............	9 —

Bassin de femme adulte.	Côté gauche.	
Distance du point d'émergence	à l'épine iliaque antér. et sup.	10 centim. 1/2.
— — —	à l'épine iliaque postér. et sup.	7 centimètres.
— — —	à la partie la plus élevée de la crête iliaque..............	9 —

Bassin de femme adulte.	Côté gauche.	
Distance du point d'émergence	à l'épine iliaque antér. et sup.	10 centimètres.
— — —	à l'épine iliaque postér. et sup.	6 —
— — —	à la partie la plus élevée de la crête iliaque..............	9 —

Il résulte de ces mesures que l'artère fessière conserve une position assez constante dans le point où elle sort du bassin, et que ses rapports avec les apophyses saillantes du rebord pelvien diffèrent peu chez l'homme et chez la femme, en sorte qu'on peut avec presque certitude se diriger vers la terminaison du tronc artériel pour le saisir et le lier. Nous verrons plus tard quels sont les autres moyens de l'atteindre sûrement.

L'étendue de l'artère fessière est peu considérable au delà de l'échancrure sciatique. Ordinairement elle ne la dépasse que de 5 millimètres avant de se diviser brusquement en ses branches de terminaison ; quelquefois même elle finit au niveau du rebord osseux. Nous l'avons vue toutefois ne se diviser qu'à 2 centimètres au delà de l'échancrure sciatique, sur deux pièces anatomiques du musée de la Faculté de médecine. Ces dispositions extrêmes influent beaucoup sur l'exécution de la ligature du vaisseau, dont la profondeur, dans ce point, varie suivant l'embonpoint des sujets. Lorsque le tronc ne se divise qu'à une certaine distance du rebord osseux, on peut le saisir facilement ; l'opération devient beaucoup plus laborieuse s'il ne dépasse pas l'épaisseur de l'os iliaque au niveau de l'échancrure. Cependant, il est toujours saisissable, et nous n'avons jamais remarqué qu'il fournît ses branches de terminaison dans l'intérieur même du bassin. Dans un cas seulement, nous avons vu l'artère fessière donner, indépendamment de ses branches terminales, un rameau assez volumineux qui naissait au niveau du muscle pyramidal pour passer en arrière, puis au dessous de ce muscle, d'où il sortait pour se distribuer aux organes externes du bassin.

Dans son point d'émergence, l'artère iliaque postérieure est recouverte par le muscle grand fessier, un fascia celluleux assez dense leur est interposé. La veine fessière n'affecte pas des rapports invariables avec l'artère ; mais nous l'avons ordinairement observée en arrière et en dedans ; son tronc se prolonge dans ce dernier sens, contourne l'artère et prend une position définitive dans l'intérieur du bassin, où il se place en avant. Au reste, cette veine ne se constitue quelquefois en tronc proprement dit que dans l'intérieur même du bassin, en sorte qu'au niveau de la partie extra-pelvienne de l'artère, elle ne consiste encore qu'en branches d'origine d'un volume médiocre et dont la lésion serait peu à redouter pendant l'opération de la ligature. Le nerf fessier supérieur qui provient du lombo-sacré est au côté interne et postérieur de l'artère.

L'artère fessière, dans sa partie *extra-pelvienne*, se divise en deux branches principales qui se séparent au niveau du bord postérieur du muscle petit fessier ; l'une est superficielle, l'autre profonde.

La première se porte en dehors, dans l'intervalle des muscles grand et moyen fessiers, et s'épuise en de nombreux rameaux dans leur épaisseur et dans les tissus qui les avoisinent. Quelques-uns de ces rameaux s'anastomosent avec ceux de l'artère ischiatique.

La branche profonde se divise d'arrière en avant, entre les muscles moyen et petit fessiers ; elle fournit une artériole nutricière à l'os iliaque et ne tarde pas à se diviser en trois branches secondes, dont la supérieure décrit une courbure parallèle au bord supérieur du petit fessier ; la seconde, plus volumineuse, croise la direction de ce muscle, dont elle est séparée par une couche adipeuse plus ou moins considérable et se dirige vers le grand trochanter ; la troisième marche obliquement en bas et va se perdre sur la capsule de l'articulation iléo-fémorale. Ces diverses branches, dont le nombre peut varier, fournissent des rameaux qui pénètrent dans les muscles fessiers, en s'anastomosant entre eux et avec ceux de l'ischiatique. Au delà des limites de la région fessière, ils s'anastomosent avec les divisions de l'iliaque coronaire ou de la circonflexe externe de la cuisse, en sorte que l'oblitération du tronc fessier ne compromet

du continent se ressentent davantage du voisinage de cette terre que celles qui sont plus rapprochées du lido ; les premières présentent dans certains endroits plus d'élémens vaseux que n'en présentent les eaux de l'extrémité maritime du grand canal, par exemple, et la plage profonde qui s'étend depuis St-Marc jusqu'à la marge du golfe. Il y a donc plus d'élémens d'insalubrité dans la direction du nord et de l'occident, que dans celle de l'orient et du midi. Si les vents de la terre n'avaient pas d'antagonistes et pouvaient s'étendre librement sur Venise, nul doute qu'ils ne fissent régner sur la ville des influences très dangereuses et n'y développassent dans certaines conditions une grande mortalité ; mais il n'en est pas ainsi. Les vents qui soufflent du sud et de l'est sont les antagonistes naturels des vents contraires ; et ils dominent dans toutes les saisons de l'année, parce rien ne s'oppose à leur puissance, parce qu'aucun obstacle topographique ne paralyse leur action. Pourquoi donc ces pêcheurs qui ont fondé Venise ont-ils cru pouvoir s'établir sans danger pour leur vie au milieu de ces étangs ? Pourquoi cette ville inondée où se composent constamment des germes dangereux, où les causes des fièvres intermittentes sont si nombreuses, pourquoi cette ville n'est-elle pas un foyer permanent de violentes maladies épidémiques ? Enfin, pourquoi Venise présent-elle d'assez bonnes conditions d'hygiène si on la compare à tant d'autres villes du sol italien ? D'après ce que nous avons dit, la réponse nous semble facile à faire.

Ce sont les vents de la Grèce et de la Méditerranée qui règnent généralement sur la ville. Dans la lutte qu'ils entretiennent contre les vents du nord et de l'occident, ils ont presque toujours l'avantage ; ceux-ci sont froids et impétueux dans la plupart des saisons ; les autres sont tièdes et calmes. Les premiers impriment du mouvement, de l'excitation à l'organisme ; les seconds ont la propriété de détendre les fibres et de solliciter le corps au repos. Cette dernière circonstance ne constitue pas certainement une bonne condition d'hygiène ; mais qu'on n'oublie pas que les vents grecs et marins repoussent les miasmes vers la terre, et que leur influence est bonne, au moins sous ce rapport. Ainsi, la mollesse comme caractère moral, l'abaissement de la force physique comme effet matériel : voilà seulement les résultats qu'ils produisent. Ce n'est pas à dire pour cela que la fièvre intermittente, dans toute sa violence et dans toutes ses bizarreries, ne soit pas en quelque sorte la maladie nationale des habitans de Venise et de ses alentours : les germes ne sont pas étouffés, ils ne sont que repoussés ; et l'on conçoit que dans certains quartiers de la ville comme dans certaines îles ou dans d'autres endroits du littoral, cette maladie sévisse avec assez de rigueur. Mais, nous le répétons, malgré la mare d'eau qui entoure Venise, malgré la submersion constante à laquelle le hasard ou la pensée raisonnée de ses fondateurs l'ont condamnée, elle est presqu'en dehors du sort commun. En la comparant même à la plupart des villes du littoral, et même à quelques-unes de l'intérieur des terres, comme Rome, par exemple, elle se distingue par des conditions très supérieures de salubrité. En présence du caractère moral qui résulte des influences du climat, on se demande naturellement s'il n'y a pas une sorte d'opposition entre ses exigences et le caractère industrieux et politique des Vénitiens. Il ne nous paraît pas impossible de trouver une solution toute naturelle pour cette prétendue difficulté. La mollesse conduit à l'amour des plaisirs, et cet amour fait naître des besoins qu'on ne satisfait qu'en développant l'industrie. Puis la tyrannie du gouvernement vénitien ne prouve ni force ni énergie ; les caractères les plus faibles sont

en rien la nutrition de ces parties. Nous ferons remarquer, en terminant, que les branches de l'artère iliaque postérieure sont plus ou moins perpendiculaires à la direction des fibres du muscle grand fessier, circonstance qui doit être prise en considération pour le choix de la direction à donner à l'incision lorsqu'on veut mettre l'artère fessière à découvert.

2° L'artère ischiatique, considérée dans sa partie *intra-pelvienne*, continue le trajet de l'artère iliaque interne, fournit quelques artérioles aux muscles et aux organes du petit bassin, descend en arrière et sur les côtés du rectum, pour sortir du bassin dans l'un des intervalles du plexus sacré.

A son *point d'émergence*, qui a lieu au bas de l'échancrure sciatique, elle est placée entre le muscle pyramidal et le petit ligament sacro-sciatique, à 3 centimètres au dessous de l'artère fessière, sur un plan plus interne et dans la direction d'une ligne qui se porte dans l'épine iliaque postérieure et supérieure à la tubérosité sciatique. Dans ce même point, l'artère est placée au côté interne et postérieur du grand nerf sciatique; la veine lui correspond en arrière et en dedans, et tend à la contourner pour lui devenir antérieure dans le bassin. De cette manière, l'artère sciatique est située entre le nerf et la veine qui lui correspondent, rapports assez constans, et qu'il ne faut pas perdre de vue pour la ligature de ce vaisseau.

L'artère honteuse interne, qui naît fréquemment par un tronc commun avec l'ischiatique, et que Harrison a même vue fournie par celle-ci au dehors, est placée en avant et en dedans d'elle, et l'abandonne bientôt pour rentrer dans le bassin. Ces divers organes sont unis par du tissu cellulaire dense et recouverts par le muscle grand fessier.

Le tronc de l'artère ischiatique *en dehors* de la cavité pelvienne est peu étendu; il donne presqu'immédiatement des rameaux qui se portent dans des directions opposées : l'un l'a vu se terminer vers le coccyx en fournissant des artérioles aux muscles ischio-coccygien et releveur de l'anus; l'autre, destiné au muscle grand fessier, se dirige en dehors en se distribuant dans le tiers inférieur de ce muscle dans le tissu cellulaire qui environne la tubérosité sciatique, il fournit aussi un petit rameau qui va gagner la fossette trochantérienne en donnant aux muscles de cette région. Le troisième, enfin, descend à la partie postérieure de la cuisse, en accompagnant le nerf sciatique dans l'épaisseur duquel pénètrent quelques divisions artérielles. L'ischiatique s'anastomose par ses branches de terminaison avec la circonflexe de la cuisse et les perforantes, en sorte qu'elle établit des communications entre l'artère hypogastrique et la crurale. Ces moyens d'anastomose rétablissent la circulation interrompue par la ligature de l'un de ces vaisseaux, mais surtout du dernier. Dans ces cas, les divisions de l'ischiatique se dilatent d'une manière très prononcée. Boyer (1) dit avoir vu, à la suite de l'oblitération de la crurale pour un anévrisme poplité, les divisions de l'ischiatique tellement dilatées, que la petite artère qui pénètre dans le nerf sciatique avait acquis le volume de la radiale.

II. — DES BLESSURES DES ARTÈRES FESSIÈRE ET ISCHIATIQUE.

Les lésions de ces vaisseaux sont moins fréquentes que celles d'autres artères d'un calibre égal ou inférieur, et qui sont situées sur le plan antérieur du corps. Les observations recueillies jusqu'à nos jours avec des détails convenables sont encore en nombre restreint et peuvent être, jusqu'à un certain point, complètes. Or, la possibilité de réunir la plupart des faits qui démontrent l'existence d'une lésion prouve déjà que celle-ci n'est pas du domaine de la pratique la plus ordinaire. Mais on peut s'expliquer plus directement leur rareté, en ayant égard aux considérations suivantes.

La position des artères fessière et ischiatique sur le plan postérieur du corps les soustrait aux causes habituelles des blessures.

Elles sont recouvertes d'une couche épaisse de parties molles. Les saillies osseuses du bassin, telles que la crête iliaque, la rangée des apophyses épineuses du sacrum, la tubérosité sciatique et le grand trochanter, les mettent souvent à l'abri de contusions dans les chutes qui ont lieu sur le bassin.

Leur trajet, peu étendu, concourt à leur faire éviter l'action des instrumens vulnérans.

Ce n'est donc qu'en raison des circonstances spéciales que ces vaisseaux peuvent être blessés. Des instrumens piquans ou tranchans directement portés sur le trajet des artères fessière ou ischiatique ou sur leurs divisions, des opérations chirurgicales exécutées dans la région qu'elles occupent, des contusions fortes mais limitées comme celles qu'occasionnent les projectiles lancés par des armes à feu, ou les chutes sur des corps saillans, tels que l'angle d'une pierre, etc., peuvent intéresser les artères qui émergent des échancrures pelviennes et produire divers accidens.

Les blessures de ces vaisseaux par instrumens piquans et tranchans sont les plus communes. Nous en citerons divers exemples.

Leur division pendant les opérations chirurgicales a été quelquefois remarquée et a porté une grande complication dans l'exécution du manuel opératoire. Au rapport de Theden, la mort fut la conséquence d'un accident de ce genre. L'artère fessière avait été divisée chez un soldat à l'occasion du débridement d'une plaie par arme à feu; une hémorrhagie foudroyante survint, et le malheureux opéré ne tarda pas à succomber.

Les exemples de lésion de la fessière observés à la suite des plaies par armes à feu ont déterminé aussi des accidens graves et même mortels. Guthrie cite le fait intéressant du colonel Mac-Pherson, qui avait reçu une balle dans la hanche. M. Murray, chirurgien-major, put reconnaître la production d'une tumeur hémorrhagiale diffuse; mais, bien que convaincu de l'importance de lier le vaisseau blessé, il crut devoir différer l'opération à cause de la grande épaisseur de muscles à diviser et de l'effroi que ce moyen extrême inspirait à cette époque, où peu d'exemples pouvaient encore encourager le chirurgien. Le malade fut épuisé par de fréquens retours d'hémorrhagies, et lorsque Murray se décida à pratiquer la ligature, il était trop tard pour que le malade pût retirer quelques bénéfices de l'opération.

Les lésions traumatiques des vaisseaux de la région fessière peuvent, suivant les cas, donner naissance à une hémorrhagie immédiate avec issue plus ou moins libre du sang hors de la plaie, à un anévrisme faux diffus, à un anévrisme faux circonscrit ou à un anévrisme variqueux.

A. HÉMORRHAGIE EXTERNE. Les plaies qui intéressent la région fessière ont besoin de pénétrer à une certaine profondeur pour donner naissance à une hémorrhagie de quelque importance. Celles qui se bornent à la

(1) TRAITÉ DES MALAD. CHIRURG., etc., t. II, p. 73. — 4e édit.

---

les plus ombrageux; et cette maxime si vraie pour un homme, n'est nullement fausse si on l'applique aux gouvernemens. On sait d'ailleurs comment a fini Venise. Son dernier doge n'attendit pas que le vainqueur de l'Italie essayât de pénétrer dans la ville qui avait encore de bonnes troupes dans ses casernes et de solides vaisseaux dans son admirable arsenal. Il alla, sans que personne songeât à l'en empêcher, s'humilier lui-même devant le général, en le suppliant d'accepter en présent cette orgueilleuse reine de la mer.

L'étude de la population jette une nouvelle lumière sur la question si importante des influences. Le Vénitien de la ville et des îles des Lagunes a été parfaitement apprécié par Gozzi, en quelques mots. Il est, dit-il, *bianco, biondo, grassoto*. Il serait difficile de faire un portrait plus ressemblant; cependant, ce type admet de nombreuses exceptions. Il y en a un à Venise qui a quelque chose de la nature grecque. La taille est élevée, les lignes du visage sont d'une pureté qui se conserve même malgré la misère. La physionomie a cette gravité qui est un des caractères distinctifs des figures des vases étrusques. C'est sans doute le type le moins commun; car il n'appartient pas particulièrement à Venise. Il a pour origine le mélange de la race grecque dont quelques colonies avaient fixé leur établissement sur quelques points des côtes de la mer. Il est rare que les Vénitiens qui appartiennent à cette famille dont le cachet distinctif ne s'est pas encore effacé, malgré les siècles et les événemens, ne se distinguent pas par un certain courage qui n'est guère commun chez ceux qui portent le cachet indigène. Leur moral a su résister avec avantage aux influences du climat. Quant à cette population *blanche, blonde, grasse*, qu'on rencontre dans les carrefours et qu'on retrouve même jusque chez les gondoliers qui vous conduisent, il y a une harmonie parfaite entre le tempérament de l'ame et la constitution physique du corps. Le Vénitien pur sang pousse, en effet, la prudence jusqu'à la fourberie, la timidité jusqu'à l'obéissance la plus craintive et la plus absolue. Il n'est pas nécessaire d'avoir beaucoup de courage pour en imposer aux plus audacieux. Il suffit d'être étranger à Venise pour que cette position vous revête d'une autorité presque incontestable. Tout concourt dans cette ville à caractériser cette sorte de tempérament moral. Nous avons parlé de ce vent chaud et humide qui souffle sans cesse et qui mérite bien par l'état de bien-être dans lequel il vous plonge, le nom de père des pauvres que le Vénitien lui a donné. Mais il s'ajoute une influence qui est aussi bien puissante et qui ne fait qu'augmenter l'énergie des effets. Cette influence, c'est cette absence de bruit qui frappe l'étranger en débarquant à Venise. Là, on n'entend ni le roulement des voitures ni le piétinement des chevaux, ni le mouvement si sonore de la population qui forment en quelque sorte la vie des autres villes. A Venise, le silence est complet. Il est à peine interrompu par le régulier coup de rame qu'on entend au passage de la gondole, et par les cris ou les chants de celui qui la conduit. Comment donc l'activité existerait-elle puisqu'il n'y a rien ni dans le climat, ni dans les exigences de la topographie, ni dans les habitudes, pour en entretenir le feu? Le foyer exige un aliment si on ne veut pas qu'il s'affaiblisse et qu'il s'éteigne.

Les femmes! il est peut-être assez difficile de parler des Vénitiennes avec connaissance de cause. Le voyageur qui ne fait que passer et qui ne peut pas pénétrer dans l'intérieur des familles, quitte quelquefois la ville sans avoir le bonheur d'en rencontrer une seule. Nous ne parlons pas des femmes des classes infé-

peau ou à la partie la plus externe du muscle grand fessier ne lésant que les dernières divisions artérielles n'entraînent aucune gravité et peuvent être facilement arrêtées par une compression médiocre. Il n'en est plus de même de celles qui traversent toute l'épaisseur du muscle grand fessier; les branches de la fessière et de l'ischiatique, ou même les troncs de ces artères, peuvent alors être lésés et l'hémorrhagie se produire avec abondance. La hauteur à laquelle correspond la plaie, sa direction, son étendue, font présumer quel est le tronc lésé, et servent de guide, soit pour le pronostic, soit pour les indications à remplir. Si la plaie correspond au tiers inférieur du muscle, on présumera que l'artère ischiatique ou ses divisions ont été lésées; l'hémorrhagie sera moins grave à cause du faible volume de l'artère, et on pourra compter sur l'efficacité de la compression du vaisseau. En effet, l'artère correspond en arrière au petit ligament sacro-sciatique, qui offre dans cette partie assez d'étendue et de résistance pour fournir un point d'appui. Si la plaie est à la fois en bas et en dedans, du côté de l'épine sacro-sciatique, ce sera un motif de supposer la lésion de la honteuse interne, et la compression sera encore moins difficile sur le point d'appui résistant que présente la saillie osseuse. Au rapport d'Harrison (1), Travers s'est servi avec succès de cette compression dans un cas d'hémorrhagie rebelle fournie par les dernières divisions de la honteuse. Sur un sujet épuisé par une hémorrhagie alarmante provenant d'un ulcère gangréneux du gland, Travers fit coucher le malade sur un lit dur, après avoir placé un morceau de liége ou de bois derrière les épines sciatiques, de manière à ce que le poids du corps se transformât en agent de compression. Ce moyen réussit parfaitement, après beaucoup d'autres qui avaient été inutilement employés.

Si la plaie correspond à la moitié supérieure du muscle grand fessier, et plus spécialement au niveau du rebord de l'échancrure sciatique, l'artère fessière aura été intéressée dans ses branches ou dans son tronc, lorsque l'instrument vulnérant a pénétré profondément. Pour peu que la lésion soit directe et l'ouverture des tégumens considérable, le sang jaillit avec beaucoup de force; en très peu de temps, le blessé peut perdre une grande quantité de sang et sa vie est menacée. C'est une lésion d'autant plus dangereuse que le tronc de l'artère fessière très court et abrité sous l'échancrure sciatique se refuse à toute compression efficace et soutenue. C'est plutôt le cas d'avoir recours à la cautérisation par le fer rouge, et mieux encore à la ligature. Ce dernier moyen nous a parfaitement réussi dans le cas suivant, que nous transcrivons d'après les notes recueillies à l'époque même où il s'est présenté.

BLESSURE DE L'ARTÈRE FESSIÈRE; LIGATURE DE CE VAISSEAU PEU DE TEMPS APRÈS L'ACCIDENT; GUÉRISON.

OBS. DE L'AUTEUR. — Le 31 mai 1842, la nommée Magdeleine X..., âgée d'environ 40 ans, à la suite d'une rixe avec son mari, fut renversée sur le sol et reçut trois coups d'un instrument tranchant. Appelé un quart d'heure environ après l'accident, je trouvai la blessée étendue sur un lit, baignée dans son sang. Cette femme, d'une faible constitution et assez maigre, était défaillante; elle avait la face pâle, le pouls insensible, la peau froide et recouverte d'une sueur visqueuse. L'une de ses blessures fournissait surtout beaucoup de sang; les vêtemens de la malade en étaient imprégnés et renfermaient des caillots volumineux. Le lit sur lequel on l'avait immédiatement transportée était aussi souillé de sang, ainsi que le sol. Autant que je pus en juger par la vue de celui qui était épanché et par l'état de faiblesse extrême dans laquelle était plongée la blessée la perte sanguine s'élevait au-delà d'un kilogramme.

Je me mis aussitôt en mesure de découvrir la source de cette grave hémorrhagie et mon attention fut d'abord fixée sur une blessure de la région fessière gauche par laquelle jaillissait du sang artériel. Cette blessure, située dans le milieu de la région désignée, avait une ouverture extérieure de 3 centim. environ et une profondeur plus considérable. Avant tout autre examen, je me hâtai de lier le vaisseau qui donnait le plus de sang. Je m'étais réservé l'assistance de quelques élèves en médecine au nombre des spectateurs qui avaient encombré le domicile de la blessée, attirés par les cris. J'épongeai le fond de la plaie dont je fis tenir les bords écartés et j'allai saisir l'artère fessière qui avait été divisée près du rebord de l'échancrure sciatique; une ligature fut appliquée et l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement. Les lèvres de la plaie furent alors rapprochées et maintenues par des bandelettes agglutinatives. Un bandage compressif soutint l'action de ces dernières. Pendant que je remédiais à l'hémorrhagie, on recherchait sur ma demande l'instrument qui avait servi à faire la blessure; sa forme et sa nature pouvaient m'éclairer sur le caractère même de la plaie. Cet instrument était un tranchet de cordonnier; il était légèrement arrondi à son extrémité et tranchant sur cette courbure, ainsi que sur les bords; il n'était en conséquence que trop bien disposé pour produire une pareille lésion.

Les deux autres plaies étaient peu profondes, sans gravité apparente et ne fournissaient que très peu de sang; l'une correspondait à la région lombaire gauche, et l'autre au bras gauche, près de l'attache du deltoïde. Elles furent immédiatement pansées.

Aucune apparence extérieure n'indiquant de nouvelles blessures, je suspendis toute autre recherche pour m'occuper de l'état général de la malade qui était alarmant. Des stimulans externes et internes furent mis en usage. Malgré l'activité des divers moyens qu'il est inutile de rappeler, l'état d'affaiblissement et de perte presque complète des sens s'est prolongée pendant une heure et demie; une courte syncope était après quelques instans suivie d'une autre. Ce n'est qu'après le délai indiqué que la malade reprenant ses sens a pu donner elle-même quelques informations sur les circonstances relatives à sa position. Son état a continué à être alarmant jusque vers le milieu de la nuit; dès ce moment, il s'est établi une réaction légère qui s'est maintenue le lendemain et les jours suivans. Les forces se sont graduellement accrues.

Le sixième jour, la plaie de la région fessière était cicatrisée, excepté dans le voisinage du fil qui avait servi à lier l'artère et qui s'est détaché le huitième jour. L'hémorrhagie n'a point reparu, le sang ne s'est pas infiltré dans les tissus et la cicatrice s'est régulièrement affermie.

Une seule complication a retardé la guérison définitive. Le tranchet avait probablement intéressé l'origine du nerf sciatique qui correspondait à l'angle inférieur de la plaie. Mais cet accident ne donna lieu à aucune manifestation symptomatique pendant les premiers jours. La douleur qui correspondait à la blessure était modérée et la difficulté que la malade éprouvait à mouvoir le membre s'expliquait soit par la faiblesse générale, soit par la gêne que faisait éprouver l'appareil. Ce n'est que vers le sixième jour que la malade commença à sentir une douleur qui, de l'angle inférieur de la plaie, s'irradiait le long du nerf sciatique et de ses divisions. Cette douleur prit un caractère très aigu; la pression sur le trajet du sciatique développait une vive sensibilité.

Vers le douzième ou le quinzième jour, cette douleur était tellement intense que la malade ne pouvait goûter de repos; de la fièvre s'était manifestée. Le membre était instinctivement fléchi; il y avait tous les caractères d'une névrite traumatique. Des antiphlogistiques locaux et des émolliens furent prescrits; mais la douleur ne fit que s'aggraver sous leur influence. Il fallut recourir à l'acétate de morphine à dose élevée pour calmer les accidens d'une manière efficace et durable.

Un mois après l'accident, la malade put marcher; sa guérison s'est parfaitement maintenue.

Cette observation peut donner la mesure de la gravité des blessures de l'artère fessière. Selon toutes les probabilités, la malade aurait succombé

(1) SURGICAL ANATOMY OF THE ARTERIES, vol. II.

rieures qui circulent dans les ruelles étroites, qu'on peut voir derrière les comptoirs des boutiques, suivant les habitudes de toutes les villes du continent. Mais les femmes du monde élégant, celles qui portent les caractères physiologiques des anciennes familles sénatoriales ou qui jouissent de quelque fortune, celles-là sont invisibles. Georges Sand qui mêle de temps en temps, dans ses LETTRES SUR VENISE, des réflexions assez justes sur les caractères physiques et les mœurs de la population, s'exprime ainsi en parlant des Vénitiennes du grand monde. « Les Vénétiennes élégantes craignent le chaud et n'oseraient sortir en plein jour; mais, en revanche, elles craignent le froid et ne se hasardent guère dehors la nuit. Il y a trois ou quatre jours, faits exprès pour elles dans chaque saison, où elles font lever l'ouverture de la gondole; mais elles mettent rarement les pieds à terre. C'est une espèce à part si molle et si délicate qu'un rayon de soleil ternit leur beauté, et qu'un souffle de la brise expose leur vie. » Rien de plus vrai, de plus exact que ce portrait. Nous avons vu peu de ces Vénitiennes élégantes; leur gondole glissait si rapidement devant la nôtre qu'à peine pouvions-nous plonger le regard dans l'espèce de boîte noire au fond de laquelle elles se cachaient. Plus heureux au jardin public et dans les églises, il nous a été permis de faire à loisir quelques observations. Et cette constitution molle, délicate (nous ajouterions maladive par insuffisance d'énergie), nous a frappé comme elle a frappé le poétique voyageur. Il est donc permis de dire que les femmes de Venise sont l'exagération du tempérament physique et moral du Vénitien, condition fâcheuse qu'elles développent en se soumettant à des habitudes qui sont entrées profondément dans les mœurs.

Si on réfléchit à la disposition de la ville, on est étonné de la logique vraiment surprenante qui a présidé à sa construction. Cependant, il n'existait pas il y a quelques siècles des notions assez précises d'hygiène publique, pour les mettre en pratique dans la disposition des quartiers d'une grande cité. A Venise, sans doute, c'est aux hasards ou aux circonstances auxquels il faut attribuer ce résultat. Les Vénitiens ont fait beaucoup de travaux pendant la période brillante de l'existence de leur république, ou pour s'opposer à l'invasion de la mer dans les endroits où la rive fait défaut, ou pour pouvoir renouveler à souhait les masses d'eau qui remplissent les canaux. Mais ces travaux n'ont exigé aucun changement dans l'ensemble du plan général. Le grand canal a toujours dessiné ses méandres dans l'immense triangle qu'il parcourt du sommet à la base. La Giudecca, cet autre canal qui ressemble à un bras de mer, a toujours eu son embouchure à côté de celui dont les rives sont couvertes des palais moresques de l'aristocratie. Cependant, c'est à cette condition que les quartiers populeux de la ville où les maisons se serrent l'une vis-à-vis de l'autre, et laissent un espace si réduit au passage des gondoliers; c'est à cette condition que Venise n'expie pas, par une mortalité considérable, l'originale beauté que lui donne la hardiesse imprudente de sa situation. Peut-être a-t-on fini par le comprendre ainsi; car toutes les constructions de luxe ont été faites dans les parties de la ville où le vent de mer souffle pour ainsi dire de première main. C'est l'embouchure du grand canal et de la Giudecca qui s'ouvre, avons-nous dit, aux vents qui viennent de l'orient ou du midi. C'est par ces grandes artères que la ventilation s'établit, qu'elle circule en quelque sorte dans tous les quartiers de la ville. Mais la première influence, celle qui résulte de cet air d'origine grecque, qui n'est encore chargé d'aucune émanation insalubre, s'exerce surtout dans le vaste espace

si les secours que son état exigeait eussent été plus longtemps différés. Comme la plaie était directe, le sang avait jailli sans difficulté; et son issue avait été d'autant plus libre que la malade était maigre et que le jet de sang n'était pas affaibli par le frottement des parois du trajet de l'instrument vulnérant. Mais cette circonstance qui pouvait aggraver l'hémorrhagie facilitait l'application d'une ligature; en sorte que, par une heureuse coïncidence, la cause qui avait compliqué la lésion l'avait aussi rendue plus facile à guérir. Le tronc de l'artère fessière ayant été intéressé exactement au point où il donne ses branches terminales, il a suffi d'appliquer une seule ligature pour suspendre complètement l'écoulement sanguin. Les pinces et le ténaculum servirent pour saisir l'extrémité du vaisseau divisé. C'est pour des cas de ce genre que les instrumens dits *pinces-porte-ligature*, tels que les ont proposés MM. Jules Cloquet et Colombat, pourraient trouver une application spéciale; mais ils ne font pas partie des instrumens ordinaires du chirurgien, et ce n'est guère que dans des cas extemporanés que l'on est appelé à remédier à des hémorrhagies de l'artère fessière, en sorte qu'il convient d'utiliser les instrmens habituels.

Aucune des complications qui suivent les ligatures d'artères n'est survenue dans le cas mentionné. S'il s'est manifesté des symptômes de névrite traumatique, c'est que le nerf sciatique ou les rameaux qu'il fournit au muscle grand fessier avaient été directement intéressés. Nous ferons remarquer que bien que les caractères de la névrite ne fussent pas équivoques, les antiphlogistiques n'ont pas amélioré l'état de la malade et qu'il a fallu enrayer cette inflammation avec les moyens qui conviennent aux névralgies.

Les phénomènes consécutifs aux lésions des artères rétro-pelviennes ne sont pas toujours aussi simples. Des abcès peuvent se manifester ou bien l'application d'une seule ligature peut être insuffisante à cause des anastomoses des branches de la fessière entre elles, ou en raison des communications du vaisseau avec l'ischiatique elle-même. Ces dernières circonstances exigent quelquefois l'application d'une ligature sur chacune des extrémités du vaisseau lésé. Ces circonstances et les conséquences pratiques qui en découlent se trouvent réunies dans le fait suivant que nous empruntons à M. Baroni de Bologne.

OBSERVATION DE LIGATURE DE L'ARTÈRE FESSIÈRE POUR UNE PLAIE INTÉRESSANT LE VAISSEAU.

OBS. DU PROF. BARONI.—Un paysan, âgé de 22 ans, tomba d'un arbre qu'il était occupé à émonder et s'enfonça sa faucille dans la fesse droite. De là, une plaie longitudinale profonde intéressant la peau, le muscle fessier plus profond surtout à la partie inférieure où l'on voyait une partie des ligamens sacro-sciatique et de l'os innominé. L'hémorrhagie s'arrêta promptement; la plaie fut réunie par première intention, et dans les premiers jours les choses marchèrent si bien que le blessé trop confiant crut pouvoir se permettre quelques écarts de régime. La fièvre survint. Une collection de pus se rassembla à la partie inférieure de la blessure, et il fallut lui donner issue; mais le quatorzième jour de l'accident, pendant la nuit, une hémorrhagie des plus graves se déclara à deux reprises différentes, et bien que chaque fois elle eût cédé à la compression, M. Baroni, consulté, jugea nécessaire de mettre à nu l'artère lésée et de la lier.

Ayant donc enlevé les caillots qui remplissaient la plaie, il vit jaillir du fond un jet de sang sur lequel aussitôt il appliqua le doigt. La plaie fut agrandie par en haut pour mieux mettre à nu le point d'où venait le sang, et à l'aide d'une aiguille à anévrisme recourbée à son extrémité on lia l'artère. L'hémorrhagie fut d'abord suspendue; mais elle reprit quelques instans après; alors on plaça une seconde ligature sur le bout inférieur du vaisseau et le sang fut définitivement arrêté; seulement le huitième jour, il en sortit un peu d'une artère située dans la lèvre externe de la plaie à une grande distance de la fessière; on appliqua une dernière ligature et un mois après la première opération le malade était parfaitement guéri.

(Extrait du BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE, 1835.)

(*La suite prochainement.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE,

PUBLIÉ PAR LE DOCTEUR CASPER.

CAS CURIEUX D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE PAR LA FAIM; rapporté par le docteur CASPER.

Les exemples d'individus qui se sont suicidés ou qui ont tenté de se suicider par la privation d'alimens ne sont pas rares; mais ceux où l'on a noté jour par jour les phénomènes qui se sont présentés sont toujours très intéressans. Encore ici, l'on voit que la faim a cessé après les trois à quatre premiers jours d'abstinence, et il est très curieux que le malade ait senti un besoin naturel de prendre pour première nourriture du lait, premier aliment des mammifères; enfin, il est encore à noter, comme l'avait déjà vérifié Lassaigne, que la privation d'alimens ne change pas les qualités de l'urine, et notamment ne diminue pas la quantité d'urée.

L'urine a été analysée, dans l'observation suivante, par le célèbre chimiste M. Mitscherlich.

OBS. — Cajus, âgé de 36 ans, condamné à sept ans neuf mois de réclusion, était déjà en prison depuis un an, lorsque, le 17 février 1844, il résolut de se laisser mourir de faim en commençant à refuser le déjeuner; pourtant il dîna un peu. Le 18 au matin, il mangea encore sa soupe; mais dès ce moment il refusa toute nourriture. Ce n'est que le 23, après cinq jours d'une abstinence complète, que M. Casper l'observa pour la première fois. Le prisonnier était couché sur une paillasse; les joues enfoncées; regard abattu; température de la peau normale; langue couverte d'un mucus blanchâtre; parole empâtée; pas de mauvaise haleine; gencives pâles; respiration normale; pouls 88, régulier, mou, assez plein; ventre affaissé, tout en contenant des gaz; tête libre; légers bourdonnemens dans les oreilles; sommeil bon; pas de selles depuis le 18 et peu d'urine. Cajus ne se plaignit ni de faim, ni de soif.

Le 24, même état. Le chirurgien de la maison parvint à lui faire avaler quelques gouttes de Hoffmann.

Le 25, le prisonnier refusant toujours les alimens présentés, ayant fait vœu, dit-il, de ne plus rien manger en prison, devint plus pâle et maigrit sensiblement; il ne put lire longtemps la Bible à cause d'éblouissemens; tintemens d'oreilles plus fréquens; langue rouge au milieu et un peu sèche; bords couverts d'un enduit muqueux épais; haleine mauvaise; ventre pâteux, comme chez les cholériques; peau humide, chaude; pas d'urine depuis vingt-quatre heures; pas de selles; pouls le même; facultés intellectuelles intactes (septième jour d'abstinence).

Le 26, un peu d'urine foncée; diminution des forces, de la voix; pouls 96; langue plus humide; au reste, même état que la veille.

---

qui s'étend depuis l'embouchure des deux canaux jusqu'à la ligne de terre qui forme le rivage de la mer. Les deux rives de cet immense carré long sont formées d'un côté par le palais ducal, le quai des Esclavons et ses édifices, et la longue terrasse du jardin public; de l'autre, par quelques îles chargées de monumens ou d'églises dont la plus somptueuse est celle de *San-Giorgio*. Les palais ou les habitations qui s'élèvent sur les marges du canal de la Giudecca et du grand canal, jusqu'à une certaine profondeur dans l'intérieur du triangle, participent aussi à cette influence trop énervante peut-être, mais qui fait éprouver une si douce sensation d'heureuse indolence et de voluptueux sommeil. Aussi, tout ce quartier est le quartier d'élite; et le quai des Esclavons, ainsi que le jardin public, sont les meilleurs endroits pour aller y respirer l'air, qui est l'air bienfaisant pour Venise, puisque, s'il donne l'indolence, il affaiblit la puissance délétère des miasmes marécageux.

Le voyageur qui, après avoir parcouru l'Italie, veut s'arrêter à Venise, doit donc choisir ces quartiers, de préférence aux quartiers intérieurs. C'est là d'ailleurs que se trouve concentrée toute l'activité de la ville. Le quai des Esclavons touche d'une part à l'arsenal et à la promenade publique, et de l'autre au palais ducal, à la basilique et à la place Saint-Marc. Du palais, on voit les deux grandes bouches de la Giudecca et du grand canal qui s'ouvrent aux promeneurs en gondole et dont les rives sont chargées des vestiges de l'ancienne opulence des anciens nobles vénitiens. Ainsi, tout est d'accord avec l'hygiène. Ce sont précisément les lieux adoptés par le luxe qui conviennent le mieux à l'entretien de la santé. Peu importe quand on se porte bien, qu'on jouit de cette vigueur de touriste qui sait affronter sans coup férir les plus pénibles fatigues, le choix d'un lieu, d'un quartier, d'une rue lorsqu'on ne fait que passer et qu'on n'a de pensée que pour certaines jouissances. Sans doute; qu'importe! mais, les malades qui vont demander leur santé à ce climat sur lequel on a dit tant de choses, ce qui n'a pas empêché de faire commettre sur son compte de bien grossières erreurs, ont besoin de conseils qui les gardent de ces imprudences fâcheuses dont la conséquence peut être la mort.

Nous n'avons pas besoin de faire observer que les scrofuleux doivent fuir cet air qui donne la mollesse, cette humidité permanente qui produit le relâchement de la fibre et abaisse le chiffre de l'énergie. Cette conséquence ressort des développemens dans lesquelles nous sommes entré. Mais, nous devons dire quelques mots sur deux autres causes de maladies: certaines maladies nerveuses et les affections chroniques des poumons. Lorsque les premières se font remarquer par une irritabilité considérable qu'elles existent sur des tempéramens dont la vitalité pèche plutôt par excès que par défaut, rien ne serait plus salutaire, ce nous semble, que l'influence du climat vénitien. L'air humide et chaud de la Grèce, joint à ce silence qui n'engendre pas l'ennui, mais fait naître le désir du repos, produirait inévitablement les meilleurs résultats. A Pise, le silence pèse à ceux qui vont y chercher un amendement à leur souffrance; à Venise, il serait supporté avec une sorte de plaisir; car il résulte d'une condition exceptionnelle de laquelle dépend en grande partie le charme que cette ville exerce sur tous ceux qui la visitent. Ce qui doit être vrai pour les maladies nerveuses d'une nature particulière, est vrai aussi pour les affections de poitrine qui se compliquent d'un excès de sensibilité. Venise mérite donc, à notre point de vue, d'être rangée parmi les villes salutaires.

Le 27, le malade n'avait plus faim, mais il sentait le besoin d'humecter sa bouche sèche et brûlante, ce qu'il fit le matin avec de l'eau froide, sans en avaler; ventre un peu plus affaissé, aucune envie d'aller à la selle; tête lourde; haleine plus fétide.

Le 28, pouls 76 et très petit; diplopie le matin; crampes d'estomac diminuant par la pression. Depuis la veille au soir, il prenait un peu d'eau sucrée, en tout à peu près 6 onces. Il n'accusait pas encore la faim, mais prétendait sentir partout une odeur de lait.

Dans la nuit du 28 au 29, la faim le domina brusquement, et il mangea du pain sec qui se trouva sur son lit. Sur sa demande, on lui donna du lait, plus tard de la soupe, et il se remit au régime ordinaire. Sa santé devint bientôt très florissante.

PLAIE DE L'ESTOMAC; par le docteur WITTZACK.

OBS. — Un garçon de 6 ans, en faisant une chute avec un couteau dans la main, s'enfonça la lame à travers les habits et les parois du ventre jusque dans l'estomac. La blessure, située à un pouce et demi au dessus de l'ombilic, avait 9 lignes de long; l'estomac faisait une hernie du volume d'un œuf de canne à travers la plaie, et donnait issue à des matières alimentaires semblables à celles que l'enfant vomissait. On réduisit la hernie de l'estomac, on réunit la plaie par deux sutures et on la convrit de fomentations à la glace. L'enfant fut mis à une diète absolue et on lui administra toutes les deux à trois heures des lavemens nutritifs.

Au bout de huit jours, les fils furent enlevés, et on donna à l'enfant, pour la première fois, une cuillerée à café de nourriture liquide.

Trois semaines après, il pouvait prendre toute espèce d'alimens. La guérison était complète.

CAS DE CONSTIPATION OPINIATRE; par le docteur EHRLICH.

OBS. — Une femme de 59 ans était sujette depuis douze ans à des constipations qui étaient devenues telles, dans les deux dernières années, que la malade n'osait plus prendre que des alimens liquides; de plus, elle souffrait d'incontinence d'urine et de douleur dans la région du sacrum; la maigreur était extrême. Après qu'on eut employé tous les drastiques, qui n'amenèrent que peu de selles liquides légèrement colorées, et le ventre étant tuméfié comme dans un commencement d'hydropisie, M. Ehrlich explora le rectum: le doigt introduit pouvait être mu librement dans le rectum sans toucher les parois; à l'aide d'une sonde en argent, il arriva à un corps dur, immobile; n'ayant pas d'autre instrument sous la main, il se servit d'une vrille ordinaire pour enlever quelques parcelles de ce corps, et reconnut qu'il était formé d'une matière noire brune de la même nature que celle des calculs biliaires. Il introduisit de nouveau la vrille, et après l'avoir fixée à l'aide de quelques tours dans le corps étranger, il amena celui-ci en dehors: c'était un calcul biliaire du volume d'une grosse noix. Il y eut une hémorrhagie qu'on eut de la peine à arrêter.

La femme, évanouie d'abord, se remit bientôt; deux jours après, elle eut une selle copieuse, comme elle n'en avait plus eu depuis plusieurs années; l'incontinence d'urine disparut également, et la guérison s'est soutenue.

Les exemples de constipation par corps étranger arrêté dans le rectum doivent être rares, et il est extraordinaire qu'un calcul biliaire n'excédant guère le volume d'une masse ordinaire de fèces n'ait point passé. Le procédé suivi par l'auteur est assez curieux, et sa conduite rappelle qu'il ne faut jamais négliger de toucher par le rectum, à l'aide du doigt et de la sonde, les malades affectés de constipation opiniâtre.

DE L'ACTION DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE PUR ET NON PUR SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE; par les docteur WEIGEL et KRUG, à Cassel.

D'expériences faites sur des lapins, il résulte que l'acide phosphorique pur n'a pas d'action toxique sur les parois de l'estomac lorsqu'on le donne à la dose ordinaire, puisqu'administré à l'état de concentration à des animaux aussi faibles, il ne laisse pas de traces sensibles de cautérisation à l'estomac. Si, par contre, on donne la même dose d'acide phosphorique contenant un dixième d'acide phosphoreux, les animaux périssent en quelques heures et la muqueuse de l'estomac présente l'aspect d'une inflammation gangréneuse probablement due à l'action de l'hydrogène phosphoré ou de la suroxidation de l'acide phosphoreux qui a lieu dans ce cas. L'acide phosphorique contenant de l'acide arsenique à dose minime d'un douzième de grain est déjà un poison très violent. Il est donc probable que, dans les cas où l'on a trouvé des taches brunes, rouges, dans l'estomac des cadavres d'individus qui avaient pris de l'acide phosphorique, celui-ci n'était pas pur. Dans la préparation de l'acide phosphorique, il est donc très important qu'on se serve de phosphore pur, sans arsenic, et que, même avec du phosphore pur, on ait soin de le dissoudre dans une quantité suffisante d'acide nitrique pour suroxider tout l'acide phosphoreux.

DE L'ERGOTINE; par le docteur EBERS, de Breslau.

Cette substance, préparée d'après le procédé de M. Bonjean (GAZ. MÉD., juillet 1843, p. 478), a été employée par l'auteur dans les hémorrhagies utérines qui accompagnent les cancers de cet organe, très nombreux dans l'hôpital de la Toussaint, à Breslau. Ces hémorrhagies, ordinairement si rebelles à tous les remèdes internes et externes, ont constamment été arrêtées pour un temps plus ou moins long par l'ergotine donnée à la dose de 2 grains toutes les deux heures. Douze doses ont suffi dans presque tous les cas pour arrêter l'hémorrhagie dans quelques semaines. Chez trois personnes affaiblies par des métrorrhagies abondantes sans cause connue, la perte a été arrêtée chez l'une avec 24 paquets de 2 grains; chez la seconde avec 12 paquets de 3 grains, et chez la troisième avec 12 paquets de 2 grains; chez une quatrième malade, épuisée par de longues souffrances, une ménorrhagie très inquiétante a été arrêtée par 12 paquets de 3 grains donnés de deux heures en deux heures.

DE LA COCHENILLE COMME SPÉCIFIQUE CONTRE LA COQUELUCHE; par le docteur BENNEWITZ, à Berlin.

L'avantage que M. Wachtl a retiré de ce moyen a été vérifié par l'auteur. La coqueluche diminua bientôt d'intensité, ses paroxismes devinrent plus rares, et la durée a été considérablement abrégée; la maladie s'est terminée le plus souvent au bout de douze à quatorze jours. M. Bennewitz fait précéder d'un vomitif l'emploi de la cochenille, qu'il prescrit de la manière suivante:

Cochenille	4 grains.
Sel de tartre	8 —
Eau bouillante	1 once 1/2.
Sirop simple	1 once.

A prendre dans quarante-huit heures.

Nous désirons vivement que d'autres praticiens puissent confirmer l'efficacité de ce remède contre une maladie qui dure ordinairement plusieurs semaines et même des mois.

La reine de l'Adriatique ne jouit pas toujours de ce calme de l'atmosphère si désirable pour les malades. Il y a dans le passage des saisons, et dans les saisons intermédiaires, des luttes assez violentes entre les vents de terre et les vents de mer. Lorsque la victoire est restée à ceux qui viennent de la Grèce, le ciel sourit, les monumens s'animent, une chaleur tiède circule dans l'air, et on éprouve un bonheur indicible à se sentir vivre. Les nuits étoilées de Venise ont la limpidité des nuits de l'extrémité méridionale de l'Italie. Le réveil du printemps répand les couleurs vertes de la végétation jusque sur les flots de la lagune. Si on va se promener au lido, on retrouve partout sur le sable comme sur la pierre brute l'influence fécondante de ce vent qui vient de la Grèce. Quand on a vu Venise on serait presque ingrat de l'oublier.

ED. C.

MALADIE PAR SYMPATHIE; par le docteur SCHUBERT.

OBS. — Une fille de 20 et quelques années, convenablement réglée, forte et bien portante et n'ayant jamais eu d'attaques de nerfs, fut prise tout à coup de convulsions accompagnées de cris. Une seconde fille, également bien portante, témoin de cet accès, eut aussi immédiatement des convulsions; il en fut de même d'une troisième fille, enceinte, qui survint. La maîtresse de la maison, bien portante, forte, et du même âge que les trois filles, tomba aussi dans les convulsions. Les trois filles, couchées dans la même chambre, eurent des accès alternatifs; lorsque les accès de la première cessèrent, ceux de la seconde commencèrent, ensuite de nouveau la première. Les accès, d'une durée de quelques minutes, étaient chaque fois précédés d'un cri. L'hôtesse de la maison, couchée dans une chambre contiguë, où elle pouvait entendre les cris des filles, souffrait le plus et se trouvait dans des convulsions presque continuelles. On donna à toutes les quatre du tartre stibié à dose nauséabonde, et on leur fit des menaces.

Le lendemain, elles se plaignirent de pesanteur de tête, mais depuis elles sont restées bien portantes.

Deux jours après, M. Schubert a vu une jeune fille de 20 ans, liseuse de romans, qui probablement avait entendu parler des quatre personnes dont il vient d'être question, et fut prise de convulsions qui, trois jours après, prirent même le caractère d'une manie furieuse et durèrent près de trois semaines; la gouvernante, âgée de 30 ans, sujette au reste à des attaques de nerfs, eut aussi un accès, mais qui se dissipa bientôt.

OBSERVATIONS D'ERGOTISME; par le docteur ASCHOFF, à Herford.

OBS. — La famille du cultivateur D..., composée du père et de la mère et de six enfans dont l'aîné a 15 ans, tomba malade fin novembre 1841. Cette famille était très pauvre et mal logée et se nourrissait d'un mauvais pain de seigle contenant une énorme quantité d'ergot. Après avoir éprouvé pendant quelques jours du malaise, de la fatigue et des vertiges ils furent pris des symptômes suivans: anxiété, abattement, vertiges, froid particulier de tout le corps, picottement très douloureux, sentiment de fourmillemens et engourdissement dans les mains, dans les poignets, dans les coudes et dans les bras; contractures très douloureuses des bras pendant des heures entières, au bout desquelles les membres se relâchèrent et il ne resta plus que de la faiblesse, du fourmillement, etc., dans les mains. Les accès ne se reproduisaient qu'un petit nombre de fois dans les deux à trois premiers jours, mais plus tard ils devinrent plus fréquens et plus intenses et se montrèrent aussi aux extrémités inférieures et même chez la mère dans le côté droit de la face, les pupilles contractées et les yeux hagards. Avec un peu d'efforts, on pouvait étendre les extrémités contractées, mais en les abandonnant elles reprenaient leur position fléchie; les malades ressentaient une contraction des muscles abdominaux comme si le ventre était pressé sous une planche, et au toucher on trouvait les muscles droits abdominaux tendus.

Vers le sixième jour, les enfans eurent sans soulagement des nausées et plusieurs vomissemens de mucus vert, amer, et de la diarrhée. Plus tard, ils n'eurent des selles spontanées que tous les deux ou trois jours. On observa alternativement des coliques, des spasmes de la vessie, des rétentions d'urine et de la strangurie; langue blanche, chargée; goût fade. Dans les intervalles des contractures, les membres conservèrent de la raideur.

Vers le douzième ou quatorzième jour, les quatre aînés des enfans étaient souvent dans un état de stupeur; ils ne pouvaient être réveillés que difficilement; ils avaient l'ouïe dure, des agitations, un délire léger, répondaient en bégayant et accusaient beaucoup d'anxiété, d'abattement, de vertiges, de pesanteur et de douleur sourde à l'occiput et de l'engourdissement douloureux dans les extrémités. En les mettant debout ils tremblaient et s'affaissaient bientôt. Face pâle, tête fraîche, extrémités presque froides, congestions vers la tête seulement dans les violens accès de crampes; pouls petit, spasmodique, contracté, fréquent; rarement exacerbation fébrile; l'appétit nul au commencement devint très fort chez les enfans vers la fin.

Du douzième au quatorzième jour, tous les malades, excepté le père, présentèrent un exanthème sec accompagné de prurit et semblable à la gale dont pourtant la famille n'a jamais été atteinte. Ces symptômes avaient duré trois à quatre semaines lorsque le père moins malade que les autres se remit. Chez la mère les accès devinrent plus rares et plus faibles, mais elle accusait encore pendant longtemps de l'engourdissement et de la douleur dans les membres, de la pression dans le ventre et des digestions difficiles. Elle eut, vers la cinquième semaine, des panaris graves à trois doigts.

Deux enfans, un garçon de 7 ans et une fille de 11 ans, moururent le vingt-unième jour de la maladie pendant un accès de convulsions. Les autres enfans se rétablirent lentement comme la mère et souffrirent encore longtemps de faiblesse, de tremblement, etc. Le traitement fut commencé par un émétique, puis on donna des stimulans diffusibles, tels que la valériane, l'arnica, l'esprit de sel ammoniac succiné, l'éther, et pendant la convalescence la racine de calamus et le quinquina, du vin et une nourriture substantielle.

II. JOURNAL FUR CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE;

PUBLIÉ PAR DE WALTHER ET D'AMMON.

CLINIQUE CHIRURGICALE ET OPHTHALMOLOGIQUE D'ERLANGEN (du 1er octobre 1843 au 30 septembre 1844); par le professeur HEYFELDER.

PHLÉBITE.

Une fois elle fut la suite de l'amputation du bras, une fois d'une plaie contuse du doigt, trois fois de la saignée du bras avec la lancette. Les symptômes ont débuté par des frissons souvent suivis de chaleur intense et d'une sueur gluante plus ou moins copieuse; une fois l'on n'a pas remarqué de frissons. La couleur de la peau, principalement de la face, était chez tous les malades plus ou moins changée, livide, ictérique ou terreuse; les yeux hâves, cernés; les traits tirés. Les facultés intellectuelles intactes au commencement se troublèrent bientôt, et dans un cas le délire commença dès le début; pourtant les malades pouvaient être retirés momentanément de leur état de stupeur par des questions qu'on leur adressait. La lumière et le bruit les affectaient péniblement; ils accusaient fréquemment de l'embarras dans la tête, de l'oppression, de l'anxiété et des nausées; plusieurs fois ils ont vomi de la bile; amaigrissement et prostration prompte des forces; la respiration paraissait libre chez tous jusque vers la fin de la maladie. En général, les symptômes respiratoires n'étaient nullement en rapport avec les lésions trouvées dans le poumon; le pouls était tantôt plein et fréquent, tantôt petit, faible, imperceptible, intermittent avec mouvemens tumultueux du cœur; la langue tantôt humide et nette, tantôt sèche et couverte d'un enduit sale; la soif nullement en rapport avec l'état de la langue; les selles rares au commencement de la maladie devinrent fréquentes vers la fin et étaient accompagnées de météorisme. Un des malades mourut le neuvième jour, un autre le vingt-septième jour après le premier accès de froid, un troisième le dix-neuvième jour, un quatrième le cinquième jour, un cinquième guérit; la convalescence commença le seizième jour.

Le moignon de l'individu amputé était très sensible; la plaie d'apparence suspecte, couverte d'un pus brun, sale, les parties molles rétractées. Dans le cas d'écrasement des doigts les plaies étaient douloureuses, sèches et les os dénudés. Chez les trois individus blessés par la lancette, ce n'était pas seulement le pli du coude, mais tout le bras qui était enflammé, tuméfié, livide et douloureux avec des traînées de veines distendues depuis le coude jusqu'à l'aisselle.

A l'autopsie, on trouva des exsudations plastiques dans les cavités pleurales, des dépôts de pus dans les poumons hépatisés; sur quelques points il y avait également des abcès dans le foie. Chez un seul malade on n'a pas trouvé de pus dans les poumons enflammés et dans le foie. Une fois seulement la rate était riche en sang et couverte d'exsudations plastiques.

Dans deux cas, les vaisseaux du cerveau étaient gorgés de sang; on n'a jamais trouvé de pus dans la cavité crânienne. Il y avait des dépôts de pus dans les articulations du pied et du genou gauches chez un des malades saignés au bras, et aussi du pus dans l'articulation scapulo-humérale, dans les muscles et dans le principal tronc veineux. Chez l'amputé du bras dont le périoste était aussi malade, la moelle des os était d'une couleur rouge extraordinaire. Dans le cas des doigts écrasés, aucune veine ne fut trouvée enflammée quoiqu'on ait rencontré du pus dans la veine cave; une fois la veine du bras était enflammée.

SPONDYLARTHROCACE.

OBS. I. — Chez un homme de 25 ans, affecté du mal vertébral de Pott, on fit une ponction sous-cutanée dans la tumeur, qui donna issue à du pus assez consistant; on appliqua ensuite le cautère actuel des deux côtés de la colonne vertébrale, et on injecta dans la cavité de l'abcès de la solution de nitrate d'argent et de l'eau de créosote. Après un bien-être d'environ six semaine, les symptômes s'aggravèrent et le malade succomba bientôt.

A l'autopsie, on trouva, outre la carie de la colonne vertébrale et des côtes correspondantes, des tubercules dans les poumons.

OBS. II. — Un ouvrier, âgé de 32 ans, fit une chute, le 3 novembre, d'un premier étage et tomba sur la fesse droite qui fut trouvée deux jours après très douloureuse, ainsi que toute l'extrémité abdominale correspondante, fortement gonflée et ecchymosée; sous l'influence des fomentations froides, d'une saignée et de la diète, le malade se trouva assez bien pour demander la sortie de l'hôpital.

Au bout de quinze jours, le 13 décembre, la douleur s'aggrava de nouveau; la tumeur de la fesse s'éleva, devint pointue et paraissait fluctuante dans la profondeur; des ventouses procurèrent un soulagement momentané; on fit ensuite une ponction qui donna issue à un peu de sérosité sanguinolente; la sonde paraissait arriver sur un corps mou qu'on prit pour un coagulum du sang.

Le 16 décembre, le malade ayant fait quelques efforts pour aller à la selle, il se fit tout à coup par la plaie une violente hémorrhagie qu'on ne parvint pas à arrêter. On se décida donc à agrandir l'ouverture en divisant les tégumens et les muscles avec un bistouri conduit sur une sonde cannelée; on trouva le fond de la plaie si rempli de caillots de sang qu'on ne trouva pas l'artère par laquelle se faisait l'hémorrhagie. Le malade eut des évanouissemens si inquiétans et le pouls tomba si bas que la mort était à craindre d'un instant à l'autre. On arrêta l'hémorrhagie à l'aide d'un tampon de charpie soutenu par la compression. Après que le malade se fut un peu remis sous l'influence de médicamens stimulans, on alla à la recherche de l'artère divisée. Après avoir fendu deux nouveaux canaux latéraux, on découvrit le vaisseau béant logé dans la masse des ligamens sacro-iliaques, et on y fit avec beaucoup de difficultés une ligature médiate à l'aide d'un fil conduit sur une aiguille courbe. Le malade trop faible

se remet cependant peu à peu et la plaie se ferme vers la moitié de mars; mais déjà vers le commencement de février des symptômes dénotant une affection de la partie inférieure de la moelle épinière s'étaient déclarés; la maladie faisait des progrès sensibles; il y eut paralysie des extrémités inférieures, de la vessie et du rectum. Mort le 12 août, après neuf mois de souffrance.

A l'autopsie, on rencontra du pus dans les poumons, la plèvre et le canal vertébral avec ramollissement et carie des 5e, 6e, 7e et 8e vertèbres dorsales, et aussi du pus sur le côté droit du sacrum où avait été pratiquée la ligature de l'artère dont l'axe de fil fut encore retrouvé. Entre la 6e et la 7e vertèbre le foyer de la colonne vertébrale communiquait avec celui de la cavité thoracique.

ABCÈS DU PSOAS.

C'était une inflammation avec suppuration de l'aine et de toute la région coxo-fémorale, carie du sacrum, luxation spontanée chez un individu âgé de 27 ans qui guérit avec raccourcissement du membre.

ABCÈS FROID.

OBS. — Un homme de 40 ans portait trois abcès froids, l'un sur l'épine de l'omoplate gauche, l'antre dessous l'omoplate droite et un troisième au coude droit. Les trois abcès furent vidés par la ponction et leurs membranes divisées en différens sens par des incisions sous-cutanées et ensuite comprimées. Les deux premiers abcès guérirent; le troisième continua à suppurer; l'articulation du coude était cariée. La résection proposée fut refusée par le malade qui sortit de l'hôpital et mourut trois mois après.

ABCÈS DE L'EXCAVATION ISCHIO-RECTALE.

OBS. — Chez un homme de 57 ans, qui succomba à la suppuration du tissu cellulaire qui environne le rectum, on trouva, à l'autopsie, l'intestin intact; dans le thorax il y avait une exsudation de lymphe plastique et des tubercules miliaires dans les poumons.

ULCÈRES, MALADIES DE LA PEAU ET SYPHILIS.

La compression des ulcères avec des bandelettes agglutinatives a toujours été trouvée très efficace, après avoir combattu les dyscrasies s'il en existait. Le *herpès exedens* a été traité avec succès par le chlorure de zinc et la teigne par les lotions de carbonate de potasse et des frictions avec une pommade composée d'un gros de carbonate de soude et d'une once d'axonge après avoir coupé les cheveux.

L'auteur confirme ce qu'il a dit antérieurement sur la syphilis.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE LA POITRINE.

OBS. — Un individu de 50 ans qui, déjà, une fois avait essayé de se pendre, se donna dans la poitrine un coup de couteau dont il fut guéri. Quatre jours après sa sortie de l'hôpital, il se jeta à l'eau.

A l'autopsie, on trouva une exostose considérable à la face interne de l'occipital et beaucoup d'hydatides dans le plexus choroïde; la plèvre était adhérente au péricarde dans le voisinage de la blessure, et il restait encore des traces d'inflammation dans le poumon.

FRACTURE DES OS.

OBS. — Une guérison remarquable est celle d'un cordonnier, âgé de 33 ans, qui, en tombant d'un arbre très élevé, se fractura le sternum, les apophyses épineuses de la 3e, 4e et 5e vertèbre dorsale, le radius et le calcanéum gauches. Il fut très difficile de donner une position convenable au malade, auquel on fut obligé d'appliquer le cathéter deux fois par jour.

TÉNOTOMIE.

Deux cas de guérison de contracture du genou et sept de pieds-bots.

Un jeune homme de 22 ans s'est présenté à l'hôpital avec un relâchement de l'articulation du genou par suite de nombreuses ténotomies qui avaient été pratiquées pour une déviation de la jambe en dehors.

CANCER.

OBS. I. — Chez une femme de 54 ans on enleva une tumeur gélatiniforme à l'avant-bras; celle-ci, examinée microscopiquement et chimiquement, fut prise pour un cancer. La maladie s'est reproduite peu de temps après l'opération, et la femme succomba au bout de trois mois.

OBS. II. — Un homme de 30 ans, opéré deux fois d'un cancer à la lèvre, éprouva encore une récidive et subit une troisième extirpation de toutes les parties cancéreuses.

OBS. III. — Un autre individu, âgé de 40 ans, affecté d'un cancer au menton, chez lequel on a fait la résection et la désarticulation de la branche gauche de la mâchoire inférieure, succomba à la récidive de la maladie.

A l'autopsie on trouva des tumeurs cancéreuses dans le poumon, le foie et la plèvre costale.

EXTIRPATION D'UN CORPS FIBREUX VOLUMINEUX DANS LA RÉGION ANTÉRIEURE DU COU.

L'enfant âgé de 7 ans fut guéri.

NÉVROME.

OBS. I. — Eve Braun, de Weingarts, âgée de 42 ans, bien constituée, fut prise, à l'âge de 28 ans, en sortant de sa quatrième couche, d'une légère inflammation de la mamelle gauche, à la suite d'un refroidissement.

Quelques jours après, la femme éprouva des douleurs déchirantes dans le mollet gauche, où elle remarqua une petite tumeur extrêmement douloureuse au toucher qui a persisté jusqu'aujourd'hui, et dont le volume ne dépassa pas celui d'une cerise. Cette tumeur devint plus douloureuse à chaque changement dans l'atmosphère, aux approches des règles, par des chagrins et surtout par le séjour sur un sol humide, par le contact des vêtemens et par la fatigue des membres inférieurs; il arriva souvent que la douleur, tantôt pongitive, tantôt déchirante, s'étendant à l'extrémité, forçait la malade de garder le lit pendant huit jours et plus. En touchant la tumeur, on faisait naître des douleurs qui n'étaient nullement diminuées par la compression exercée, soit au dessus, soit au dessous. Elle était plus douloureuse en automne et en hiver; pendant les fortes chaleurs de l'été, la malade n'éprouvait presqu'aucune douleur. La peau qui recouvrait la tumeur était à l'état normal et paraissait y adhérer; dans les momens de douleur, elle était plus saillante.

Le 10 juin, on en fit l'extirpation. Elle était entourée de beaucoup de graisse, avait le volume d'une cerise et sa consistance était élastique; extérieurement et intérieurement elle avait l'aspect d'un corps fibreux et on ne pouvait y découvrir, à l'aide du microscope, de filets nerveux ni de portions de kyste après l'opération.

La femme fut complètement débarrassée de sa douleur.

Quoiqu'on n'ait pu découvrir aucun filet nerveux en communication avec la tumeur, l'auteur croit avoir extirpé un névrome, parce que la douleur n'était nullement en rapport avec son volume et qu'elle s'exaspérait par le simple toucher, qu'il n'y avait pas la moindre trace d'inflammation, et enfin parce que la douleur a complètement cessé après l'opération.

EXTIRPATION COMPLÈTE DES DEUX MACHOIRES SUPÉRIEURES.

Quelqu'effrayant que paraisse au premier aspect l'enlèvement total des os de la mâchoire, il est cependant, dit M. Heyfelder, plus facile à exécuter que celui d'un des os de la mâchoire seulement, et quoique la perte de substance soit très considérable, il faudrait y avoir recours lorsqu'on craint que les deux os ne soient malades.

Le succès obtenu par le chirurgien d'Erlangen justifie sa conduite dans une opération pour laquelle il n'a pas trouvé d'exemple détaillé qui aurait pu lui servir de guide.

OBS. — André Schmidt, âgé de 25 ans, n'ayant jamais été malade auparavant, fut affecté d'une tumeur qui se développa dans la voûte palatine, et qui, dans l'espace d'un an, avait envahi les deux os maxillaires supérieurs, refoulé le nez en haut, comprimé la langue, rendu difficiles la déglutition, la respiration et la parole. On se décida à l'extirpation des deux maxillaires supérieurs, et on la pratiqua le 23 juillet. Le malade étant convenablement placé, l'opérateur fit deux incisions, depuis les angles externes des yeux jusqu'aux angles de la bouche, et après avoir disséqué tous les tégumens de la partie moyenne de la face, il les renversa sur le front; à l'aide d'une scie de Jeffroy, passée par la fente sphéno-maxillaire gauche, il sépara l'os de la mâchoire d'avec le zygomatique; il en fit autant du côté droit; puis il sépara encore, avec la scie à chaîne passée par les fosses nasales, l'os maxillaire des os propres du nez, de l'unguis et de l'ethmoïde; le vomer fut coupé avec des ciseaux forts, et ensuite la totalité de la mâchoire supérieure, culbutée par une pression de haut en bas, et l'opération ainsi terminée. Elle avait duré trois quarts d'heure; il a fallu l'interrompre trois fois, parce que le malade s'était évanoui. L'hémorrhagie était peu forte, la compression et la torsion ont suffi pour l'arrêter. Les plaies, s'étendant des angles externes des yeux jusqu'aux angles de la bouche, furent réunies par 26 points de suture recouverts par des fomentations froides. On ne s'est pas servi de bandelettes agglutinatives. La réaction et le gonflement furent peu forts; le malade avala facilement des bouillons.

Le quatrième jour, les plaies étaient déjà presque cicatrisées, et à quelques points seulement il y eut un peu de suppuration superficielle, et le 25 août le malade quitta l'hôpital.

Il n'était pas défiguré; les cicatrices linéaires des deux côtés des joues étaient peu visibles; dans l'intérieur de la bouche, on ne remarquait, sur la ligne médiane, qu'une fente de 13 lignes de long et de 3 lignes de large, le reste était rempli par du tissu inodulaire, dur sur les côtés et un peu pâteux vers le milieu; le voile du palais et la luette à leur place; la déglutition des alimens et des boissons était facile, la parole plus distincte qu'avant l'opération. La pièce enlevée, comprenant les os maxillaires supérieurs, était composée d'une masse lardacée, riche en vaisseaux; sous le microscope, on y découvrit des cellules et des corpuscules canelés, entremêlés de fibres.

RÉSECTION DE LA PARTIE MOYENNE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

Cette opération fut faite pour un ostéosarcome chez un homme de 61 ans. M. Heyfelder suivit le procédé de M. Malgaigne, en détachant, sans la diviser, la lèvre inférieure et les chairs du menton de l'os maxillaire, puis en divisant celui-ci avec une scie à chaîne.

RÉSECTION D'UNE PORTION CARIÉE DU PARIÉTAL GAUCHE.

OBS. — Eve Huber, âgée de 30 ans, après avoir souffert beaucoup de douleurs

à la tête et de surdité à gauche, eut, sur le pariétal gauche, une tumeur qu'on ouvrit, il resta un ulcère au fond duquel l'os fut trouvé carié. On fit la résection d'une portion du pariétal, longue de 15 lignes et large de 13, en se servant de l'ostéotome de Heine. L'os était carié dans toute son épaisseur, et la dure-mère correspondante présentait un aspect granulé.

La plaie se cicatrisa sans accident, et la femme guérit de ses maux de tête et de sa surdité.

AMPUTATIONS.

L'une tarso-tarsienne d'un pied chez une femme de 35 ans; l'autre du bras chez un homme de 66 ans. Les deux amputés ont guéri.

HERNIOTOMIE.

Sur 4 opérations de hernies étranglées, 3 individus succombèrent et 1 guérit.

CATARACTE.

Obs. I. — Une femme de 30 ans fut opérée aux deux yeux, dans la même séance, par la dépression; à gauche, le cristallin était tombé dans la chambre antérieure; on en fit l'extraction, il s'ensuivit une inflammation très vive à la suite de laquelle la vision fut perdue à gauche. Avec l'œil droit, la femme a pu voir même sans lunettes.

Obs. II. — Un jeune homme de 26 ans, affecté de gale il y a quelques années, se frictionna avec une pommade qui lui avait été donnée par un ami. A la suite de ce traitement, il eut une ophthalmie aux deux yeux qui fut suivie de cataracte. On l'opéra aux deux côtés par la scléroticonyxis. A gauche, il y eut iritis, glaucome et cécité. A droite, la cataracte s'est reproduite. Opéré de nouveau, il recouvra la vue au point de distinguer, avec des lunettes, les lettres, mais sans pouvoir lire couramment.

Obs. III, IV et V. — Trois femmes de 62, 63 et 65 ans, sujettes à des arthritis et affectées de cataracte capsulo-lenticulaire, ont été opérées aux deux yeux, dans la même séance, par la réclinaison. L'inflammation consécutive fut telle, que la vue ne se rétablit que très incomplètement.

Cet insuccès a fait renoncer M. Heyfelder à opérer, dans la même séance, aux deux yeux à la fois.

Obs. VI. — Un homme de 50 ans, affecté de rhumatisme, fut opéré par réclinaison à droite le 17 juin, et le 3 juillet à gauche. Le succès fut complet.

Obs. VII. — Chez un autre du même âge, sans symptômes de dyscrasie, opéré par dépression à gauche le 9 juillet, à droite le 25 juillet, la cataracte remonta des deux côtés. L'opération fut répétée par réclinaison le 9 août à gauche et le 21 à droite. La résorption des fragmens de cataracte fut complète et l'opéré recouvra parfaitement la vue.

Suivent deux observations de commotion de l'œil avec extravasation de sang dans la conjonctive et les chambres de l'œil; la vue fut complètement perdue chez l'un, et chez l'autre elle ne fut conservée qu'à un faible degré.

TRICHIASIS.

Un trichiasis chez une femme de 40 ans fut guéri par l'excision du bord palpébral.

COLOBOME DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE.

Un colobome de la paupière supérieure, suite d'un coup de bâton, avait donné lieu à des inflammations de la conjonctive et au trouble de la cornée; on aviva les bords de la fente et on les réunit à l'aide de la suture.

COLOBOME DE L'IRIS.

Un colobome de l'iris fut encore observé chez un homme de 33 ans, traité à l'hôpital pour cause d'engelure. Le colobome n'était pas congénital, mais survenu quatorze ans auparavant à la suite d'un coup de bâton qui avait occasionné une commotion de l'œil et la déchirure de l'iris. La vue était très bornée du côté malade.

MYOTOMIE.

Le muscle interne de l'œil pour cause de strabisme fut coupé sans succès chez un individu qui s'était heurté l'œil six ans auparavant, et chez lequel était survenue une paralysie du muscle droit externe.

Obs. — Un homme, âgé de 68 ans, opéré du strabisme, mourut deux ans après. A l'autopsie, on trouva, à l'œil opéré, le muscle droit interne qui avait été divisé long de 9 lignes, large de 5. A son extrémité antérieure, il y avait une masse fibreuse blanche, large de 5 lignes, longue de 6, au point de jonction entre cette masse fibreuse et le muscle lui-même, il y avait une saillie circulaire; entre cette masse fibreuse et le bulbe, il y avait encore une lame de substance blanche qui se perdait insensiblement dans le bulbe. Entre le bulbe et la masse fibreuse, à l'endroit où l'opération avait été pratiquée, se trouvait un tissu cellulaire fin qui paraissait être le produit d'une fausse membrane. Au point de la section, il y avait aussi un tissu transparent du volume d'une lentille et déprimé à sa face antérieure. Cette dépression était couverte comme par une soupape par la conjonctive cicatrisée et adhérente à cet endroit au bulbe.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 10 MARS 1845. — PRÉSIDENCE DE M. CHARLES DUPIN.

La séance a été ouverte par l'éloge de M. Aubert Dupetit-Thouars, prononcé par M. Flourens.

M. Charles Dupin a ensuite pris la parole pour faire un rapport sur le prix de statistique, qui a été remporté par M. de May, auteur d'un ouvrage intitulé: MONOGRAPHIE DES SECOURS PUBLICS.

M. Arago a proclamé les prix décernés pour l'année 1843, et lu le programme des questions proposées pour l'année ou les années suivantes. Voici les prix et mentions décernés pour les sciences physiques.

PRIX DÉCERNÉS.

PRIX RELATIF AU MÉCANISME DE LA PRODUCTION DE LA VOIX HUMAINE.

(Commissaires : MM. Magendie, Flourens, Pouillet, et Robinet, rapporteur.)

La commission n'ayant pas jugé qu'il y eût lieu à décerner le prix, l'Académie, sur sa proposition, a accordé, à titre d'encouragement, une somme de 1,200 fr. à M. Dequevauviller; une somme de 1,000 fr. à M. John Bishop (de Londres), et 800 fr. à M. Carlotti.

PRIX RELATIF A LA STRUCTURE COMPARÉE DES ORGANES DE LA VOIX.

(Commissaires : MM. de Blainville, Serres, Flourens, Magendie, et Duméril, rapporteur.)

Le prix de 3,000 fr. est partagé entre MM. Mayer, professeur d'anatomie et de physiologie à l'université de Bonn, et John Bishop (de Londres).

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

(Commissaires : MM. de Blainville, Serres, Magendie, Duméril, et Flourens, rapporteur.)

L'Académie a reçu en 1843, pour le concours au prix de physiologie expérimentale, huit ouvrages.

Cinq de ces ouvrages, savoir, ceux qui portent les numéros 7, 3, 9, 6 et 5, ont particulièrement fixé l'attention de la commission.

Le travail n° 7 est de M. Pouchet, professeur de zoologie à la faculté des sciences de Rouen.

Les conclusions de ce travail, dont nous avons récemment rendu compte, sont:

1° Que l'ovulation des mammifères s'opère d'une manière spontanée et périodique;

2° Que la fécondation n'a lieu, dans cette classe, que lorsque le passage des ovules dans le canal sexuel coïncide avec la présence du fluide fécondateur;

Et 3° que ce fluide, du moins dans les cas ordinaires, ne parvient jamais à l'ovaire et ne s'avance même qu'à une fort petite distance dans les trompes.

La commission, sans admettre complètement toutes ces conclusions, notamment les deux dernières, que semblent contredire, en effet, plusieurs observations, depuis longtemps connues, de grossesses ovariennes ou extra-utérines, s'est attachée surtout à considérer la manière dont l'auteur est parvenu à démontrer le grand fait de l'ovulation spontanée des mammifères.

L'Académie accorde au travail de M. Pouchet, le prix de physiologie expérimentale.

— Le n° 3 est un ouvrage de M. Blondlot, intitulé : THÉORIE ANALYTIQUE DE LA DIGESTION, ouvrage dans lequel la commission a remarqué surtout les expériences de l'auteur touchant les digestions artificielles.

Les digestions artificielles, opérées par M. Blondlot, l'ont été au moyen du suc gastrique; et, relativement à ce point, il est allé plus loin que ceux qui l'avaient précédé.

Il a commencé par imaginer un procédé nouveau pour se procurer à volonté du suc gastrique; il a pratiqué des fistules permanentes sur l'estomac de plusieurs chiens; il a pu obtenir ainsi du suc gastrique pur, et en obtenir autant qu'il lui en fallait pour reproduire, hors de l'estomac, les phénomènes qui se passent ordinairement dans l'estomac même de l'animal.

La commission n'entend pas donner un assentiment égal à toutes les parties de la théorie de M. Blondlot; mais elle regarde comme un moyen précieux le moyen nouveau qu'il a mis entre les mains des physiologistes et des chimistes, et qui leur permettra, sans doute, d'étudier plus complètement, et de porter plus loin qu'elle ne l'a été jusqu'ici la théorie des phénomènes de la digestion. La commission accorde à M. Blondlot une mention honorable.

— La commission accorde également une mention honorable à la seconde partie de l'ouvrage de M. Dubois, d'Amiens (n° 9 du concours), intitulé : PRÉLEÇONS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE; seconde partie où l'auteur réunit à une discussion savante des théories les plus célèbres sur l'action des vaisseaux capillaires, des expériences ingénieuses sur le mouvement du sang dans ces vaisseaux.

— Enfin, la commission réserve, pour le prochain concours, un ouvrage de M. Mandl, intitulé : TRAITÉ D'ANATOMIE GÉNÉRALE, et un mémoire manuscrit de M. Feldmann sur la KÉRATOPLASTIE (numéros 6 et 5 du concours).

L'ouvrage de M. Mandl renferme plusieurs recherches de cet habile micrographe, touchant la structure intime des tissus organiques. Le mémoire de M. Feldmann fait connaître un exemple nouveau de greffe animale, celui d'un lambeau de cornée sur une autre cornée ; mais ces deux travaux, d'ailleurs pleins d'intérêt, ont paru demander des études plus étendues et des développemens nouveaux.

PRIX RELATIFS AUX ARTS INSALUBRES.

(Commissaires : MM. Dumas, Pelouze, Rayer, Thénard, et Payen, rapporteur.)

Parmi les concurrens à ces prix, un seul a paru remplir toutes les conditions du programme ; trois ont été trouvés dignes de récompenses ou d'encouragemens ; plusieurs autres conserveront leurs droits aux prochains concours, car l'utilité des applications qu'ils ont faites n'a pu être encore suffisamment constatée.

La commission a pensé qu'un prix de 2,500 fr. devait être décerné à M. Chameroy pour l'industrie qu'il a créée en fabriquant des conduits en tôle bitumée pour le gaz-light ; et que M. Siret méritait une récompense de 1,500 fr. pour son procédé de désinfection.

Un encouragement de mille francs a été voté en faveur de M. Boutigny pour ses recherches sur une des causes d'explosion des générateurs à vapeur.

Enfin, les expériences de M. Melsens sur l'emploi de l'iodure de potassium pour combattre les empoisonnemens chroniques dus au mercure et au plomb ont paru dignes d'être encouragées par une indemnité spéciale de 700 fr.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

(Commissaires : MM. Andral, Velpeau, Roux, Duméril, Serres, de Blainville, Breschet, Magendie et Rayer, rapporteur.)

La commission chargée par l'Académie de décerner les prix de médecine et de chirurgie pour l'année 1843 a eu à juger les travaux de 41 concurrens.

Tous ces travaux ont été l'objet d'un rapport et d'une discussion spéciale.

Après un mûr examen, la commission a acquis la conviction qu'aucun de ces travaux ne contenait de découvertes assez importantes pour mériter un prix ; mais elle a pensé que plusieurs étaient dignes de récompense ou d'encouragement. En conséquence, la commission a proposé à l'Académie d'accorder cette distinction aux travaux de MM. Piorry, Belloc et Trousseau, Barthez et Rilliet, Poiseuille, Lacauchie, Cazenave, Tardieu, Denis, Reybard et Poumet.

L'heureuse application, dit la commission, que M. Piorry a faite de la percussion au diagnostic des engorgemens de la rate, marque un nouveau progrès dans la connaissance et le traitement des fièvres intermittentes et des engorgemens spléniques.

M. Piorry a fait un très grand nombre d'expériences sur l'action du sulfate de quinine, administré par l'estomac ou par l'intestin, et sur celle de plusieurs autres remèdes recommandés comme fébrifuges. Les résultats pratiques de ces expériences ont paru à la commission offrir un grand intérêt.

M. Piorry a fait, en outre, de laborieuses recherches sur presque toutes les maladies de la rate.

D'après ces considérations, l'Académie a accordé à M. Piorry une récompense de 1,500 francs pour ses RECHERCHES PRATIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LES MALADIES DE LA RATE ET SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

MM. Trousseau et Belloc ont, les premiers, publié un TRAITÉ DE LA PHTHISIE LARYNGÉE.

Ce qui constitue le caractère scientifique de leur travail, c'est le soin particulier qu'ils ont mis à suivre l'évolution des affections chroniques du larynx, depuis leur origine, souvent obscure, jusqu'à leurs plus graves conséquences, et notamment la manière dont ils ont traité un point capital dans l'histoire de la phthisie laryngée, le développement de l'œdème de la glotte.

Les observations de MM. Belloc et Trousseau ont fortement contribué à démontrer l'efficacité de la méthode, qui consiste à appliquer des médications topiques sur le pharynx, et à en rendre l'emploi plus sûr et l'application plus générale dans la pratique. Ils ont discuté les indications et la convenance de la trachéotomie dans les cas de suffocation imminente, et ils ont prouvé, par des exemples très remarquables, que plusieurs fois cette opération a été couronnée d'un succès inespéré.

D'après ces considérations, l'Académie a accordé à MM. Belloc et Trousseau une récompense de 1,500 fr.

Parmi les travaux remarquables qui ont été publiés en Angleterre, en Allemagne et en France sur les maladies du premier âge, la commission a distingué le TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANS, par MM. Barthez et Rilliet. Tout ce qui est relatif aux caractères anatomiques des maladies a été exposé, dans cet ouvrage, avec une supériorité incontestable.

Un des principaux mérites de ce travail, et qui témoignerait au besoin de l'exactitude des nombreuses observations qui y sont résumées, c'est la place importante qu'ils ont assignée à l'histoire des complications et des maladies intercurrentes chez les enfans.

D'après ces considérations, l'Académie a accordé à MM. Barthez et Rilliet une récompense de 1,200 fr.

L'Académie a accordé, en outre :

A M. Poiseuille une récompense de 700 fr. pour ses expériences touchant l'action que diverses substances exercent sur la vitesse des mouvemens du sang dans le système circulatoire des animaux ;

A M. Lacauchie une récompense de 700 fr. pour sa nouvelle méthode de préparations anatomiques qu'il désigne sous le nom d'*hydrotomie* ;

A M. Cazenave une récompense de 500 fr. pour son TRAITÉ DES SYPHILIDES ;

A M. Tardieu une récompense de 500 fr. pour son travail intitulé : DE LA MORVE ET DU FARCIN CHRONIQUES CHEZ L'HOMME ;

A M. Denis (de Commercy) un encouragement de 500 fr. pour son MÉMOIRE SUR LES MATIÈRES ALBUMINEUSES, renfermant des expériences ingénieuses sur l'albumine et la fibrine ;

A M. Reybard, un encouragement de 500 fr. pour son procédé d'évacuation des épanchemens pleurétiques et pour ses recherches et expériences relatives à l'histoire de l'empyème ;

A M. Poumet, une indemnité de 500 fr. pour ses expériences sur le protochlorure d'étain, comme contrepoison du sublimé corrosif.

L'Académie accorde une mention honorable à MM. Rognetta et Fournier-Deschamps, pour avoir pratiqué avec succès l'extraction de l'astragale dans un cas de luxation compliquée du pied et pour le travail qu'ils ont fait sur ce sujet ;

A M. Fouilloy pour son mémoire sur la DÉSARTICULATION DE LA CUISSE ;

Et à M. Foville pour la partie anatomique de son TRAITÉ COMPLET DE L'ANATOMIE, DE LA PHYSIOLOGIE ET DE LA PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX CÉRÉBRO-SPINAL.

PRIX RELATIF A LA VACCINE.

(Commissaires : MM. Magendie, Breschet, Duméril, Roux, et Serres, rapporteur.)

(Voir dans les deux numéros précédens l'analyse de la partie scientifique du rapport.)

Les conclusions qui terminent ce rapport sont déduites des expériences et des faits exposés principalement dans les mémoires inscrits sous les numéros 24, 20, 19, 23 et 22.

Le n° 24, plus fréquemment invoqué dans tout le cours du rapport à l'appui de ces conclusions, a été placé en première ligne. Viennent ensuite par ordre de mérite les numéros 20, 19, 23 et 22.

L'Académie accorde en conséquence la somme de 5,000 fr. à M. Bousquet, auteur du mémoire n° 24.

2,500 fr. sont accordés à M. Steinbrenner (de Wasselone), auteur du n° 20.

2,500 fr. à M. Fiard, auteur du n° 19.

Sont mentionnés honorablement les auteurs des numéros 23, 22, 7 et 9.

PRIX PROPOSÉS.

GRAND PRIX DES SCIENCES NATURELLES POUR 1847.

(Commissaires : MM. de Blainville, Flourens, Serres, Milne Edwards, et Ad. Brongniart, rapporteur.)

« L'étude des mouvemens des corps reproducteurs ou spores des algues zoosporées et des corps renfermés dans les anthéridies des cryptogames, telles que chara, mousses, hépatiques et fucacées. »

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1847.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES POUR 1845.

L'Académie rappelle qu'elle a proposé pour sujet du grand prix des sciences physiques, qui sera décerné, s'il y a lieu, dans sa séance publique de 1845, la question suivante :

« Démontrer par une étude nouvelle et approfondie et par la description, accompagnée de figures, des organes de la reproduction des deux sexes, dans les cinq classes d'animaux vertébrés, l'analogie des parties qui constituent ces organes, la marche de leur dégradation, et les bases que peut y trouver la classification générale des espèces de ce type. »

Les mémoires devront être parvenus au secrétariat de l'Institut avant le 31 décembre 1855.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES POUR 1843 ET REMIS AU CONCOURS POUR 1845.

« Déterminer, par des expériences précises, les quantités de chaleur dégagées dans les combinaison chimiques. »

Les deux prix relatifs au *développement des fœtus* et à la *question des morts apparentes* sont remis de nouveau au concours pour 1846.

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1846.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT annonce la perte que l'Académie vient de faire de deux de ses membres, M. Ollivier (d'Angers), mort dans la matinée du 11, et M. Pacon, membre correspondant à Bourg en Bresse.

— L'ordre du jour appelle la nomination des diverses commissions pour les prix. Le dépouillement du scrutin donne le résultat suivant :

Pour le prix de l'Académie : MM. Bricheteau, Rayer, Renauldin, Ferrus et Louis.

Pour le prix Portal : MM. Baudelocque, Cornac, Guersant, Rochoux et Laugier.

Pour le prix Civrieux : MM. Falret, Jolly, Melier, Espiaud et Burdin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CERVEAU DES ALIÉNÉS.

M. Jolly fait, au nom de MM. Jadioux, Collineau et au sien, un rapport sur un travail de M. Belhomme, intitulé : Nouvelles recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés affectés de paralysie.

Ces nouvelles recherches font suite à celles que l'auteur a déjà communiquées à l'Académie sur le même sujet. Après avoir cherché à prouver, dans un précédent travail, que la folie considérée comme affection idiopathique est nécessairement et constamment liée à une méningo-cérébrite ou inflammation de l'encéphale, M. Belhomme vient aujourd'hui étendre et fortifier, par une nouvelle série de faits, les doctrines qu'il professe depuis longtemps sur la localisation de la folie, en établissant comme proposition fondamentale de ses recherches que la folie chronique ou la démence avec paralysie est la conséquence nécessaire d'une encéphalite chronique ; de même que la folie aiguë ou manie délirante a pour cause essentielle une phlegmasie aiguë de l'encéphale. Son mémoire a principalement pour objet l'anatomie pathologique des aliénés atteints de paralysie; il renferme des observations tendant à établir que le ramollissement et l'endurcissement du cerveau sont deux effets constans d'une seule et même cause : l'encéphalite ; que ces deux effets correspondent, le premier à une inflammation aiguë, le second à une inflammation chronique de la substance cérébrale.

M. le rapporteur, cherchant avec l'auteur du mémoire où peuvent être les relations de cause à effet qu'il a cru avoir saisies entre tel degré de phlegmasie cérébrale et tel degré de maladie mentale, s'exprime ainsi :

Il se peut bien qu'il existe, en même temps que des ressemblances physiques et morales de famille, des nuances individuelles d'organisation intime capables de constituer la loi d'hérédité morbide ou prédisposition, si fréquente surtout dans les maladies nerveuses. Il se peut encore que toute anomalie des fonctions intellectuelles ou affectives puisse naître de quelque modification accidentelle, moléculaire ou dynamique de la fibre cérébrale. Mais est-ce à dire pour cela que des lésions matérielles ou de texture proprement dite soient nécessaires à la production de la folie? Est-ce à dire qu'il faille toujours aller chercher les causes et les traces de la maladie dans les investigations cadavériques?... Connaissons-nous assez les conditions normales de l'organisation intime du cerveau pour apprecier les modifications morbides qui peuvent correspondre à telles anomalies du sentiment, du mouvement et de l'entendement? Nous demanderons aussi à M. Belhomme comment, par quels instrumens, par quel sens il a pu saisir la relation d'action qui peut exister entre telle fibre cérébrale et tel acte de l'esprit?

Analysant ce qui se passe dans le cours d'une maladie mentale, M. le rapporteur s'attache à démontrer qu'elle n'offre ni la marche, ni les effets de l'inflammation cérébrale, et il ajoute : Peut-on, enfin, admettre un état inflammatoire ou une lésion matérielle du cerveau dans ces mille circonstances où la folie éclate avec la rapidité de l'éclair? Singulière inflammation, il faut l'avouer, que celle qui commencerait avec la vie pour en parcourir toute la durée et n'avoir d'autre terme que celui d'une existence plus ou moins longue ; qui se traduirait sous les mille formes que la folie elle-même peut affecter, et qui se conformerait si docilement, si merveilleusement à toutes les déviations, à tous les caprices de l'intelligence humaine!

Que si l'encéphalite aiguë ou chronique est si nécessaire à la production de la folie, pourquoi donc les enfans et les adolescens même qui sont si souvent atteints et si souvent victimes des phlegmasies cérébrales, sont-ils si rarement affectés de maladies mentales? Pourquoi enfin la folie est-elle le privilége presque exclusif des individus nerveux, impressionnables et à grandes passions plutôt qu'elle n'est le propre des sujets vigoureux, sanguins et inflammables!

Non, la folie n'a besoin pour se produire ni d'inflammation, ni de ramollissement, ni d'endurcissement, ni de lésion matérielle quelconque. Il lui suffit d'une prédisposition héréditaire, d'une éducation vicieuse, d'une commotion morale, d'un rien, il faut le dire ; car, dans la merveilleuse coordination des nombreux élémens de la pensée, où tout est mobile et fragile, il suffit qu'un seul de ces élémens chevauche, se déplace ou se brise pour que toute cette mosaïque intellectuelle se dissocie et tombe en ruine.

Non, il n'y a aucune condition appréciable de lésion anatomique capable d'établir la loi de causalité de la folie ; et ce n'est pas seulement la déduction logique qui nous le dit, c'est l'anatomie pathologique elle-même qui le proclame de toutes parts, et par la voix de ceux qui l'ont interrogée avec le plus de persévérance jusqu'à ce jour.

Nous disons plus, et peut-être l'école de la localisation trouvera-t-elle la proposition quelque peu paradoxale, nous disons que la folie est incompatible avec une lésion matérielle du cerveau, si d'ailleurs cette lésion est capable d'interrompre le libre cours des actes sensitifs ou perceptifs nécessaires à l'exercice de l'intelligence. Nous disons que la folie, comme le délire fébrile, comme les hallucinations, ne se conçoivent pas, ne s'expliquent pas dans la nécessité d'une altération organique du cerveau, pas plus que chez la femme enceinte et la fille chlorotique, les anomalies, ou, si vous le permettez, les délires ou folies de l'estomac ne supposent l'existence d'une lésion anatomique de cet organe; car, s'il pouvait en être ainsi, si les désordres fonctionnels du cerveau chez l'aliéné, ou ceux de l'estomac chez la femme enceinte ou la fille chlorotique étaient l'effet nécessaire d'une lésion matérielle de l'organe affecté, il faudrait, ce nous semble, qu'une telle lésion apparût et disparût à des époques fixes et régulières, pour correspondre aux alternatives de retour et de rémission des accidens nerveux, comme pour se prêter à l'intermittence si fréquente de la folie....

Que l'école de localisation ne s'enorgueillisse donc pas trop de son prétendu parallélisme de développement et de succession entre les degrés de lésions anatomiques du cerveau et les variétés de formes de la folie. Que M. Belhomme ne se flatte pas trop d'avoir concouru à une pareille édification, et qu'il nous pardonne au moins de ne pas partager ses convictions sur une doctrine qui nous paraît à la fois contraire à l'analyse philosophique, contraire à l'observation physiologique, contraire enfin aux résultats de l'anatomie pathologique.

Comme on le voit, dit en terminant M. le rapporteur, les nouvelles recherches de l'auteur n'ont pas précisément pour objet d'introduire dans la science des faits nouveaux. Mais on n'acquiert pas qu'à cette seule condition des titres à l'intérêt et à la bienveillance des académies ; il y a bien aussi quelque mérite à poursuivre dans un esprit d'observation et à remettre en discussion des points en litige, à élucider des faits obscurs et à confirmer des vérités acquises. Sous ces différens rapports, et malgré les quelques objections qu'il a pu nous inspirer, le travail de M. Belhomme nous paraît mériter des encouragemens, et nous avons l'honneur de vous proposer de lui consacrer une place dans vos Bulletins, et d'adresser des remercîmens à son auteur.

M. Ferrus : J'aurais quelques observations à présenter sur l'objet du rapport de M. Jolly ; mais j'en ai si incomplètement entendu la lecture qu'il me serait impossible d'argumenter convenablement sur les opinions qui y sont exprimées. Je demande, en conséquence, le renvoi de la discussion après l'impression du rapport.

M. Rochoux : Le renvoi est inutile; il s'agit de questions de principes qui peuvent être vidées en quelques mots. Pour moi, je me sens assez fort pour aborder de suite la discussion..,

M. Ferrus : Je demande que ma proposition soit mise aux voix...

M. Rochoux (sans s'interrompre): Il s'agit dans ce rapport de deux questions importantes, la première, énoncée par l'auteur du mémoire, et qui consiste à savoir s'il est vrai que la folie soit constituée anatomiquement par une inflammation du cerveau ; la seconde, soulevée par M. le rapporteur, qui professe que la folie n'est liée à aucune altération du cerveau. L'auteur du mémoire résout la première question affirmativement. Il suffit de la plus légère observation pour montrer que cette opinion n'est pas soutenable ; peut-on dire, par exemple, que le délire des ivrognes est produit par une inflammation?

La folie, dit M. le rapporteur, ne dépend pas d'une lésion matérielle du cerveau ; mais de quoi dépend-elle donc? Il n'y a point d'effet sans cause. La folie doit dépendre ou d'une lésion du cerveau ou d'une lésion de l'esprit. Or, qu'est-ce que l'esprit? Je ne sache pas que personne ait traité encore des maladies de l'esprit? Est-ce parce parce qu'il est rare?

Dire que le trouble des fonctions de l'esprit est indépendant des lésions du cerveau, c'est à dire qu'on peut tirer les mêmes sons d'un violon, que ses cordes soient tendues ou relâchées. Tout dérangement fonctionnel suppose nécessairement une lésion d'organe. Mais ces lésions ne sont pas toujours appréciables. C'est un point sur lequel il importe d'insister, parce qu'on en fait sans cesse et à tort une objection aux anatomo-pathologistes. Ne savons-nous pas que dans maintes circonstances les métaux subissent des modifications moléculaires importantes sans que nous puissions les apprécier? Quand même on ne trouverait pas d'altération sensible dans la texture d'un organe dont les fonctions seraient notoirement troublées, ce n'est pas une raison pour dire que cet organe n'a point subi d'altération.

En résumé, il n'est pas possible d'admettre, à mon avis, l'existence du délire sans désordre dans l'organe de la pensée.

M. le Président : Je n'ai pas voulu, par convenance, interrompre M. Rochoux ; mais avant d'accorder la parole à d'autres membres, je dois mettre aux voix la proposition de M. Ferrus, qui a été appuyée.

L'Académie, consultée, décide que la discussion continuera séance tenante. En conséquence, M. Ferrus est invité à prendre la parole.

M. Ferrus : Je regrette que la décision de l'Académie m'oblige à prendre la parole sans avoir une connaissance suffisamment précise des divers points dont traite le rapport ; je me vois forcé à regret de m'en tenir aux propositions les plus générales. Si j'ai bien entendu, M. le rapporteur a dit que non seulement il n'y avait point de relation directe entre l'état matériel du cerveau et les manifestations de l'intelligence, mais qu'il existait même une incompatibilité entre le délire et les lésions matérielles du cerveau. Je pourrais répondre à cela, comme M. Rochoux, que loin qu'il y ait incompatibilité il y a, au contraire, relation nécessaire entre ces deux choses. Mais si la discussion doit rester dans des termes aussi généraux, elle sera nécessairement très vague. Les maladies mentales sont très nombreuses et très variées, ainsi que les désordres matériels qui les accompagnent, il faudrait donc pour s'entendre pouvoir spécifier. D'ailleurs, on sait que les lésions organiques du délire ne sont pas toujours faciles à apprécier, par la raison toute simple que les malades succombent rarement au délire seul.

Ne pouvant pénétrer plus avant dans la question sans connaître sur ses différens points l'opinion de M. le rapporteur, je me borne donc provisoirement à protester contre la proposition qu'il a émise relativement à l'incompatibilité des lésions organiques avec les maladies mentales, si tel est bien réellement le sens qu'il a voulu lui donner.

M. Jolly : Quand M. Ferrus aura entendu le passage auquel il fait allusion, peut-être reconnaîtra-t-il que nous sommes moins loin de nous entendre qu'il le pense. (M. Jolly donne lecture d'une partie de son rapport que nous nous sommes particulièrement attaché à reproduire. V. ci-dessus).

M. Ferrus : M. Belhomme sépare avec raison la folie d'avec la démence ; distinction que M. le rapporteur n'a pas assez indiquée dans son rapport. Mais si M. Belhomme a dit, dans son travail, ainsi que lui fait dire le rapport, que le délire maniaque à son début est le produit d'une phlegmasie, je ne suis plus de son avis. J'ajouterai que j'ignorais que M. Belhomme soutînt cette opinion. Mais M. Jolly va plus loin ; de ce qu'il ne croit pas que l'inflammation puisse être la cause de la folie, il conclut qu'il n'existe dans cette maladie aucune lésion matérielle ; mais n'y a-t-il donc pas d'autre altération organique que l'inflammation? et les caractères anatomiques de l'inflammation sont-ils tellement précis qu'on puisse toujours les reconnaître? Cela n'a lieu ni pour le cerveau, ni pour les autres organes de l'économie, comme on a pu s'en convaincre il y

à quelques années pour l'inflammation de l'estomac à l'occasion de la doctrine physiologique.

M. le rapporteur invoque les cas où l'aliénation débute dans le jeune âge et paraît transmise des parens aux enfans. Il dit que dans ce cas on ne saurait à quelle lésion matérielle rapporter la folie, et j'avoue qu'il serait difficile de préciser la nature des modifications que l'organisme peut recevoir; mais rien ne prouve mieux l'existence des conditions matérielles de la folie que cette transmission héréditaire même, car l'hérédité, nous le savons tous, porte évidemment sur l'état physique de l'organisme; elle se comporte en cela à l'égard de la folie, comme elle le fait dans toutes les maladies héréditaires, telles que le tubercule, le cancer, etc.

Il y a d'ailleurs une distinction à faire entre le délire fébrile et le délire maniaque, que M. le rapporteur a confondus, et qui présentent à cet égard de très grandes différences. L'inflammation reste étrangère au délire maniaque, tandis qu'elle a, au contraire, une influence non contestable sur le délire aigu.

M. Jolly demande s'il sera possible de déterminer à quelles fibrilles du cerveau il faudra attribuer tels désordres intellectuels; mais à l'état physiologique connaissons-nous mieux les modifications fibrillaires qui surviennent à l'occasion de chaque acte de l'intelligence? et pourtant qui oserait nier l'intervention du cerveau dans la manifestation des phénomènes de l'intelligence?

En résumé, s'il est vrai que M. Belhomme, ainsi que cela est dit dans le rapport, attribue le délire maniaque à l'inflammation, je ne partage pas son opinion et j'approuve à cet égard la critique de M. le rapporteur. Mais si, au contraire, M. Belhomme a entendu dire autre chose si ce n'est que des lésions organiques quelconques accompagnent toujours les différentes formes de délire, je me raange de son avis.

M. Prus : A quel état anatomique M. Belhomme rapporte-t-il la paralysie générale?

M. Jolly : Au ramollissement ou à l'induration du cerveau, résultant l'un et l'autre de l'inflammation.

M. Prus : Cette opinion ne me paraît pas fondée. J'ai fait de nombreuses recherches cadavériques sur ce sujet, tant à Bicêtre qu'à la Salpétrière, et je n'ai jamais trouvé ce qu'annonce M. Belhomme. Au surplus, s'il en était ainsi, s'il y avait une lésion organique constante, on comprendrait difficilement la paralysie générale. Rappelez-vous plutôt comment procède cette paralysie : c'est d'abord une faiblesse dans les membres, une démarche chancelante, puis un embarras dans la langue, puis le relâchement du sphincter, etc.; à quelle lésion et à quelle partie du cerveau assignera-t-on ces divers phénomènes? *A priori*, on devait dire qu'il n'en pouvait être ainsi; *à posteriori*, l'observation démontre que la lésion du cerveau chez les aliénés paralytiques n'est ni constante ni identique. Quant à l'inflammation, elle n'est évidemment qu'une simple coïncidence, mais elle n'a aucun rapport direct avec l'aliénation; l'inflammation ne constitue pas plus la folie que la folie n'entraîne l'inflammation. Je ne prétends pas dire par-là que la paralysie des aliénés ne soit point en rapport avec une lésion du cerveau, mais elle n'est point produite par l'inflammation. N'y a-t-il pas d'ailleurs un grand nombre de paralysies qu'on ne peut expliquer anatomiquement? Une maladie peu connue à Paris, la colique végétale est dans ce cas. Je connais un vieil invalide qui a contracté la colique végétale, à Cayenne et qui est atteint depuis de paralysie avec flexion permanente des membres. M. Segond, dont nous déplorons tous la perte et qui poussait jusqu'à ses dernières limites la doctrine organicienne, a fait 31 autopsies de sujets atteints de cette colique, et il n'a pu lui assigner aucun caractère anatomique. Les convulsions des enfans reconnaissent-elles davantage pour cause des lésions organiques constantes?

Un dernier mot sur le danger d'admettre des causes organiques hypothétiques; c'est qu'elles peuvent induire à des erreurs fâcheuses en thérapeutique. Par exemple, si l'on attribuait la paralysie générale à un état inflammatoire et qu'on agit en conséquence de cette idée, on serait conduit à une pratique éminemment funeste.

M. Castel : Le mot *sensibilité* n'a pas été prononcé une seule fois; on s'est beaucoup occupé du cerveau, comme organe matériel, de sa texture et nullement de ses attributs. Il y avait cependant une question bien simple à se faire : la sensibilité n'est-elle susceptible d'être modifiée que par des lésions matérielles de cerveau? Si cela étai vrai, il s'en suivrait que toutes les femmes hystériques, tous les hypochondriaques ne seraient ainsi que par suite d'une lésion organique du cerveau. J'en dirai autant pour les maniaques. Je me rappelle le cas d'un maire de province qui était devenu maniaque; au bout d'un certain temps, il fut pris d'œdème des membres et mourut. A l'autopsie, on trouva un abcès au foie, rien dans le cerveau. Dans un autre cas, nous trouvâmes M. Falret et moi un poumon mélanosé; le cerveau était parfaitement sain. J'en pourrais citer bien d'autres exemples encore. Ce n'est donc pas dans les altérations organiques du cerveau qu'il faut chercher la cause de la manie, pas plus que de la paralysie; mais dans la décroissance de la sensibilité. La sensibilité décroît comme l'eau que l'on puise à un réservoir.

On va toujours chercher bien loin l'explication de phénomènes que l'on trouve tout naturellement dans l'étude de la sensibilité. Quoi de plus facile à expliquer, par exemple, que la plus grande fréquence de la paralysie du mouvement par rapport à la paralysie du sentiment, lorsqu'on sait que le mouvement exige une somme beaucoup plus grande de sensibilité que le sentiment? Enfin, en rapportant tous les phénomènes morbides de l'intelligence et de la sensibilité à des lésions matérielles, on exclut l'influence des agens moraux. Il y a, en résumé, dans le délire, comme dans la paralysie, un affaiblissement de la sensibilité générale.

M. Ferrus : M. Prus dit qu'il n'a pas trouvé toujours chez les aliénés paralytiques des altérations dont on pût établir la relation avec l'existence de la paralysie et du délire; ce à quoi je réponds que j'ai étudié avec lui à la même école, et que j'ai toujours trouvé des résultats différens de ceux qu'il annonce, c'est-à-dire que j'ai toujours constaté des altérations auxquelles on pouvait rapporter les désordres observés pendant la vie. Sans doute, ces altérations ne sont pas toutes constamment les mêmes; mais il en est parmi elles que l'on retrouve dans tous les cas; dans plus de 50 autopsies faites en présence d'un grand nombre d'élèves, j'ai pu faire remarquer constamment l'atrophie du cerveau avec ramollissement de la couche corticale et la suffusion séreuse des méninges épaissies, injectées, et enfin une collection séreuse occupant le vide résultant de la diminution de volume du cerveau.

M. Prus signale le danger qu'il pourrait y avoir à accorder une trop grande importance à l'état inflammatoire dans ces maladies, et à lui subordonner le traitement, au lieu de se diriger d'après les données de l'état général, etc. Nous pensons qu'il faut tenir compte de l'état inflammatoire, mais sans s'en préoccuper trop exclusivement : il y a une période de la maladie dans laquelle les antiphlogistiques peuvent convenir, une autre où l'on doit y renoncer; il en est de même dans certaines phlegmasies, dans la pneumonie par exemple, lorsque le poumon est à l'état gris.

M. Castel a parlé des aliénations placées sous la dépendance d'autres organes que le cerveau; mais personne ne conteste l'existence de certains délires sympathiques, on les a admis de tout temps; mais depuis qu'on s'est livré à des recherches anatomo-pathologiques précises sur ce sujet, on a reconnu que ces cas de délire sympathique sont beaucoup plus rares qu'on le croyait.

M. Rochoux : Quand on adopte un principe, il ne faut reculer devant aucune de ses conséquences; or, pour moi, tout désordre dit moral tient à un désordre physique; ou plutôt, je ne connais que des désordres physiques.

M. Prus : J'ai trouvé, comme M. Ferrus, le cerveau atrophié et remplacé en partie par de la sérosité chez des aliénés paralytiques; mais la paralysie générale peut exister sans cette atrophie, de même qu'on peut rencontrer cette atrophie sans paralysie. L'atrophie n'est donc pas une lésion constante et directement en rapport avec la paralysie.

M. Ferrus : L'objection de M. Prus est beaucoup plus spécieuse que réelle. Ne sait-on pas que des maladies graves peuvent exister sans se révéler au dehors par les signes auxquels on les reconnaît habituellement? N'a-t-on pas trouvé des pneumonies énormes chez des individus qui n'éprouvaient aucune difficulté à respirer? Cela est commun à toutes les maladies qui peuvent exister à l'état latent.

M. Gerdy : Il n'y a pas d'effet sans cause, dit M. Rochoux; sans doute, mais est-ce une raison pour dire qu'il n'y a pas de troubles fonctionnels sans lésion matérielle qui les produise? mais lorsque ces lésions manquent quelle est la cause? où est-elle? en quoi consiste-t-elle? Direz-vous qu'elle n'est point appréciable? Mais il n'y a pas moyen de raisonner avec de pareils argumens. Quoi! un individu apprend une nouvelle funeste, il devient instantanément fou; où est donc la lésion matérielle qui produit la folie? Ne voit-on pas qu'il n'y a de changement que dans la faculté de sentir?

Je ne comprends pas l'assurance avec laquelle on veut expliquer les phénomènes de l'organisme par des changemens moléculaires. Comment! toutes les métamorphoses qui s'opèrent dans l'intelligence d'un homme qui parle, qui discute, qui se passionne, se résolvent dans des changemens moléculaires du cerveau! Dites-moi donc par quels bouleversemens moléculaires l'homme peut passer avec la rapidité de l'éclair à des idées multiples et diverses; mettre en action ses facultés complexes, faire vibrer tous les tons de l'échelle intellectuelle? Voyez-vous ces pauvres molécules se heurtant, se mêlant, se confondant...... Cette philosophie organicienne et matérialiste est absurde et extravagante.

M. Castel : On m'a accusé de séparer la sensibilité de l'organisation; je repousse ce reproche. Il y a, dans la manière d'argumenter de nos collègues, un vice de raisonnement que je ne puis m'empêcher de signaler. On ne voit jamais qu'un seul agent dans la production d'un phénomène, tandis qu'il n'en est pas un seul qui n'ait plusieurs agens. Il y a longues années, l'Institut proposa pour sujet de prix l'explication des phénomènes de l'hibernation. Le prix fut décerné, mais la question point résolue. Rien cependant de plus simple. L'hibernation est, comme on le sait, un phénomène commun aux rongeurs et aux animaux à sang froid. Les rongeurs sont en général remarquables par l'extrême exiguïté de leur système nerveux; la somme d'innervation qui leur est dévolue ne suffirait point pour résister aux stimulans pendant les rigueurs du froid; de là la suspension de la vie de relation pendant toute la durée de la saison hibernale. Chez les animaux à sang froid, on ne peut plus invoquer la même cause; car leur système nerveux est au contraire très développé; mais c'est la respiration et par suite la circulation qui sont insuffisantes pour résister au froid, et qui entraînent la nécessité du même phénomène. Voilà donc deux causes ou deux agens différens qui produisent un même phénomène. C'est ce dont on devrait plus souvent tenir compte en physiologie.

M. Ferrus : M. Gerdy objecte la rapidité des impressions, l'instantanéité des modifications qu'elles supposent, etc. Je lui répondrai par les mêmes exemples. Chez l'orateur qui s'anime en discourant, ne se fait-il donc point de modification organique? Qu'est-ce que cette activité subite de la circulation, cet état général d'excitation qui l'accompagne? Ne sont-ce pas là des modifications organiques? Et si cet état d'excitation se continuait après la discussion, supposez que cet état, au lieu d'être temporaire, eût une longue durée, peut-on croire qu'il ne fût pas suivi à la longue de modifications organiques profondes? Pense-t-on que l'état des organes serait le même alors que lorsque l'orateur était dans la plénitude de son talent, maintenant qu'il déraisonnerait, qu'il aurait perdu le sommeil et que toutes les fonctions de l'économie seraient nécessairement modifiées?

MM. Rochoux et Gerdy échangent encore quelques mots.

La clôture de la discussion est généralement demandée.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR LE MÉCANISME DE FORMATION DES BUBONS DITS D'EMBLÉE ; par M. DIDAY, rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille.

Monsieur et honoré confrère (1),

Vous avez, dans un travail sur les bubons d'emblée, cité trois exemples de cette affection, que vous jugiez propres à démontrer sa nature syphilitique. Chargé de faire, pour la GAZETTE MÉDICALE, l'analyse de votre mémoire, j'élevai quelques doutes sur la signification par vous donnée à ces faits. Vous venez aujourd'hui soutenir vos premières assertions (voy. ANNALES DES MALAD. DE LA PEAU ET DE LA SYPHILIS, n° d'octob., p. 65) ; veuillez me permettre de défendre aussi ma critique.

1re OBSERVATION. — Il s'agit d'une malade reçue à l'hôpital le 20 mai pour une blennorrhagie vaginale, examinée au spéculum ce même jour, et laissée ensuite sans exploration aucune pendant 83 jours. Un bubon se forme, suppure et s'ouvre le 14 juin, prenant ensuite l'aspect chancreux ; et vous l'attribuez à la blennorrhagie. Je vous fis observer à ce sujet que, en 83 jours, un chancre vaginal pouvait fort bien avoir eu le temps de se déclarer, de parcourir toutes ses périodes à l'insu du médecin et de se cicatriser sans laisser de traces ; et que l'aspect chancreux du bubon n'avait, dans cette hypothèse, rien de contraire à la théorie de M. Ricord. A cette objection, vous répondez que le bubon existait le jour même où l'on a constaté au spéculum l'absence de chancres ; que, par conséquent, en supposant qu'un chancre se fût développé ultérieurement, on ne saurait le regarder comme la cause d'un bubon qui était déjà formé ; qu'enfin, même en admettant avec moi que le chancre n'a fait qu'infecter, *viruliser* un bubon simple jusque-là, on ne comprendrait pas un chancre assez espiègle pour se développer 23 ou 24 jours après le coït, tout exprès pour infecter le bubon, puis s'éclipsant ensuite sans laisser de traces, le tout pour induire en erreur les adversaires de l'inoculation !...

Voilà bien votre réponse, Monsieur, je me suis efforcé d'en reproduire et la forme et l'esprit. Veuillez me permettre à mon tour de vous raconter les faits à ma manière, comme je les comprends, mais en empruntant scrupuleusement à votre propre récit les dates, les détails, tout jusqu'aux expressions. Je vous laisserai à juger ensuite si mon interprétation contient *des impossibilités aussi surprenantes* que vous l'ayez avancé.

Une fille entre à Loureine le 20 mai. Interrogée, elle dit que le dernier coït date de 12 à 15 jours (et non de 23 à 24, comme M. de Castelnau l'écrit cette fois, sans doute par oubli de sa première version). — Vous affirmez que ses souvenirs ont été fidèles, qu'elle s'est crue obligée sur ce point à une confession sincère, et qu'elle n'avait pas pu, plus récemment, s'infecter et contracter le germe d'un chancre dans un nouveau rapport sexuel !... Moi, je doute.

Examinée le même jour, on ne trouve pas d'ulcération, mais un écoulement récent accompagné d'inflammation ; et à l'aine un ganglion *superficiel, un peu engorgé, peu douloureux*, pour lequel aucune prescription n'est jugée nécessaire. — Vous affirmez que le développement de ce bubon, avec de tels caractères, ne pouvait pas être causé par la blennorrhagie vaginale !... Moi, je doute.

Le 26 mai, le bubon augmente de volume et est douloureux, si bien qu'on croit devoir y faire appliquer des sangsues, prescrire les émolliens et la diète. — Vous repoussez, comme démentie par l'expérience, la supposition que ce changement brusque survenu dans le bubon, malgré le repos à l'hôpital, a été causé par le développement d'un chancre dans le vagin !... Moi, je doute.

Le 14 juin, le bubon est ouvert et devient chancreux. Pendant 83 jours, on n'examine point la malade au spéculum. — Vous niez que ce soit là un espace de temps suffisant pour que le chancre vaginal ait pu apparaître, suppurer et guérir à l'insu du médecin qui n'avait pas pris la peine d'en explorer le siége !... Moi, je doute.

Je vous le demande maintenant, Monsieur, à vous qui savez raisonner et qui voulez rester de bonne foi, est-il une seule de ces quatre suppositions que vous soyez autorisé à déclarer impossible ? Est-il dans leur enchaînement et dans leur ensemble rien qu'il répugne d'admettre ? Vous ne le direz pas ; car à votre tour vous recevriez un démenti de tous ceux qui ont observé dans les hôpitaux spéciaux. Et il se pourrait bien, après ces explications, que, même à vos yeux, ce chancre si spirituel, si espiègle, si sournoisement intentionné dans son tardif développement et dans sa prompte disparition (j'aime à vous emprunter vos métaphores), fût devenu un pauvre chancre, fort ordinaire, absolument conforme pour l'époque de son apparition, pour sa marche, sa durée et ses effets, à ce qui se voit tous les jours, à ce qui rentre dans la généralité des cas.

2e OBSERVATION. — Dans ce second cas, chez une femme affectée seulement de blennorrhagie, on applique sur un bubon un morceau de potasse caustique. La plaie qui en résulte vous paraît offrir la physionomie du chancre. Moi, je vous fis seulement remarquer que les plaies qui succèdent à l'application de la potasse présentent fort souvent des caractères très semblables à ceux du chancre, et que par conséquent on a pu ici se tromper sur la nature de l'ulcère. A cela, vous répondez qu'il y a des différences très notables entre ces deux espèces d'ulcération. Or, ces différences, d'après vous, les voici : 1° L'une, dites-vous, est d'un gris jaunâtre pâle ; l'autre, d'un blanc jaunâtre. — Mettons de côté le *jaunâtre* qui est commun aux deux espèces, et dites-moi, je vous prie, s'il est rien qui ressemble plus au gris que le blanc pâle ? 2° Dans le chancre, selon vous, la couleur grise du fond de l'ulcère appartient au tissu vivant ; après la potasse caustique elle n'est que l'effet de la présence d'une escarre. — En admettant même cette explication comme suffisante (ce que je nie, puisque, s'il en était ainsi, M. de Castelnau lui-même n'oserait sans doute soupçonner ses adversaires d'être assez simples pour confondre ou pour accuser d'avoir confondu deux états aussi faciles à distinguer), il me resterait à vous demander quand donc vous avez pu voir la plaie de ce bubon entièrement débarrassée d'escarres ; car, à partir du jour même où celle produite par la potasse caustique s'est détachée, vous n'avez pas cessé de cautériser continuellement avec le nitrate d'argent. 3° Après la potasse, la couleur caractéristique cesse au bout de quatre jours ; or, continuez-vous, dans notre cas, elle a duré beaucoup plus longtemps. *Beaucoup plus longtemps !*... c'est-à-dire dix jours ; c'est vous-même qui le reconnaissez. Cette limite de cinq jours pour les plaies suite de cautérisation par la potasse est-elle donc, selon vous, infranchissable ? N'admettez-vous aucune influence locale ou générale capable de la porter jusqu'à dix jours, fût-ce même seulement (pour me prêter à votre hypothèse) en retardant l'élimination de l'escarre ?... Je plains votre diagnostic réputé si facile, s'il est réduit à mesurer aussi parcimonieusement à la nature le terrain qu'il lui permet de parcourir. 4° Enfin, comme dernière différence d'avec les plaies qui succèdent à la potasse, vous faites remarquer que, dans votre cas, la plaie s'est agrandie après sa formation, *et que le même aspect chancreux a persisté sur les parties nouvellement envahies.* — Ces derniers mots n'existaient point dans le texte primitif de votre observation, non plus que nuls autres exprimant le même sens. Ma critique doit se féliciter si c'est elle qui vous a suggéré l'idée de les ajouter ici maintenant. Mais vous comprendrez aisément qu'elle ne peut avoir à discuter ni leur exactitude ni leur valeur. Cette réflexion m'amène tout naturellement à votre troisième observation.

3e OBSERVATION. — Une femme se présente avec un bubon ; on ne trouve aucun chancre à l'extérieur ni à l'intérieur des parties génitales. Le bubon, cependant, s'ouvre et devient chancreux. Le fait semble d'abord décisif contre M. Ricord. Il y a toutefois une petite difficulté. Vous, Monsieur, qui dans l'observation précédente aviez mentionné très soigneusement l'exploration faite de l'anus ainsi que l'intégrité de cette partie, vous n'en dites absolument rien dans ce dernier cas. En rappelant cette omission, je fis observer qu'il existait peut-être à l'anus un chancre qui ainsi vous aurait échappé. Pour toute réponse, vous reconnaissez que vous n'avez pas, il est vrai, parlé de l'anus, mais vous affirmez que vous l'avez certainement examiné, bien plus, *qu'il est impossible que vous ne l'ayez pas scrupuleusement examiné.* — Veuillez vous calmer, mon honoré confrère. La question de bonne foi ne peut s'agiter ici entre nous. Pour son propre et personnel compte, M. Diday ne met point en doute la loyauté de M. de Castelnau, et est tout prêt à regarder ses tardives explications comme plus que suffisantes. Mais les lecteurs qui ne peuvent connaître son honorable caractère seront peut-être plus défians ; et c'est pour lever leurs justes scrupules qu'on s'accorde assez généralement aujourd'hui à n'accepter d'un auteur, comme authentiques, que les circonstances publiées par lui spontanément et avant que la critique lui soit venue donner l'idée d'une rectification. Trouveriez-vous ces exigences trop sévères, mon cher confrère ? Je ne le pense pas ; et vous n'auriez du moins, ce me semble, nul intérêt à en contester la légitimité ; car l'oubli dont elles donneraient le droit de vous accuser, vous n'avez pas pu le commettre, puisque vous examinez, dites-vous, toutes vos malades sur un lit *disposé de telle façon qu'il faudrait absolument une grande mauvaise volonté pour ne pas regarder l'anus.* Il va sans dire que vous connaissez la différence qui existe entre *voir* et *regarder* ; et, puisque c'est cette der-

(1) Cette lettre avait été adressée par M. Diday à M. le rédacteur en chef des ANNALES DES MALADIES DE LA PEAU ET DE LA SYPHILIS. L'insertion en ayant été refusée par le motif que ce journal n'admet aucun article de polémique, l'auteur s'est cru en droit de la faire parvenir à l'adresse de son destinataire par l'intermédiaire de la GAZETTE MÉDICALE.

nière expression que vous avez bien sciemment choisie, il ne me reste plus qu'à m'avouer vaincu, en vous priant seulement de vouloir bien joindre, comme appendice à votre troisième observation, un croquis de ce lit merveilleux où les femmes n'ont qu'à se placer, pour que le chirurgien, s'il daigne seulement y jeter les yeux, ait immédiatement de l'état de l'anus une notion telle qu'il peut affirmer qu'aucune ulcération ne se cache dans ses rides!

Un reproche que vous adressez encore à ma critique demande un dernier mot de réponse. Vous m'accusez d'entasser hypothèses sur hypothèses. J'accepte l'inculpation, elle ne contient pas un sens qui me soit défavorable; car c'était là, à mon avis, la seule manière logique de procéder ici. Je ne discutais point votre théorie, pas plus que je n'avais, en ce moment, à défendre d'une manière générale celle de M. Ricord. J'examinais seulement des observations que vous publiez comme ne s'expliquant pas suivant les principes de ce professeur. Or, qu'avais-je à faire pour détruire vos preuves, si ce n'est de chercher à établir que dans ces observations les faits se sont passés autrement que vous n'avez cru le voir et que vous ne le dites? En ceci, je vous l'accorde volontiers, je n'ai fait qu'une supposition; mais si vous ne pouvez parvenir à la démontrer fausse et mal fondée, cette supposition seule renverse votre argument; car, pour laver de vos accusations la doctrine de M. Ricord, je n'ai pas besoin de prouver que dans vos observations tout s'est *réellement* ou même *probablement* passé selon ses lois; il me suffit d'avoir montré que cela est *possible*; et j'ai atteint ce but si, comme je crois l'avoir fait, ma version n'est en contradiction ni avec les faits tels que vous les racontez vous-même, ni avec les principes de la physiologie pathologique admis par tous les syphiliographes, sans acception d'écoles. — Vous vous étonnez, Monsieur, de ce que les objections se multiplient autour de vos observations, et vous vous demandez si, *avec la logique des inoculateurs, il peut y avoir un seul fait suffisant!* Demandez-vous plutôt à vous-même s'il ne serait point dans l'essence même d'une théorie erronée de ne pouvoir jamais produire que des observations attaquables; et veuillez enfin ouvrir les yeux sur le peu de valeur d'une école qui semble fatalement destinée à ne pouvoir invoquer en sa faveur un seul fait à l'abri d'objections sérieuses.

Je n'ai répondu, pour le moment, qu'à celles de vos remarques qui se rapportent à ma critique de vos observations. Vous m'adressez d'autres objections à un point de vue plus général. Je voudrais les discuter ici; mais cette lettre est déjà si longue que je crains d'avoir abusé de la faveur que je sollicite pour elle de l'honorable rédacteur en chef. Je renonce donc, quant à présent, à compléter l'examen de votre réponse, et je ne le ferais que si, m'en exprimant le désir formel, vous m'enhardissiez à penser que je n'ai point été, cette fois-ci déjà, trop indiscret. Je termine en vous remerciant du témoignage flatteur que vous avez bien voulu rendre à ma critique. Par l'étendue de cette réponse, j'espère vous avoir prouvé mieux que par des complimens le cas que je ferai toujours de votre suffrage.

Veuillez, Monsieur, agréer, etc.

26 novembre 1844.

BIBLIOGRAPHIE.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES SYPHILITIQUES PAR L'IODURE DE POTASSIUM; par M. L.-P.-A. GAUTHIER. — 1 vol. in-8° de 104 pages. Paris et Lyon, 1845, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis; et chez Savy jeune, quai des Célestins, 48.

Le sujet de cet opuscule est bien connu; mais on ne le lira pas pour cela avec moins d'intérêt ni moins de fruit. Tant d'écrivains, aujourd'hui, se plaisent à grossir de leurs prétendues découvertes les archives de la science, que des éloges sans restriction sont bien légitimement dus au praticien qui borne son ambition à être utile, et à éclairer de son expérience l'histoire des maladies les plus ordinaires ou des agens thérapeutiques journellement employés. Pour notre compte, nous avons tant vu de ces découvertes pompeusement annoncées s'évanouir dès la première expérimentation ou sous le coup de l'analyse la moins sévère, que, instinctivement, nos sympathies et notre attention se détachent des travaux de ce genre pour se livrer entières aux hommes qui, acceptant un rôle moins en vue, ne refusent point de cultiver un champ fertile par cela seul qu'il avait été défriché par des mains autres que les leurs. C'est dans cette modeste et louable tendance que s'accomplissent les recherches marquant un progrès véritable; et souvent des perfectionnemens non moins importans que l'invention elle-même sont le fruit de ces honorables efforts.

Les OBSERVATIONS PRATIQUES que publie M. Gauthier sur l'emploi de l'iodure de potassium dans la syphilis justifient parfaitement ces remarques. Le savant et consciencieux auteur, attachant fort peu de prix aux vaines questions de priorité, a tout simplement pris la plume pour dire les résultats de sa pratique sur un médicament fort connu et qui mérite de l'être plus encore. Mais, médecin d'un hôpital important, esprit, d'ailleurs, non moins judicieux qu'infatigable, une vaste observation ne pouvait point être pour lui seulement une occasion de raconter. A côté de l'exemple, naturellement s'est venu placer le précepte; et des règles qui tiendront désormais le premier rang dans la thérapeutique syphilographique, paraissent là comme conséquences rigoureuses d'une expérience assise sur les plus larges bases.

L'ouvrage de M. Gauthier n'est point un traité complet sur l'iodure de potassium appliqué à la cure des affections vénériennes. Il n'a ni le volume ni les prétentions d'une monographie *ex professo*; mais il n'en a pas non plus les pesantes et fastidieuses allures. Les questions sur lesquelles l'auteur a spécialement dirigé ses études pratiques se circonscrivent en trois points principaux: 1° Quels sont les effets de l'iodure de potassium sur l'économie? 2° Quels sont les symptômes syphilitiques dans le traitement desquels il est le plus efficace? 3° Quel est son meilleur mode d'administration?

1° Après un historique fort bien tracé de la découverte du médicament, de son introduction en France, du crédit dont il jouit en ce moment dans les principaux pays, historique succinct mais complet, M. Gauthier expose les effets physiologiques et les accidens dont il a été témoin chez les sujets soumis à son usage. Et d'abord, il faut bien remarquer que l'action de l'iodure de potassium ne ressemble en rien à celle de l'iode, qu'on regarde avec raison comme capable de causer l'amaigrissement, l'irritation gastrique, l'atrophie des testicules et des mamelles. Avec le sel de potasse, rien de semblable n'est à craindre. Le remède, si l'on a soin de débuter par de petites doses, se montre à peu près innocent pour l'estomac. Loin d'occasionner une absorption excessive et dangereuse, il active souvent l'appétit et provoque l'embonpoint.

L'un des phénomènes les plus constans est l'augmentation de la sécrétion urinaire. Ceci est dû sans doute en grande partie au transport du sel dans l'urine. Autant il y paraît rapidement après avoir été déposé dans l'estomac, autant il cesse vite d'y être retrouvé dès qu'on en a cessé l'usage intérieur. En répétant les expériences déjà faites par Wallace, M. Gauthier a constaté que le médicament est aussi contenu dans la salive, et qu'on peut même en reconnaître la présence dans ce fluide quatre jours après que le malade en a discontinué l'emploi.

Quant aux accidens résultant de son administration, ils ont été très rares entre les mains de M. Gauthier. Sur 150 cas environ, il a observé 5 fois un ptyalisme tout à fait différent de la salivation mercurielle, et qui du reste s'est dissipé, bien que l'on continuât le remède. Un petit nombre d'éruptions absolument insignifiantes pourraient aussi lui être attribuées. L'excitation du tube digestif a été généralement peu fréquente, et très modérée quand elle se manifestait. L'association d'un peu d'opium la calmait assez promptement. M. Gauthier n'a pas non plus observé de faits entièrement concluans, desquels il lui ait été permis d'inférer que ce médicament provoque les hémoptysies. En somme, peu d'agens médicinaux joignent à plus de propriétés thérapeutiques une innocuité mieux constatée.

2° C'est aux symptômes dits constitutionnels de la syphilis que l'auteur borne avec raison les indications de l'iodure de potassium et les phénomènes tertiaires; ceux que le mercure laisse indomptés sont précisément les cas les plus propres à montrer sa puissance. M. Gauthier l'a vu faire cesser en quelques jours les douleurs ostéocopes les plus intolérables. Il a vu aussi les caries osseuses être promptement modifiées par son emploi. Dans l'ozène avec carie des os du nez et perforation de la voûte palatine, il a presque toujours, avec son aide, obtenu la guérison; les tumeurs gommeuses, les tubercules profonds de la peau et des muqueuses, les périostoses ont également cédé sous son influence.

Plusieurs symptômes secondaires, tels que les ulcérations profondes de la gorge et du pharynx, les rhagades à l'anus et aux orteils ont été guéris grâce à son intervention, alors même que le mercure avait précédemment échoué.

Quant aux syphilides, l'iodure de potassium n'est supérieur au mercure que lorsqu'elles affectent la forme ulcéreuse. Nous citerons à ce propos une assertion de M. Gauthier, qui mérite quelques explications. « On peut dire, avance-t-il, que ce remède réussit d'autant mieux que la constitution du malade est plus détériorée. » Il faut soigneusement distinguer ici les apparences d'avec la réalité. Sans doute, l'iodure de potassium réussit très souvent dans des cas extrêmement graves; et, pour un médecin un peu répandu, les occasions ne sont point rares de voir, sous son influence, des malades revenir en trois ou quatre jours du marasme le plus

alarmant à une santé inattendue. Nous concevons que ces faits frappent l'imagination et qu'on se laisse ensuite entraîner à les citer en première ligne, à se préoccuper de leur souvenir plus que de celui des cas simples. Mais gardons-nous de cette propension involontaire qui nous conduit à exagérer la valeur numérique des cas saillans; et, pour surprenant et bien constaté que soit un miracle, consentons cependant à ne le compter que pour un!

M. Gauthier préconise enfin l'iodure de potassium dans la cachexie produite par l'abus du mercure. Un gargarisme iodé lui a été souvent très utile contre la salivation mercurielle.

3° M. Gauthier administre le sel à une très petite dose au début. Ce précepte, sur lequel il insiste à juste titre, est sans doute le principal motif du peu d'accidens dont cette médication a été suivie chez ses malades. « Je n'en donne jamais, dit-il, plus de 20 à 25 centigrammes, en commençant, et je partage toujours cette dose en deux prises. Quelquefois même, quand je craignais que le remède ne fût pas toléré, quand les voies gastriques paraissaient irritées, j'ai commencé par 5 et 10 centigr. Mais alors j'augmentais la dose tous les jours. Quand je commence par 25 centigrammes, je double cette dose tous les 3 ou 4 jours. Quand je suis parvenu à 1 gramme, si je vois que les symptômes s'amendent, je continue ainsi pendant plusieurs jours, et ensuite j'augmente peu à peu jusqu'à 15 décigrammes ou 1 gramme. Souvent je m'en tiens à ces doses jusqu'à la fin du traitement; assez fréquemment je vais à 3 grammes et bien rarement à 4. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que je l'ai portée à 7 et 8 grammes par jour. »

Dans les ulcères de la gorge un gargarisme contenant, sur 140 grammes d'eau distillée, 60 centigrammes d'iodure de potassium et 2 grammes de teinture d'iode accélère la guérison. Ce mélange sert aussi en lotions sur les ulcères du reste du corps, et en attouchemens dans l'ozène.

L'administration de l'iodure doit être continuée pendant six semaines ou deux mois et demi; mais il importe beaucoup d'aller par doses ascendantes. La continuation de la même quantité, quelque prolongée qu'elle fût, serait ordinairement impuissante. « J'avais, dit M. Gauthier, administré ce remède en 1842 à un malade atteint de tubercules sous-cutanés ulcérés de la jambe, à la dose de 25 centig. par jour. Le malade cessa de me consulter et prit la même dose pendant deux mois; il revint ensuite et me dit que ses ulcères avaient beaucoup diminué après huit jours de traitement, mais qu'ils s'étaient ensuite empirés. »

Lorsque le mercure paraît indiqué, conjointement avec l'iodure de potassium, l'auteur emploie le sirop de dento-iodure de mercure ioduré de M. Boutigny. Nous pensons que l'administration du proto-iodure de mercure en même temps que l'iodure de potassium (comme le pratique M. Ricord), ou l'usage du cyanhydrargyrate de potassium répondraient alors plus exactement au but qu'on se propose.

Sur le grand nombre des malades traités par lui, M. Gauthier n'a observé que cinq récidives. Peut-être (lui-même en fait la remarque), quelques cas de ce genre lui ont-ils échappé. Tous ces sujets avaient eu des affections extrêmement graves. Quatre d'entre'eux avaient pris des doses d'iodure qu'on avait jugées bien suffisantes; chez un seul, le traitement était resté incomplet. Du reste, le même agent, et à doses moindres que la première fois, fit disparaître les nouveaux symptômes.

M. Gauthier a annexé à son travail l'histoire détaillée de trente-quatre cas où l'iodure de potassium a amené la guérison. Ces observations n'étaient point nécessaires pour inspirer la confiance qui s'attachait d'elle-même à la seule parole de l'auteur; mais le lecteur y trouvera néanmoins, en même temps que de frappans exemples de la puissance du remède, des instructions fort précieuses pour le doser et le manier avec autant d'habileté et de succès que l'honorable médecin de l'Antiquaille.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

En donnant, dans votre numéro du 21 décembre 1844, l'analyse d'un mémoire sur les rétrécissemens de l'urètre, lu par M. Pétrequin au congrès scientifique de Milan, vous semblez attribuer à ce dernier, comme une invention récente, et à lui appartenant, un urétrotome, de forme de lytotome à deux lames, dont vous donnez, du reste, la description. Permettez-moi, monsieur le rédacteur, de rectifier une double erreur, dans laquelle vous êtes tombé, sans doute, à votre insu.

1° L'invention attribuée à M. Pétrequin n'est point de lui; 2° elle n'est point récente.

Voici, Monsieur, la description que je donnais d'un urétrotome de mon invention dans la GAZETTE MÉDICALE de septembre 1839.

« Mon nouvel urétrotome se compose, comme le précédent, de deux pièces distinctes, d'une très petite canule d'argent et d'une lame portée par un mandrin d'acier.

» La canule d'argent, semblable à une très petite sonde, renferme la lame avec son mandrin ou son manche.

» Cet instrument peut avoir une forme droite ou une forme recourbée, pour atteindre les rétrécissemens situés dans la portion recourbée du canal.

» L'extrémité antérieure de la canule d'argent est surmontée par un précurseur en baleine flexible et de même forme que celui que j'ai adapté à mon ancien urétrotome. Ses côtés sont fendus dans l'étendue d'un pouce environ, pour laisser saillir la lame ou les lames, suivant que l'urétrotome est double ou simple. Cette même partie est formée de deux pièces, qui se divisent pour y placer les lames et rendre leur nettoyage facile; elles sont terminées par une vis sur laquelle on monte un petit capuchon formant écrou destiné à les réunir.

» Le mandrin d'acier a deux extrémités: l'antérieure, de forme carrée, qui dépasse la canule de 18 à 20 lignes, se trouve embrassée dans toute cette étendue, quand l'instrument est fermé par un manche cannelé qui y est fixé au moyen d'une vis qui doit toujours être placée de manière à correspondre au côté de l'urétrotome par lequel s'échappent les lames. Sur cette partie du mandrin se voient deux points ou signes, sur l'un desquels on arrête le manche curseur quand on veut ouvrir l'instrument. A l'extrémité antérieure de ce mandrin sont fixées une ou deux lames minces et longues de 6 à 7 lignes; elles sont renfermées dans la canule et disposées dans l'intérieur du cône, l'une à côté de l'autre, de manière qu'en poussant d'avant en arrière le mandrin on leur fait faire une saillie proportionnée à la course, dont l'étendue est indiquée par la distance intermédiaire de la canule extérieure et le petit manche curseur de la partie antérieure de la tige. On peut donc, suivant qu'on arrête le manche curseur sur le premier ou sur le second point tracé sur le mandrin, faire saillir plus ou moins la lame et donner à l'instrument un degré d'ouverture proportionné à l'étendue de l'incision que l'on veut obtenir.

» Telle est la forme de mon second urétrotome qu'on ne l'ouvre qu'après lui avoir fait traverser le rétrécissement et qu'on divise les parois de celui-ci d'arrière en avant en le retirant simplement; tandis que, avec les instrumens de MM. Amussat, Ricord ou autres à peu près semblables, bien qu'on les divise aussi d'arrière en avant, l'incision ne se fait qu'en appuyant l'instrument contre les parois de l'obstacle, c'est-à-dire en s'en servant comme d'un scarificateur...... »

Au surplus, j'ai apporté plusieurs modifications à cet instrument: 1° on peut l'ouvrir et le fermer à volonté dans le canal sans être obligé de le retirer; 2° on fait sortir les lames en retirant le mandrin; 3° un régulateur, fixé en avant de l'extrémité de la canule, permet de régler le degré d'armure de l'instrument.

Je reproduis ici la description que vous donnez de l'instrument de M. Pétrequin.

URÉTROTOMIE DANS LES COARCTATIONS DE L'URÈTRE. — M. Pétrequin a lu un mémoire sur ce sujet et présenté un nouvel instrument destiné à rendre l'incision des rétrécissemens plus facile et plus sûre. Dans l'urétrotome de M. Pétrequin, la tige d'acier qui meut les lames est carrée et glisse dans une cavité carrée de la canule, ce qui l'empêche de se dévier. L'urétrotome est à double lame dont chacune latéralement placée est portée sur une petite tige qui fait office de ressorts quand on la fait saillir on rentrer, de sorte que les lames se cachent d'elles-mêmes quand on retire le manche de la tige; ainsi on ne craint pas de blesser l'urètre. Les deux lames, dont le bout est mousse, s'ouvrent, c'est-à-dire font saillie en glissant sur un double plan incliné vers la pointe de l'instrument. Elles s'écartent sans laisser entre elles et la tige adjacente de vide où quelque tissu pourrait s'engager. Un curseur à vis sur la tige support permet de régler avec précision la saillie des lames, le degré d'armure de l'instrument et par là la profondeur de l'incision. Une autre vis mord sur la tige et l'arrête au point voulu. Du côté opposé, la tige a une rainure où plonge la pointe d'une autre vis latérale qui sert à limiter les deux points extrêmes de la marche des lames sur leur plan incliné, ce qui ôte toute crainte de se fourvoyer. Après l'incision qui se fait d'arrière en avant et en même temps du centre de la stricture à sa circonférence, on pousse une injection d'huile, etc.

Vous voyez, Monsieur, que sauf le changement de phrases et de mots l'instrument attribué à M. Pétrequin n'est autre au fond que l'instrument dont j'ai donné la description en 1839, et il me semble que le mérite, si mérite il y a, doit en revenir à celui qui, le premier, l'a fait connaître et en a donné la description.

Au surplus, l'origine de mon urétrotome ne date pas seulement de la publication qu'en a donnée la GAZETTE MÉDICALE, 1839. Elle remonte à 1833, année de la publication de mon mémoire SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE. M. Charrière, habile mécanicien, qui, du reste, en a eu la première idée, l'a confectionné à cette époque et en a expédié à diverses Académies étrangères.

M. Bounet, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon et professeur de Clinique chirurgicale, s'en sert depuis 1836; il en a même laissé un à l'arsenal de chirurgie de l'hôpital.

NOTE DU RÉD. — Nous nous dispensons de répondre nous-même à la lettre de M. Reybard: M. Pétrequin se chargera sans doute de ce soin beaucoup mieux que nous. Il ne nous appartient pas d'ailleurs de juger entre ces deux honorables chirurgiens d'une question qui leur est toute personnelle.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Nº 12. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 22 MARS 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, nº 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er mars. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

DES MÉTAMORPHOSES PHYSIOLOGIQUES DE L'HOMME DANS L'ÉDUCATION; par J.-J. VIREY.

Les habitudes contractées à la longue par l'éducation transforment les corps en même temps que les intelligences. Locke, qui était médecin, Fénélon, Rollin, J.-J. Rousseau et beaucoup d'autres, qui ne l'étaient pas, ont traité de l'éducation; cependant aucun d'eux n'a signalé cette modification si importante des complexions acquises par l'économie animale dès l'enfance, ou le contraire de l'œuvre de Circé. A l'ancien adage : *Abeunt studia in mores*, il faut ajouter, comme le pensait déjà Galien, *et mores in temperamenta*. Il est évident, par exemple, que de vicieuses habitudes colériques rendent la constitution bilieuse.

Bichat, n'envisageant l'éducation que sous le rapport de *l'instruction cérébrale*, nie qu'elle ait le pouvoir de modifier le caractère moral et même le tempérament physique, qui, dit-il, *appartiennent à la vie organique*. L'expérience et divers observateurs ont démontré le contraire. Cabanis avait signalé *l'action de l'organe de la pensée et de la volonté* (le système encéphalique) *comme capable de dénaturer toutes les fonctions;* autre exagération dans un sens opposé. Ces auteurs célèbres oublièrent ainsi toutes les influences du moral ou du cœur dans l'éducation considérée en grand.

La nature livre d'ordinaire à l'état bien équilibré l'organisme natif de l'enfant en parfaite santé. Mais le but des exercices éducateurs consiste à faire prédominer telle faculté sur telle autre, afin de l'approprier à une carrière déterminée. Nous apprivoisons de même les animaux domestiques, en dressant les uns à la chasse, d'autres pour la course ou pour traîner les fardeaux : on modifie ainsi le physique. Tous les corps n'y sont pas également aptes; mais on a employé jusqu'à des mutilations.

Sans doute, la noble race humaine, aspirant à de plus hautes destinées,

Feuilleton.

HYGIÈNE DE LA DIGESTION, SUIVIE D'UN NOUVEAU DICTIONNAIRE DES ALIMENS; par le docteur PAUL GAUBERT, membre de la Légion-d'Honneur, médecin du ministère de l'intérieur, etc. — 1 vol. in-8°. Dentu, libraire, Palais-Royal.

Manger pour vivre! Est-il un besoin plus grand, plus essentiel, plus digne d'examen? Est-il une loi plus obligatoire, plus forte, plus universelle? Non sans doute; c'est la racine de la vie, c'est le fondement de l'existence, le principe et la fin de notre être. *Manger pour vivre!* c'est bientôt dit; assurément il n'est pas de formule plus claire, plus simple dans son laconisme expressif, et pourtant il n'en est pas qui cache une plus grande complication de causes et d'effets, d'actions et de réactions organiques. On dirait que l'homme ne vit que pour et par cette fonction; ingérer, digérer, égérer, n'est-ce pas dans cette triplicité phénoménale une et indivisible que se résument les grands phénomènes de l'existence, le jeu des organes, la fin, le complément de leur action. Cessons donc de nous étonner si un gastronome a défini l'homme *un tube digestif servi par une intelligence*. J'en conviens, ce n'est pas là le type idéal de l'homme, maître de ce monde et aspirant aux cieux; mais, sous bien des rapports, c'est la vérité même. En effet, de quoi s'agit-il quand on a prononcé ces mots véritablement consacrés : manger pour vivre? De rendre la vie à ce qui ne l'a plus, on la donner à qui n'a jamais joui de ce magnifique don, d'opérer par de longues et successives élaborations sur une substance inerte, afin de la transformer en une matière homogène, en chyle, véritable ciment organique, puis d'assimiler cette matière à nous-mêmes, d'entretenir ainsi dans sa pleine action cet appareil physico-chimico-biotique, qu'on appelle vulgairement homme, comme disait Broussais, d'en faire notre sang, nos os, notre chair, notre vie, ce que nous sommes et tout ce que nous sommes. Mais comment s'opère ce grand acte d'unité consubstantielle?

. . . . Par quel secret mystère,
Ce pain, cet aliment dans mon corps digéré,
Se transforme en un lait doucement préparé?
Comment toujours filtrant en des routes certaines,
En longs ruisseaux de pourpre il court enfler mes veines,
A mon corps languissant rend un pouvoir nouveau,
Fait palpiter mon cœur et penser mon cerveau?

Ah! voilà le point difficile, la limite de notre savoir. Il s'en faut infiniment que nous connaissions la vérité, toute la vérité sur ce grand sujet. Nous n'avons sondé, exploré que la surface, le fond, c'est-à-dire le plus important a échappé à nos instrumens, à nos recherches, à notre ardente curiosité. Nous sa-

et si perfectionnable, son institution a pour but de faire prévaloir l'appareil nerveux, ou de déprimer des fonctious inférieures, qui deviendraient trop dominantes. Toutefois, les diverses classes de la société, on des gouvernemens, dans chaque contrée et d'autres siècles, exigent des cultes spéciaux d'institutious nationales, qui chacune attestent la flexibilité de notre nature physique et morale. Il en résultait une discipline fort opposée à Sparte et à Sybaris, à l'école de Pythagore, retranchant tout, et à celle d'Aristippe, n'empêchant rien; de là des tempéramens bien divers.

En effet, si, par une culture toute contraire, la même plante nous procure des qualités de fruits différentes, pourquoi l'homme ne sortirait-il pas tout antre de la caserne, dn séminaire et d'un collége? D'ailleurs, chaque tempérament préfère le mode d'éducation qui lui convient le mieux.

On peut réduire à trois modifications principales les méthodes d'éducation; 1° le régime de la force; 2° celui de la religion; 3° celui de l'intelligence, sous quelque climat ou gouvernement que vive l'epèce humaine (1).

1° Le *régime de la contrainte physique*, on de la force brute et des châtimens, le plus vulgaire, est nsité partout contre les penchans grossiers. Il a pour but d'assouplir la viguenr de l'appareil musculaire, on plutôt de discipliner la volonté par la douleur, sans exiger même l'intervention d'une instruction plus éclairée chez les esclaves et sous le poids dn despotisme. Tel est l'état passif dn nègre asservi, des serfs dans le moyen-âge, des ilotes, dn fellah d'Égypte, dn mougik russe, sous la verge, le knout, etc. C'est presque l'unique mode d'éducation de tous les barbares, avec la canne, le bambou, en Asie; le fouet dn Tartare, la *schlague*, conservée encore pour le soldat chez beaucoup de nations, afin d'obtenir l'obéissance et le travail corporel. On fouettait même les pages et les enfans des plus grands seigneurs dans les temps ancieus: Cyrus, enfant, fut fouetté chez les Perses. Pierre-le-Grand frappait encore, au XVIII[e] siècle, les plus nobles Russes de sa cour.

S'il existe, en effet, des êtres tellement stupides, lourds et tardifs parmi ces climats rigoureux, surtout, qui ensevelissent la sensibilité sous une fibre épaisse; s'il est des hommes qui, méconnaissant la dignité de notre nature, ou privés de ressort moral, cronpissent dans l'inertie et le vice, sans comprendre la voix de l'honneur, ni céder à la crainte religieuse; à de tels cadavres vivans, il ne reste pour moyen efficace de répression que les régimes pénitentiaires. Tel est l'état de corruption, dit l'historien Tacite, qu'amènent, soit la dégradation des mœurs, soit l'abrutissement de la tyrannie, qu'on ne redoute plus que les supplices corporels, devenus une nécessité. De là les prisons, les bagnes, le gouvernement du sabre, la loi militaire.

La vie que confère ce genre d'éducation la réduit à un état presque animal, ennemi de toute occupation intellectuelle, car on y redoute même l'instruction qui rend les caractères moins souples et moins obéissans; mais cette vie agrandit en revanche les fonctions matérielles de nutrition: manger, dormir, engendrer, déployer la puissance musculaire. Aussi remarque-t-on cette prééminence corporelle chez les nations toutes guerrières en général, telles que les Slaves, les Tatars et autres individus adonnés au culte de la force, unique but de leur estime avec les jouissances purement physiques. Longin attribuait à cette cause l'extinction de l'amour des lettres et des arts dans la chute des empires, ou leur retour vers la barbarie. Peut-être résulte-t-il de cet engourdissement des sentimens moraux, faute d'exercice, chez ces êtres dégradés, un rétrécissement graduel de l'encéphale comme par l'idiotie et le crétinisme. En effet, dans ce genre d'éducation, il n'y a presque aucune acquisition intellectuelle, mais plutôt mépris de la science, comme jadis parmi la noblesse féodale du moyen-âge, n'honorant que la guerre et la vaillance, ainsi que toutes les races gothiques et vandales.

2° Le second mode d'institution est l'*éducation religieuse*, on la moralisation avec abstinence et intimidation, méthode débilitante des fonctions d'innervation, fort ancienne dans l'Inde parmi les brahmes, introduite en Europe par les pythagoriciens surtout. Elle y fut propagée au moyen-âge par le clergé régulier et la vie monastique ou érémitique, dans les cloîtres sous des règles austères. Elle présida même, sous les auspices du christianisme naissant, à la civilisation première des barbares du nord de l'Europe, comme l'Islamisme à celle des peuplades sauvages d'Afrique et d'Asie. S'aidant de jeûnes, de carêmes ou privations temporaires de nourritures de chair, recommandant, dès l'enfance, la crainte de la divinité souveraine toujours présente, la prière, la vie intérieure, elle parvient, avec le silence, les veilles, la retraite, la saignée, à tempérer l'effervescence des passions, à faire considérer comme des sacrifices méritoires, la chasteté, la sobriété, l'oubli des injures, l'humilité surtout, cette héroïque immolation de l'orgueil humain. A tous ces titres, un tel genre d'éducation, consacrant les abstinences, obtient la reconnaissance universelle. Cette dépression volontaire du système nerveux, afin d'en faire converger à l'intérieur l'effort réagissant contre nos penchans les plus redoutables, n'est pas certainement un service médiocre rendu à la vie sociale; tous les législateurs des peuples barbares l'ont utilement invoquée. Quand cette sublime soumission de soi-même descend à l'abnégation (*perindè ac cadaver*), elle atteint jusqu'au martyre, au fanatisme cruel envers soi ou les autres, à la superstition empreinte du dogme acerbe de la fatalité, à l'extase et à l'enthousiasme. Tel est le contrepoids funeste amené par l'excès de cette tension religieuse, soit par de profondes méditations ou des insomnies après des jeûnes prolongés, soit dans la solitude et le silence, sous des climats ardens.

Les mérites éminens de cette dépression religieuse sont à la vérité compensés par des inconvéniens d'une existence paresseuse ou contemplative, avec l'abandon du travail et la pauvreté qui l'accompagne, chez les nations bigotes, surtout dans des contrées méridionales si disposées au *far niente*. Elles considèrent ce monde comme une transition pénible vers une existence supérieure et bienheureuse. On accuse encore ce genre de vie tout intérieur, de dissimulation, de fausseté ou d'hypocrisie. S'il en résulte des habitudes méditatives, elles restent dans le vague des croyances ou d'une crédulité manquant d'expérience. Toute nouveauté ébranlerait d'un doute sacrilége le dogme considéré comme la vérité immuable et parfaite, rejetant toute doctrine progressive.

La constitution du corps amenée par cette vie abstème ou réductive dans l'éducation religieuse fait donc alanguir les fonctions vitales. Elle conspire vers l'état d'hypochondrie ou de mélancolie, soit que les indivi-

(1) Le peuple romain, si valeureux, mais brigand sous les institutions de Romulus, devint dévot, mais superstitieux, sous celles de Numa; enfin, il fut civilisé, mais corrompu, sous l'empire d'Auguste. Il serait facile de rencontrer encore parmi les Romagnols d'aujourd'hui plusieurs types indélébiles de ces anciens caractères.

---

vons seulement que l'organisme, formé d'innombrables molécules, véritables homœoméries d'Anaxagore, se compose et se décompose sans perdre son unité vitale et sensitive; que chaque molécule, privée de la puissance qui lui fut assignée temporairement, est expulsée pour être remplacée par une autre molécule douée de la vie, en sorte, comme le dit Endt, que « la nutrition ressemble à un acte générateur continué (1). » Mais que de choses obscures encore, que de voiles à soulever, aussi que de systèmes, que d'opinions fausses, absurdes, ridicules ont régné sur ce point de la science. Encore une fois, *manger pour vivre!* c'est bientôt dit et même bientôt fait; mais le comment, tel est le problème dont la solution n'est pas encore donnée.

Notre ignorance est d'autant plus fâcheuse que cette fonction est des plus importantes pour la vie, pour la santé, pour le bien-être. Bien ou mal digérer, voilà les deux parts faites à notre espèce de bonheur ou d'infortune, c'en est du moins le point de départ. Vous avez un appétit de prolétaire, comptez alors sur des jouissances infinies et variées; vous n'avez qu'un estomac délabré, je vous plains, la sagesse et la maladie vous attendent chargées d'aphorismes et de privations. *Souffrir* ou *s'abstenir*, en voilà le fondement; tant la ligne est étroite entre les désirs et les regrets.

Car, sans répéter ce qui a été dit sur ce sujet, et il a été dit beaucoup de choses, il est certain que l'estomac est pour ainsi dire le point d'appui, l'*hypomochlion* de nos affections, de nos sentimens, de nos idées, le point central de l'existence physique et morale. L'homme, cet *esprit-corps*, est plus qu'il ne le croit sous l'empire de l'estomac. Eh bien! connaissez-vous un viscère plus capricieux, plus irrégulier, plus susceptible, plus inquiet, plus irritable? C'est un tyran sans pitié, c'est une Providence continuelle, c'est un ami perfide, c'est un père de famille *qui dat omnibus et recepit ab omnibus*, c'est l'origine, le siége d'une infinité de maladies, c'est par lui qu'on les guérit, c'est une source de douleurs et de privations, c'est le dispensateur de nos jouissances les plus réelles, les mieux senties. Or, qui n'a point étudié ses instincts, ses goûts, ses répugnances, sa faiblesse, sa tolérance, ses habitudes, ses triomphes sur le *moi* ou ses défaites, ne peut prétendre à connaître l'homme et ne sera jamais médecin de souche hippocratique. Aussi Van Helmont avait-il placé son *archée*, espèce d'âme charnelle, dans ce viscère. Ce grand homme savait combien le gaster maîtrise l'humanité, combien sa puissance est formidable dans la vie individuelle et même dans la vie sociale. Oui, dans la vie sociale; car, on le sait, la conscience et l'estomac sont si voisins, si intimes, si influens, qu'il existe entre eux une responsabilité mutuelle. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans tout ventre creux la conscience est fort au large. J'ajoute que si l'on comprenait, d'une part, combien les grandes questions sociales et politiques se rattachent aux grandes questions gastronomiques; de l'autre, l'énorme différence qui existe pour les résultats sociaux entre une digestion prompte, facile, et une digestion pénible, laborieuse, je soutiens qu'on obtiendrait la solution d'une infinité de problèmes historiques vainement cherchée dans les poudreux et futiles

(1) *Nutritio sanè videtur esse veluti continuata quædam generatio.*
(Endt, Opera omnia medico-physica. Lug. Batav., 1657.)

dus y soient prédisposés naturellement dès l'enfance, soit que ce tempérament en résulte à la longue. De là, l'indolence ou plutôt l'immobilité au moral, comme le repos au physique qui semble être l'essence de ce mode d'institution. Se croyant alors parvenue au faîte de la sagesse, elle se pose dans l'Inde comme la lumière du monde et se sanctifie d'elle-même chez le fakir.

Sans doute, ce genre d'éducation est favorable aux inspirations harmoniques de la pensée et aux muses, tant que les facultés y jouissent de leur spontanéité, de leur pleine intégrité; cependant il peut se développer dans des imaginations ardentes plusieurs rêveries ou folies, faute de l'appui de l'expérimentation par l'emploi des sens extérieurs, seule voie de constatation habituelle des réalités. Ainsi l'on est disposé, dans les cloîtres et l'isolement, à s'abandonner aux influences occultes de prétendus agens miraculeux, démons ou génies, jusqu'à récuser le témoignage de l'évidence. On en a vu des preuves chez les martyrs de toutes les religions, tant ces prédominances internes savent obtenir d'empire sur certaines complexions nerveuses, concentrées par de longues méditations solitaires et non ramenées à la vie extérieure.

Et cette captivité de nobles intelligences est d'autant plus étroite qu'elle s'entoure de lieux respectés et s'aggrave par les efforts même tentés pour les rompre. Aussi la lutte des fonctions corporelles ou de *la chair* contre l'*esprit* devient peut-être la seule condition assez victorieuse pour emporter la balance; c'est qu'elle résulte du contrepoids de la nature opprimée aspirant à ressaisir son équilibre primordial. Aussi, dans presque tous les cultes, la plupart des sacerdoces, pour obtenir cet état de pureté virginal et de méditations religieuses, se consacrent au célibat dans l'un comme dans l'autre sexe, sans toutefois se mutiler les organes, puisque cette privation factice enleverait le mérite du sacrifice et de la volonté.

3° Le troisième mode d'institution éminemment destiné au *déploiement de l'intelligence et de la sensibilité morale* est approprié à la vie civilisée des peuples les plus libres et les plus éclairés. Ce mode fut jadis cultivé avec des degrés et des succès divers par les nations riveraines de la mer méditerranée, soit en Asie-Mineure, soit dans le nord de l'Afrique (chez les Phéniciens et les Egyptiens), soit anciennement dans les Indes orientales (Hindoustan, Chine) et la Perse; il se perfectionna surtout parmi les Grecs, puis chez les Romains d'où la civilisation moderne fut transmise jusque dans le nord de l'Europe. On sait qu'elle s'est plus ou moins déployée depuis dans toutes ses colonies et dans l'Amérique du nord principalement avec la liberté politique.

Ce mode consiste dans l'exercice prédominant de l'appareil encéphalique au moyen d'études scolaires, d'instructions orales, un expérimentales, avec le perpétuel stimulant de l'émulation, des luttes d'ambition ascendante et par la libre émancipation de la pensée, même sans le concours religieux. Le système nerveux, sollicité sans cesse, acquiert, dans les collèges, les académies, etc., un surcroît de vitalité, par le repos du corps, pendant les longues années d'une jeunesse trop sédentaire, en maintenant dans l'infériorité relative le système musculaire et retardant la floraison génitale s'il se peut, car les muses sont chastes.

Par là l'organisme nerveux de la vie de relation obtient une prépondérance d'action tellement active, si l'on force beaucoup ces études, qu'elles débilitent singulièrement le reste de l'économie, la condamnent aux dyspepsies des organes digestifs (1), exaltant, au contraire, l'énergie sensitive, pouvant déterminer des fièvres cérébrales ou des spasmes et névroses, l'hypochondrie, les manies (suivies parfois aussi d'épuisemens et d'idioties).

En général, l'éducation civilisatrice dégrossit les membres, amincit ou rend la fibre plus impressionnable au physique et au moral, assouplit, effémine même les organes, les fait délicats, excitables, grêles. Moins robuste de corps, mais plus ardent, plus impétueux, l'homme civilisé s'exalte dans le sentiment de son honneur, de sa liberté; l'antique citoyen des républiques de la Grèce et de Rome, ainsi que le noble, le *baron* jadis, puis le bourgeois émancipé par nos constitutions modernes, joint à l'affaiblissement des croyances religieuses, la tolérance ou l'indifférence des cultes: tous répudient le régime des châtimens corporels qui mutilent l'activité de l'âme, et attentent jusqu'à la dignité du soldat, selon nos opinions actuelles. Mais cette complexion exaltable, fébrile et généreuse, résultant encore, *dans la race blanche caucasique*, du régime stimulant de la vie civilisée, l'expose aux irritations nerveuses, la rend impatiente du frein, rebelle à toute violence qui ne commande pas au nom du droit, de la raison ou de la loi. Encore y obéit-elle difficilement; car la liberté intellectuelle est une sorte de royauté.

Cette éducation libérale, moins astreinte à des privations que l'éducation par la contrainte physique, ou que celle de la vie religieuse, peut jouir, sans empêchement aucun, de tout genre de nourritures excitatrices, comme de l'emploi libre de boissons spiritueuses, si illimité parmi les nations adonnées au culte de Bacchus, *Liber pater*. Il les dispose à l'audace, à se soustraire plus ou moins aux dominations du corps et de l'esprit, tandis que l'esclave n'en a pas les moyens habituels, et le religieux ne l'ose pas d'après ses règles étroites. Moïse se plaint que son peuple, engraissé de la moelle des animaux et enivré du sang de la grappe, résiste indocile (*duræ cervicis*) aux préceptes sacrés. Aussi les législateurs de l'Orient ont limité, par des carêmes, par des abstinences hygiéniques, cette liberté d'alimentation et de boissons stimulantes qui contribue principalement à la vivacité de l'appareil innervateur.

Il s'ensuit donc que ce genre d'institution exalte la vie plus intensivement, sollicite et hâte précocement sa maturation, écourte aussi parfois la taille et l'existence, rend passionné, spirituel, curieux et avide de nouveautés, de révolutions politiques, irritable, insatiable de désirs ou d'acquisitions de toute sorte. Si par là, il émancipe davantage nos facultés, il doit les consumer en diverses carrières, comme par l'abus des jouissances; il peut corrompre immodérément l'innocence enfantine encore ubtuse, dégourdir trop tôt les sens par un essor surexcitant.. Alors les barrières des castes ont été renversées, les tendances démocratiques favorisant l'ascension des ambitions vers les sommités sociales, on a vu les esprits enflammés par cet élan fébrile dans les entreprises industrielles et commerciales, ou dans les luttes artistiques et littéraires, allumer cette fièvre hectique nerveuse de l'extrême civilisation. Celle-ci est d'ailleurs fomentée par le régime stimulant moderne, spiritueux, café, aromates, etc. Qu'on ne s'étonne pas si, à la renaissance, au seizième siècle, avec les schismes de Luther et de Calvin, ont dû succéder les émancipations politiques de la Suisse, de la Hollande, de l'Angleterre, puis des Etats-Unis

(1) *Imbecilli stomacho omnes penè cupidi litterarum sunt.* Celse.

documens de nos archives. Le dieu *ventripotent*, selon le mot de Rabelais, manifeste son intervention dans presque toutes les actions humaines; son poids est immense dans la balance de la destinée des nations.

Mais la seule influence de l'estomac ne suffit pas: ce sont les alimens sur lesquels il doit agir qu'il convient d'étudier avec soin. C'est de leur quantité, de leur choix, de leurs qualités et surtout de leur rapport avec l'organe qui doit leur imprimer le premier sceau de vitalité que dépendent une foule de phénomènes importans, dans notre économie même intellectuelle. Sans vouloir, comme certains médecins ou philosophes, faire de la morale avec un système digestif énergique ou défectueux, il est certain qu'on ne saurait nier les hautes influences du régime. Adopter une sobriété de bracmane ou se livrer aux absorbantes réalités du comfort culinaire, présente d'énormes différences pour les résultats de la santé physique et morale; il faut donc avouer que le choix des alimens ou des *morceaux*, si l'on veut, doit attirer toute la réserve, toute la sagacité de l'homme prudent, comme du médecin habile. C'est alors qu'on a pour ainsi dire dans sa main la balance du bien et du mal. Au choix qu'on fait, aux habitudes qu'on prend, sont liées des conséquences de santé, de vie, de longévité, d'infirmités plus ou moins immédiates, mais assurées. Ce que votre estomac accepte ou repousse, le oui ou le non qu'il prononce, la mesure qu'il indique; telle est la sentence de ce juge intérieur à laquelle il faut se soumettre: *Dura lex, sed lex.* Selon un gastronome célèbre: « Dis-moi ce que tu manges et je te dirai qui tu es. » Peut-être serait-il mieux de dire: Dis-moi ce que tu digères et je te dirai tes plaisirs, tes douleurs, tes ennuis, tes désirs, tes souffrances, ta part de jouissances et de bonheur, ton étoile, ta destinée. Qu'on ait la possibilité, au bout d'une longue vie, d'estimer, de peser les résultats, et l'on trouvera qu'il n'y a rien là d'exagéré.

Et si l'on voulait aller plus loin, rien de plus facile de démontrer que, dans le développement esthétique des intelligences, l'estomac et les alimens jouent un rôle important et pas assez connu. Pétrir des idées dans le laboratoire de son cerveau est une fonction essentiellement sympathique avec celle de digérer dans l'estomac une foule de substances. C'est ici que l'homme animal et l'homme raisonnable ont les plus intimes rapports, que l'esprit et la matière se confondait dans une indiscernable union. Les ressorts de l'imagination se montent ou se détendent, la pensée plane, s'élance ou languit, la verve se soutient et s'énerve, le feu sacré brille ou s'éteint, précisément en raison du choix des alimens, de l'excitation de l'*archée* stomacale, de ses tyranniques exigences. Le docteur Otto, de Copenhague, vient tout récemment de faire des recherches relatives à l'influence des substances narcotiques sur les facultés de l'esprit, recherches très dignes d'intérêt. Mais que serait-ce si l'on examinait de point en point l'influence de chaque aliment, de chaque boisson sur l'encéphale et l'intelligence? On sait que l'aliment est un agent vivifiant, ou un agent morbifère par sa qualité ou sa quantité; car il n'est que trop vrai, *plus occidit gula quam gladius*; on sait encore l'influence d'un régime quelconque et persévérant sur l'économie et l'esprit, mais on n'a sur ces objets de haute hygiène que des données très générales, quelques principes vagues, incertains. Des études faites avec plus de profondeur et de précision démontreraient qu'il y a ici des résultats immenses à établir pour la santé et le bonheur des hommes; il ne faut que creuser, sonder, examiner, approfondir les causes et les effets pour trouver de riches filons encore inexplorés. Le temps, dit-on, fait les bonnes doctrines, car le temps c'est

d'Amérique, enfin la puissante révolution française propagée par diverses commotions épidémiques et des contre-coups dans toutes les colonies du globe.

Si cette diathèse civilisatrice est consomptive, surtout parmi les classes opulentes, dont la vie ardente est abrégée par ses abus, cependant il existe dans ces mêmes conditions des moyens d'en éloigner, par toute sorte de *comfort*, beaucoup d'inconvéniens qui frappent aujourd'hui sur les classes pauvres. C'est ainsi qu'on voit se prolonger l'existence générale dans les états les mieux policés, malgré cette prédominance épuisante, et la vie morale peut soutenir la vie physique dans les carrières littéraires.

Mais combien aussi de floraisons avortées parmi ces jeunes talens éclos en serre chaude pour en obtenir rapidement de fades primeurs dans leurs cultures forcées! Car l'état présent de l'éducation des colléges n'est-il pas surchargé d'études indigestibles pour de si débiles intelligences? De là des épuisemens prematurés, des dispositions à des commotions cérébrales, soit aiguës, telles que les encéphalites, soit chroniques dégénérant plus tard, les unes en exaltations et manies, les autres en idioties, celles-là en vibratilité agacée, spasmodique (hypochondrie, hystérie), celles-ci en congestions apoplectiques ou en paralysies, en épilepsies, etc. Telles sont presque toutes les névroses résultant de cette susceptibilité exagérée de l'enfance, de cette surexcitation impétueuse, convulsive, suite de veilles intenses on développée par les spectacles et antres plaisirs cueillis aux dépens du sommeil on du repos si nécessaire à l'esprit comme au corps, outre l'abus de soi-même trop souvent. Faut-il donc s'étonner de l'énervation, résultat de cette sensibilité épuisée qui fait de la civilisation extrême un commencement d'éthisie! De là pareillement, loin de l'air libre, la multiplication des phthisies. Les digestions mal élaborantes des alimens, par un régime trop excitateur, disposent aussi au carreau mésentérique, au rachitisme, aux déviations si fréquentes du système osseux et musculaire, avec un déploiement inégal et prématuré de l'appareil innervateur jusque dans la boîte encéphalique.

Par cette infériorité de la vie organique contre les prédominances des fonctions sensoriales et psychiques, l'économie atteint rarement son développement large et complet. Les constitutions s'efféminent, ainsi que les caractères. Au lieu du *grand* et du *mâle*, on ne conçoit plus que le *gracieux* et le *joli*; au lieu de s'élever à une vigueur austère et solide, on reste mou, délicat, non pas même au-delà d'une fade et doucereuse politesse; heureux quand ces qualités n'appellent pas trop une politique de froide frivolité ou même de fausseté! Peu d'hommes parvenus à la civilisation la plus exquise ont su conserver l'équilibre sain et normal de leur raison en toute chose. En effet, le génie avoisine déjà la folie, ce qui ne signifie pas à l'inverse que la folie implique le génie.

RÉSUMÉ.

De tous ces faits, on est en droit de conclure que l'emploi trop exclusif et permanent dès l'enfance de chaque institution se caractérise par un tempérament spécial à la longue.

1° Sous *le régime de la force brutale*, il en résulte, dans des corps robustes surtout, cette prédominance des fonctions musculaires et de celle de nutrition au détriment des plus relevées; de là ces habitudes toutes matérielles, ou sensuelles, irréfléchies, comme dans le jeune âge, favorisant la complexion épaisse, inerte, lymphatique : *temperamentum musculoso-torosum* de Haller. Il domine sous les climats froids et humides, dans les classes rustiques principalement.

2° Par *l'institution religieuse* et les abstinences, le corps aspire à devenir sec, sobre, brun, à sensations concentratives, à une vie solitaire et taciturne, signalant le tempérament atrabilaire, débile, timoré et chagrin de la vieillesse, avec dépression de l'appareil nerveux, que sa faiblesse même dispose à la ruse : *temperamentum melancholicum* des anciens. Il est fréquent dans les pays chauds méridionaux.

3° Par *l'éducation intellectuelle*, le déploiement excessif de l'innervation constitue cette diathèse grêle, délicate, souple ou docile, et à mobiles impressions. Elle devient pénétrante et sagace, mais souvent explosive par accès et secousses, en abusant des stimulans dans sa sensibilité exubérante. Telle est la complexion parfois épuisée, hectique et spasmodique signalée dans notre civilisation avancée : *temperamentum nervosum, excitabile*, des modernes. Il se généralise parmi les régions tempérées du globe, surtout dans les classes supérieures de la société.

Il résulte de ces considérations que les éducations trop absolues ont besoin d'être tempérées par un régime mixte plus salutaire pour équilibrer les fonctions du corps et celles de l'intelligence (1).

(1) Voir aussi notre HYGIÈNE PHILOSOPHIQUE APPLIQUÉE A LA CIVILISATION MODERNE, ETC.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LES LÉSIONS DES ARTÈRES FESSIÈRE ET ISCHIATIQUE, ET SUR LES OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT ; par F. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

B. TUMEUR HÉMORRHAGIALE DIFFUSE. Il n'est peut-être pas d'artère dont la lésion expose plus que la fessière à la formation d'un anévrisme faux primitif. Toutes les conditions semblent réunies pour la production de cet effet des blessures artérielles. La profondeur du vaisseau, son volume considérable, l'impossibilité d'appliquer une compression exacte, la disposition des plans musculaires concourent simultanément à faciliter l'infiltration du sang et sa réunion en un vaste foyer. Pour peu que ce fluide ait de la difficulté à jaillir au-dehors, en raison de l'étroitesse et de l'obliquité de la plaie, ou de ces deux circonstances réunies, il s'engage au-dessous du muscle grand fessier, qu'il soulève graduellement, de manière à former une tumeur quelquefois énorme. Les phénomènes de l'anévrisme diffus étaient déjà sensibles dans le fait précédent; mais on les verra beaucoup plus prononcés dans l'exemple que nous allons reproduire, et que John Bell a rapporté avec des détails et une appréciation qui ont exercé de l'influence dans la pratique des chirurgiens.

---

l'expérience; eh bien! le temps et l'expérience m'ont convaincu que par la *seule* alimentation bien conduite, sagement dirigée, on peut guérir un grand nombre de maladies et les adoucir toutes, ce que je nommerais volontiers la *thérapeutique gastronomique*. On conviendra que cette matière médicale en vaut bien une autre surtout par les substances qui en sont la base. Guérir, en effet, par ce qui plaît au goût, par ce qui flatte ce sens délicat; en un mot, par les béatitudes gastronomiques, ne serait-ce pas le summum de la perfection de notre art? le principe essentiel, fondamental de cette heureuse méthode, serait de mettre dans un parfait rapport l'aliment et l'estomac, et, comme je l'ai dit ailleurs de maintenir l'équilibre entre l'excitement et l'excitabilité (1), bien entendu qu'il faudra dans les applications distinguer le besoin naturel du besoin factice : par conséquent les gourmands et les gourmets, les gastrophiles et les gastrolâtres, les individus circonspects, prévoyans, des hommes suffisans, téméraires, qui, parce qu'ils ont du ventre, se croient de la capacité, etc; mais je m'arrête, ces considérations poussées trop loin, peut-être sous l'inspiration de l'estomac, nous écartent du but principal de cet article.

Ce que j'ai dit suffira néanmoins pour prouver l'importance sous les points les plus variés de la fonction digestive, et combien sont immenses les conséquences de ces mots d'une simplicité si évidente : *manger pour vivre*! aussi s'est-on occupé dans tous les temps de l'appareil digestif, de ses fonctions et de l'alimentation, toutefois sous des rapports bien différens. D'abord les physiologistes ont étudié les organes et les fonctions; ensuite les hygiénistes qui ont fondé les lois à établir sur ce point afin de maintenir la santé; puis ceux qui se sont occupés artistement et avec amour de la confection des alimens, à la tête desquels il faut placer le célèbre Antonin Carême; enfin ces hommes d'un esprit fin, délicat, observateur, dont l'estomac et le palais éprouvés savent distinguer l'exquis, le parfait dans le régime alimentaire pris à une certaine hauteur de vues. Ne méprisons pas cette science de la gastronomie bien entendue, elle a ses principes, ses lois, ses règles, je dis plus son utilité, car il s'agit moins dans leurs leçons d'une exubérance de force gastrique que d'un choix d'alimens, admis par l'expérience et ratifié par l'estomac. Veut-on en avoir la preuve? Consultez les *Classiques de la table*, cette encyclopédie gastronomique, faite avec tant de goût, de charme et d'esprit par M. Fayot.

Toutefois, malgré tant de travaux, de recherches, de perfectionnemens, il existait une remarquable lacune. C'est un ouvrage qui présentât l'ensemble et la succession harmonique des phénomènes de la digestion, qui en fît voir les principes les plus exacts, les mieux fondés sur l'expérience; qui en déterminât les rapports sympathiques avec l'économie, considérée dans ses phases diverses, et dans ses types les plus variés; où les règles d'hygiène et de conservation, ainsi que leurs conséquences, fussent tracées avec un ordre admirable; où le savant, l'homme d'esprit, l'homme du monde, l'homme bien portant et le malade pussent trouver d'utiles enseignemens, pour les éclairer dans l'art de vivre, de digérer sans fatiguer l'estomac; où l'expérience fût toujours guidée par les faits, appuyée sur des principes, démontrée par les résultats. Eh bien! cet ouvrage est

(1) ETUDES DE L'HOMME DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE MALADIE, etc.; t. I; mémoire sur la *santé*, sa base radicale.

ANÉVRISME FAUX DE L'ARTÈRE FESSIÈRE.

OBS. DE JOHN BELL. — Un pauvre homme, marchand de sangsues, eut le malheur de tomber en sortant de son bateau. De longs ciseaux pointus qu'il avait sur lui pour son usage lui pénétrèrent dans la hanche, précisément à l'endroit de l'échancrure ischiatique, où l'artère fessière sort du bassin. Cette artère fut blessée; il se fit une grande hémorrhagie; le malade tomba en syncope. Le chirurgien appelé n'eut pas beaucoup de peine à arrêter la sortie du sang par une plaie aussi étroite et aussi profonde, et encore moins à obtenir la cicatrice. Bientôt il se forma une tumeur considérable. Le malade quitta le nord de l'Écosse, où lui était arrivé l'accident. Six semaines après, il vint à Édimbourg, où il fut reçu dans notre hôpital, ayant une tumeur énorme à la hanche, la cuisse dans un état général de contraction, la jambe fléchie, émaciée, froide et sans mouvement.

Les dimensions prodigieuses de cette tumeur lui avaient fait perdre les caractères de l'anévrisme; elle ne présentait ni pulsations ni diminution de volume par l'effet de la compression. Seulement, comme elle s'était accrue avec rapidité, elle s'accompagnait de beaucoup de douleur et de la perte des mouvemens du membre; cet état fâcheux rendait le malade très docile et lui faisait souhaiter ardemment l'opération.

Il y avait peu de doutes sur l'existence d'un anévrisme, mais aussi il était possible que ce fût un vaste abcès. Dans une consultation, nous décidâmes que le malade serait apporté dans la salle des opérations; qu'on inciserait la tumeur dans une petite étendue; que, la peau disséquée, on pénétrerait dans le sac avec la pointe d'une lancette; que, s'il contenait du pus, on l'ouvrirait largement; mais que, si on découvrait que ce fût un anévrisme, une nouvelle consultation aurait lieu.

Je fis une incision de deux pouces et demi; je mis à découvert l'aponévrose *fascia lata;* elle était très épaisse et d'une couleur blême; au-dessous étaient les fibres du grand fessier; j'y plongeai mon bistouri, et à l'instant sortirent avec force de gros caillots de sang noir et solide. Il restait à déterminer si une artère était décidément ouverte et quelle était cette artère. L'incision que j'avais faite à l'aponévrose pouvant être fermée avec le bout du doigt, je continuai à exprimer des caillots de la tumeur, jusqu'à ce que je vis sortir un sang chaud et vermeil. Alors je remplis la plaie d'une tente; je la recouvris d'une large compresse, et ayant mis le malade dans son lit, je chargeai un aide de comprimer de la main cet appareil.

Tout cela fut fait à une heure; à quatre eut lieu la consultation et tout de suite après, l'opération. Voici ce que je trouve de plus remarquable dans mes notes.

1° Au moment où, ayant incisé la tumeur dans une étendue de 8 pouces, je la vidai de ses caillots, le sang en sortit avec sifflement et avec une telle impétuosité que les assistans en furent couverts. Aussitôt vingt mains s'empressèrent autour du sac anévrismal, le remplirent d'éponges et de bourdonnets de toute espèce. Ce tamponnage n'arrêta pas le sang, qui ne sortait plus par jet, mais coulait entre les lèvres de la plaie et abondamment sur tout cet appareil, que mes mains comprimaient. Un signe bien plus alarmant nous annonça la continuation de l'hémorrhagie. Cet homme, qui d'abord n'était pas couché, mais s'appuyait sur ses coudes, tomba tout à coup, laissant aller sur les côtés de la table ses bras sans vie et sans pouls, sa tête était pendante et livide; il poussa deux ou trois profonds soupirs et nous le crûmes mort.

2° Voyant dans cette conjoncture difficile qu'un coup hardi pouvait seul le sauver, je portai l'instrument tranchant en haut et en bas, et je donnai à mon incision environ deux pieds de longueur. Je plongeai ma main dans l'anévrisme, je rejetai la grande éponge qui couvrait l'artère; je sentis le jet du sang liquide et posai le bout de mon doigt sur l'orifice du vaisseau ouvert; j'en reconnus distinctement les pulsations; alors seulement je fus assuré que cet homme vivait encore. Les assistans écartèrent les bords de ce kyste anévrismal énorme, le débarrassèrent de plusieurs petites éponges dont on l'avait rempli et le nettoyèrent avec soin; puis, laissant mon doigt sur l'artère, je passai dessous une grosse aiguille garnie d'une ligature, de manière à ce que le vaisseau fût enveloppé dans un lien que serra un aide. Je retirai mon doigt et nous vîmes clairement que c'était l'artère iliaque postérieure qui avait été coupée complètement en travers; que le sang en était sorti par une large ouverture; qu'elle était coupée et liée précisément là où elle se recourbe sur l'os. Quoique les extrémités fussent froides, la face plombée, que le malade eût cessé de respirer et qu'il parut mort; quoiqu'on ne pût sentir sur son corps des pulsations, j'en apercevais de si fortes dans l'artère liée toutes les fois que je plaçais mon doigt dessus que nous n'eûmes pas de doute que ce malade ne vécût encore. Néanmoins il était si prodigieusement affaibli qu'après avoir rapproché les bords de la plaie et appliqué le bandage nécessaire, nous fûmes obligé de faire apporter un lit dans la salle des opérations, où nous le laissâmes entre les mains des élèves et des infirmiers.

Il guérit de cette immense plaie en moins de sept mois, quoique la cicatrisation en fût retardée par la suppuration énorme d'un tel sac et par la mortification de l'os des îles et du sacrum, qu'avait affectés principalement le long séjour du sang anévrismal au-dessus d'eux. Les exfoliations furent considérables, surtout au sacrum, où elles continuèrent jusqu'au moment où la plaie se ferma.

Lorsque cet homme quitta l'hôpital, il était incomplètement guéri: il boitait et marchait à l'aide d'un bâton. Cependant il se crut en état de reprendre sa profession et alla en Angleterre dans ce dessein. Le docteur Farquharson, mon successeur dans l'hôpital, m'a appris plus tard qu'il avait revu cet homme à son retour d'Angleterre en parfaite santé et marchant solidement.

(TRAITÉ DES PLAIES, trad. du professeur Estor,
p. 105 et suiv.)

L'observation de John Bell est la première qui ait été racontée avec détail, et dans laquelle on ait pu se faire une idée de la gravité de l'hémorrhagie et des difficultés de l'opération. John Bell semble, du reste, n'avoir rien négligé pour assombrir le tableau qu'il a tracé; il ajoute même, dans les réflexions dont il fait suivre son récit, que c'est un des anévrismes les plus volumineux qu'on ait jamais vus, puisqu'il ne contenait pas moins de huit livres de sang, et qu'il offrait en outre l'exemple d'une plaie très rare, faite par un instrument aigu à l'une des artères les plus profondes et les plus volumineuses du corps, dans un point où toute compression est inutile. En effet, la compression la mieux dirigée, celle de l'aorte même, exercée par M. Farquharson, n'avait pu suspendre ni les pulsations de l'artère fessière, ni l'écoulement du sang. Aussi cette observation a-t-elle découragé la plupart des chirurgiens qui ont eu à traiter des anévrismes de la fessière, à partir de l'époque où John Bell la fit connaître. Les dangers qu'on croyait courir en imitant la conduite de l'opérateur anglais firent abandonner le projet de lier la fessière, pour lui substituer la ligature de l'artère hypogastrique. Nous ne voulons pas dissimuler les embarras et la gravité réelle qui se sont rattachés à ce cas particulier; mais un examen impartial permet de voir que la plupart de ces circonstances sont exceptionnelles. Quelque facilité qu'ait le sang à s'épancher dans les tissus, on comprend qu'il faut les conditions les plus malheureuses pour que la quantité du liquide extravasé s'élève jusqu'à huit livres. Bien que l'incision propre à mettre à nu le vaisseau blessé doive être considérable, il ne sera jamais utile de lui donner 2 pieds d'étendue, et John Bell lui-même eût pu se dispenser sans doute de la prolonger autant. Ce n'était nécessaire, ni pour extraire les caillots, ni pour atteindre le vaisseau avec la facilité désirable. Enfin, l'exfoliation de l'os des îles qui est survenue à la suite de l'opération et de l'immense plaie qui en résultait est une complication insolite que l'on ne saurait transformer en argument contre la ligature de la fessière. Ajoutons que la manière dont cette tumeur hémorrha-

---

l'HYGIÈNE DE LA DIGESTION, par notre confrère Paul Gaubert. J'ai lu ce livre avec attention, avec intérêt, avec plaisir; or je puis assurer que le fond et la forme en sont également louables. De pareils ouvrages conçus avec savoir et discernement, pleins de bonne doctrine, de fines observations, d'aperçus ingénieux, instruisent certainement mieux et plus vite qu'une foule de livres écrits avec emphase et pédanterie, précisément parce qu'ils plaisent sans prétention paradoxale, sans faste de nouveauté, sans fracas d'érudition, d'expérimentation. L'auteur est certainement du petit nombre des auteurs qui, prenant leur travail au sérieux, se donnent la peine de rechercher, d'observer, de penser, puis de bien rendre ce qu'ils ont conçu et pensé. Aussi a-t-il pu dire avec confiance: « Cette étude a été faite avec l'exactitude d'un homme de science.... L'HYGIÈNE DE LA DIGESTION est pour nous l'accomplissement d'un devoir, d'un vœu suggéré par une bonne pensée... Nous avons nous-même et nos malades ont trouvé de nouveaux ressorts pour la vie dans un usage éclairé des alimens; notre but est de mettre les autres à même d'en faire autant. » Rien de plus sensé, de plus modestement spirituel. Un pareil langage prouve non seulement un auteur fortement convaincu, mais le médecin qui a longtemps médité sur l'objet de son travail et qui l'a considéré sous une multitude de rapports. Ainsi M. Gaubert ne s'en tient pas à l'exposé de certains phénomènes connus de tous, il en découvre d'autres, il les approfondit tous, il en examine les fondemens, il en fait presque une doctrine. Je l'ai déjà dit: les faits ne disent rien par eux-mêmes, c'est l'esprit qui les fait parler, qui en donne l'initiative scientifique; on en acquiert la preuve dans l'ouvrage dont il s'agit, d'autant plus que tout y est positif; ce n'est pas l'indication vague de la vérité, mais son expression rigoureuse, sa formule applicable.

Je me garderai bien de donner une froide et incomplète analyse de l'HYGIÈNE DE LA DIGESTION, le lecteur y perdrait trop. C'est dans le livre même qu'on puisera l'exacte connaissance des idées de l'auteur, de sa manière libre, franche, toujours marquée au coin d'un sens juste et vrai. Contentons-nous d'indiquer l'économie de l'ouvrage d'après les expressions mêmes de l'auteur. « Notre livre, dit-il, se divise en trois parties: dans la première, nous faisons connaître le mécanisme de la digestion, ses rapports de fonction et de sympathie avec les autres fonctions. Dans la seconde, nous traçons les règles de l'hygiène de la digestion telles qu'elles conviennent à chaque climat, à chaque saison, à chaque tempérament, à chaque sexe, aux différens âges, aux professions, enfin aux constitutions maladives. Un dictionnaire des alimens forme notre troisième partie. » Ce plan est heureux, nettement tracé, et l'auteur a su l'exécuter avec ce savoir profond, varié, qui n'appartient qu'aux hommes qui ont longtemps médité et observé. On remarque surtout dix-sept propositions, accompagnées de commentaires, qu'on peut regarder comme la substance première, le *substratum* des lois de la fonction digestive. Le fond et la forme de cet ouvrage sont d'ailleurs toujours dignes et graves; ce n'est point une *poétique* de la digestion, mais bien sa complète et importante histoire. Toutefois, l'auteur a su l'orner d'un style facile, coulant, plein de charmes. C'est un réseau agréable, qui, maille à maille, finit par envelopper la conviction et la retenir captive. Et pourquoi en serait-il autrement? La science, pour être sérieuse, est-elle condamnée à la sécheresse, à la pédanterie et à l'ennui? L'auteur en a jugé différemment, et il faut l'en féliciter. M. Gaubert est un médecin judicieux qui cause avec

giale a été traitée et que la temporisation nécessitée par les consultations qui ont eu lieu ont notablement concouru à la gravité immédiate de l'opération, et ont entretenu une hémorrhagie qu'une conduite plus active aurait pu suspendre sans compromettre la vie du malade. M. Richard Carmichael ayant à remédier à des accidens analogues suivit une conduite différente, et sachant écarter les appréhensions inspirées par l'exemple de John Bell, il parvint à lier la fessière sans avoir à subir l'appareil des phénomènes effrayans qui ont été indiqués. Nous n'hésitons pas même à conclure que si le malade de John Bell a pu survivre après de pareilles épreuves, comme celles-ci sont tout à fait exceptionnelles, on pourra raisonnablement compter sur un succès dans les cas ordinaires.

C. Anévrisme faux circonscrit. Bien que les circonstances propres à la diffusion du sang dans les tissus existent dans la région fessière, cet accident n'est pas une conséquence inévitable des lésions artérielles de cette partie du corps. La direction et l'étendue de la blessure, l'influence de la compression générale que l'on exerce sur les tissus, et qui, en rapprochant les plans musculaires, oppose un obstacle à la pénétration du sang dans leurs interstices, peuvent limiter ce fluide dans un foyer plus borné qui revêt les caractères d'un kyste anévrismal. L'application de la main ou de l'oreille donne alors la sensation d'une pulsation plus ou moins forte, accompagnée d'un bruit particulier qui coïncide avec l'expansion que subit la tumeur.

Ces divers caractères, et en général tous ceux qui peuvent appartenir aux anévrismes traumatiques des artères pelviennes postérieures, sont réunis dans le fait suivant, qui peut servir de type, soit pour le tableau pathologique, soit pour les indications à remplir.

Anévrisme consécutif de l'artère fessière ; ligature.

Obs. de M. Richard Carmichael. — Le 19 septembre 1833, je fus appelé près de Master West, âgé de 17 ans, qui onze jours auparavant avait reçu par accident un coup de canif à la hanche droite; la lame avait pénétré aussi loin que le manche l'avait permis. Il en sortit aussitôt un jet de sang tellement impétueux qu'il alla se briser contre le mur de la chambre près duquel le jeune homme était assis. Toutefois, l'hémorrhagie fut aisément arrêtée par M. Alkenson.

Trois jours après, le malade, impatient, se leva imprudemment de son lit et descendit les escaliers. Mais il était à peine retourné à sa chambre qu'il ressentit une douleur aiguë à la hanche, suivie d'un gonflement immédiat qui augmenta de jour en jour jusqu'à ce que je fusse appelé.

A l'examen, je trouvai toute la hanche droite considérablement tuméfiée et rénitente au toucher; la peau avait légèrement changé de couleur et offrait quelque peu l'aspect d'une ecchymose. La tuméfaction était telle, qu'à peine pouvait-on sentir le trochanter. En mesurant les deux hanches à l'aide d'un ruban passé entre les cuisses et ramené à l'épine antéro-supérieure de l'iléum, la hanche offrait 2 pouces de circonférence de plus que la saine; la partie supérieure de la cuisse, aussi très tuméfiée, avait un pouce et demi de plus que l'autre, et la coloration anormale des tégumens se prononçait plus ou moins en descendant jusqu'au jarret. La petite cicatrice de la plaie était située à environ un demi-pouce au dessus du bord supérieur de la grande échancrure sciatique, dans le point où l'artère fessière sort du bassin. Il n'y avait pas de pulsation sensible à l'œil, même à l'examen le plus attentif; mais les fortes pulsations d'une tumeur anévrismale se manifestaient à l'oreille par l'auscultation, soit médiate, soit immédiate.

Il était donc évident que la tuméfaction de la hanche ne dépendait pas de la présence d'un foyer de pus, quoique le malade, depuis l'apparition du gonflement, eût été saisi de frissons fréquens accompagnés de fièvre symptomatique et de saleté de la langue, mais qu'elle provenait d'une effusion de sang en conséquence d'une lésion du tronc de l'artère fessière ou de l'une de ses branches les plus volumineuses.

Comme je connaissais des exemples de plaies d'artères considérables guéries dans des circonstances analogues, et quoique le membre fût infiltré de sang, je jugeai convenable de laisser au malade les chances d'une guérison semblable avant de recourir à l'opération. Comme la tumeur était douloureuse et le pouls vif et dur, je fis pratiquer au bras une saignée de 10 onces. On fit prendre au malade, toutes les six heures, une potion avec la teinture de digitale; on appliqua sur la tumeur des lotions froides et le repos absolu dans la position horizontale fut recommandé. Ce traitement, auquel on joignit quelques opiacés pour calmer la douleur et le malaise, fut suivi durant cinq jours, mais sans aucun succès; au contraire, la tuméfaction de la hanche et du membre tout entier allait en croissant, et l'état du patient était si fâcheux qu'il réclama lui-même l'opération, qui fut pratiquée le 24 septembre, en présence de MM. Colles, Adams, Dowel, Hutton, Logan, et du docteur Brown, qui voulurent bien me prêter leur assistance.

Opération. Le malade étant placé sur une table et couché sur le ventre, je commençai l'opération par une incision de 5 pouces de longueur, commençant 1 pouce au dessous de l'épine iliaque postérieure et supérieure, et à peu près à la même distance de la marge du sacrum, et je la continuai obliquement en bas vers le grand trochanter. Le grand et le moyen fessiers furent alors rapidement divisés, ou plutôt leurs fibres écartées (l'incision étant faite dans la direction de ces fibres), dans la même étendue que la plaie des tégumens. Le sang coagulé qui constituait la tumeur apparut alors à travers le sac ou le tissu cellulaire condensé qui le recouvrait. Celui-ci fut divisé dans toute l'étendue de l'incision, en faisant courir sur le doigt indicateur introduit dans le sac, un bistouri boutonné, et son contenu consistant en une ou deux livres de sang coagulé, fut rapidement enlevé à l'aide des deux mains et jeté dans une assiette à soupe, qui en fut complètement remplie. Un large jet de sang nouveau remplit à l'instant la cavité que je venais de vider; mais l'endroit précis d'où il était venu étant reconnu, je parvins, par la compression exercée avec le doigt, à prévenir une effusion ultérieure, tandis que le sang déjà écoulé était enlevé avec une éponge. C'était évidemment le tronc de l'artère fessière qui avait été blessé, précisément dans le point où il débouche de l'échancrure sciatique. J'essayai, mais en vain, de m'assurer de l'artère au moyen du ténaculum. J'eus alors recours à une aiguille ordinaire d'une grande longueur; avec cet instrument, je réussis immédiatement à passer une ligature autour du vaisseau blessé et à prévenir toute hémorrhagie ultérieure. Après avoir attendu quelque temps pour m'assurer que l'artère était parfaitement liée, j'introduisis de la charpie au fond de la plaie, car il n'y avait pas lieu d'espérer la réunion par première intention entre les parois de la cavité énorme qui avait contenu le sang coagulé. Le malade fut reporté à son lit, et on lui administra des anodins.

Les suites de l'opération furent des plus favorables. Le troisième jour, l'appareil extérieur fut enlevé. Le quatrième, la plus grande partie de la charpie dont on avait rempli la plaie fut retirée ce qui donna issue à un flot de pus de bonne qualité. Le sixième, la ligature tomba et on ôta le reste de la charpie. Dès-lors, le pus commença à diminuer tous les jours, et à l'instant où j'imprime cette observation (soixante jours après l'opération), le malade est complètement convalescent, et la plaie marche rapidement à sa guérison. (Mémoire sur la ligature de l'artère fessière. — The Dublin Journal of medical and chymical sciences. — Id. Gaz. Méd., 1834.)

L'observation de M. Carmichael est très complète et résume les circonstances habituelles des lésions traumatiques de l'artère fessière. Aussi a-t-elle été justement remarquée, et c'est depuis l'époque de sa publication que la ligature de l'artère fessière s'est rangée parmi les opérations réglées de la chirurgie. Sous le rapport pathologique proprement, ce fait met en évidence les circonstances les plus caractéristiques. Parmi ces dernières, on remarquera l'accroissement de la tumeur vers la partie in-

---

ses malades tout en les éclairant; c'est un confrère instruit qui nous fait part du fruit de ses recherches, de son observation; c'est un homme du monde qui avertit et conseille avec esprit sur l'éminente fonction de manger, de digérer, et ses démonstrations sont expérimentales s'il en fut jamais. Que faut-il de plus pour faire un bon ouvrage, qui se lise avec plaisir et profit? C'est celui de l'Hygiène de la digestion. Rare et bonne fortune pour nous autres critiques, de trouver enfin un livre bien pensé, bien écrit, où tout est consciencieux, utile et pratique. Il est si cruel d'avoir tout à la fois le supplice de lire un livre ennuyeux et d'avoir l'ennui de le prouver!

R. P.

— La réunion de MM. les professeurs particuliers pour les cours d'été aura lieu le samedi 29 mars à midi précis, à la Faculté.

---

férieure de la région fessière et une saillie si médiocre au dessus de l'échancrure sciatique, que la petite cicatrice cutanée correspondant au point de pénétration de l'instrument vulnérant était à peine élevée à un demi-pouce au dessus de la situation présumée du bord supérieur de l'échancrure sciatique. Le développement de la tumeur vers la partie inférieure est une circonstance qui nous paraît devoir être prise en considération pour la direction à donner à l'incision qui doit mettre l'artère à découvert. Il est évident que si, à l'exemple de M. Carmichael, on pratique une incision oblique parallèle aux fibres du muscle grand fessier, on ne peut atteindre le vaisseau sans ouvrir le sac et par conséquent sans exposer aux dangers qui accompagnent l'opération de l'anévrisme par l'ancienne méthode, et notamment sans provoquer une nouvelle hémorrhagie immédiate qui complique l'exécution opératoire. En donnant une direction transversale à l'incision au niveau du bord supérieur de l'échancrure sciatique, il ne serait pas moins facile d'atteindre le vaisseau, et l'on aurait la chance de pouvoir refouler en bas le kyste anévrismal et de placer une ligature au dessus de lui sans l'ouvrir. Les essais que nous avons souvent faits sur le cadavre, concernant cette manière d'opérer, nous ont démontré qu'elle était préférable à la méthode ordinaire. Nous aurons à la décrire plus tard avec les détails convenables. Au reste, l'opération du chirurgien de Dublin n'en fut pas moins exécutée avec courage et habileté, et elle méritait le succès qui l'a couronnée. Aussi l'exemple de M. Carmichael a-t-il bientôt trouvé des imitateurs; une observation de ce genre a été publiée par M. Roger dans les MED. CHIR. TRANSACTIONS. Nous n'avons pu nous procurer ce document; l'autre l'a été par M. Baroni; c'est le fait que nous avons cité plus haut.

D. ANÉVRISME VARIQUEUX. Pour qu'un anévrisme de cette nature se forme, il faut généralement que l'artère et la veine soient accolées, que leur volume soit assez considérable et que la veine soit placée plus superficiellement que l'artère. Or ces diverses conditions sont réunies pour les vaisseaux de la région fessière. La veine fessière est assez volumineuse chez quelques sujets, et elle correspond généralement au côté postérieur et interne de l'artère, en sorte qu'elle peut être intéressée pour les instrumens qui pénètrent profondément dans la région. Nous avons rencontré fortuitement cette veine à l'état variqueux sur un sujet qui nous servait à faire des essais relatifs à la ligature de l'artère fessière. La dilatation variqueuse correspondait à l'échancrure sciatique et avait le volume d'une noisette, en sorte que l'artère était complètement recouverte par elle et qu'un instrument n'aurait pu l'atteindre, sans entamer nécessairement la veine dilatée. Les vaisseaux ischiatiques présentent des rapports analogues et par conséquent peuvent être simultanément lésés et devenir le siége d'un anévrisme par transfusion. La rareté même des blessures de la région explique comment on possède encore si peu d'exemples d'anévrismes variqueux des vaisseaux qui la parcourent; mais théoriquement on en conçoit la possibilité et rien ne s'oppose à ce qu'on regarde comme authentique l'observation suivante qui appartient à M. le professeur Riberi de Turin; elle est relative à une varice anévrismale de l'artère ischiatique. Nous la transcrivons d'après l'analyse qui en a été faite par la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (1838).

VARICE ANÉVRISMALE DE L'ARTÈRE ISCHIATIQUE.

OBS. DE M. RIBERI. — Un paysan, âgé de 25 ans, fut blessé avec une petite faulx vers le milieu de l'année 1832, à la fesse droite, vis-à-vis la grande échancrure sciatique et dans le trajet de l'artère de ce nom. Le sang s'écoula en abondance de ce vaisseau, mais on l'arrêta à l'aide d'une forte pression. Quatorze jours après, la cicatrice était formée et consolidée. Au bout de ce temps, en quittant le lit, le malade éprouva le sentiment d'une forte pulsation dans le lieu blessé, puis des douleurs qui l'empêchèrent de marcher. La fesse prit de l'accroissement. Un an après, le malade fut reçu à la clinique.

A l'examen, on trouva une tumeur pulsatile à la fesse, ainsi qu'une cicatrice, longue de 16 lignes, dirigée de haut en bas et de dedans en dehors sur le trajet de l'artère ischiatique et vis-à-vis de la grande échancrure de ce nom. La fesse était d'un tiers plus volumineuse que l'autre et sillonnée par de grosses veines souscutanées. En portant le doigt sur la cicatrice et sur le bord osseux de l'échancrure, à quelques lignes en dedans de cette ouverture, on sentait très distinctement une pulsation sifflante dans l'étendue de 3 à 4 lignes; on reconnaissait d'ailleurs, dans toute la fesse, des pulsations obscures accompagnées d'une sorte de frémissement ou de tremblement, lesquelles partaient de l'échancrure sciatique et se répandaient en direction rayonnante dans toute la région.

M. Riberi fit saigner deux fois le malade, puis appliquer des vessies de glace et la compression sur la tumeur. Ces moyens dissipèrent presque complètement la douleur. La compression fut exercée pendant trois mois à l'aide d'un tourniquet; la fesse reprit son volume naturel; les pulsations disparurent complètement aux environs de la fesse, mais elles persistèrent quoiqu'à un moindre degré, à l'endroit de la cicatrice. Alors on appliqua un bandage sur la région, et le malade retourna chez lui où il resta pendant trois ans.

Vers l'été de 1838, le malade est revenu à la clinique dans le même état que la première fois; la tumeur et les pulsations avaient repris les conditions primitives, mais le malade ne se plaignait pas de douleurs, seulement son membre était engourdi. On a eu recours à la compression à l'aide d'un brayer et d'une pelote appropriée. Nouvelle amélioration *ut suprà*. Le malade a de nouveau quitté l'hôpital. M. Riberi n'a pas cru devoir jusqu'à présent pratiquer d'opération sanglante.

III. — DE L'ANÉVRISME SPONTANÉ DES ARTÈRES FESSIÈRE ET ISCHIATIQUE.

Nous nous bornerons à énoncer les caractères propres à cette maladie, en écartant la mention de ceux qui appartiennent aussi bien aux anévrismes ordinaires qu'à ceux de la hanche. Son histoire pathologique se réduira ainsi aux traits les plus essentiels relatifs aux causes, au mode de développement, au diagnostic et à l'anatomie morbide de ce genre d'anévrisme.

A. HISTOIRE PATHOLOGIQUE. Les *causes* des anévrismes spontanés de la hanche sont variables et quelquefois obscures. Sur six observations que nous avons pu recueillir, l'anévrisme s'était montré quatre fois à gauche et deux fois à droite. Tantôt la tumeur se développe spontanément, c'est-à-dire sans cause provocatrice connue; d'autres fois elle succède d'une manière plus ou moins prochaine à des contusions d'une intensité variable, mais dont l'action s'est fait ressentir jusque sur les vaisseaux qui sortent de l'échancrure sciatique, malgré leur profondeur et la protection qu'ils reçoivent de la part des organes superposés. Dans quelques cas, c'est à la suite d'un effort considérable que la tumeur s'est manifestée, pendant l'acte de la défécation, par exemple.

Quelle que soit, au reste, la cause de ces anévrismes, leur *développement* se fait, en général, avec assez de lenteur, lorsque toutes les tuniques de l'artère ne sont pas simultanément lésées au même degré. Comme le vaisseau malade est lui-même profondément situé, ce n'est quelquefois qu'après un temps assez long et lorsque la tumeur est déjà d'un certain volume que les malades s'en aperçoivent. Plus tard, ces anévrismes forment un relief plus ou moins sensible au-dessous de la peau et se présentent avec l'apparence d'une tumeur circonscrite pulsative, située sur le milieu de la région fessière. La tumeur occasionne de la douleur, de l'engourdissement et de la difficulté dans les mouvemens du membre inférieur, à cause de la pression qu'elle exerce sur le nerf sciatique. Arrivés à ce degré de développement, les anévrismes de la région fessière peuvent rester stationnaires. Notre collègue M. Dubrueil nous a communiqué qu'il avait eu l'occasion d'observer sur un médecin, une tumeur anévrismale volumineuse qui s'était développée spontanément et qui, après avoir acquis un accroissement assez considérable pour mettre tous ses caractères en évidence, était restée stationnaire pendant plusieurs années. Le malade s'était refusé à toute sorte d'opération. D'autres fois les progrès de la tumeur sont incessans et la terminaison fatale des anévrismes, c'est-à-dire la rupture, devient de plus en plus imminente. Un des premiers chirurgiens de Londres, au rapport de Stevens (1), donnait ses soins à un malade affecté d'un anévrisme fessier; la tumeur s'étant considérablement accrue, se rupture et la mort en fut la suite. Le docteur Jeffray (2), de Glascow, fut consulté pour un cas où l'artère fessière était devenue anévrismale et reconnut la nécessité d'en pratiquer la ligature. Cet avis salutaire ayant été rejeté, d'autres chirurgiens furent appelés en consultation. On s'accorda enfin sur l'opportunité de la ligature; mais il était trop tard; pendant que le docteur Jeffray faisait ses préparatifs pour l'opération, la tumeur se rompit, et le jeune malade expira quelques instans après. Il peut arriver encore que, bien que la rupture de l'anévrisme ne se produise pas, une terminaison fâcheuse ait également lieu, à cause du trouble que la présence de la tumeur détermine dans l'innervation et la nutrition du membre et à cause du retentissement que ces résultats ont dans l'économie entière. Ce genre de perturbation se montra dans un fait que nous rapporterons ultérieurement.

Le *diagnostic* des anévrismes spontanés de la région fessière peut être établi d'après les caractères précédemment énoncés, lorsque la tumeur est d'un volume considérable. Mais si elle est médiocrement développée, elle peut échapper à l'observation et même passer inaperçue au malade. L'extrême brièveté des troncs artériels apporte de l'obscurité dans ce diagnostic auquel il est impossible d'appliquer les procédés ordinaires affectés à la détermination des anévrismes externes. L'influence de la compression entre la tumeur et le cœur ne peut être appréciée à cause de la brièveté du tronc, de l'insuffisance ou de la nullité du point d'appui et enfin de l'obstacle qu'oppose la tumeur. L'influence de la compression entre celle-ci et les capillaires n'est guère plus profitable, en raison de la prompte réduction des branches artérielles en petits rameaux. On n'a donc que la ressource de l'exploration spéciale et directe de la tu-

(1) MEDICO-CHIRUR. TRANSACT., t. V, p. 424.
(2) Même recueil, même page.

meur elle-même. Or alors même qu'on est convaincu de l'existence d'un anévrisme, on peut être incertain sur le siége de ce dernier et confondre celui de l'artère fessière avec celui de l'ischiatique; nons verrons que cette méprise est arrivée deux fois, l'une dans l'observation de M. Stevens, l'autre dans celle de M. Ruyer. La proximité des deux vaisseaux, leur position et quelquefois leur origine commune peuvent expliquer cette erreur de diagnostic qui du reste s'est montrée sans importance dans un cas où l'artère hypogastrique a été liée.

Quelques maladies de la hanche ont une apparence analogue à celle des anévrismes des vaisseaux fessier et ischiatique; un kyste placé sur leur trajet et soulevé par les battemens artériels, une tumeur érectile, sont aptes à simuler leur existence. Un abcès lentement développé dans la même région pourrait aussi tromper le chirurgien. On conçoit que réciproquement un anévrisme à pulsations obscures puisse être pris pour un abcès. Cette erreur a été commise dans un cas rapporté par White (1); l'anévrisme ouvert laissa écouler une pinte de sang; la ligature de l'artère iliaque interne fut jugée nécessaire. Les erreurs de diagnostic sont d'autant plus graves lorsqu'il s'agit de tumeurs anévrismales qu'elles peuvent suggérer l'emploi de moyens dangereux par eux-mêmes et inutiles pour la maladie qui a été le sujet de la méprise. On lit dans les journaux modernes (2) qu'un célèbre chirurgien de Londres pratiqua la ligature de l'artère iliaque primitive pour un prétendu cas d'anévrisme de la fessière. Le malade succomba huit mois après, et à l'autopsie on reconnut que c'était une tumeur encéphaloïde.

L'état anatomique des anévrismes de la région fessière a été examiné dans des conditions favorables. Les deux observations suivantes montreront de remarquables dispositions, l'une dans l'artère fessière, l'autre dans l'ischiatique, et pourront tenir lieu de description.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE FESSIÈRE GAUCHE GUÉRI SPONTANÉMENT; AUTOPSIE.

Obs. de l'auteur. — Une femme, détenue à la maison centrale de Montpellier, succomba pendant l'hiver de 1842, et fut apportée dans les salles de l'école pratique de la Faculté de médecine.

On ne possédait sur cette femme aucun renseignement important, non plus que sur la maladie dont les traces furent découvertes pendant la dissection. Le sujet ne présentait même aucun indice extérieur d'une tumeur anévrismale dans la région fessière gauche; il n'offrait point de cicatrice, et l'embonpoint dont il était doué contribuait à effacer toute apparence d'anévrisme. Mais comme ce cadavre était destiné à l'étude de l'angéiologie, il fut injecté avec soin et toutes les artères furent disséquées. C'est en préparant les branches de l'hypogastrique qu'on découvrit sur le trajet de l'artère fessière et dans sa partie extra-pelvienne une tumeur circonscrite ayant l'aspect d'un anévrisme. La pièce fut alors spécialement préparée et recueillie par M. Vergez, prosecteur à la Faculté de médecine, qui eut l'obligeance de me l'adresser.

La tumeur présentait le volume d'un œuf de poule; elle était un peu aplatie d'avant en arrière et répondait dans ce sens au muscle pyramidal et aux ligamens sacro-sciatiques qu'elle recouvrait. Son fonds était situé en bas, tandis qu'en haut elle tenait par un pédicule d'un centimètre de diamètre à l'extrémité du tronc de l'artère fessière, dans le point où ce vaisseau fournit les branches terminales qui se distribuent dans les muscles de la région. L'artère fessière elle-même avait un volume considérable et dépassait de 2 centim. au moins le rebord supérieur de l'échancrure sciatique, en sorte qu'on eût pu l'embrasser sans trop de difficulté dans une ligature si les progrès de l'anévrisme eussent rendu une opération nécessaire. Mais dans ce cas, les efforts de la nature, ou les circonstances dans lesquelles était placée la tumeur avaient écarté toute indication de l'opération, et il était facile de reconnaître, en examinant l'état de la tumeur, qu'elle portait les caractères d'un anévrisme guéri.

Le sac avait des parois épaisses parsemées d'intervalle à intervalle de plaques cartilagineuses et de granulations calcaires. La portion rétrécie par laquelle il adhérait au tronc artériel était oblitérée par des caillots sanguins et de la lymphe organisée; cependant l'artère elle-même, non seulement n'était pas oblitérée dans ce point, mais elle était au contraire dilatée, ainsi que les branches qu'elle fournit. Les rameaux de la fessière étaient effectivement dans cette disposition remarquable décrite, par M. Breschet, sous le nom de *dilatation cirsoïde* ou varice artérielle. L'obturation du collet de l'anévrisme était si complète que l'injection qui distendait le tronc et les divisions de la fessière n'avait nullement pénétré dans la cavité de la tumeur. En ouvrant celle-ci, je l'ai trouvée complètement remplie de couches fibrineuses conservant encore la couleur du sang, mais avec les apparences d'une nouvelle organisation, ayant acquis une densité considérable et présentant des granulations osseuses très sensibles.

Les organes qui avoisinaient la tumeur étaient dans l'état normal; l'artère hypogastrique présentait aussi la disposition ordinaire.

L'observation qu'on vient de lire nous paraît digne d'attention à plusieurs égards. C'est un nouvel exemple du mode très rare de guérison spontanée de l'anévrisme, sans oblitération du vaisseau avec lequel la tumeur communique. Non seulement l'artère principale n'est pas oblitérée, mais elle est au contraire augmentée de volume, aussi bien que les branches qu'elle fournit. Ce fait dépend sans doute de ce que la direction de la tumeur, dont le fond était tourné en bas, mettait à l'abri de toute pression les branches terminales de la fessière. Quoique la guérison ait eu lieu spontanément, l'état des parties démontrait qu'elle était dans les conditions le plus solidement établies, et révélait jusqu'à un certain point son mécanisme. On remarquera, d'une part, que la tumeur anévrismale était aplatie et comme pressée entre le muscle grand fessier et les organes qui remplissent l'intervalle de l'échancrure iliaque. En sorte qu'il y a lieu de croire que cette espèce de compression entre les deux plans musculeux et fibreux avait contribué à la guérison spontanée. D'une autre part, le col de l'anévrisme était obturé d'une manière tellement solide que l'injection du vaisseau ne put la surmonter; enfin, les parois de la tumeur, épaissies, parsemées de plaques cartilagineuses et de granulations calcaires, signalaient un travail local ancien dont les résultats étaient mieux démontrés encore par l'endurcissement et les transformations du caillot. Ce dernier se présentait dans des conditions rarement observées, celles d'une incrustation calcaire très prononcée.

Nous ferons remarquer enfin que si la nature n'eût pas elle-même accompli la guérison, cette dernière eût pu être effectuée par les ressources de l'art sans aller à la recherche de l'artère hypogastrique. L'anévrisme était comme suspendu à l'extrémité du tronc fessier, et celui-ci était non seulement à l'état d'intégrité entre la tumeur et le cœur, mais il dépassait suffisamment le rebord de l'échancrure sciatique; en sorte qu'il eût été facilement accessible au chirurgien, et que malgré la présence de la tumeur, une ligature eût pu être appliquée à une assez grande distance de son collet pour que cette opération n'entraînât aucun danger. Une incision transversale, faite au niveau du rebord de l'échancrure sciatique, aurait mis à découvert le tronc artériel sans exposer à léser la tumeur placée au dessous, tandis que l'incision longitudinale, recommandée par les chirurgiens qui se sont occupés de la ligature de la fessière, eût exposé à ouvrir l'anévrisme et à rendre l'opération plus périlleuse.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE ISCHIATIQUE GAUCHE PRIS POUR UN ANÉVRISME DE LA FESSIÈRE; MORT; AUTOPSIE.

Obs. de M. Ruyer, D. M. à Sénones (Vosges).—Madame S..., âgée de 66 ans, d'une constitution robuste, bien conformée, d'un tempérament sanguin, habituée à des occupations pénibles, fit une chute le 17 septembre 1821, sur la fesse gauche; cette chute fut suivie de douleurs vives et lancinantes, et d'une petite tumeur dure et sensible qui parut soudain au centre de la partie lésée. Aucun moyen thérapeutique ne fut employé contre cette contusion; elle fut abandonnée aux soins de la nature.

Le 1er février 1825, une nouvelle chute sur la fesse gauche fit reparaître des douleurs plus aiguës que les premières; elles portèrent la malade à réclamer les secours d'un médecin, lequel méconnut la nature et la gravité de la maladie. La tumeur présentait alors la grosseur d'un œuf de poule. En la comprimant légèrement, on sentait sur tous les points de la surface une des pulsations isochrones à celles de l'organe central de la circulation. Des cataplasmes émolliens, des pommades irritantes et la médecine curative de Leroy furent les seuls moyens mis en usage, pendant deux mois, contre cette maladie grave, qui réclamait une opération chirurgicale.

Le 10 novembre 1825, je fus invité à voir cette malade. Je trouvai le pouls faible et accéléré, l'appétit bon, la soif nulle et de l'insomnie causée par des douleurs aiguës et passagères qui s'étendaient depuis la partie malade jusqu'à la plante du pied; à cette époque, la tumeur anévrismatique avait 21 pouces de circonférence; les battemens artériels étaient sensibles sur toute sa surface; la peau n'avait subi aucune altération dans sa couleur; sa température était très élevée.

L'énorme volume de cette tumeur, la difficulté de pouvoir reconnaître si le sac anévrismatique ne pénétrait pas dans le petit bassin, l'âge avancé et la grande faiblesse de la malade me firent renoncer à une opération qui, dès le principe de la maladie, aurait indubitablement réussi et rendu à la santé cette malheureuse victime de l'ignorance et du charlatanisme.

Je me bornai à la médecine palliative. Je prescrivis le sirop d'acétate de morphine; il fit goûter à cette infortunée les bienfaits du sommeil. La digitale à forte dose fut employée inutilement; les réfrigérans ne purent être mis en usage à cause des douleurs aiguës qu'ils occasionnaient.

Le 18 janvier 1826, la fièvre parut; aussitôt les douleurs pulsatives de la tumeur se calmèrent et ne reparurent plus. Le membre abdominal du côté malade devint d'une sensibilité extrême; le moindre mouvement faisait jeter les hauts cris à la malade. La peau conserva toujours sa couleur naturelle, excepté sur le dos du pied où parurent plusieurs taches bleuâtres: la mort arriva le 3 février suivant.

Autopsie. Les trois cavités splanchniques n'offrirent rien de remarquable; le cœur était dans l'état normal. En examinant l'artère iliaque primitive du côté malade, j'y aperçus plusieurs traces d'ossification. Le sac anévrismatique ouvert présenta 21 pouces de circonférence; il renfermait une matière abondante qui ressemblait en partie à du sang mêlé avec du pus; les fibres des trois muscles fessiers étaient presque totalement détruites. Au fond de cette vaste caverne, l'artère fessière, dans son passage par l'échancrure sciatique, conservait sa situation et la direction qu'elle affecte dans l'état naturel; son calibre était assez

(1) Voy. plus bas, obs.
(2) Ann. de la chir. franç. et étrang. Mai 1843, p. 116.

grand pour pouvoir y introduire l'index; les parois de ce vaisseau étaient saines à un pouce au delà de sa sortie du petit bassin, espace qui aurait été suffisant pour y passer des ligatures (1).

Nous avons eu l'occasion de voir au musée d'anatomie pathologique de Strasbourg la pièce qui a fourni le texte de l'observation précédente. Une détermination inexacte avait fait attribuer à l'artère fessière une lésion qui appartenait à l'artère ischiatique. Aussi M. Ehrmann a-t-il rectifié cette observation dans le catalogue qu'il a publié en 1838 (2). L'examen plus attentif des phénomènes morbides, de leur cause, de leur siége primitif et de leur mode de développement eût peut-être permis de reconnaître, pendant la vie, quel était le vaisseau malade. Si l'inspection des parties, sur le cadavre, n'a pas immédiatement indiqué le siége réel de la lésion, c'est sans doute parce que l'artère fessière comprimée par la tumeur était en partie oblitérée. Mais l'autopsie n'en a pas moins révélé un fait important dans ses applications thérapeutiques: c'est que le vaisseau affecté d'anévrisme était sain à une assez grande distance en deçà de l'échancrure sciatique, et qu'en conséquence il eût pu recevoir une ligature avec un espoir fondé de succès. Cette révélation anatomo-pathologique doit entrer en ligne de compte dans le choix des procédés opératoires pour le traitement des anévrismes fessiers. Nous reviendrons avec plus d'opportunité sur l'appréciation de ces procédés, lorsque nous aurons exposé les faits qui se rapportent à ce sujet.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT BAYERISCHER AERZTE.

DU STAPHYLÔME DE LA SCLÉROTIQUE ET DE LA HERNIE DE CETTE MEMBRANE; par le docteur STAUB.

Après des considérations anatomiques, physiologiques et physiques très étendues sur la nature du staphylôme et de la hernie de la sclérotique, l'auteur finit par établir les propositions suivantes qui résument en partie son travail. Le staphylôme de la sclérotique ne se forme qu'à la suite d'inflammation, le plus souvent chronique, de la choroïde, de l'iris et en même temps de la sclérotique, inflammation dépendant d'une dyscrasie et donnant lieu à des altérations de la vision, à des produits pathologiques dans la choroïde, l'iris, le corps vitré et même la rétine. Le staphylôme ne peut se former que par le ramollissement suite d'inflammation de la sclérotique, qui devient plus extensible à l'endroit malade, tandis que, dans la hernie de la sclérotique observée chez des personnes avancées en âge, elle est due à la friabilité de la sclérotique, dont les fibres transverses se rompent pour laisser les longitudinales s'écarter, comme le font les fibres de la ligne blanche dans la hernie de cette région.

La fréquence du staphylôme de la sclérotique diminue avec les progrès de l'âge, tandis que la hernie de la sclérotique a une base inégale, large, arrondie, sans direction déterminée; sa partie saillante ordinairement volumineuse, sphérique et conique, forme fréquemment des bosselures multiples, groupées les unes sur les autres dans différentes directions; tandis que la hernie de la sclérotique consiste dans une tumeur unique, faisant saillie à travers une fente elliptique, pointue ou arrondie à ses extrémités et dirigée dans le sens des fibres longitudinales, tumeur dont la hauteur diminue peu à peu depuis son centre jusqu'à ses bords, sans présenter de bosselures, quand même elle se trouve encore croisée par quelques rudimens de fibres longitudinales. Les parois du staphylôme de la sclérotique sont le plus minces au sommet, et d'autant plus épaisses qu'elles s'approchent de la base, où elles se confondent peu à peu avec la substance saine de la sclérotique; tandis que, dans la hernie de la sclérotique, les parois de la tumeur sont partout également minces, à bords nettement distincts de la sclérotique et toujours visibles, lors même que cette membrane paraît frangée et déchirée.

(1) REVUE MÉD., 1832.

(2) La pièce pathologique, sous le n° 1475, avec le titre d'*Anévrisme de l'artère ischiatique*.

Le staphylôme ne s'observe qu'aux endroits où les artères ciliaires pénètrent dans le globe de l'œil, et sa fréquence est en rapport avec le nombre de ces vaisseaux; la hernie de la sclérotique ne se rencontre qu'au tiers moyen de ce globe et sur toute la zône moyenne, parce que là la sclérotique présente le moins d'épaisseur et se trouve davantage sous l'influence de la contraction musculaire.

DES FRICTIONS HUILEUSES CONTRE LES MALADIES DES ENFANS; par le docteur ROEDER, à Schweinfurt.

Plusieurs observations précédées de deux longues dissertations physiologique et thérapeutique touchant l'action des huiles sur l'économie animale semblent confirmer l'action efficace des frictions huileuses dans les maladies des enfans, principalement dans les consomptions.

L'auteur fait prendre une fois par jour un bain chaud, puis frictionner tout le corps, à l'exception de la tête, avec une cuillerée d'huile de lin, de pavot ou de foie de morue; envelopper les enfans dans de la flanelle et les coucher dans leur lit. Ordinairement, au bout de quinze jours, les vaisseaux absorbans sont tellement saturés que l'huile ne pénètre plus et peut encore être essuyée deux heures après la friction. Si les malades n'entrent pas en convalescence au bout de ce temps, et que le traitement soit encore indiqué, on le recommence pour huit à quinze jours, jusqu'à ce que la peau absorbe de nouveau l'huile.

Ce long article n'est, tant sous le rapport de la théorie que de la pratique, autre chose qu'une reproduction des idées de Bauer et d'Ascherson. (GAZ. MÉD., p. 733, et 796, 1840.)

SUR L'ATROPHIE DU CRANE (CRANIOTABES) ET LE TÉTANOS APNOICUS DU DOCTEUR ELSÆSSER; par le docteur WIDTMANN.

Il y a trois ans, M. Widtmann fut appelé auprès d'un enfant de 9 mois; quelques minutes après il était auprès de lui, mais déjà il le trouva mort. Au dire de la mère, l'enfant jouait sur ses genoux lorsqu'il eut un accès de suffocation, devint bleu et mourut immédiatement. Il avait toujours été un peu pâle, pleurait beaucoup, surtout la nuit; son sommeil était fréquemment interrompu; néanmoins il avait toujours un bon appétit et de l'embonpoint. Les personnes qui habillaient le petit cadavre portèrent l'attention de M. Widtmann sur l'état de l'occiput, qui était dénué de cheveux et si mou qu'il cédait comme une feuille de carton mince; il était bleu dans toute l'étendue de l'amincissement; la fontanelle antérieure était largement ouverte.

M. Widtmann, ne se rendant pas compte de cette mort si subite, l'attribua à un asthme laryngé; un an après, il retrouva, dans un écrit de M. Elsæsser, sur l'atrophie du crâne et le tétanos apnoicus, une reproduction fidèle de ce qu'il avait observé: l'amincissement des os du crâne, le ramollissement de l'occiput en partie ou en totalité, qui est souvent tel, que les os cèdent à une légère pression comme une feuille de papier.

A l'autopsie, on trouve la région occipitale flexible, poreuse, infiltrée, facile à diviser sous le couteau; souvent il y a dans le tissu osseux des solutions de continuité; il présente l'aspect d'un crible où dans les intervalles la substance osseuse est remplacée par une simple membrane. Le périoste est riche en sang, épais et fortement adhérent; à la face interne, on observe des dépressions et des sillons comme des impressions digitales. Les enveloppes du cerveau présentent des signes de congestion ou d'inflammation. M. Elsæsser regarde cet état comme le début du rachitisme, qui commence par le crâne pour se propager au reste du squelette; souvent la maladie se borne au crâne; d'autres fois elle envahit les autres os, tandis qu'elle reste stationnaire ou disparaît à la tête. La disposition à cette maladie est plus ou moins prononcée chez les enfans qui dès leur naissance sont maigres ou d'un embonpoint flasque, boursoufflé; ils ont la peau pâle, la fontanelle antérieure très grande, les sutures écartées, les fontanelles postérieures se forment lentement, les cheveux sont rares; beaucoup de ces enfans sont très agités dans les premières semaines, leur sommeil est fréquemment interrompu, ils crient beaucoup, paraissent souffrans, transpirent beaucoup, principalement à la tête; il y a souvent des éruptions miliaires. Les enfans s'effraient facilement, sont très disposés aux convulsions des yeux, de la bouche (*risus sardonicus*), des extrémités. Avec le développement ou les progrès de la maladie, l'agitation devient plus marquée, le sommeil est interrompu tous les quarts ou demi-heures par des gémissemens et des pleurs; les petits malades frottent leur tête sur les coussins, la soulèvent et y portent souvent les mains; ils s'endorment mieux s'ils sont couchés sur le côté ou lorsqu'on leur frotte la tête; ils aiment à être portés debout, surtout lorsqu'ils peuvent incliner la tête en avant et appuyer le front, l'occipital restant alors libre; ils

sont plus agités la nuit que le jour, souvent ils sont même très tranquilles pendant la journée.

Ces symptômes peuvent durer longtemps sans que l'état général paraisse très affecté, avant que les convulsions toniques et cloniques plus ou moins fréquentes et plus ou moins longues, depuis quelques secondes jusqu'à plusieurs minutes de durée, se déclarent et amènent enfin un état d'irritation et de fièvre.

L'affection tétanique se propage facilement aux muscles respiratoires et produit cette forme d'asthme connue sous le nom d'asthme thymique, d'asthme laryngé, etc., que M. Elsæsser appelle *tetanos apnoicus periodicus*, et qu'il attribue à un état de congestion momentanée du cerveau devenue plus sensible par l'amincissement du crâne (*craniotabes*).

Ordinairement la maladie se développe dans le second trimestre après la naissance.

Le traitement consiste dans l'emploi des ferrugineux, surtout du carbonate de fer à la dose d'un à cinq grains deux à trois fois par jour, avec des bains fortifians; pour entretenir la liberté du ventre, on peut ajouter à chaque dose de fer un huitième ou un tiers d'extrait d'aloès.

Obs. I. — Le 9 juin, M. Widtmann fut appelé chez une petite fille âgée de 4 mois, très agitée depuis sa naissance : sommeil souvent interrompu par des secousses, mouvemens convulsifs de la bouche, des yeux (rire sardonique). Les symptômes sont plus prononcés pendant les nuits que les jours, qui souvent sont très calmes et font contraste avec des nuits très inquiétantes. Les cris les plus violens peuvent être apaisés en levant l'enfant et le portant debout; sueurs fréquentes, surtout à la tête, que la petite malade frotte beaucoup sur le coussin. Depuis six semaines, elle change souvent de couleur, perd la respiration pendant une ou deux minutes; la face pâlit alors, les levres deviennent bleues, les yeux hagards, les extrémités inférieures raides, les doigts se contractent spasmodiquement. On n'a jamais remarqué de crises particulières. Ces accès, se répétant cinq à six fois dans les vingt-quatre heures, viennent principalement au moment du réveil de l'enfant, et finissent avec des pleurs : appétit bon, selles régulières. L'enfant, petite, bien conformée, n'est pas maigre; ses chairs sont flasques, la peau pâle, cheveux très rares, fontanelle antérieure grande, bords des sutures écartés. A un demi-pouce au dessous de l'angle de la suture lambdoïde, il y a une portion de l'occiput d'un demi-pouce de large et d'un pouce de long qui est plus mince que les parties environnantes, cède à la pression et se trouve limitée par des bords frangés. Les parens, jeunes et bien portans, ont encore un petit garçon de 2 ans, qui, quoique jouissant d'une bonne santé, n'est pas fort. L'habitation, humide, est exposée au nord; la nourriture de l'enfant consiste en bouillie et en eau de fenouil avec du sucre. On prescrivit des bains de tan, 1 grain de carbonate de fer trois fois par jour; l'infusion si recommandée de Hufeland, de rapure de corne de cerf, d'orge perlé, de sucre, de lait et de fleurs de prunellier. L'enfant fut portée souvent au grand air, la tête peu couverte.

Au bout de huit jours, l'état général était à peu près le même; mais les accès de spasme de la respiration ne vinrent plus qu'une fois dans les vingt-quatre heures.

Quatre semaines après, le teint de la face était plus frais, le sommeil plus tranquille, la transpiration moindre; et depuis quelques jours, plus de convulsions, les bords des sutures moins écartés, la portion molle de l'occipital moins étendue, à peine perceptible.

Depuis cette époque, l'enfant est restée bien portante et a fait des dents sans difficulté.

Obs. II. — Une petite fille de cinq mois et demi jouissait en apparence d'une bonne santé, mais était pâle, avait les chairs flasques, était très disposée à la transpiration, surtout à l'occiput qui était habituellement mouillé, ainsi que les coussins sur lesquels elle couchait; crâne partout couvert de cheveux, fontanelle antérieure à l'état normal, sutures réunies, mais tout l'occipital si mince que le doigt le sentait céder par le simple poids de la tête.

Trois mois après, l'occipital avait acquis la fermeté normale sans qu'on eût employé de traitement. La dentition se passa très bien sans symptômes spasmodiques de la poitrine ou de la tête.

Tous ses frères et sœurs sont d'une constitution faible et l'un d'entre eux, âgé de 6 ans, est rachitique.

Obs. III. — O. de K., enfant pâle, élevé au biberon, eut vers le quatrième mois des croûtes laiteuses à la face et à d'autres parties du corps, il portait souvent ses mains vers l'occiput où il n'y avait point de croûtes; mais il suait si abondamment à cet endroit que pendant la nuit il trempa t plusieurs linges placés sous sa tête. Le sommeil était plus tranquille lorsqu'on couchait l'enfant sur le côté.

Vers le milieu du cinquième mois, il eut tout à coup au milieu de la nuit un accès d'asthme laryngé avec les yeux hagards, face rouge, mais sans convulsions des extrémités. L'accès se répéta plusieurs fois dans la journée; sutures de la tête réunies, fontanelle antérieure normale, os occipital non flexible, mais plus épais et gonflé comme un os de rachitique. (Infusion d'herbe de pensée et de bois de sassafras; un grain de carbonate de fer matin et soir; plus tard, un quart de grain d'extrait d'aloès.)

Quinze jours après, l'enfant était tranquille et n'avait plus de spasmes du larynx, la dentition se passa bien et l'enfant marcha à l'âge de 16 mois.

Obs. IV. — M. Widtmann fut appelé au mois de janvier 1843 chez un enfant de six mois très agité pendant la nuit depuis trois semaines, suant beaucoup à la tête, se réveillant en sursaut, et se calmant lorsqu'on le portait debout ou couché sur le côté. Depuis une quinzaine, il avait des accès de suffocation qui duraient pendant une à deux minutes et se caractérisaient par les symptômes suivans : cris particuliers, arrêt de la respiration, rougeur violacée vers tout le corps, taches sombres de la dimension d'un écu sur le crâne, gonflement des veines de la tête; muscles des yeux, des extrémités et du thorax spasmodiquement contractés; des deux côtés de l'épine de l'occiput, l'os était flexible dans une étendue d'un écu; à gauche, le ramollissement se prolongeait même jusque vers l'apophyse mastoïde; il y avait peu de cheveux, et la fontanelle antérieure était très large, la peau pâle et les chairs flasques. (Cyanure de zinc, un demi-grain; poudre de racine de belladone, un quart de grain deux fois par jour, café de glands, un grain de carbonate de fer matin et soir.) Peu à peu les accès qui avaient été très fréquens diminuèrent et se réduisirent à 8 ou 10 dans les vingt-quatre heures.

Au mois de février, il n'y en avait plus que 1 à 2 dans les trois fois vingt-quatre heures; mais vers la fin du mois l'enfant fut pris d'un catarrhe et avec lui reparurent tous les symptômes convulsifs. (Trois grains de carbonate de fer dans la journée avec un quart d'extrait d'aloès.)

En mars, il n'y avait plus d'accès : le carbonate de fer fut encore continué jusqu'à mi-avril, et quatre semaines après l'occiput avait acquis toute sa fermeté convenable; et dans le mois de juin l'enfant fit des dents sans difficulté.

La mère, âgée de 30 ans, est d'une constitution très faible, a eu beaucoup d'hémorrhagies au commencement de son mariage, a quelquefois avorté et a mis au monde des enfans faibles qu'elle n'a pas pu allaiter; trois sont morts dans la première année et deux vivent encore.

Obs. V. — J. W., âgé de 5 mois, pâle, très agité et dormant peu, fut attaqué au commencement de janvier d'un catarrhe suffocant.

Le 17, dans la nuit, il eut des convulsions ayant tous les caractères d'un asthme du larynx avec contracture tétanique des extrémités; elles durèrent deux à trois minutes et revinrent après des intervalles de huit à dix minutes. Point de cheveux au crâne, grande fontanelle et sutures encore très larges, tout l'occiput flexible, surtout à droite. (Gomme arabique, 2 gros; eau de fenouil, sirop manne, de chacun une once; vin stibié, 2 gros; kermès minéral, 1 grain de plus, deux fois par jour, cyanure de zinc, un tiers de grain; poudre de belladone, un quart de grain.) Eruption scarlatineuse sur tout le corps, attribuée à la belladone qui fut supprimée; avec la diminution des symptômes de catarrhe, diminuèrent aussi ceux des convulsions (carbonate de fer, un grain deux fois par jour), qui pourtant ne cessèrent pas complétement.

Le 22 mars, les accès d'asthme reparurent avec leur première intensité. Le lendemain, ils se répétèrent toutes les dix ou douze minutes, et l'enfant mourut à deux heures et demie de l'après-midi dans un de ces accès.

Autopsie le 25. Après que le cuir chevelu fut détaché, l'occipital parut bleu foncé dans toute son étendue; il était flexible comme du parchemin, cartilagineux plutôt qu'osseux, mince comme du papier velin; son diploé spongieux, imbibé de sérum sanguinolent qu'on pouvait exprimer comme une éponge; la face interne était lisse; il n'y avait point de sillons ni aucun noyau osseux. Cerveau et méninges à l'état normal. Beaucoup de sérosité à la base du crâne et dans le canal vertébral. Poumons, cœur et thymus, pesant 6 gros, sains. Le bas-ventre ne fut pas ouvert.

La mère, âgée de 27 ans, est très nerveuse, et ses autres enfans sont faibles, sujets à des éruptions cutanées et à des ophthalmies scrofuleuses; deux d'entre eux sont rachitiques.

Obs. VI. — Une fille de 4 mois et demi succomba subitement à un accès d'ashme laryngé; elle était d'une constitution délicate, avait les chairs flasques, suait beaucoup à la tête peu couverte de cheveux; les fontanelles et les sutures étaient larges et tout l'occiput très flexible.

La mère était rachitique dans son enfance.

Obs. VII. — L. P., âgé de 6 mois, fort et bien nourri, assez bien portant, suait beaucoup à la tête dénuée de cheveux. Depuis quinze jours, il était affecté de toux catarrhale, accompagnée d'asthme laryngé, se répétant quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures. Fontanelle antérieure encore grande, sutures réunies; à la partie droite de l'occiput, il y avait une portion grande comme un écu, très flexible. (Loock, carbonate de fer, avec extrait d'aloès, cyanure de zinc sans belladone.) L'enfant a complétement guéri.

La mère est sujette à des avortemens et à des hémorrhagies utérines.

Obs. VIII. — Une fille de 6 mois fut prise, le 4 mars, de convulsions. (Calomel, fleurs de zinc, deux sangsues derrière les oreilles.)

Le lendemain, plus de convulsions, mais raideur des extrémités et asthme laryngé; tête couverte de cheveux; fontanelles et sutures fermées, mais à l'occiput deux endroits grands comme un écu, très flexibles à une légère pression; sommeil tranquille; transpiration abondante à la tête. (Carbonate de fer, 2 grains par jour; autant de cyanure de zinc avec belladone.)

Quinze jours après, plus d'accès d'asthme. (On continue le fer.)

Commencement d'avril, retour des convulsions, accompagnées d'asthme qui ne cédèrent cette fois qu'à l'emploi du sulfate de quinine, 4 grains; acide acétique, 8 grains; eau de fenouil et sirop de manne, de chacun une once; une cuillerée à café toutes les trois heures. Guérison.

Obs. IX. — Un petit garçon, faible, de 4 mois, né d'une mère délicate, a son sommeil interrompu, s'éveille en sursaut, a des mouvemens convulsifs des yeux, transpire beaucoup à la tête, mais n'a pas d'asthme; la fontanelle antérieure est

très grande, toutes les sutures sont écartées; on sent même la suture frontale jusqu'à la racine du nez. Vers les deux fontanelles latérales postérieures, il y a deux places grandes comme un écu, très flexibles; pas de cheveux à la tête; l'état rachitique fait des progrès rapides, et à neuf mois le thorax est déjà tout déformé. La mère dit avoir déjà eu un enfant dont la tête était restée molle, et l'occiput loin d'augmenter en épaisseur était devenu tout à fait pâteux. Il eut un asthme laryngé; plus tard, des contractions spasmodiques des extrémités et de la poitrine; enfin la rougeole, et mourut à l'âge de 4 mois.

Nous trouvons dans ces observations la reproduction de tous les symptômes indiqués par M. Elsæsser. Cette maladie qui ne paraît pas très rare serait aussi, selon M. Widtmann, un premier degré du rachitisme, et le traitement ne devrait être que celui employé dans toutes les affections scrofuleuses; essentiellement tonique et hygiénique.

Les observations rapportées par l'auteur sont trop incomplètes pour permettre de juger qu'il y ait en rachitisme. Toujours est-il que les accidens convulsifs qu'il signale n'ont rien de commun avec cette dernière maladie, ce qui donne de fortes raisons de craindre qu'il ne se soit trompé dans son diagnostic.

II. ALLGEMEINE ZEITUNG FUR CHIRURGIE, INNERE HEILKUNDE UND IHRE HEILWISSENSCHAFTEN.

PUBLIÉ PAR LE DOCTEUR ROHATZSCH.

DE LA CONSTITUTION DE L'URINE DE L'HOMME ET DES CARNIVORES; par M. JUSTUS LIEBIG.

Il est remarquable que jusqu'à présent l'on ignore quelle est la matière qui dans l'urine de l'homme et des carnivores a la propriété de rougir les couleurs bleues végétales. Dans le plus grand nombre des traités de physiologie et de chimie, l'on attribue la réaction ocide de l'urine à l'acide urique ou à l'acide lactique, sans qu'on ait pu démontrer positivement la présence de ce dernier dans l'urine. Lorsque le lait devient aigre, c'est le sucre de lait qui, par son contact avec la caséine en décomposition, se convertit en sucre de lait, sans qu'aucun élément soit ajouté ou enlevé au lait.

On sait que lorsque, dans le lait, le sucre de lait s'est transformé en acide lactique, on peut encore obtenir des quantités indéfinies de cet acide en y ajoutant toujours des nouvelles quantités de caséine, si l'on a soin de neutraliser par un alcali l'excès d'acide à mesure que celui-ci se forme. Le sucre de raisin et le sucre de canne, placé dans les mêmes conditions, donnent les mêmes produits que le sucre de lait. Le lait est une production animale qui, à l'état frais, ne contient ni de l'acide lactique ni des laciates. (Haidlen, ANNALEN DER CHIMIE UND PHARM., V. XLV, p. 283.)

Avant qu'on eût connu les rapports de l'acide lactique avec le sucre contenu dans le lait, on pouvait admettre qu'en général dans toutes les sécrétions, lorsqu'elles étaient acides, il y avait de l'acide lactique; c'est ainsi que l'acide lactique fut regardé sans aucune preuve comme un élément de l'urine; on admit également des lactates dans le sang et on fit même jouer à ces sels un rôle important dans l'acte de la respiration.

L'acide lactique est une substance non azotée dont jusqu'à présent par aucune gerre de décomposition on n'a encore pu retirer une matière azotée; partout où l'on a observé la formation de l'acide lactique, on peut assurer qu'elle avait eu lieu aux dépens de quelque corps non azoté. D'après cela, l'on devrait croire possible et même probable la formation de l'acide lactique dans le corps des animaux herbivores et pauivores qui se nourrissent de sucre et d'amidon; mais, chose remarquable, dans l'urine des chevaux et des vaches, on n'a pu trouver de l'acide tartrique; bien au contraire, l'urine de ces animaux est fortement alcaline et contient des carbonates hippurates ou benzoates alcalins, ou des alcalis unis à des acides minéraux, sans offrir de traces d'acide tartrique. Par contre, l'urine de l'homme et des carnivores en état de santé est très fortement alcaline, et c'est justement chez eux qu'on dit qu'il existe des lactates dans le sang et dans l'urine, non parce qu'on les y a trouvés réellement, mais parce que les extraits alcooliques et aqueux du sang et de l'urine renferment des matières non cristallisées, parfois acides, qui donnèrent par la combustion une cendre composée de carbonate alcalin. Au reste, d'où les carnivores formeraient-ils de l'acide lactique, puisqu'outre la graisse ils ne mangent aucune substance privée d'azote, ils ne consomment ni sucre, ni amidon, ni gomme, ni mucus. Il s'en suit de là que la réaction acide de l'urine dans les carnivores n'est pas due à la présence de l'acide lactique; du reste, l'expérience chimique faite en grand avec 40 on 50 livres de liquide a démontré à M. Liebig que l'urine récente ou à l'état de putréfaction ne contient jamais de l'acide lactique; mais que l'urine putréfiée, outre les sels anorganiques, renferme encore un acide organique qui n'est autre que l'acide acétique avec une matière brune résineuse, non azotée, ainsi que l'avait déjà démontré Proust (ANN. DE CHIMIE ET DE PHS., XIV, 260), de plus des acides benzoïques et hippuriques. Un fait extraordinaire, c'est que lorsqu'on ajoute à de l'urine fraîche du sucre ou du sucre de lait, et qu'on la laisse pourrir, on retrouve au bout de trois mois le sucre sans altération, et sans qu'il ait donné lieu à la formation de l'acide lactique ou acétique. Il s'en suit que l'urine de l'homme contient comme acide organique de l'acide urique et hippurique et une matière azotée (probablement la matière colorante de l'urine) qui, au contact de l'air, se décompose en acide acétique et en extraits résineux.

L'acide hipporique a la propriété de se dissoudre avec une très grande facilité dans l'eau chargée de sonde, et il en est de même de l'acide urique chauffé; et alors le phosphate de soude, au lien d'être alcalin, devient acide; les sels introduits dans l'économie animale de l'homme et des animaux carnivores et granivores sont de nouveau rendus au-dehors ou par les selles ou par les urines. L'expérience démontre à cet égard que lorsque la quantité des sels renfermés dans les contenta des intestins est dans une proportion plus forte que celle des sels renfermés dans le sang, ils sont rendus au dehors par les excrémens; si la proportion est égale ou moindre, ils sont rendus par les urines. Si une dose de sel est forte, elle purge; mais si, après avoir eu une selle, on prend un lavement composé d'une partie de sel de cuisine dissous dans 60 parties d'eau, il ne s'en suit pas une seconde selle, le liquide est absorbé, et tout le sel passe dans l'urine. L'expérience devient plus frappante lorsqu'à la place de sel de cuisine on se sert d'une faible dissolution d'hydrocianate de potasse: l'urine rendue déjà au bout de 15 minutes contient une si grande quantité d'hydrocianate de potasse qu'une petite quantité de sel de fer donne un fort précipité de Bleu de Prusse. L'influence des sels sur la sécrétion de l'urine est très remarquable. On sait qu'un individu bien portant peut boire sans inconvénient, dans un espace très court, 10 verres d'eau de 6 à 8 onces chacun et même 6 à 8 pots, si cette eau ne contient pas plus qu'un 500[e] de sel. Déjà au bout de 10 minutes après le deuxième verre, on rend de l'urine qui, une heure après, devient très copieuse, claire comme de l'eau de fontaine et ne contient guère plus de sels qu'elle. Il n'en est pas de même si l'eau renferme autant de sels que le sang. Si l'on ajoute à l'eau de fontaine seulement un 100[e] d'hydrochlorate de soude, il n'y a pas encore d'émission d'urine après deux heures, même après avoir bu 3 à 4 verres d'eau, qui est, au reste, la plus grande quantité qu'on puisse prendre de cette eau si fortement chargée sans éprouver des pesanteurs d'estomac.

Lorsque la boisson contient plus de sel que la proportion renfermée dans le sang, comme, par exemple, les eaux minérales salées, alors non seulement la sécrétion de l'urine n'a pas lieu; mais une certaine quantité d'eau sort du torrent de la circulation, passe dans le canal digestif et est rendue par des nombreuses selles avec la solution saline; si celle-ci est concentrée, l'effet purgatif est accompagné de beaucoup de soif.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans toutes ses digressions chimiques; faisons-en seulement ressortir cette idée: que les sels d'acide organique, tels que les tartrates, citrates, oxalates, etc., et que les sels d'acides minéraux, tels que les phosphates et les sulfates, se retrouvent dans les urines et rendent celles-ci acides en mettant l'acide urique en liberté, et comme les alimens végétaux contiennent plus de sels d'acide organique et que les alimens provenant du règne animal contiennent plus de sels inorganiques ou du moins leurs élémens tels que le phosphore et le soufre, on peut à volonté rendre les urines acides ou alcalines, selon qu'on fait un plus grand usage de chair ou de végétaux.

V. ZEITSCHRIFT FUR THERAPIE UND PHARMACODYNAMIK;

PUBLIÉ PAR LE DOCTEUR SZERLECKI.

Les trois premiers cahiers de ce nouveau journal contiennent les articles originaux suivans: 1° *Fragmens tirés du journal de M. le docteur Pitschaft.* (Idées souvent bizarres, pour ne pas dire plus, comme par exemple celles-ci: le pouls plein est une indication trompeuse pour la saignée; dans l'apoplexie, le pouls est ordinairement grand et plein, et

cependant, dans cette maladie, la saignée est le plus souvent nuisible, toujours inutile. — L'opération de la hernie et la trépanation sont des exercices édifians à la suite desquels les malheureux ne meurent pas toujours, mais ordinairement!!!) 2° *Observations thérapeutiques*; par le docteur Szerlecki. (Plusieurs formules contre plusieurs maladies.) 3° *Des propriétés pharmacodynamiques de l'arnica*; par le même. (L'infusion ou la teinture employée en topiques est un moyen efficace contre les blessures, les boutons hémorroïdaux, les varices, etc.) 4° *Extraits tirés de Paracelse*; par le docteur Dierbach. 5° *De l'emploi de quelques eaux minérales artificielles*; par le professeur Werber. 6° *De l'action de la vératrine comparée à celle de la strychnine*; par le docteur Gebhard. 7° *Observations pratiques*; par le professeur Werber. (Formules diverses.) 8° *Agens lithontriptiques employés dans ces derniers temps*; par le docteur Dierhach. (Enumération des moyens préconisés pour dissoudre la pierre.) 9° *Quelques remarques sur la pneumonie et son traitement*; par le docteur Dick. (Observations de pneumonie sans toux ni dyspnée, et où l'auscultation et la percussion seules ont révélé la maladie.) 10° *Variétés; formules; extraits de journaux; bibliographie.*

DE L'EMPLOI DE QUELQUES EAUX MINÉRALES ARTIFICIELLES; par le professeur WERBER, de Fribourg.

Depuis quelques années, M. Werber emploie avec grand avantage, dans sa pratique, des eaux minérales artificielles qui n'ont pas leurs analogues dans la nature, et qui sont composées de la manière suivante.

I. EAU ACIDULE SODIQUE (24 ONCES).

Carbonate de soude............	90 grains.
Chlorure de sodium............	30 —
Acide carbonique..............	23,35 pouces cubes.

II. EAU ACIDULE D'IODE ET DE SOUDE (24 ONCES).

Carbonate de soude..........	23,10 grains.
Sulfate de soude.............	0,84 —
Chlorure de sodium..........	24,42 —
Phospate de soude...........	1,08 —
Carbonate de chaux..........	2.78 —
— de magnésie.......	2,38 —
— de fer.............	0,22 —
Silice.........................	0,42 —
Iodure de sodium............	t —
Acide carbonique............	23,35 pouces cubes.
	56,24 grains.

III. EAU ACIDULE D'IODE ET DE FER (24 ONCES).

Carbonate de soude..........	27,90 grains.
Sulfate de soude.............	0,84 —
Chlorure de sodinm..........	32,10 —
Phosphate de soude..........	1,08 —
Carbonate de chaux..........	2,78 —
— de magnésie.......	2,38 —
— de fer.............	0,50 —
Iodure de soude.............	0,10 —
	67.68 grains.
Acide carbonique............	23,57 pouces cubes.

IV. EAU ACIDULE SIMPLE AMÈRE DE SAIDSCHUTZ (24 ONCES).

Sulfate de magnésie..........	62,37 grains.
Nitrate.........................	5,92 —
Hydrochlorate.................	1,22 —
Carbonate.....................	0,82 —
Sulfate de potasse...........	2,40 —
— de soude..............	17,62. —
— de chaux..............	1,13 —
Carbonate.....................	5,10 —
Silice..........................	96,67 —
Acide carbonique............	15 pouces cubes.

V. EAU ACIDULE DOUBLE AMÈRE DE SAIDSCHUTZ (24 ONCES).

Sulfate de magnésie..........	124,75 grains.
Nitrate.........................	11,85 —
Hydrochlorate.................	2,43 —
Carbonate.....................	1,63 —
Sulfate de potasse...........	4,80 —
— de soude..............	38,23 —
— de chaux..............	2,25 —
Carbonate de chaux..........	10,20 —
— de strontiane.......	0,06 —
— de fer...............	0,02 —
— de manganèse......	0,0t —
Silice..........................	0,18 —
Sous-phosp. de chaux et d'alum.	0,03 —
	183,44 grains.
Acide carbonique............	15 pouces cubes.

L'*eau acidule sodique* est employée dans les affections suivantes à la dose de 12 à 24 onces tous les matins:

1° Les acidités des organes de sécrétion, comme les aigreurs d'estomac, les concrétions acides dans les voies urinaires.

2° Les affections scrofuleuses, surtout des glandes mésentériques avec constipation, les glandes du cou et le goitre lymphatique.

3° L'arthritis liée à une pléthore veineuse et une dyscrasie abdominale.

4° Les affections muqueuses.

5° Les hémorroïdes.

6° Les engorgemens du bas-ventre, des intestins, du foie, de la rate, du pancréas, etc.

7° L'hypochondrie et l'hystérie, lorsqu'elles sont liées aux scrofules, à la goutte, aux hémorroïdes, aux obstructions, etc.

L'*eau acidule d'iode et de soude* a été trouvée efficace:

1° Dans les scrofules invétérées.

2° Les goitres volumineux.

3° Les dartres chez des individus lymphatiques.

4° Les fleurs blanches des femmes lymphatiques.

5° Les hydropisies commençantes par suite de torpeur, d'atonie et d'obstructions des viscères abdominaux.

L'*eau acidule d'iode et de fer* a été employée avec de bons résultats:

1° Dans les scrofules atoniques et torpides.

2° La goutte atonique.

3° La diathèse muqueuse.

4° Les hémorroïdes atoniques.

5° La chlorose.

6° Les fleurs blanches.

7° Les embarras gastriques chroniques.

8° Les affections atoniques des voies urinaires.

L'*eau acidule amère de Saidschütz tant simple que double* est un excellent remède dans les obstructions abdominales, les congestions veineuses, les constipations torpides, l'hypochondrie matérielle, l'hystérie, la mélancolie, l'ictère, la mélanose, les hémorroïdes, etc.

Lorsqu'il existe un état d'irritation, l'auteur préfère l'eau de Saidschütz ordinaire; dans le cas de torpeur, il donne la préférence à l'eau de Saidschütz chargée d'acide carbonique; il n'en fait prendre souvent qu'un verre, qu'il fait ensuite suivre de quelques verres d'eau de Seltz artificielle.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 MARS.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LA CONSTITUTION DE L'APPAREIL DE LA CIRCULATION CHEZ LES MOLLUSQUES.

M. MILNE EDWARDS lit en son nom et celui de M. VALENCIENNES un mémoire fait en commun sur ce sujet.

Jusqu'en ces derniers temps, les zoologistes pensaient que la circulation du sang s'opère chez les mollusques, de même que chez l'homme, dans un système vasculaire *complet*, et que ce liquide nourricier, après avoir été distribué dans toutes les parties de l'économie à l'aide des artères, revient à l'organe respiratoire, puis au cœur, par l'intermédiaire de tubes à parois membraneuses, semblables aux veines des animaux vertébrés; mais des observations publiées récemment par l'un des auteurs tendent à établir que cette opinion est erronée, et que chez les mollusques, ainsi que chez les crustacés, une portion considérable du cercle circulatoire est constituée uniquement par les lacunes que les divers organes laissent entre eux.

Désirant former leur opinion à ce sujet, MM. Milne Edwards et Valenciennes se sont réunis pour exécuter en commun une série d'expériences et de dissections sur différens mollusques provenant de divers points du littoral. Il résulte de ces nouvelles recherches que, quelle que soit la classe et quel que soit le genre ou l'espèce sur laquelle ils ont étudié le mode de circulation dans le grand embranchement des mollusques, partout ils ont trouvé l'appareil vasculaire plus ou moins incomplet, partout ils ont vu une portion plus ou moins considérable du système veineux constituée par les lacunes seulement, et partout aussi ils ont constaté l'existence de communications libres et directes entre ce système et la grande cavité viscérale.

Tout concourt, suivant MM. Milne Edwards et Valenciennes, à l'existence d'une circulation semi-vasculaire, semi-lacunaire chez les mollusques, aussi bien que chez les crustacés et les arachnides; et si l'on voulait exprimer, ajoutent-ils, par une formule générale, tous les faits de cet ordre déjà constatés, on pourrait dire que, chez tous les animaux à sang blanc, les liquides nourriciers ne sont pas renfermés dans un appareil vasculaire clos, mais circulent plus ou moins rapidement dans un système de cavités constitué en totalité ou en partie par les lacunes que les divers organes laissent entre eux.

CLASSIFICATION PARALLÉLIQUE DES MAMMIFÈRES.

M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire lit un travail sur ce sujet.

Ce mémoire n'est point susceptible d'analyse, vu sa haute importance. Nous le publierons en entier dans le prochain numéro.

NOUVEL OBTURATEUR DU VOILE DU PALAIS.

M. Pariset fait, en son nom et celui de MM. Roux et Velpeau, un rapport sur le travail de M. Stevens, intitulé : Note sur la perforation de la voute palatine et sur les moyens d'y remédier.

Voici sur quel fait roule principalement ce travail.

Lors de l'expédition de Médéah, le 31 mars 1836, à la suite d'un combat de toute la journée contre les Arabes, le major G..., capitaine de spahis, reçut au dessous de la pommette, à gauche, un coup de feu qui emporta une grande partie de l'os maxillaire supérieur, le palais et toutes les dents molaires, à l'exception des deux dernières du côté droit. Ces deux molaires et les six dents antérieures furent les seules qui restèrent.

Ces dents brisées, des fragmens de la voûte du palais, des débris d'alvéoles étaient retenus dans la cavité buccale, au milieu de caillots de sang. La langue elle-même avait été labourrée transversalement par la balle, et cette balle n'était pas sortie. Il résultait de tout cela une plaie horrible. Par les soins d'un habile chirurgien, M. Baudens, toutes les parties qui pouvaient se réunir furent en effet réunies. La balle, enclavée dans des parties osseuses, n'en fut detachée par un travail éliminatoire que le quatrième jour. Après deux mois de traitement, le malade fut guéri ; mais la voûte du palais restait perforée d'une large ouverture. La cavité de la bouche et celle des fosses nasales ne formaient plus qu'une seule cavité continuellement inondée de mucosités. Le blessé avait des envies continuelles de vomir ; la mastication était incomplète et très difficile, ainsi que la déglutition. Les alimens refluaient par les orifices des narines, etc.

Pour diminuer des inconvéniens aussi graves, M. Baudens avait conseillé l'usage des obturateurs ordinaires. Mais on sait à quel point ces instrumens sont imparfaits. Après avoir essayé un de ces instrumens et en avoir éprouvé de fâcheux inconvéniens, le major G... fut présenté à M. Stevens, qui, par des procédés qui lui sont propres, prit une fidèle empreinte des parties que l'obturateur devait embrasser et recouvrir. Cela fait, il a choisi une matière douce et polie, analogue à la substance des dents, il a fait prendre à cette substance toutes les formes nécessaires pour occuper exactement les vides laissés par les dents détruites, pour se mouler avec la même perfection sur la voûte palatine, et remplir toutes les parties supérieures et latérales de la bouche. Grâce à cette application, la voix a repris son timbre normal; les mucosités retenues n'excitent plus les nausées ; la mastication est facile, la déglutition se fait sans obstacle, et comme cet obturateur n'a ni ressorts, ni agrafes, ni crochets, et qu'il se soutient par la seule justesse de ses contacts avec les parties voisines; il s'ensuit qu'il n'occasionne aucune douleur, et qu'une fois placé, le major n'y pense nullement. Cet obturateur est léger, mince, résistant et si maniable que le major l'ôte et le remet sans la moindre peine.

La commission propose à l'Académie de donner son approbation à l'heureuse invention de M. Stevens. (Adopté.)

DES INCONVÉNIENS ET DES DANGERS QUE PRÉSENTE L'EMPLOI DE L'ACIDE SULFURIQUE ARSÉNIFÈRE; MOYEN DE PURIFIER CET ACIDE PENDANT SA FABRICATION; par M. Alph. Dupasquier.

M. Pelouze communique, au nom de M. Alph. Dupasquier, un travail dont l'objet est indiqué par le titre qui précède.

Les conclusions suivantes résument tout le contenu du mémoire :

1° L'emploi des acides sulfuriques arsénifères dans les travaux de l'industrie et dans la préparation des composés chimiques et pharmaceutiques peut entraîner de graves inconvéniens et même des dangers.

2° L'arsenic dans les acides sulfuriques du commerce est à l'état d'acide arsénique.

3° La proportion de ce toxique dans ces acides est variable; mais on peut l'estimer en moyenne à un millième ou un millième et demi.

4° L'emploi de l'acide chlorhydrique est, comme celui du gaz acide sulfhydrique, insuffisant pour purifier les acides sulfuriques arsénifères.

5° L'emploi des sulfures alcalins offre un moyen d'arriver à une purification aussi complète que facile de ces acides arsénifères.

6° Le sulfure de baryum, sous le rapport de l'économie comme sous celui de la pureté de l'acide sulfurique, est de beaucoup préférable aux autres sulfures alcalins ; et il offre un moyen peu coûteux et facile à mettre en pratique, d'obtenir la purification parfaite des acides sulfuriques arsénifères pendant leur préparation dans les fabriques.

D'après ce qui précède, et particulièrement dans l'intérêt de la santé publique, M. Dupasquier pose la question suivante comme conclusion dernière :

Puisque l'emploi de l'acide sulfurique souillé d'arsenic présente des inconvéniens et des dangers; puisqu'on possède un moyen de le purifier sans augmenter sensiblement le prix de fabrication, ne serait-il pas convenable que l'autorité défendît à l'avenir la vente des acides sulfuriques arsénifères ?

DE L'INNOCUITÉ DE LA RÉVERBÉRATION DIRECTE DE LA LUMIÈRE SUR LES MILIEUX RÉFRINGENS DE L'ŒIL.

M. Furnari adresse un mémoire ayant pour titre : De la prétendue influence des climats sur la production de la cataracte, ou de l'innocuité de la réverbération directe de la lumière sur les milieux réfringens de l'œil.

L'auteur se propose, dans ce mémoire, de détruire une erreur longtemps accréditée, en lui opposant des faits établis par une observation récente et personnelle.

Une opinion ancienne et presque générale considère la réverbération de la lumière et du calorique sur l'appareil du cristallin comme une des causes productrices de la cataracte, dans les contrées méridionales. Cette affection, si telle était sa cause réelle, devrait nécessairement être très commune dans nos possessions d'Afrique. « Eh bien ! nous déclarons, dit l'auteur, que, les ayant parcourues précisément dans le but d'y étudier l'ophthalmologie, ce qui nous a le plus étonné, c'est au contraire l'excessive rareté de la cataracte parmi les indigènes. Nous pouvons en dire autant de la réverbération de la lumière sur les surfaces couvertes de neige dans les contrées septentrionales. »

Pendant la durée de sa mission à Alger, Constantine, Oran, Bone, Bougie, Philippeville, Gigelly, et dans toutes les villes et tribus qu'il a parcourues, M. Furnari n'a rencontré qu'une quinzaine de cataractes franches et sans aucune complication. Il a visité, il est vrai, plusieurs personnes affectées de cataracte qui se sont présentées à Alger au bureau de Mecque et Médine; mais ces cataractes étaient le résultat d'ophthalmies chroniques très intenses et compliquées de conjonctivite oculo-palpébrale, d'entropion et d'obscurcissement plus ou moins complet de la cornée. Un fait également digne d'observation, c'est qu'en Algérie les cataractes consécutives aux ophthalmies sont moins fréquentes qu'en Europe.

M. Furnari cite à l'appui de son opinion les témoignages de tous les chirurgiens qui ont eu l'occasion d'exercer sur les divers points de l'Algérie. Il a fait les mêmes observations en Sicile, pays également exposé à un soleil ardent. Quant aux départemens de la France, il considère comme presque certain qu'à Marseille, à Toulon et aux îles d'Hyères, il y a moins de personnes affectées de cataracte que dans les villes du Nord. Il en est de même pour la Martinique et la Guadeloupe.

Examinant ensuite l'action qu'exerce, dans les pays froids, une lumière très intense sur les milieux réfringens de l'œil, M. Furnari est conduit à reconnaître qu'on ne rencontre que rarement la cataracte en Laponie, en Norwège, etc., et que les ophthalmies qui sévissent parmi les indigènes ne sont pas le résultat de la réverbération d'une lumière très vive sur des surfaces couvertes de neige, mais qu'elles doivent plutôt être attribuées, surtout parmi les Lapons, à l'habitude de séjourner pendant l'hiver sous des cabanes ou sous des tentes remplies de fumée.

Quant à la lumière et à la chaleur *artificielles*, quel que soit le climat, elles ont toujours, suivant l'auteur, une influence incontestable sur la production de la cataracte. Il cite à l'appui de cette proposition l'éclairage au gaz dont l'usage a exercé une influence fâcheuse sur l'œil en général et sur les milieux transparens de cet organe en particulier. Il termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Contrairement à l'idée émise jusqu'à ce jour, nous croyons que l'action prolongée d'un soleil ardent et la reverbération de ses rayons sur des terrains brûlans et sablonneux n'a aucune influence directe sur l'appareil du cristallin.

2° Les cas rares de cataracte qu'on observe dans les pays chauds, et qu'on attribue à l'action directe d'une lumière trop vive, ne sont dus qu'aux altérations consécutives que subissent les parties réfringentes de l'œil par suite d'ophthalmies intenses négligées et opiniâtres.

3° La fréquence de la cataracte dans les pays froids est due plutôt aux habitudes et à la manière de vivre des populations qu'à l'influence du climat et à l'action directe d'une vive lumière. Ainsi, nous croyons que l'usage des boissons alcooliques, l'âge, les lésions traumatiques, l'exercice des professions libérales ou mécaniques qui prédisposent aux congestions cérébrales, et qui forcent les individus à travailler sur de petits objets, à la lumière artificielle ou devant un feu ardent, sont les causes principales et directes de la cataracte.

Le bureau propose pour l'examen de ce travail une commission composée de MM. Roux, Velpeau et Pariset.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° La lettre suivante de M. Belhommé :

Monsieur le Président,

Je suis très reconnaissant des conclusions bienveillantes du rapport de M. Joly, sur mon mémoire, concernant l'anatomie pathologique du cerveau des aliénés paralytiques, et je remercie bien sincèrement l'Académie de les avoir adoptées ; mais à la suite du rapport, il y a eu une discussion où mes opinions n'ont pas été exposées comme elles le sont dans mes écrits.

Cette discussion devant recevoir la publicité qu'elle mérite, je viens vous prier de lire cette lettre au corps savant que vous présidez, afin que mes idées soient reproduites conformément à la vérité.

Il a été dit que chaque forme d'aliénation mentale correspondait à une altération qui est la conséquence d'une phlegmasie primitive.

Voici ce que j'ai écrit : la folie aiguë est le résultat d'une inflammation congestive des membranes et de la surface du cerveau ; la folie chronique est liée à une inflammation chronique de ces mêmes parties ou à l'atrophie des circonvolutions cérébrales; mais j'ai ajouté : il y a un type névropathique de folie qui n'offre pas de lésions appréciables dans le système nerveux; j'ai décrit les folies sympathiques qui ne sont que des névroses.

Si nous rentrons maintenant dans la discussion qui a trait à mon mémoire sur la paralysie des aliénés, on s'est occupé de mes idées d'inflammation du cerveau, de l'encéphalite chronique qui est la cause organique de cette terrible affection, et on a négligé de signaler ce qui est le point capital et nouveau de mon travail. C'est que le ramollissement envahit successivement, et couches par couches, les deux hémisphères de la periphérie au centre. Ce qui explique la marche successive de la paralysie chez les aliénés, qui trouble légèrement d'abord, ensuite profondément le système musculaire, et enfin détermine la mort par la lésion des parties les plus importantes du centre cérébral, siége de la vie.

Je voudrais, Monsieur le Président, pouvoir entrer dans des détails plus explicites, mais je ne veux pas abuser des momens précieux de l'Académie. Je désire seulement appeler l'attention sur les points scientifiques que je viens de signaler.

2° Une lettre de M. Lassaigne relative à des recherches chimiques sur les productions membraniformes qui se développent dans la pneumonie contagieuse de la vache, maladie sur laquelle M. Delafond a l'un des premiers appelé l'attention des médecins vétérinaires.

M. Dupuy présente à cette occasion quelques considérations sur cette maladie connue, dit-il, depuis longtemps par les vétérinaires, sous le nom de pneumonie gangreneuse. Quant aux résultats des analyses de M. Lassaigne il en a vu de semblables consignés dans un journal spécial.

— M. Pariset lit le discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie aux obsèques d'Ollivier d'Angers.

NOUVEL INSTRUMENT CONTENTIF DESTINÉ A REMPLACER LES PESSAIRES POUR LES PROLAPSUS DE LA MATRICE ET DU VAGIN.

M. Villeneuve fait en son nom et celui de M. Bérard un rapport sur un instrument contentif destiné à remplacer les pessaires pour les prolapsus de la matrice et du vagin, soumis à l'examen de l'Académie par M. Bergeron, mécanicien orthopédiste. Cet instrument consiste en une cuvette métallique surmontant une tige courbe et rigide, fixée d'une manière inamovible à un brayer élastique dont la pelote vient s'appliquer sur l'une des régions inguinales.

M. le rapporteur, après avoir cité une série d'observations qui constatent l'efficacité de cet appareil, propose à l'Académie de donner son approbation à cet instrument qui a paru à la commission préférable aux pessaires généralement employés.

M. Nacquart : L'Académie a fait il y a quelques années un rapport sur un instrument semblable; n'est-il pas à craindre que des rapports de ce genre ne deviennent l'occasion de prospectus et qu'on n'exploite l'approbation de l'Académie d'une manière compromettante pour sa dignité?

M. Velpeau : M. le rapporteur a dit que ce pessaire était bon dans certains cas. D'accord; mais je crois qu'il eût été nécessaire d'indiquer ces cas. Il a été fait, il y a deux ans environ, un rapport sur un pessaire analogue ; M. Capuron était le rapporteur et M. Louis l'auteur du pessaire. Il y a entre ces deux pessaires des analogies et des différences. Le premier était mobile, ce qui me le fit considérer comme très incommode et impropre à remplir son objet. Celui-ci, au contraire, est monté sur une tige fixe ; je le crois donc meilleur et d'un emploi plus commode, mais le principe n'en est pas nouveau ; on trouve la description d'un pessaire analogue dans un numéro du Répertoire des sciences médicales, il y a vingt-cinq ou trente ans. Si ce pessaire a des avantages, on ne peut pas se dissimuler non plus qu'il a des inconvéniens qui lui sont communs avec tous les pessaires. C'est toujours un corps étranger ; il a, en outre, l'inconvénient inhérent aux bandages. Il ne faut donc point dire qu'il n'a point d'inconvéniens. Quant à ses avantages, il eût encore fallu les spécifier. Il a, à mes yeux, l'avantage de soutenir la matrice mieux que ne le peuvent faire tous les autres pessaires; il vaut mieux surtout pour les cas de chute complète de l'utérus et lorsque le vagin est très large; mais il ne m'est pas démontré qu'il vaille mieux dans les cas d'abaissement léger, d'antéversion ou d'inclinaison latérale de la matrice.

M. Villeneuve justifie le rapport contre l'attaque de M. Nacquart et s'appuie du témoignage même de M. Velpeau qui reconnaît qu'il y a dans cet instrument un perfectionnement sur les appareils du même genre qui l'ont précédé. Quand au reproche que lui a fait M. Velpeau de n'avoir point spécifié les cas d'application de cet appareil, il a pensé qu'il suffisait d'en indiquer les avantages d'une manière générale et de laisser aux praticiens le soin de déterminer eux-mêmes les circonstances qui pourraient plus particulièrement en réclamer l'emploi.

M. Velpeau : L'auteur de cet instrument étant étranger à la médecine, je crois qu'il faut apporter plus de circonspection dans les conclusions que s'il s'agissait d'un médecin.

M. P. Dubois : Je désire ajouter quelques renseignemens à ceux que vient de donner M. Velpeau. Ce pessaire a été imaginé pour deux raisons : la première, pour répondre à la nécessité d'avoir un instrument qui se maintienne de lui-même et reste facilement en place ; la seconde, pour qu'on puisse le retirer et le remettre à volonté, sans que les femmes en éprouvent de la douleur. Les pessaires usités jusqu'à présent ont tous le très grave inconvénient de ne pouvoir être déplacés sans douleur, d'occasionner et d'entretenir par leur séjour prolongé de l'irritation et une grande malpropreté. Le pessaire dont il s'agit serait donc appelé à rendre de grands services s'il a réellement les avantages que vient de lui attribuer M. le rapporteur.

Quant au reproche que M. Velpeau a fait à ce pessaire d'être impropre à maintenir l'utérus dans les cas d'antéversion et de rétroversion, je le crois fondé. Mais j'avoue que je suis fort incrédule à l'égard de l'efficacité des autres pessaires dans les cas de cette nature. Il suffit d'avoir la notion la plus vulgaire de la disposition des organes pour se convaincre que ces pessaires sont impropres à remédier aux inclinaisons et aux antéversions de la matrice. Les diamètres du vagin s'opposent à ce qu'on puisse introduire des pessaires de forme et de dimensions conformes à ce but. Leur action se borne à relever la matrice ; mais quant à la redresser, cela n'est pas possible; aussi je n'accorde pas toute l'importance que quelques personnes attachent aux différentes formes des pessaires.

M. Moreau : J'adhère de tous points à ce que vient de dire M. Dubois. Je crois, en outre, qu'il faut être sobre d'éloges et ne pas s'en tenir aux premiers résultats que l'on aura pu constater, parce qu'il arrive fréquemment que des pessaires, qui pendant quelque temps semblaient bien contenir la matrice, cessent plus tard de remplir cet objet. Quant à cette forme de pessaire, je ne pense pas qu'elle soit nouvelle. On trouve la description d'instrumens analogues dans des auteurs de la fin du dernier siècle; on a été obligé d'y renoncer, à ce qu'il paraît, à cause de leur trop grande mobilité, et surtout à cause des grands inconvéniens qui résultaient pour les femmes d'avoir un corps étranger mobile entre les grandes lèvres.

Relativement au défaut d'efficacité des pessaires ordinaires dans les cas d'inclinaison de la matrice, je suis encore parfaitement d'accord avec M. Dubois. Ces instrumens ne sont efficaces en général que contre les chutes de la matrice.

M. Gerdy : Il serait important d'indiquer dans le rapport les circonstances dans lesquelles ce pessaire est préférable aux autres ; mais il est difficile de le dire *à priori*; il eût fallu pour cela faire de nombreuses expériences.

M. Gerdy entre ici dans une longue énumération comparative des pessaires anciens, qu'il préfère aux pessaires à tige; il voudrait qu'au lieu de chercher à leur substituer des instrumens nouveaux on s'attachât à perfectionner les anciens.

M. J. Cloquet : Je suis tout à fait de l'opinion de MM. Moreau et P. Dubois, que les pessaires sont en général inefficaces pour les antéversions et les inclinaisons en divers sens de la matrice. Relativement à ce que vient de dire M. Gerdy, je n'ai qu'un mot à répondre. J'ai fait de nombreuses expériences avec des pessaires de toutes sortes; je me suis servi de pessaires cylindroïdes, sphériques, élytroïdes, etc. ; j'en ai fait confectionner en gomme élastique, en baudruche insufflés d'air, etc. ; j'ai cru d'abord en retirer de bons effets ; mais il n'y a qu'un malheur, c'est que les femmes les pondent comme des œufs.

Quant aux pessaires à tige, quoiqu'ils vaillent mieux, sous ce rapport au moins, que les autres, ils ne sont pas dépourvus d'inconvéniens; ils ont entre autres le grave inconvénient d'obéir à un mouvement de va et vient très incommode lorsque les femmes se baissent. J'ai cherché à y remédier et je n'y suis que difficilement parvenu. Je les crois, malgré cela, à tout prendre, préférables aux autres.

M. le Rapporteur propose de modifier les conclusions dans ce sens : « D'après ces faits, le commissaires regardent l'appareil de M. Bergeron comme plus efficace dans certains cas que les autres moyens généralement employés. »

M. Nacquart : Je demande le renvoi du rapport à la commission. Si ce renvoi n'est pas adopté, je me réserve de combattre ces nouvelles conclusions.

M. Bérard : Comme membre de la commission, je m'oppose aux modifications consenties par M. le rapporteur.

M. Roux préfère les pessaires fixés aux pessaires à tige et mobiles. Il appuie la préférence qu'il accorde aux premiers sur la possibilité de leur faire prendre un point d'appui solide sur les parties osseuses du bassin. Il entre à cet égard dans de grands développemens.

M. P. Dubois: Cette question, considérée par rapport à l'invention en elle-même, ne serait pas d'une grande importance et ne mériterait pas d'occuper plus longtemps l'Académie; mais elle a un très grand intérêt, au contraire, considérée par rapport aux maladies auxquelles cet instrument est destiné à remédier. M. Gerdy et M. Roux ont déjà dit qu'il fallait chercher à disposer les pessaires de manière à ce qu'ils prissent un point d'appui sur le bassin et qu'ils pussent y être fixés à demeure. Je professe à cet égard une opinion toute contraire, que je désire faire prévaloir, parce que, si on parvenait à atteindre le but qu'on se propose,

il en résulterait des inconvéniens bien plus grands encore que ceux que l'on reproche aux pessaires actuels. Ces inconvéniens seraient : 1° de déterminer de la douleur et de l'irritation ; 2° d'entretenir la malpropreté dans les organes génitaux ; 3° de rendre impossible l'approche du mari. Ce qu'il y a à faire pour rendre les pessaires meilleurs, ce n'est donc pas de les rendre fixes, mais au contraire de faire en sorte qu'on puisse les changer facilement, les enlever et les remettre à volonté. C'est là un très grand avantage et c'est dans cette direction qu'il faut chercher à perfectionner ces instrumens.

M. Bérard : M. Dubois vient de dire justement tout ce que je me proposais de dire à l'Académie. Il ne me reste donc qu'à répondre à quelques-unes des objections qui ont été faites. M. Gerdy a reproduit toutes les objections qui avaient été adressées autrefois à un instrument analogue ; il a dit que ce pessaire devait être sujet à des déplacemens, d'où résulteraient des pressions, des froissemens plus ou moins douloureux sur l'orifice de la vulve. Ces inconvéniens, que la théorie semble indiquer, sont nuls en pratique ; aucune femme ne s'en est plainte. J'ajouterai que la théorie elle-même n'est pas fondée. En effet, sur quoi s'appuie ce pessaire ? Sur un brayer. Or, le brayer fait corps avec le bassin et en suit tous les mouvemens, d'où il résulte que les froissemens dont on parle n'ont réellement point lieu. Pourquoi les autres appareils analogues à celui-ci ont-ils été reconnus avoir des inconvéniens ? Probablement parce qu'ils prenaient leur point d'appui sur le pubis. Ces inconvéniens sont évités par celui-ci, dont le point d'appui est pris sur la région inguinale.

On a dit : les faits invoqués en faveur de cet instrument sont trop récens pour pouvoir conclure. Je puis rassurer à cet égard M. Gerdy, en lui disant que cet appareil a fonctionné pendant plusieurs années, notamment chez une femme que j'ai opérée il y a huit ans d'une hernie étranglée, qui porte depuis ce temps-là ce pessaire, et qui s'en est toujours bien trouvée.

Je répéterai, enfin, ce qu'a dit M. Dubois, que le prolapsus de la matrice est une affection fort grave, et que les pessaires anciens ont tous de grands inconvéniens. Or, celui-ci a des avantages réels ; je maintiens donc les premières conclusions.

M. Gerdy ajoute quelques mots en réponse à M. Dubois et à M. Roux.

M. Nacquart s'élève de nouveau contre les conclusions. Il voudrait qu'on n'établît point une comparaison entre ce nouveau pessaire et les anciens, et qu'on se bornât à dire s'il est bon ou non. Il insiste sur le renvoi à la commission.

(Pendant ces deux dernières allocutions, M. Bérard s'approche du bureau pour concerter de nouvelles conclusions en harmonie avec ce qu'il vient de dire.)

M. le Président : Je vais donner lecture de nouvelles conclusions convenues entre les commissaires ; elles sont ainsi conçues : « D'après les faits qui précèdent, les commissaires regardent l'appareil proposé par M. Bergeron pour les prolapsus de la matrice et du vagin comme plus commodes et plus efficaces dans certains cas que les pessaires généralement employés. »

La proposition de M. Nacquart, le renvoi à la commission, ayant la priorité, est mise aux voix. Elle est rejetée à une grande majorité.

M. Gerdy propose un amendement consistant à dire que l'instrument proposé par M. Bergeron peut être utile dans certains cas.

M. Moreau propose un second amendement, dont nous ne saisissons pas bien le sens, mais qui paraît se rapprocher assez de celui de M. Gerdy.

L'amendement de M. Gerdy est mis aux voix et adopté.

Il est cinq heures un quart, la séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

BEITRAEGE ZUR KENNTNISS DER KRANKEN SCHLEIMHAUT DER RESPIRATIONSORGANE UND IHRER PRODUCTE DURCH DAS MIKROSCOP. — MATÉRIAUX POUR L'ÉTUDE MICROSCOPIQUE DES MALADIES DE LA MUQUEUSE RESPIRATOIRE ET DE SES PRODUITS ; par le docteur Fr. Buhlmann. — Berne, 1843.

Cette thèse, couronnée par l'université de Berne, est une excellente monographie sur les caractères des crachats et sur les maladies de la muqueuse respiratoire. L'auteur passe en revue les travaux de ses devanciers, qu'il a contrôlés avec soin ; il étudie dans sa première partie les caractères extérieurs des crachats ; il énumère les qualités microscopiques des produits normaux de la muqueuse respiratoire, et enfin les produits anormaux de cette membrane, tels que le pus et ses corpuscules, les épithélium malades, les molécules albumineuses, les cytoplastes, les globules du sang, la matière mélanée, le tubercule, les cristaux, les graisses, les débris des organes, les végétations muqueuses, et enfin les corps étrangers accidentellement rendus par l'expectoration. Dans une seconde partie, il examine la muqueuse en état d'inflammation, d'exsudation et de suppuration ; enfin, dans la troisième, il résume les résultats de ses recherches qui sont les suivans :

1° Il n'existe point de produits particuliers par lesquels on puisse distinguer les maladies de la muqueuse respiratoire entre elles et d'avec celles des autres muqueuses.

2° La matière tuberculeuse ne peut pas être reconnue sous le microscope.

3° La tuberculisation a probablement lieu à la suite d'une légère inflammation se terminant par exsudation et se développant, ou bien chez des individus pauvres en fibrine (tubercule albumineux), ou riches en fibrine (tubercule fibreux). L'inflammation n'est jamais aiguë, si ce n'est dans la phthisie dite galoppante. Comme la phthisie s'observe particulièrement chez des personnes flasques, pâles, pauvres de fibrine, le tubercule albumineux est bien plus fréquent que le fibreux. Les phénomènes inflammatoires sont particulièrement passifs, et par conséquent peu manifestes chez le premier ; néanmoins, c'est toujours une inflammation caractérisée par les produits tels qu'exsudations dans le parenchyme du poumon, dans lesquelles on trouve des molécules albumineuses, des corpuscules granuleux et des cytoplastes. Toute exsudation repose sur un état particulier des capillaires et du sang, qui fait ici par la perspiration d'un fluide dans le quel ses produits se précipitent, et cet état est une terminaison de l'inflammation.

4° La présence du sang dans les crachats n'indique pas toujours une inflammation intense de la muqueuse ; souvent on n'en trouve pas dans les inflammations les plus violentes, et d'autres fois on en rencontre dans les cas où il n'y a pas d'inflammation, comme lorsqu'il y a des ulcères, des déchirures de vaisseaux, du saignement du nez, de l'hémoptysie passive, etc.

5° Les globules du sang dans les crachats proviennent de la déchirure des vaisseaux capillaires qui se rompent par le trop plein et la stase du sang, ou qui sont rongés par des ulcères.

6° Le microscope n'apprend rien sur la source du sang dans les produits de l'expectoration, même dans ceux si caractéristiques de la pneumonie.

7° L'existence des débris de tissus normaux dans les crachats prouve toujours une ulcération de la muqueuse.

8° Le catarrhe est une inflammation ; ce qui le démontre, ce sont les recherches sur les cytoplastes ou corpuscules de l'exsudation. Déjà à l'œil nu, l'on reconnaît les phénomènes de l'inflammation ; mais le microscope nous apprend à connaître de la manière la plus positive ses produits. Les cytoplastes restent souvent à l'état de corpuscules muqueux, même souvent aussi se transforment en véritables globules de pus. Les produits du catarrhe et de la bronchite sont les mêmes, parce que les deux maladies sont inflammatoires.

9° La matière mélanée qu'on rencontre peut faire soupçonner une affection du pigment pulmonaire normal (abcès du poumon, vomique), une ulcération d'une glande bronchique ou bien encore un produit mélané nouveau.

REPERTORIUM FUR PHARMACIE UND PRACTISCHE CHEMIE IN RUSSLAND. — RÉPERTOIRE DE PHARMACIE ET DE CHIMIE PRATIQUE EN RUSSIE ; par Gustave Gauger, docteur en philosophie et pharmacien à Saint-Pétersbourg.

Les deux premiers numéros de l'année 1842 renferment une énumération générale de toutes les pharmacies de l'empire russe. Dans ce pays, il y a deux espèces de pharmacies, les unes qui sont la propriété privée des pharmaciens, et les autres qui appartiennent au gouvernement et qu'on appelle pour cela pharmacies de la couronne. Il existe, jusqu'à présent, 654 pharmacies privées en Russie (moins la Pologne) ; 382 villes sont tout-à-fait dépourvues de pharmacies, non compris les gros bourgs et la campagne.

M. Gauger nous fait connaître ensuite une nouvelle taxe élaborée par le conseil de Saint-Pétersbourg et imposée à toutes les pharmacies de l'empire. Cette taxe repose sur les bases suivantes : après avoir fait la part des frais de premier établissement, des loyers, des pertes éprouvées sur les drogues par leur choix, leur épuration, leur détérioration, etc., on accorde au pharmacien 50 pour 100 sur les drogues simples, 100 pour 100 sur les préparations chimiques ou pharmaceutiques et 150 pour 100 sur les préparations magistrales. Cette taxe, qui fait peser un niveau égal sur toutes les pharmacies de l'empire, est une bonne chose sans doute, mais d'un autre côté elle présente des inconvéniens sous le rapport de la justice distributive ; car, dans un pays aussi immense que la Russie, les mêmes drogues peuvent avoir des prix fort différens aux deux extrémités de l'empire et singulièrement augmenter ou diminuer les bénéfices de certains articles ; la rhubarbe, par exemple, qui vient des frontières de la Chine, doit bien certainement doubler de prix jusqu'à ce qu'elle soit

arrivée par les caravanes dans la Russie d'Europe. Les lois réglementaires prouvent du reste qu'en Russie, comme en Prusse, le pharmacien perd complètement le caractère de négociant pour ne garder que celui de fonctionnaire public.

Quant aux autres articles du Répertoire, ils sont presque tous tirés de journaux allemands, français et anglais, et par conséquent depuis longtemps connus.

VARIÉTÉS.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. HIPPOLYTE LARREY, AUX OBSÈQUES DE RIBES.

Messieurs,

La médecine militaire doit rendre un dernier hommage à celui qu'elle s'honore de compter parmi ses représentans les plus dignes. M. Ribes fut en effet l'un des hommes qui ont dévoué leur longue existence à la cause du soldat malade et au soulagement des maux de la guerre, en même temps qu'il devint un célèbre anatomiste, un praticien habile, un savant modeste, et qu'il sut rester toujours un citoyen plein d'honneur et de probité.

Tant de titres à l'estime de tous seraient mieux dits par une autre voix que la mienne, si je ne venais aussi vous parler au bord de cette tombe de celui qui fut le compatriote de mon père, son ami dès l'enfance, son condisciple et son émule, son compagnon de guerre et d'infortunes.

François Ribes, médecin principal de première classe en retraite, ancien chirurgien de l'empereur, ex-médecin en chef des Invalides, est né à Bagnères (de Bigorre), en 1766. Jeune encore, il se sentit entraîné par goût vers l'étude de la médecine, et après en avoir acquis les premières notions à Toulouse sous les auspices d'Alexis Larrey, l'oncle de son ami, il vint à Paris, où il fut d'abord le disciple de Desault, de Pinel, d'Antoine Dubois, et ensuite l'élève particulier de Sabatier, de Portal et de Chaussier. Il eut pour condisciples, devenus des maîtres aussi, Richerand, Duméril, Bretonneau, Husson, et d'autres dont les noms célèbres couronnent le plus illustre de tous, Xavier Bichat. Ribes fut avec eux l'un des fondateurs de la Société médicale d'Emulation, et c'est à ceux qui devaient lui survivre qu'il adressa ses derniers souvenirs dans une lettre touchante, simple résumé de sa vie, de ses travaux, de ses services, comme la profession de foi du digne médecin militaire. La Société médicale d'Emulation, qui doit aussi déplorer la perte que nous venons de faire, ne me refusera pas non plus l'honneur de la représenter dans cette triste cérémonie.

La destinée de Ribes n'était donc pas seulement d'appartenir à la médecine et à la science, elle l'appelait aussi aux grands événemens de la guerre. Ce fut en 1792 qu'il entra dans la carrière de la chirurgie militaire, et obtint une place à l'hôtel des Invalides, sur la proposition de Sabatier. Il fut désigné, dès l'année suivante, par la Convention nationale, pour se rendre à l'armée; et à dater de cette époque, il ne cessa de figurer avec distinction, soit comme médecin, soit comme chirurgien, parmi les officiers de santé militaires. C'est ainsi que Ribes a pu assister à la plupart des guerres de la république et de l'empire, sur vingt champs de bataille, dans dix-sept combats et à trois sièges. C'est ainsi qu'il s'est trouvé au milieu des deux épidémies de typhus les plus désastreuses, et qu'il faillit y succomber; la première fois en Espagne, où une armée de 25,000 hommes en compta 10,000 dans les hôpitaux; et la seconde fois en Saxe, où le nombre des malades et des morts devint incalculable. Lui aussi pouvait dire : «J'y étais, »lorsque l'on prononçait en sa présence l'un de ces grands noms de bataille dont nos pères se glorifiaient : *Ulm*, *Austerlitz*, *Wagram*, *Eylau*, *Friedland*, *la Moskowa*, et tant d'autres. Mais Ribes était si modeste, qu'il parlait rarement de ce qui l'honorait le plus dans le passé; à peine nous laisse-t-il dans ses mémoires quelques pages consacrées à ses plus beaux souvenirs, et encore n'en aurait-il rien écrit, s'il n'avait été excité à le faire dans les derniers temps de sa vie.

Citons un trait entre plusieurs autres.

Une partie des blessés de la bataille de la Moskowa avait été rassemblée dans l'abbaye de Kotloskoi; l'empereur vient les visiter, et il apprend que les pansemens n'ont pas été faits la veille. Il s'en étonne, s'impatiente, s'irrite, et fait appeler le chirurgien en chef de l'ambulance; c'était Ribes. Mais laissons-le raconter lui-même ce qui advint : «Je me présentai avec calme devant l'empereur; » je savais qu'avec lui il ne fallait pas de longs discours.—C'était une mission » de confiance, me dit-il, que je vous avais donnée; vos blessés n'ont pas été » pansés hier, et cela n'est pas bien.—Non, sire, les blessés que m'a confiés » Votre Majesté n'ont pas été pansés hier; ils ne le seront pas aujourd'hui, ils » ne le seront peut-être pas demain. — C'est différent, répondit-il sans m'en » demander la raison, et sa colère fut apaisée; il m'engagea avec un ton bien- » veillant à continuer de donner mes soins à ces malheureux blessés. » Voilà quel était le langage simple de l'homme fort de sa conscience et de son devoir à celui qui savait, du reste, comprendre ce langage-là.

M. Ribes a éprouvé toutes les fatigues de la désastreuse campagne de 1813, et pratiqué quelques-unes des plus graves opérations de la chirurgie militaire, telles que l'amputation des deux cuisses au général Bruyère. Il s'est trouvé aussi maintes fois en péril au milieu des combats : il était auprès du général Dugommier le 27 brumaire an III, lorsque ce général fut mortellement blessé dans la poitrine par un éclat d'obus; il était à côté du maréchal Duroc et du général Kirschner, à Reichenbach, lorsqu'ils furent tués l'un et l'autre par un boulet de canon.

Mais comment bien dire de tels événemens dans la préoccupation de celui qui nous rassemble ici? M. Ribes, après les campagnes de Russie et de Saxe, reçut la mission d'accompagner notre saint-père le pape dans ses états; et il évita ainsi la douleur d'assister au dernier désastre de notre armée.

Rentré ensuite à Paris pour s'y reposer des longues fatigues de la guerre, il rassembla les matériaux de ses observations, de ses recherches pour les publier plus tard. M. Ribes avait su employer au travail tous les instans de sa vie; et jusque dans les intervalles de ses campagnes, il avait fait des cours, pour transmettre à ses jeunes compagnons les leçons qu'il avait reçues lui-même de quelques-uns des grands maîtres de l'art. Comme professeur, il cherchait à démontrer surtout l'importance des études cliniques, et puisait ses principaux enseignemens dans l'expérience de la médecine et de la chirurgie militaires. Comme praticien, il était sage et réservé, jusqu'à l'hésitation peut-être; et pour guérir les maladies, il se préoccupait moins de faire intervenir l'art activement, que d'aider la nature, en se confiant à ses sublimes efforts. Comme écrivain, il a publié trois volumes dédiés à Bichat, sous le titre de MÉMOIRES ET OBSERVATIONS D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE ET DE CHIRURGIE; un grand nombre d'articles dans les MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION, dans les BULLETINS DE LA FACULTÉ, dans les ARCHIVES, dans la REVUE MÉDICALE, dans la GAZETTE MÉDICALE, dans l'ENCYCLOPÉDIE MÉTHODIQUE et dans le grand DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.

Plusieurs des travaux de Ribes ont acquis une célébrité dans la science; ils feraient honneur à quiconque ne compterait pas comme lui d'autres titres à l'estime de tous; et ce n'est pas par une publicité hâtive, avide de réputation, que ses mémoires ont paru, puisque la plupart remontent à vingt, trente, quarante années d'observations. Il serait impossible ici d'en faire l'analyse; mais l'énumération seule des principaux sujets en indiquera l'importance : ainsi, en anatomie et en physiologie, les recherches sur les ganglions nerveux, les membranes muqueuses, le tissu cellulaire, les vaisseaux sanguins et les lymphatiques, les os, les articulations, et surtout le cerveau, l'œil et l'oreille; en médecine et en chirurgie, les observations sur les crises dans les maladies, le typhus, la phlébite, l'angine et la stomatite pseudo-membraneuse, la névralgie faciale, les perforations de l'estomac et la néphrite, les abcès, les anévrismes, les fractures, la carie et la nécrose, les entorses, les tumeurs blanches, les hernies, la fistule anale et l'opération de la taille : tels sont les travaux essentiels de notre célèbre maître.

M. Ribes vivait fort retiré du monde, trop retiré peut-être, car le monde oublie les hommes de labeur et de dévouement comme celui-là, qui n'avait jamais démenti sa réputation de modestie, et qui en portait l'empreinte jusque dans sa physionomie calme, dans sa démarche lente, dans ses gestes modérés, dans son langage retenu et presque silencieux.

J'hésite à dire, en finissant ce qui fut pour M. Ribes un coup de douleur profonde : il avait été appelé à la place de médecin en chef des Invalides, vers la terminaison de sa carrière, et lui aussi était heureux de se retrouver au milieu des débris vivans de tous nos champs de bataille, dans le lieu même où il avait porté pour la première fois l'habit d'officier de santé militaire. Mais lui aussi eut à gémir de se voir déposséder bientôt d'une position qu'il regardait comme la seule retraite méritée par ses services. Il fut donc obligé de se séparer de ses vieux compagnons d'armes, et il leur adressa une lettre d'adieux dont voici les derniers mots : « Adieu, mes braves et chers amis, je descendrai dans la tombe » plein de reconnaissance pour la confiance que, dans tous les temps vous m'a- » vez accordée. J'espère que nous nous reverrons dans une autre vie, où nous » pourrons oublier le souvenir des maux que nous avons soufferts, et pardonner » les injustices que nous avons essuyées.... » Ces touchantes paroles ne nous laissent plus rien à dire sur M. Ribes.

Sa santé, dès-lors, s'est affaiblie progressivement; et cette activité si ferme, si juvénile jusqu'à un âge avancé, l'abandonna aussitôt qu'elle perdit elle-même son mouvement de ressort. M. Ribes fut atteint d'une affection de poitrine qu'il avait jugée incurable, et il refusa presque les secours ou plutôt les efforts de l'art. Il savait tant et depuis si longtemps, qu'il douta de la science à son heure suprême; et lorsqu'il se vit en face de la mort, il l'attendit avec calme et résignation.

Il a succombé le 21 février dans les bras de son fils, en laissant après lui les regrets que mérite l'homme de bien et qui feront vivre sa mémoire parmi nous.

Adieu, notre vénéré maître, adieu!

— OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME PAR LES INJECTIONS AVEC L'AZOTATE D'ARGENT A HAUTE DOSE; par FRÉDÉRIC CAZALIS, docteur en médecine (service chirurgical de M. Serres). — Brochure in-8°.

Montpellier, chez M. Martel aîné, imprimeur de la Faculté de médecine.

— RESCISION COMPLÈTE DE L'URÈTHRE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS CHEZ UNE FEMME; par le professeur RIBERI, traduit de l'italien par le docteur FRÉDÉRIC CAZALIS. — Brochure in-8°.

Montpellier, imprimerie de Ricard frères.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 13. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 29 MARS 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er mars. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PHILOSOPHIE ZOOLOGIQUE.

CLASSIFICATION PARALLÉLIQUE DES MAMMIFÈRES (lue à l'Académie des sciences, séance du 17 mars); par M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire.

J'ai l'bonneur de présenter à l'Académie le Tableau synoptique d'une classification nouvelle des mammifères que j'ai exposée, pour la première fois, dans mon cours de 1837, que, depuis, je me suis efforcé chaque année d'améliorer dans le détail, et selon laquelle est rangée la collection du muséum. Le tableau a été dressé avec beaucoup de soin et est publié par M. Payer, professeur suppléant à la Faculté des sciences, bien connu de l'Académie par des mémoires de botanique et de physiologie végétale auxquels elle a accordé son approbation.

Si ma nouvelle classification mammalogique eût été déja exposée par moi dans un ouvrage ou un mémoire, je n'aurais rien à ajouter. Mais cette classification n'est encore connue que par deux analyses publiées en 1838 et 1840 par MM. Guérin-Méneville (1) et Charles d'Orbigny (2), et qui, fort exactes, mais succinctes, ne sauraient tenir lieu d'un travail plus étendu. En présentant le tableau synoptique de M. Payer, je crois donc devoir ajouter quelques mots, afin d'indiquer pourquoi je n'ai point encore exposé et développé moi-même, si ce n'est dans mon cours, une classification qui date déjà de huit années, et surtout quels en sont les principes et les bases.

(1) Revue zoologique, année 1838, p. 218.
(2) Description des mammifères; Paris, 1840, p. viii.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Il est des questions qui ne s'épuisent point; il est des espérances qui verdoient toujours au fond des cœurs : ce sont les questions qui touchent à l'existence individuelle ou collective; ce sont les espérances qui promettent le salut aux professions en décadence. La médecine, si déchue qu'elle soit et tant chargée de misères, n'a pas cessé d'espérer. Si les croyances scientifiques lui échappent, elle n'a pas perdu je ne sais quelle foi matérialiste en ses destinées sociales, et comme si elle n'avait rien appris dans les épreuves du passé, elle est prête à saluer dans chaque nouveau ministre de l'instruction publique le libérateur qu'elle attend, le *Deus ex machinâ* qui doit trancher le nœud gordien de ses embarras et de ses souffreteuses péripéties. Oui, mon cher confrère, notre alme mère la médecine se redresse sur son grabat; sœur Anne lui a murmuré à l'oreille qu'elle voyait venir.... quoi? Le nuage qui poudroie et le soleil qui flamboie, je veux dire une demi-douzaine de projets de réformes ou de réformes en projets : enseignement, hiérarchie, exercice de l'art, tout passerait cette fois dans la refonte; renfort de garanties pour le doctorat, qui exigerait une année scolaire de plus et s'enrichirait d'un examen spécial sur les accouchemens; examens de passage entre les stades annuels de la scolarité, portée à cinq ans; accumulation des épreuves pour le doctorat sur la période finale des études; intervention plus directe des agrégés dans l'éducation scientifique de chaque génération d'élèves; abolition des officiers de santé; création d'un sous-ordre de praticiens sous le titre de licenciés en médecine avec diplôme de bachelier-ès-lettres; nécessité pour les aspirans au doctorat de passer au moins deux ou trois ans dans l'une des trois facultés; établissement de jurys médicaux aux chefs-lieux des départemens, avec mission de surveiller la vertu des confrères et de punir les vices, heureusement fort rares, que l'on désigne par l'expression générique de charlatanisme ou d'industrie.... Que vous faut-il encore? Parlez.

Ne vous faites faute de vœux et de regrets; on exaucera les uns, on effacera les autres; c'est le grand moment des desiderata... *occasio præceps*; il en est des ministres nouveaux comme des nouveaux remèdes; il faut se hâter d'en user pendant qu'ils guérissent, c'est-à-dire pendant qu'ils durent; et puisque M. de Salvandy ne paraît pas insensible à la gloire de renouveler la face des choses médicales en France, c'est à nous de mettre à profit une si excellente disposition d'esprit; s'il ne se glisse en plein parlement un projet de réorganisation de la médecine entre la graine de sésame et la conversion du cinq pour cent, ce sera votre faute et la nôtre.

Vous trouverez que je traite légèrement les nouvelles si graves pour notre profession, qui ont pris cours en ces jours derniers; hélas! plaignez ma jovialité; elle n'est que le masque du découragement. Les réformes qui doivent améliorer le sort de la médecine sont d'une évidente nécessité; de plus, elles ne

Un grand nombre d'auteurs, et parmi eux l'illustre naturaliste lui-même qui, dans notre siècle, a fait faire le plus de progrès à la classification du règne animal, ont admis implicitement l'impossibilité d'une classification à la fois naturelle et rigoureuse; c'est-à-dire telle que, les animaux étant rapprochés selon leurs véritables affinités, les groupes primaires, secondaires, tertiaires, successivement formés par ces rapprochemens, puissent être rigoureusement caractérisés et définis. La première condition pour qu'il en soit ainsi, c'est, évidemment, que la caractéristique de toute division soit parfaitement applicable à chacun des animaux qui sont compris dans cette division. Or, chacun sait combien il arrive fréquemment que cette condition ne soit pas remplie, et que les caractères compris dans la caractéristique ou définition générale d'un groupe naturel, ne se retrouvent que dans la pluralité, et non dans la totalité des êtres de ce groupe. Nous pourrions citer une multitude d'exemples pris à tous les degrés de la classification, depuis les divisions de l'ordre le plus élevé, les embranchemens eux-mêmes du règne animal, jusqu'aux familles et aux genres.

L'exactitude, la rigueur, sans lesquelles il ne saurait exister de science véritable, sont-elles réellement impossibles dans l'histoire naturelle des êtres organisés, et spécialement en zoologie? Je crois, heureusement, pouvoir affirmer le contraire. Sans tomber, en ce qui concerne la classification, dans l'inconvénient non moins grave, plus grave même encore, de sacrifier l'ordre naturel à la rigueur, comme on l'a fait quelquefois, il est possible de concilier l'un et l'autre en choisissant convenablement les élémens de la caractéristique, et souvent même en modifiant légèrement, pour les élever à un plus haut degré de généralité, les définitions déjà usitées.

J'ai entrepris, non seulement de le prouver, mais de l'exécuter à l'égard des mammifères; et, par deux mémoires étendus, dont l'un a paru il y a un an, dont l'autre, imprimé depuis plusieurs mois, sera prochainement publié, je l'ai fait, je crois pouvoir le dire à l'égard du premier ordre des mammifères et des groupes de divers degrés qu'il comprend. Je crois avoir résolu de même la question, et le tableau en offrira peut-être la preuve à l'égard de plusieurs autres groupes; mais sur d'autres points aussi, la classification que résume le tableau est à modifier, comme n'étant pas à la fois rigoureuse et naturelle. Ainsi, sans insister sur quelques difficultés de détails relatives à divers genres, le groupe des Phoques, placé, dans ma classification, dans l'ordre des carnassiers, comme il l'est par Cuvier et par presque tous les auteurs, se trouve, par cela même, compris dans une caractéristique générale qui est inexacte pour lui. La place assignée au groupe des Tardigrades, et celle qui est donnée aux Monotrèmes sont, au contraire, exemptes de tout reproche sous ce point de vue; mais l'ordre naturel ne paraît pas conservé. Voici donc trois points, et trois points importans, sur lesquels la conciliation cherchée entre la rigueur et les affinités naturelles n'a point encore été obtenue.

Ces courtes remarques suffiront pour faire comprendre pourquoi je n'ai pas publié, jusqu'à présent, une classification dans laquelle le but que je me propose n'est pas encore atteint, et ne pourra l'être qu'à l'aide de matériaux nouveaux, dont une partie seulement est en ma possession. Il y a d'ailleurs, remarquons-le, à l'égard de toute classification, une difficulté bien plus grave, de l'ordre le plus général, et qui touche aux racines mêmes de la science. Le système de la fixité des espèces, en d'autres termes, cette hypothèse, non démontrée, pour ne pas dire plus, que les espèces aujourd'hui existantes se sont transmises immuables depuis leur origine, est encore la base presque universellement admise de la zoologie. La définition de l'espèce, telle qu'elle est presque partout reproduite, est fondée sur cette douteuse abstraction; et c'est sur la définition de l'espèce que s'élèvent à leur tour successivement les définitions du genre, de la famille, et de tous les groupes supérieurs. Il est donc vrai de dire que l'échafaudage tout entier de la classification zoologique repose sur une base bien peu solide, et que la question doit être reprise dans son principe.

Et puisque nous avons été amené à dire quelques mots de ce grand problème de la fixité ou de la variabilité de l'espèce, félicitons-nous de le voir posé par l'Académie, dans l'un des programmes des prix publiés par elle dans sa dernière séance (1), comme l'un de ceux sur lesquels doivent se porter, avec le plus de suite, les efforts et les travaux des savans.

Aux difficultés immenses que présente par lui-même ce problème fondamental de l'histoire naturelle des êtres organisés, se sont longtemps ajoutées les difficultés résultant de cette croyance, encore partagée par la plupart des naturalistes, qu'il n'y a pas même lieu de le poser; qu'il n'est pas à résoudre, mais déjà résolu. Le programme de l'Académie contribuera puissamment à faire disparaître ces dernières difficultés, et l'on peut dire qu'il fait faire, dès aujourd'hui, un grand pas à la question.

Il me reste à ajouter quelques remarques sur le principe et les formes de la nouvelle classification que présente synoptiquement le tableau de M. Payer. Cette classification est l'application aux mammifères, de vues générales sur le parallélisme des séries que j'ai présentées pour la première fois en 1832, et appliquées, de 1832 à 1836, à la coordination méthodique des êtres anomaux. Selon ces vues, qu'il me suffira de rappeler brièvement, non seulement l'idée de l'*échelle animale*, telle que Bonnet l'avait déduite des doctrines philosophiques de Leibnitz, non seulement l'hypothèse, dérivée de cette idée, que les animaux formaient une *série continue*, ne sont plus admissibles aujourd'hui, mais une *série unique, unilinéaire*, ne peut suffire non plus, sous un autre point de vue, à l'expression des rapports naturels des êtres. Si, d'une part, les animaux ne se suivent pas comme les anneaux d'une chaîne, s'il y a des lacunes résultant de la non existence de certains animaux, objection faite depuis longtemps, et qui subsiste dans toute sa force; d'une autre part, il arrive aussi que la série s'écarte, en sens inverse, du plan idéal que l'on s'était tracé. Certains degrés d'organisation se trouvent plusieurs fois représentés, et la série se dédouble en quelque sorte partiellement, ou même se multiplie davantage encore. L'existence de termes surabondans, de redoublemens dans la série entraîne la nécessité de classifications établies sur un plan nouveau et dans lesquelles les animaux se trouvent disposés non selon une série unique, mais selon plusieurs séries parallèles, composées de termes réciproquement analogues, et se correspondant les uns aux autres. C'est ce mode de classification que j'ai nommé *classification parallélique*, et qui, appliqué par moi-même aux mammifères, aux oiseaux, aux êtres anomaux, l'a été par MM. Duméril et Bibron, avec tant de suc-

(1) Programme du prix relatif au développement du foetus. (Voyez le Compte-rendu des séances de l'Académie des sciences, année 1845, p. 668.)

sont pas très difficiles à réaliser; c'est pourquoi nous doutons de leur prochain accomplissement. Que si elles se trouvaient sérieusement à l'ordre du jour, nous aurions matière à controverse dans celles que l'on annonce, mais qui n'auront certainement pas l'appui des hommes compétens du conseil universitaire: quoi! deux ordres de praticiens encore, comme si la santé et la maladie se pouvaient partager en deux moitiés d'inégale importance, dont l'une serait laissée aux licenciés, et l'autre réservée aux docteurs? Sans doute je préfère vos licenciés munis de littérature et d'éducation première à la tourbe ignare des officiers de santé qui conduisent par une gradation inévitable aux rebouteurs et aux devins; mais puisque vous attaquez le mal, ayez le courage de l'extirper; c'est un cancer qui repullule. Les malades des bourgs et villes sont des hommes comme vous et moi; vous leur donnez un curé pour assurer le salut de leurs âmes, un maire pour légaliser les actes civils de leur vie, un percepteur pour leur demander le denier de l'impôt; ajoutez à cette hiérarchie rurale qui pousse partout comme une végétation de cryptogames, un médecin cantonal qui, moyennant une modique allocation sur le budget, ait devoir et charge de soigner les pauvres de la campagne, les plus indigens de tous les pauvres, les plus dignes de la commisération de tout cœur humain et dont un de nos collaborateurs, de tant de style, de science et d'entrailles, vous a dit les navrantes pénuries. Quoi! sur chaque route un pionnier pour niveler la chaussée caillouteuse sous les roues de la malle-poste et des diligences; dans chaque bourgade un gendarme pour prêter main forte à qui de droit; dans chaque hameau un vicaire pour parler de l'enfer et du purgatoire à ceux dont la vie est un mystère de souffrances et d'expiations quotidiennes; et pour les infirmes, les malades et les mourans qui gisent épars dans des localités sans nom sur la carte, pas une main experte à les panser; pas un médecin dont la présence obligée à leur lit leur rappelle le pouvoir conservateur de la société! Un philosophe, jeté par un naufrage sur des bords inconnus, se crut sauvé et en terre de civilisation quand il aperçut les vestiges d'une figure géométrique tracée sur le sable de la plage. Qu'aurait-il dit, le glacial géomètre, si, jeté sur une de nos côtes ou errant à l'aventure dans l'intérieur de notre beau pays, il se fût trouvé au milieu des malades pauvres d'un bourg sans médecins, ou forcés d'envoyer à plusieurs lieues de distance des messagers en prière au devant d'un cupide médicastre de campagne? Une noble province où le respect de la vie humaine fait partie du caractère, l'Alsace vous montre avec orgueil ses médecins cantonaux, sentinelles d'humanité échelonnés sur la surface de son territoire, et qui portent sur tous les points de leur sphère respective le secours de leurs talens éprouvés par le concours. Etendez cette belle institution à toute la France, et vous pourrez renoncer au maintien d'un sous-ordre de praticiens que vous destinez modestement aux petites localités, et vous aurez beaucoup fait pour le dégorgement des villes, grandes et moyennes, où s'entassent les médecins, car tel jeune docteur qui hésite à tenter la fortune (et quelle fortune!) dans un village, dans un hameau, dans un bourg, s'y établira avec satisfaction s'il y peut arriver avec un titre officiel et un émolument qui le garantisse contre le besoin; la concurrence sordide des officiers de santé éloigne des médecins qui ont le juste sentiment de leur dignité et de leur supériorité intellectuelle: qu'elle cesse, et la campagne se peuplera de docteurs. J'entends dire que l'officier de santé est plus rapproché du paysan par ses mœurs, son langage, ses habitudes, et pénètre mieux dans

ces, aux reptiles, et par M. Brullé à plusieurs groupes d'animaux articulés (1).

Le nombre des séries principales que j'ai admises à l'égard des mammifères, est de trois. La première, beaucoup plus considérable, par le nombre de ses genres et de ses espèces, que les deux autres prises ensemble, comprend les mammifères à quatre membres, chez lesquels le système reproducteur est le même que chez l'homme; huit ordres composent cette première série. Dans la seconde sont les marsupiaux et les monotrêmes, ou les didelphes de M. de Blainville : ils constituent trois ordres, correspondant à trois des huit ordres de la première série, les carnassiers, les rongeurs, les édentés. La troisième série, celle des mammifères à une seule paire de membres, tous aquatiques, est continuée par deux ordres, l'un proposé depuis longtemps par Illiger sous le nom de *Sirenia*, et qui comprend les lamantins, dugongs et rytines, ou les cétacés herbivores de M. Cuvier. Les *Cete* de Linné, ou la plupart des cétacés de M. Cuvier, forment le second ordre de la troisième série, et le dernier de la classe des mammifères.

Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur les avantages qu'offre la *classification parallélique* sur les classifications ordinaires, comme fournissant une expression, non encore exacte, mais beaucoup plus approchée des rapports naturels des êtres. Que l'on me permette de citer seulement un exemple que vont me fournir les animaux mentionnés en dernier lieu. On sait les opinions si contradictoires, en apparence, de M. Cuvier et de M. de Blainville, sur les lamantins et les autres sirénides: Selon M. de Blainville, ces mammifères sont de véritables pachydermes; selon M. Cuvier, il faut les reléguer à l'extrémité inférieure de la série des mammifères, parmi les cétacés. Laquelle de ces deux opinions est fondée? Toutes deux le sont, mais incomplètement; car les sirénides sont à la fois très analogues aux cétacés sous un point de vue, aux pachydermes sous un autre. L'expression de ces doubles rapports est impossible dans une classification unilinéaire, et de là de profondes divergences entre les zoologistes, dont chacun, selon les vues qui lui sont propres, exprimera de préférence tels rapports et sacrifiera tels autres. Ces difficultés s'évanouissent dès qu'on recourt à la classification parallélique. Que l'on fasse des mammifères aquatiques à deux membres seulement une série distincte, parallèle à celle des quadrupèdes; les sirénides se placent naturellement dans la première, immédiatement au-dessus des cétacés, et vis-à-vis des pachydermes, et telle est, en effet, leur véritable place; car ils sont, en quelque sorte, les pachydermes de la série tout aquatique des bipèdes.

Les classifications paralléliques, comme nous l'avons dit ailleurs, et comme on peut le déduire de ces courtes remarques, dérivent donc nécessairement de cette haute vérité de philosophie naturelle, que la nature, comme elle se répète dans la formation de diverses parties du même être, s'est répétée dans la création des diverses séries partielles dont se compose en réalité la série animale.

(1) Dans son Précis d'anatomie transcendante, M. Serres a indiqué aussi une importante application de la classification parallélique à la distinction et à la coordination des races humaines.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LES LÉSIONS DES ARTÈRES FESSIÈRE ET ISCHIATIQUE, ET SUR LES OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT; par F. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite et fin. — Voir les numéros 10 et 11.)

B. Traitement. — La thérapeutique des anévrismes spontanés de la région fessière est essentiellement chirurgicale. Bien que nous ayons reconnu, par l'observation 6, que la nature peut guérir elle-même des lésions de ce genre, et, par un autre exemple, que la maladie peut rester stationnaire, la rareté du premier résultat est trop bien connue et les suites ordinaires des progrès de la tumeur sont trop redoutables pour que l'expectation doive être conseillée. La compression est ici d'un faible secours et ne saurait inspirer de confiance, au moins en ce qui concerne les anévrismes de la fessière. Nous avons vu que l'artère ischiatique pourrait être comprimée d'une manière un peu moins défavorable, sur le plan que présente le petit ligament sacro-sciatique; mais outre que cette compression ne serait pas faite dans les meilleures conditions, on sait que ce moyen est trop souvent infidèle dans le traitement des anévrismes. Les saignées, la digitale, les topiques réfrigérans n'offriraient aussi que des secours douteux et leur usage prolongé aurait l'inconvénient de faire perdre un temps précieux. Le seul cas dans lequel on ait attribué un succès à ces moyens réunis ne conserve aucune importance, car l'exactitude du diagnostic ne fut pas démontrée. Ainsi, M. Broocke (1) a mentionné dans un recueil publié à Dublin quelques détails sur un anévrisme de la fessière, lequel aurait été guéri par la compression, secondée par la diète végétale, et par l'emploi de doux laxatifs et de la digitale. Mais S. Cooper (2), qui rappelle ce fait, ajoute qu'il est impossible de tirer quelque conclusion relativement à la nature de la tumeur, en raison du peu de développemens donnés à ce sujet par le narrateur.

La ligature du vaisseau malade ou du tronc dont il émane reste donc comme la seule ressource importante que l'on puisse opposer aux anévrismes spontanés de la région fessière.

C'est à l'occasion de ces tumeurs que l'on a entrepris une des opérations les plus graves et les plus hardies, la ligature de l'artère hypogastrique. Les dangers et les difficultés de cette opération sont pour ainsi dire du domaine de l'évidence, et cependant pas un concours de circonstances heureuses, sur quatre cas authentiques de ligatures de ce vaisseau pratiquées par de célèbres chirurgiens étrangers, Stevens, Mott (de Philadelphie, de Santa-Cruz, Atkinson (d'York), Pomeroy-White (d'Hudson). La science a pu enregistrer trois cas de guérison; l'opéré d'Atkinson n'a lui-même succombé que 20 jours après la ligature. Cette issue favorable mérite assurément d'être prise en considération, ne dût-elle prouver que

(1) Transact. of the fellows, etc., of the king's and queen's college of physicians in Ireland; t. 1, p. 41.
(2) Dictionnaire de chirurgie pratique; t. 1, p. 147.

---

les convenances d'une médecine pour ainsi dire spéciale. Qu'est-ce à dire? Si vous avez au cœur le souci du progrès de vos semblables et de l'extension des lumières, le contact d'un homme instruit et dégagé de préjugés ne vous paraîtra-t-il pas plus salutaire pour les populations de la campagne? Là où il y a un médecin, là il existe un représentant de la civilisation, et sous ce rapport, l'application générale du système des médecins cantonaux acquiert une importance toute sociale.

La thèse que je plaide en faveur de l'institution des médecins cantonaux peut servir d'épilogue à un récit que tous les journaux de cette semaine ont enregistré; la scène se passe dans un village; les personnages sont un devin ou médicastre du genre mystique, une jeune fille épileptique, un frère crédule, un fossoyeur sacrilége; le remède a été formulé comme il suit : *Prenez* : tête de mort chrétien; faites cuire dans un four et mangez en trois jours... Et ainsi a-t-il été fait; au moins nul démenti n'est encore tombé sur cette horrible narration, qui soulève le cœur et glace la plume. Cette funèbre recette de cannibale n'est pas à l'usage de tous les devins, sorciers, uroscopes, guérisseurs, rebouteurs, etc.; mais il n'est peut-être pas une localité rurale où des pratiques moins hideuses, mais non moins absurdes, ne soient conseillées et propagées. Nos cités en sont-elles exemptes? La feuille d'annonces des journaux quotidiens n'est-elle pas alimentée par les appels du plus ridicule charlatanisme? Un grand nombre de ces exhibitions de panacées et de spécifiques y sont comme stéréotypés; leur permanence dispendieuse dans la publicité des feuilles politiques prouve leur succès; les plus incroyables sont ceux qui ont le plus de chances; de la tête aux pieds, migraines et durillons, tout est sujet à mensonge et à exploitation; la constipation détruite sans lavement et le mal de mer supprimé à coups de bonbons, comptent parmi les plus sûrs revenus de maint journal de toutes nuances; les organes quotidiens de l'opposition et ceux du ministère se donnent la main sur leur quatrième page; ils se passent sur ce terrain neutre la rhubarbe et le séné; leur politique aboutit aux maladies secrètes, l'une de leurs immuables enseignes. En présence d'un tel débordement de charlatanisme et de cupidité, que devient la profession honnête; et faut-il s'étonner si, de temps en temps, on voit une âme probe et droite s'échapper du cercle d'airain de la détresse par la tangente d'une industrie quelconque? Telle fut la fatalité d'un médecin qui vient de mourir, et dont peu de vos lecteurs connaissent l'histoire; il a précédé de quelques mois, dans la tombe, son homonyme, M. Ollivier (d'Angers), dont la médecine légale regrette la perte prématurée. L'autre Ollivier avait pris un autre chemin, et pressé par les dures nécessités de l'existence domestique, il s'avisa un jour que des biscuits anti-syphilitiques pourraient le tirer d'embarras; il en fabriqua donc, et des meilleurs; l'Académie de médecine en a reconnu les avantages dans un rapport qui valut à l'inventeur le droit de les vendre à titre de remède secret. Avoir inventé un bon remède ne suffisait point; il fallait le répandre. Ici commença pour le bon M. Ollivier une épreuve délicate.... Il était membre de l'Académie de médecine; il sentait que noblesse oblige, et pourtant, sans la publicité des journaux, le moyen péniblement inventé pour subvenir aux besoins d'une famille manquait son but; il fit donc le sacrifice de son titre d'académicien plutôt que de le traîner dans les journaux. Ce que cette démission lui coûta, Dieu le sait. Mais le voilà affranchi des convenances rigoureuses qu'il devait à une il-

l'habileté des chirurgiens qui ont pratiqué l'opération et qui en ont combattu les suites avec sagacité. Mais n'en serait-il pas de cette série de succès, basés d'ailleurs sur une statistique trop bornée pour être démonstrative, comme de certaines opérations inaugurées avec les débuts les plus brillans et qui, plus tard, ont occasionné des revers plus pressés, plus soutenus que les succès qui avaient marqué leur avénement? La ligature de l'hypogastrique ne restera, nous le croyons, que comme méthode d'exception, et les efforts des chirurgiens doivent tendre à lui substituer une opération plus simple. Reproduisons d'abord les exemples; nous essaierons ensuite de poser les indications.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE FESSIÈRE GUÉRI PAR LA LIGATURE DE L'ILIAQUE INTERNE.

OBS. DE W. STEVENS, DE SANTA-CRUZ. — Maila, négresse du pays de Bambara, en Afrique, fut transportée comme esclave dans les Indes-Occidentales, dans l'année 17[illegible]0. Je vis pour la première fois cette femme au commencement de décembre 1812; elle avait une tumeur à la cuisse gauche, au-dessous de l'échancrure sciatique. Cette tumeur était aussi volumineuse que la tête d'un enfant et offrait de fortes pulsations. Aucune cause ne peut être assignée à sa maladie, qui s'était développée depuis neuf mois environ, en n'occasionnant qu'une douleur légère et en acquérant graduellement le volume qu'elle présentait alors. La malade réduite à un état fort malheureux était disposée à supporter quelque opération que ce fût.

Le docteur Lang avait vu cette femme peu de temps après la manifestation de sa maladie, alors qu'elle était trop évidente pour être méconnue. Ce chirurgien, ami et disciple de J. Bell, fit dans ce cas ce que beaucoup d'autres chirurgiens eussent fait à sa place; il déclara que la maladie était incurable. La femme retourna de l'hôpital à sa butte, soumise à son sort et résignée à subir pendant quelques semaines une existence malheureuse et à périr ensuite d'hémorrhagie.

Je n'ignorais pas que J. Bell avait lié l'artère fessière. Toutefois, ces deux cas étaient très différens: l'un était un anévrisme, l'autre une blessure artérielle; le premier était une affection constitutionnelle, la deuxième une lésion locale, ce qu'il n'est pas indifférent de constater. Un chirurgien peut avec raison mettre à découvert une artère blessée et la lier dans le lieu même de la blessure. Mais John Hunter, Pott et beaucoup d'autres enseignent, d'après les leçons de l'expérience, qu'il est dangereux de lier immédiatement au-dessus d'une tumeur anévrismale.

La compression, qui peut être utile dans quelques cas, ne saurait être appliquée à un anévrisme de l'artere fessière. Il n'y a qu'un seul moyen de guérir la maladie, c'est de pratiquer la ligature de l'iliaque interne dans le bassin.

MM. Abernethy, A. Cooper, Freer et quelques autres ont lié avec succès l'iliaque externe. J'avais lié l'interne sur le cadavre et je pensais qu'on pouvait faire cette opération avec succès sur le vivant. En conséquence, je proposai l'opération pour l'anévrisme de Maila au docteur Lang et à mon ami le docteur Van Brackle, qui furent appelés en consultation : ils y consentirent.

Le 27 décembre 1842, je liai l'artère en présence des docteurs Lang et Van Brackle, de M. Nelthropp et de M. Ford.

Une incision longue de cinq pouces fut pratiquée du côté gauche, sur la partie inférieure et latérale de l'abdomen, parallèlement à l'artère épigastrique et à un demi-pouce environ au dehors de ce vaisseau. La peau, le *fascia superficialis* et les trois muscles abdominaux furent successivement divisés; les légères adhérences du péritoine et des muscles iliaque interne et grand psoas furent détruites. Le péritoine fut alors renversé directement en dedans depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'os des îles jusqu'au point de division de l'artère iliaque primitive. Je sentis l'artère iliaque interne dans la cavité que je venais de faire; j'engageai mon doigt indicateur derrière le vaisseau et je le pressai entre ce doigt et le pouce. Dans ce moment, le docteur Lang explora l'anévrisme situé en arrière; les pulsations avaient entièrement disparu et la tumeur s'était affaissée. J'examinai l'artere dans le bassin; elle était saine et détachée de ses connexions avec les tissus environnans. Je fis passer alors une ligature derrière l'artere et je la liai à un demi pouce environ de son origine. La tumeur disparut presqu'immédiatement après l'opération, et la plaie se cicatrisa très bien. Vers la fin de la troisième semaine, la ligature tomba, et en six semaines la femme fut parfaitement rétablie.

Etant sur le point de quitter les Indes occidentales, vers la fin du mois de mai dernier, je m'informai de cette femme; elle était alors en parfaite santé, reconnaissante de sa guérison et exprimant son étonnement qu'une si terrible maladie de la partie postérieure de son corps put être guérie par une plaie pratiquée à la partie directement opposée.

C'est, je pense, la première fois que l'artère iliaque interne a été liée, l'opération ne fut ni très difficile ni très douloureuse. La malade ne se plaignit pas de souffrir beaucoup, et je suis certain qu'elle ne perdit pas une once de sang.

Je n'éprouvai aucune difficulté à éviter l'urétère. Lorsque je repoussai le péritoine en dedans l'urétère suivit cette membrane. S'il était resté sur l'artère, je l'aurais aisément détourné avec mon doigt.

En exécutant cette opération, je n'ai employé qu'une seule ligature parce que je pense qu'une ligature est entièrement suffisante pour quelque artère que ce soit.

(Voy. MEDIC. CHIRUR. TRANSACT., t. V.)

Le docteur Stevens se livre, après cette narration, à diverses considérations dans le détail desquelles il est inutile d'entrer. Il nous suffira de compléter son observation, en rappelant que son opérée est morte dix ans après d'une autre maladie. L'autopsie a été faite et la pièce pathologique est encore conservée dans un des musées de Londres où plusieurs personnes ont pu l'examiner et vérifier l'exactitude des assertions avancées par le chirurgien de Santa-Cruz concernant la ligature de l'artère hypogastrique et l'oblitération du sac anévrismal. Seulement M. R. Owen, qui a disséqué et conservé la pièce, dit que l'anévrisme occupait l'artère ischiatique et non la fessière, comme on l'avait cru. C'est donc un nouvel exemple d'erreur de diagnostic analogue à l'exemple que nous avons cité plus haut.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE FESSIÈRE; LIGATURE DE L'ARTÈRE HYPOGASTRIQUE; MORT.

OBS. D'ATKINSON D'YORK. — Thomas Coast, âgé de 29 ans, se présenta le 29 avril 1817 à l'hôpital du comté d'York. C'était un batelier, grand, vigoureux, actif, sans trop d'embonpoint, mais bien musclé. Il souffrait beaucoup d'une tumeur pulsative, rénitente, très développée, évidemment anévrismale et située sous le muscle fessier du côté droit. Elle existait depuis neuf mois et elle était survenue à la suite d'un coup violent causé par une pierre. MM. Lanson et Walke ayant été appelés en consultation, l'opération fut décidée et exécutée le 12 mai, sans qu'il se présentât de difficulté majeure, si ce n'est pourtant qu'on fut obligé d'interrompre un instant l'opération en raison du sang fourni par les petites artères musculaires. Ayant atteint l'artère iliaque interne dans le bassin, ce qui exigea, dit Atkinson, que l'on plongeât dans cette cavité les doigts tout entiers, on en fit la ligature. On s'assura que l'artère malade provenait évidemment de l'iliaque, en comprimant celle-ci à plusieurs reprises, ce qui fit cesser les battemens et disparaître la tumeur. Le docteur Walke, M. Ward et tous les élèves purent s'assurer de ce fait. La courbure insuffisante de l'aiguille apporta quelques entraves à l'application de la ligature; aussi Atkinson a-t-il recommandé de se servir pour passer la ligature autour de l'artère d'un instrument en forme de cathéter, dont le mandrin aurait un petit anneau à son extrémité et pourrait être poussé au-delà du tube qui le renfermerait.

Le malade se trouva passablement bien après l'opération; le pouls ne s'éleva

---

lustre compagnie; les biscuits sont affichés, achetés, mangés, suivis d'excellens résultats pour les malades comme pour leur inventeur, qui pourtant ne sut en tirer tout le lucre qu'ils promettaient, tant la vocation industrielle lui faisait défaut. Il est mort, léguant une petite aisance aux siens.... Dire qu'il n'a jamais rappelé sur ses annonces son ancien titre d'académicien, dire qu'il a conservé sur les bancs de la rue de Poitiers des amitiés et des sympathies, que son remède secret n'avait rien de charlatanesque, et qu'en raison de ses bons effets il est sur le point d'être acheté par le gouvernement; dire encore que M. Ollivier n'a pas abusé de la publicité et n'aspirait point à la fortune à l'exemple des charlatans décidés, c'est encore faire son éloge. Assurément, la vie de ce médecin est l'un des enseignemens de notre époque. Fils médiocre et oisif d'un père opulent, il aurait pu conserver sa place à l'Académie, mêler ses interruptions aux séances et son nom aux procès-verbaux, mourir tout haut et descendre dans la dernière demeure au bruit flatteur d'une oraison confraternelle; moins délicat et moins résigné, il eût gardé son habit à palmes violettes et orné de son titre académique l'annonce de son médicament. La moutarde blanche, le racahout et tant d'autres substances de pharmacie volante manquent-elles de certificats académiques et d'illustres visas?

Une demande en mutation de chaire met en émoi les agrégés de Montpellier; la retraite de M. Lallemand laisse vacante une chaire de clinique chirurgicale; la Faculté a prié à l'unanimité le ministre de l'accorder par échange à M. Bouisson, professeur de pathologie externe. M. Bouisson est notre collaborateur, et, de plus, notre vieil ami. Il y a déjà longues années que nous avons deviné dans le jeune interne de l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier l'une des futures illustrations de l'école natale; mais dans la question qui s'est élevée, nous n'avons nulle crainte de céder aux inspirations de notre cœur. Après la Faculté de Montpellier, qui s'est prononcée avec la force de l'unanimité, et qui est assez bon juge, on voudra bien le lui accorder, de ses propres besoins, l'opinion publique s'est déjà manifestée dans le même sens. De la pathologie à la clinique, il n'y a que l'intervalle de la parole à l'acte, de l'enseignement à la pratique. Nous ne dirons pas qu'il existe une affinité entre ces deux chaires : elles sont identiques, quant à la science. Non seulement il est naturel que le professeur de pathologie passe à la clinique, mais il est nécessaire que ces deux branches d'instruction soient mêlées, comme on l'a fait à Strasbourg, où les professeurs de pathologie externe alternent pour la clinique. La question est toute de principe, et la solution est prévue. En attendant que la pathologie et la clinique soient professées alternativement par les mêmes hommes, il sera utile et convenable d'établir entre ces deux chaires une certaine facilité de permutations, à moins de contr'indications puisées dans la considération des individualités mises en avant. Ici rien de semblable, et tout au contraire milite en faveur de M. Bouisson. Agrégé en première ligne et chef des travaux anatomiques à vingt ans, par deux concours successifs; à 24 ans, professeur à la Faculté de Strasbourg à la suite d'un concours brillant, puis professeur d'une autre chaire à Montpellier par un nouveau concours; opérateur exercé, auteur d'excellens travaux de chirurgie, qui n'approuverait le choix de M. Bouisson pour remplir la vacance de M. Lallemand? L'agrégation de Montpellier ne perdra rien à cette mutation, puisque la chaire de pathologie externe lui sera proposée au concours, et il semble plus rationnel que le début du professeur qui sortira de cette lutte ait

jamais au-dessus de 130 pulsations, et au bout de quelque temps il tomba à 85 ou 90. Mais le 31 mai, environ vingt jours après l'application de la ligature, le malade succomba épuisé en partie par les hémorrhagies, en partie par la suppuration de la plaie.

A l'ouverture du cadavre, on trouva la cavité du péritoine entièrement remplie de sang coagulé dans le trajet de l'incision. La ligature, qui était probablement détachée depuis plusieurs jours, fut enlevée avec le sang qu'on épongea. L'iliaque interne qui paraissait avoir été liée était *séparée* à un pouce et demi du point où naît l'iliaque externe.

(Voy. MED. AND PHYSC. JOURN., t. XXXVIII, p. 267.)

M. Samuel Cooper qui a extrait cette observation (DICT. DE CHIRUR., t. I, p. 147) fait remarquer avec raison que le mot *séparée* est ambigu et qu'il désigne probablement l'interruption complète entre la partie supérieure et la partie inférieure du tronc de l'artère. Il reconnaît, du reste, que bien que M. Atkinson ait négligé d'autres détails et particulièrement l'indication du lieu précis de l'incision extérieure, l'ensemble des circonstances dont il a fait mention ne laisse aucun doute sur la ligature réelle de l'iliaque interne. La suspension des pulsations aussitôt que la ligature fut appliquée, attestée par les praticiens respectables qui étaient présens, éloigne toute équivoque à cet égard.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE FESSIÈRE ; LIGATURE DE L'ILIAQUE INTERNE.

OBS. DE S. POMEROY WHITE, D'HUDSON.—Au mois d'octobre 1827, le docteur S. Pomeroy White, chirurgien à Hudson (New-York) fut consulté par Jacob van Volkenburg, tailleur, âgé de 60 ans, qui portait dans la hanche gauche, précisément dans le point correspondant à l'échancrure sciatique, une tumeur indolente du volume de la tête d'un enfant. Depuis dix mois, elle avait cessé de faire des progrès. Cet homme avait joui d'une bonne santé ; seulement il était sujet aux affections rhumatismales. La peau qui recouvrait cette tumeur n'était pas décolorée ; on y sentait de la fluctuation, mais il n'y avait aucune pulsation : l'absence de ce dernier phénomène rendait le diagnostic difficile. Dans une consultation qui eut lieu, le docteur Hicks, de Columbiaville, ayant appris que la tumeur diminuait par la pression lorsqu'elle était peu volumineuse, et s'appuyant sur d'autres faits analogues qu'il avait observés, pensa qu'elle contenait du pus. Il proposa d'en faire l'ouverture, et on se rendit à son avis comme donnant le seul moyen de s'assurer de la nature de la tumeur. En conséquence, on fit une ponction qui ne donna issue qu'à du sang vermeil. On y introduisit un stylet et on reconnut un sac anévrismal qui avait environ 5 pouces de profondeur, dont les parois étaient très fermes et résistantes, circonstance qui explique l'absence de pulsations. Après qu'il se fut écoulé une pinte de sang, l'ouverture fut fermée par un point de suture et un emplâtre agglutinatif. Après cette évacuation sanguine et après plusieurs autres qui eurent successivement lieu, on remarqua que le sac se remplissait de nouveau et que la tumeur reprenait son volume ordinaire. Cet homme étant adonné à l'ivrognerie et tombant fréquemment, on supposa que la maladie pouvait avoir été produite par des chutes répétées sur la fesse gauche, qui était le siége de douleurs rhumatismales.

On hésita pour faire la ligature de l'artère fessière ou celle de l'iliaque interne. L'impossibilité de comprimer l'artère au dessus du point malade, la crainte de voir le patient succomber à l'hémorrhagie avant que la ligature du vaisseau pût être faite, et la probabilité qu'il y avait de le trouver en dedans de l'échancrure sciatique s'opposaient à ce qu'on liât l'artère fessière. D'un autre côté, on devait être encouragé par l'exemple de Stevens, de Santa-Cruz, et par celui du docteur Atkinson, en Angleterre, quoique dans ce dernier cas l'opération n'eût pas été couronnée de succès. En conséquence, malgré l'âge avancé du malade, on se décida à l'opérer ; et le 23 octobre, après l'avoir fait coucher sur une table, on fit une incision semi-circulaire, qui commençait à 2 pouces sur le côté gauche de l'ombilic et se terminait près de l'anneau extérieur ; elle avait 7 pouces de longueur et sa convexité était tournée vers l'os des îles.

Après avoir coupé la peau, le tissu cellulaire et le *fascia superficialis*, on fut obligé de lier quelques petites artères. Le tendon du muscle oblique externe, qui était à découvert, fut ensuite divisé, et après lui, l'oblique interne avec son aponévrose. Le péritoine ayant été mis à nu fut détaché avec les doigts des muscles iliaque interne et grand psoas, et fut refoulé, ainsi que les organes qu'il contenait, vers l'hypochondre droit, où le tout fut maintenu par un aide. On sentit aussitôt l'artère iliaque externe, et en passant le doigt sur la symphyse sacro-iliaque, on reconnut distinctement l'iliaque interne. On la mit à nu avec le manche d'un scalpel, et, au moyen d'une aiguille, on passa au dessous d'elle une ligature à 1 pouce de sa bifurcation. Le fil qui était passé dans l'aiguille fut attiré avec une pince à pansemens. A cause de la grande profondeur de la plaie (elle était de 5 pouces), la ligature fut serrée avec le serre-nœud du docteur Hosack, et les parties furent ensuite rapprochées au moyen de sutures et de bandelettes agglutinatives.

Cette opération offrit les mêmes difficultés que celle qui fut pratiquée sur l'iliaque primitive, par le docteur Mott, de New-York, c'est-à-dire que le péritoine était continuellement poussé en avant par la compression de l'abdomen occasionnée par les efforts du malade.

Quelques jours après l'opération, il y eut de légères coliques qui furent calmées par la saignée. La réunion par première intention était opérée dans une grande étendue de la plaie au premier pansement, qui eut lieu le huitième jour. Il y eut une abondante suppuration pendant les quatre premières semaines, au bout desquelles la chute de la ligature eut lieu. La tumeur se débarrassa à peu près des matières qu'elle contenait, et les parties reprirent leur aspect naturel.

Le 1er décembre 1827 (quarante-deux jours après l'opération), le malade avait recouvré sa santé habituelle et pouvait se promener dans le voisinage (1).

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE FESSIÈRE GUÉRI PAR LA LIGATURE DE L'ILIAQUE INTERNE ; par M. MOTT.

OBS. RÉDIGÉE PAR M. ROBERTS, A NEW-YORK. — Richard Charlton, nègre, âgé de 38 ans, garçon épicier, s'aperçut, en 1832, en allant à la garderobe, d'une tumeur pulsatile à la fesse droite ; son volume était celui d'un œuf d'oie, et son contenu était tout à fait liquide.

Le 29 décembre 1834, M. Mott ayant été consulté, prescrivit et exécuta la ligature de l'iliaque interne, en présence de MM. Kearney Rodgers, Hosack, Vaché et Wilkes.

Il pratiqua une incision de 5 pouces de long, depuis la hauteur de l'ombilic, entre la ligne médiane et l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles jusqu'à un demi pouce du ligament de Poupart, qu'il prolongea ensuite en direction courbe, et longue d'un pouce, sur le trajet du cordon spermatique. L'opération dura quarante-cinq minutes, à cause de l'indocilité du malade : ses mouvemens brusques furent même cause que l'opérateur ouvrit légèrement le péritoine au moment de séparer cette membrane du muscle iliaque interne. Le péritoine et les intestins ayant été repoussés en haut à l'aide d'une spatule large et courbe, l'artère iliaque interne fut facilement mise en évidence à l'endroit où elle croise l'uretère ; ce canal avait été déplacé latéralement sans peine. L'artère put être ensuite isolée promptement avec les doigts, et une ligature passée sous elle à l'aide de l'aiguille américaine.

Au moment de serrer le nœud, une main fut appliquée sur la tumeur. On sentit à l'instant même les pulsations disparaître complètement.

Le malade fut transporté dans son lit, et on lui fit prendre 20 gouttes de solution de morphine, ce qui lui procura une bonne nuit.

(1) THE AMERICAN JOURNAL OF THE MED. SCIENC. February 1828. — Voir la traduct. de cette observ. dans le JOURNAL DES PROGRÈS DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES, t. IX, p. 264, 1828.

---

lien dans l'enseignement théorique qu'au lit même des malades.

A Strasbourg on disputera pour une chaire de pathologie générale, l'enseignement de la pathologie interne étant réuni, dit-on, à celui de la clinique ; la besogne ne laissera pas que d'être lourde pour les professeurs auxquels échoit cet honorable cumul ; cinq mois de labeur au lit des malades avec discussion et improvisation de cliniques, puis cinq mois d'exposition didactique et doctrinale ; convenez que les professeurs de Strasbourg mériteront bien de l'Université et que pour ne pas abuser de leur zèle et de leur santé, on fera sagement de compléter le cadre enseignant de cette école. Ne pensez-vous pas qu'une chaire de pathologie générale est de celles que le concours n'est pas le plus apte à pourvoir ? Dans cet enseignement, il n'est pas de milieu stable entre le détail élémentaire et l'appréciation synthétique des résultats de l'expérience et de l'observation des siècles ; or un cours de prolégomènes, une préface de la pathologie spéciale n'est point à sa place dans une faculté ; la technologie doit être laissée aux écoles secondaires, aux cours d'initiation. L'œuvre de synthèse et de philosophie médicale semble solliciter la parole d'un professeur vieilli dans la science et consommé dans l'art, non les essais d'élocution inaugurale et les balbutiemens d'une intelligence saturée de lectures et moins exercée à la méditation qu'à la récitation mnémotechnique. Le cours de pathologie générale, c'est à proprement parler la face philosophique d'une école, c'est l'exposé de ses doctrines originales, si elle en a ; est-ce au dernier venu dans cette école que cette tâche convient le mieux ? Encore ici une permutation serait indiquée.

La Faculté de Strasbourg est sur le point de posséder un laboratoire de chimie pathologique, annexe aux cliniques ; cette institution ne tardera pas, nous l'espérons, à s'étendre ; elle servira à compléter les recherches cliniques, peut-être à éclairer les efforts de la médecine curative ; elle répond au vœu que nous avons exprimé de voir la médecine et la chimie se concerter pour le progrès de la science. Il est difficile, au lit des malades et dans un service de quelque importance, de se livrer à des manipulations, à des essais de réactifs ; à peu d'exceptions près, les praticiens n'auront d'ailleurs jamais assez d'habileté et de patience pour suivre des analyses de longue durée et à réactions multiples ou complexes. Que la chimie leur soit en aide, et qu'elle accepte, sans humilité et sans orgueil, la moitié d'une tâche qui a pour but le bien du malade et l'avancement de l'art. Aussi bien la toxicologie a été sagement séparée dans l'enseignement de la médecine légale qui exige déjà une si forte somme de notions de chirurgie, de médecine et d'obstétrique ; que la médecine clinique subisse ce partage ; il se formera de la sorte au sein de nos écoles un enseignement et une pratique de chimie vraiment médicale, laquelle doit porter sur des applications relatives aux différentes branches de la médecine. Ne quittons pas la Faculté de Strasbourg sans vous annoncer que l'un de ses professeurs distingués, M. Sédillot vient d'être nommé chirurgien en chef, premier professeur de l'hôpital d'instruction de cette ville. On ne peut qu'applaudir aux liens qui s'établissent entre ces deux établissemens d'une même ville et qu'il serait peut-être possible de développer à leur mutuel avantage.

Sans la démonstration de son infaillibilité que la microscopie a faite tout récemment dans les colonnes de cette feuille, je serais tenté de vous conter une consultation qui intéresse cette science : une bonne dame dont les perfections morales ne sont gâtées que par un nez piqueté de noir, m'a demandé très sérieusement

Le 30 décembre, nuit bonne; le matin, le malade se trouve bien; dans l'après-midi, il est survenu un peu de réaction. Saignée du bras de 18 onces; solution de magnésie par petites doses. Le soir, le malade est tout à fait bien; lavement; bandelettes d'emplâtre; vésicatoire autour de la plaie.

Le 31 décembre, nuit bonne. Le jour, le malade se sent bien; il n'éprouve aucune douleur; le pouls est bon; le lavement a produit de bons effets; les bandelettes vésicatoires ont agi. Le soir, le malade se trouve mieux que le matin.

Le 1er janvier 1835, le malade se sent mieux que la veille; il peut se mouvoir plus facilement; l'abdomen est moins tuméfié; le pouls n'est plus fréquent, mais il est plus concentré que hier; dévoiement; lavement amilacé et opiacé; tisane d'orge.

Le 2, le dévoiement est arrêté; pouls fréquent, mais mou et compressible; la tension et la sensibilité du ventre ont disparu.

Le 3, le bon état du ventre continue; pouls naturel. On réapplique le vésicatoire; on accorde un potage d'arrow-root.

Du 4 au 7, mieux progressif.

Le 9, on ôte les fils de la suture de la plaie; la plaie est cicatrisée en grande partie; le pouls et le ventre sont à l'état naturel; les fils de la ligature sont tombés le quarante-deuxième jour.

(GAZ. MÉD., 1837, d'après le NORTH AMERICAN ARCHIVES OF MEDICAL AND SURGICAL SCIENCE.)

M. Mott complète les détails de cette observation dans une lettre adressée à la GAZETTE MÉDICALE, sous la date du 20 septembre 1837. L'habile opérateur américain rappelle qu'ayant été obligé de quitter son malade peu de jours après l'opération, il l'avait confié aux soins du docteur Hosack; mais que l'ayant revu seize mois après, il l'avait trouvé parfaitement rétabli et avait pu l'employer comme cocher dans sa propre maison. Tout vestige d'anévrisme avait disparu; plus tard, l'amélioration s'est maintenue. Le malade n'éprouve aucun sentiment de froid ni de faiblesse dans le membre. Seulement, lorsqu'il se livre à des efforts musculaires extraordinaires, il ressent dans la cicatrice et aux environs de légers tiraillemens, et il lui semble que ces nouveaux tissus n'offrent pas la même résistance qu'à l'état normal. On a remédié à ce dernier inconvénient à l'aide d'une forte ceinture contentive.

IV. — DE LA VALEUR DES OPÉRATIONS APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES ANÉVRISMES FESSIERS.

Les observations qui précèdent ont une incontestable importance, et s'il fallait uniquement s'en rapporter aux résultats obtenus, la ligature de l'artère hypogastrique présenterait un danger beaucoup plus apparent que réel. Toutefois, comme l'expérience n'est pas encore basée sur un grand nombre de faits, ces derniers ne détruisent pas les déductions rationnelles fournies par l'ensemble des considérations qui se rattachent à cette question chirurgicale. Nous devons donc chercher à apprécier, d'après tous les genres d'argumens, les avantages et les inconvéniens respectifs de la ligature de l'artère hypogastrique et de celle des vaisseaux rétro-pelviens dans le traitement des anévrismes fessiers.

Il est à présumer que le court trajet des branches qui émanent de l'artère hypogastrique, que le petit nombre des organes auxquels elle fournit les moyens de nutrition représentent les seules conditions favorables aux succès de la ligature de ce vaisseau. Quand on interrompt la circulation dans tout un membre par l'oblitération de son tronc artériel principal, on soumet l'opéré à des chances plus graves; mais lorsque la circulation n'est suspendue que dans une région bornée et qui ne contient pas d'organes dont l'action soit immédiatement essentielle à la vie, on comprend que le danger de l'opération est atténué par cette circonstance. Or tel est le cas de la ligature de l'artère hypogastrique.

C'est en dehors de ce point de vue, en effet, qu'il faut considérer la gravité de l'opération; ses dangers résident principalement dans l'étendue de la solution de continuité nécessaire pour rechercher le vaisseau, dans le décollement considérable qu'il faut produire, dans la lésion du tissu cellulaire lâche et susceptible d'inflammation phlegmoneuse qui se trouve autour de l'artère hypogastrique, dans les difficultés de l'opération qui sont cause de sa longue durée. M. Mott qui seul a indiqué le temps nécessaire à son exécution convient que l'opération a duré trois quarts d'heure. On voit, d'une autre part, dans l'observation de M. White, que le péritoine continuellement refoulé en avant par la masse intestinale gênait notablement la manœuvre chirurgicale. Enfin, les résultats de l'opération d'Atkinson démontrent que les accidens que le raisonnement appliqué à l'appréciation de cette opération fait prévoir sont survenus réellement. Ils sont même tellement dans le domaine des prévisions rationnelles que, malgré la supériorité du nombre des guérisons dans les faits jusqu'ici recueillis, un praticien sage et non ébloui par l'heureuse série des succès mentionnés pourrait considérer la possibilité des accidens comme une contre-indication puissante à la ligature de l'hypogastrique. Aussi cette opération d'origine essentiellement étrangère n'a-t-elle encore trouvé en France aucun imitateur et est-elle sévèrement jugée par plusieurs chirurgiens contemporains. « Si l'oblitération de l'artère hypogastrique, dit M. Velpeau (1), a l'avantage de remédier indifféremment à tous les anévrismes de la fesse, quelle que soit l'artère blessée, son manuel est d'ailleurs tellement effrayant qu'on serait heureux de pouvoir lui substituer la ligature du vaisseau malade lui-même. »

L'étendue de la surface traumatique, la possibilité de la lésion du péritoine, celle d'un plegmon diffus du bassin, ne sont pas les seules circonstances ajoutées à celles qui sont communes à toute opération d'anévrisme, qui rendent chanceuse l'issue de la ligature de l'artère hypogastrique. Ce vaisseau considéré en particulier est dans des conditions très défavorables, à cause des nombreuses anomalies auxquelles il est sujet.

Les anomalies de l'artère hypogastrique n'ont guère occupé les chirurgiens que sous le rapport des variétés d'origine de l'artère obturatrice, et l'on s'est borné à mentionner les variétés relatives aux autres branches sans en tirer aucune conclusion. On peut voir dans les écrits de Meckel (2), de Theile (3), de M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire (4), etc., qu'il n'est pour ainsi dire aucune branche de cette artère dont le point d'émanation ne soit sujet à des variétés; or comme la plupart de ces branches ont un certain volume, la hauteur à laquelle elles se détachent du tronc de l'hypogastrique ne saurait être une circonstance indifférente à l'action de la ligature. On comprend que si celle-ci est placée immédiatement au-dessous de l'insertion anormale d'une branche volumineuse, l'oblitération

(1) NOUVEAUX ÉLÉMENS DE MÉD. OPÉRAT. — 2e édition; t. II, p. 162. Paris, 1839.

(2) MANUEL D'ANAT. GÉNÉR., etc.

(3) ANGÉIOLOGIE. ENCYCLOPÉDIE ANAT., t. III, p. 530 et suiv.

(4) HIST. GÉNÉRALE ET PARTICULIÈRE DES ANOMALIES DE L'ORGAN.; t. I, p. 456 et suiv.

un remède parasiticide (pardonnez ce mot) pour expurger le tissu de son susdit nez des animalcules qui y ont fait élection de domicile..... je ne lui ai pas ri..... au nez, de peur de courroucer la population hostile qui l'habite et de lui causer une démangeaison incommode; après tout, en médecin qui se pique d'être au courant, je savais la découverte des micrographes relativement à ces pauvres points noirs qui s'observent sur l'immense majorité des nez adultes; j'en connais (je parle des nez) qui en sont parsemés: que d'animaux dans un seul, et l'homme, appelé déjà microcosme, devient une micro-zoo-phytologie: des cryptogames sur le cuir chevelu, des animalcules sur le nez; en vérité, il me parait nécessaire de ne point divulguer trop au large les découvertes de la micrographie, si l'on ne veut risquer d'ajouter à toutes les catégories de fous celles des consultans sur les animalcules du nez.

Y.

— M. Coste, professeur d'embryogénie comparée au collége de France, a ouvert son cours le jeudi 3 mars, à trois heures, et le continuera les mardis et jeudis suivans à la même heure.

du tronc sera rendue difficile et l'opéré sera exposé à une hémorrhagie consécutive d'autant plus grave que le vaisseau est profondément situé et qu'on ne pourrait y remédier que par les moyens les plus chanceux. Peut-être est-ce à une circonstance de ce genre qu'ont été dues les hémorrhagies consécutives observées sur l'opéré d'Atkinson; il est regrettable que les résultats de l'autopsie n'aient pas été clairement énoncés sur ce point.

Le tronc même de l'hypogastrique est très variable dans ses dimensions; son volume et surtout sa longueur n'ont rien d'arrêté; sur le grand nombre de préparations que possède le musée de la Faculté de Montpellier, nous avons pu nous convaincre de l'inconstance extrême de ces caractères aussi bien que de la direction irrégulière du vaisseau. Les termes extrêmes que nous avons observés sont 2 centimètres pour l'extrême brièveté et 10 centimètres pour l'extrême longueur. En outre, sur une pièce préparée et déposée au conservatoire par M. E. Delmas, agrégé à la Faculté de médecine, on voit l'artère hypogastrique et l'iliaque externe affecter un disposition et des rapports insolites qui auraient pu exercer une influence fâcheuse sur l'opération de la ligature. Du côté droit, où les deux artères iliaques conservent leurs relations normales, ces vaisseaux sont altérés et parsemés de plaques osseuses (1). Du côté gauche, les relations sont interverties et les deux artères, s'infléchissant en sens opposé, se placent de manière à ce que l'hypogastrique est dans une certaine étendue, en avant et en dehors de l'iliaque externe, disposition analogue à celle qui existe à l'état normal, à l'origine des carotides interne et externe et qui aurait induit l'opérateur en erreur, en l'exposant à lier l'iliaque externe au lieu de l'hypogastrique.

Ces circonstances bien que défavorables à la ligature de l'artère hypogastrique et susceptibles d'être envisagées comme des contre-indications importantes, ne nous porteront pas cependant à blâmer d'une manière absolue la pratique de la ligature de l'artère hypogastrique dans tous les cas où elle a été mise en usage pour des lésions artérielles de la région fessière. Les premières tentatives surtout semblaient rationnelles, à cause des dangers que l'opération de J. Bell avait mis en évidence. Mais à mesure que l'expérience apporte de nouveaux résultats, notre but doit être de limiter le nombre des cas où l'on sera dans l'obligation d'y recourir et de faire voir que, dans la plupart d'entre eux, la ligature portée directement sur le vaisseau intéressé peut suffire pour remédier efficacement aux accidens. Il est, au reste, des catégories à établir.

D'abord il est d'une pratique rationnelle, dans les cas de lésion traumatique des artères fessière ou ischiatique, de lier directement le vaisseau intéressé, particulièrement lorsque la plaie est récente, qu'il y a hémorrhagie immédiate. On peut, suivant les cas, lier le bout profond ou les deux bouts du vaisseau blessé. Cette conduite est généralement suivie de succès.

Lorsqu'il s'est formé un anévrisme faux, la ligature du vaisseau blessé est encore indiquée. Ce cas n'est qu'une application particulière du précepte spécialement formulé par M. Guthrie, et d'après lequel, dans les lésions traumatiques des artères, il faut lier dans le point même de la blessure. Toutefois il se présente à ce sujet la question de déterminer si lorsqu'il existe un anévrisme faux circonscrit, il convient de rechercher directement l'artère sans intéresser le sac ou d'inciser ce dernier pour se diriger vers le point où le vaisseau s'ouvre dans sa cavité. Cette dernière méthode a été jusqu'ici spécialement appliquée aux anévrismes traumatiques de l'artère fessière; depuis l'exemple de John Bell, M. Carmichael a encore contribué à l'accréditer. Il nous semble toutefois qu'on ne doit pas tirer de ces exemples un précepte absolu. Il peut se présenter tel cas dans lequel la tumeur médiocrement développée ne sera pas un obstacle à la recherche du vaisseau au-delà du point blessé, et dans une telle circonstance il nous semblerait préférable de lier entre la tumeur et le cœur, au risque de modifier, suivant l'opportunité, le sens de l'incision recommandée pour ce genre d'opération. On éviterait ainsi l'hémorrhagie considérable et gênante qui se manifeste aussitôt que le sac est ouvert et l'on diminuerait les chances de l'inflammation de ses parois.

Les anévrismes spontanés des artères fessière et ischiatique nous paraissent offrir les mêmes indications. Les chirurgiens qui se sont décidés à lier l'artère hypogastrique et particulièrement Stevens ont invoqué, il est vrai, le principe développé par Hunter au sujet de la convenance de lier le vaisseau loin de la partie anévrismatique, à cause de la possibilité d'une altération de l'artère dans les points voisins de l'anévrisme. Mais on remarquera que, dans les anévrismes de la fessière ou de l'ischiatique, il est impossible de faire une application parfaite du principe de Hunter. En allant à la recherche de l'artère hypogastrique, il semble qu'on s'éloigne beaucoup du lieu de l'anévrisme, et en réalité on place la ligature sur un point très rapproché de lui, car le trajet de l'artère fessière est très court, et si l'on objecte que le reste de ce vaisseau peut être malade au-delà de l'anévrisme, on conviendra qu'on n'est pas bien certain que l'artère hypogastrique ne le soit pas elle-même. On court d'autant plus cette chance qu'afin d'assurer l'action de la ligature, on est obligé de lier l'hypogastrique à une certaine distance de la terminaison de l'iliaque primitive et qu'en l'étreignant vers sa partie inférieure on se rapproche nécessairement de l'origine de la fessière.

Cette considération nous semble importante et de nature à justifier l'essai du traitement des anévrismes spontanés de la région fessière par la ligature directe du vaisseau malade. Si la lésion artérielle est essentiellement locale, on peut lier le vaisseau au-delà de l'anévrisme sans appréhension; si la lésion s'étend plus loin, si, à plus forte raison, il existe une diathèse anévrismale, on ne saurait avoir de certitude concernant l'intégrité de l'artère hypogastrique et la ligature de ce vaisseau pourrait exposer à des hémorrhagies consécutives.

On est ainsi amené à conclure que la ligature des artères fessière ou ischiatique pourrait être appliquée avec avantage aux anévrismes spontanés de ces vaisseaux. Dans les cas mêmes où la ligature de l'artère hypogastrique a été suivie de succès, rien ne démontre que l'oblitération directe des troncs intéressés n'eût fait obtenir un résultat aussi favorable. On allègue en faveur de la ligature de l'hypogastrique qu'elle remédie également aux anévrismes de la fessière et de l'ischiatique et qu'une erreur de diagnostic relative à la confusion du siége de l'anévrisme, erreur bien possible puis qu'elle a été commise par M. Stevens, n'influe en rien sur l'efficacité de l'action thérapeutique; mais cet avantage, si c'en est un, peut être obtenu par l'examen du lieu primitif de développement de la tumeur, par la considération de la cause qui a provoqué son apparition, et enfin par le choix d'une thérapeutique spéciale.

On peut opter entre deux méthodes lorsqu'on se décide à lier les artères fessière ou ischiatique pour des anévrismes spontanés; la méthode ancienne et celle de la ligature au-delà du sac.

La méthode ancienne conviendrait dans les cas où la tumeur très volumineuse s'opposerait à la recherche facile du tronc artériel et dans ceux où l'on serait incertain du siége de l'anévrisme sur le trajet de l'artère fessière ou celui de l'ischiatique. Si, pendant son exécution, le vaisseau devenait difficile à saisir pour l'application d'une ligature, il resterait la ressource de cautériser profondément avec un cautère olivaire, de tamponner fortement ou de mettre en usage tout autre mode de compression directe. M. Velpeau (1) professe cette opinion et n'hésite pas à dire que fallût-il ouvrir la tumeur avant d'arriver sur la racine du vaisseau, cette opération serait encore mille fois préférable à la ligature de l'iliaque interne.

Nous croyons pouvoir ajouter d'après les faits que nous avons rapportés (obs. 6 et 7) qu'il serait possible au début de la maladie ou pour des anévrismes d'un développement médiocre, de respecter la tumeur et d'aller directement rechercher le tronc artériel. Cette conduite serait de rigueur si l'anévrisme siégeait dans les branches émanées de ce tronc. Or l'on en conçoit la possibilité quand on a égard au développement des branches que fournit la fessière.

En résumé, dans le traitement des *anévrismes traumatiques*, la ligature des vaisseaux rétro-pelviens est d'une incontestable supériorité. L'opinion des chirurgiens est unanime sur ce point.

Dans le traitement des *anévrismes spontanés* l'opinion n'est pas aussi unanime; mais si l'on met en regard:

D'une part, une opération longue, laborieuse, exposant au danger de blesser le péritoine, ayant pour but de mettre à découvert, à 12 ou 13 centimètres de profondeur jusque dans la région du petit bassin et au milieu d'un tissu cellulaire très susceptible d'inflammation phlegmoneuse, l'artère du corps humain la plus sujette aux anomalies, et sur l'intégrité de laquelle on peut conserver des doutes légitimes dans les cas d'anévrismes spontanés;

D'une autre part, une opération pratiquée sur des parties extérieures n'intéressant que des organes sans importance, tels que du tissu cellulaire et des muscles, aussi sûre que la précédente et bien moins difficile dans son exécution;

On restera convaincu que la ligature des artères fessière ou ischiatique

(1) Haller a spécialement signalé l'aptitude des artères hypogastriques à s'ossifier. Sandifort a également cité un cas remarquable de ce genre, suivi d'anévrisme. (Voy. TABULÆ ANATOMICÆ, etc. PRÆCEDIT OBS. DE ANEVRISMATE ARTERIÆ ILIACÆ INTERNÆ RARIORE ISCHIADIS NERVOSÆ CAUSA. Leyde, 1804, In-fol.

(1) Loc. cit.

doit être préférée à la ligature de l'artère hypogastrique dans le traitement de toutes les espèces d'anévrismes de la région fessière; que les difficultés et les dangers de la première opération, si exagérés par J. Bell, s'effacent quand on agit avec méthode et prudence, et que les avantages de la seconde ne sont pas suffisamment justifiés même par les succès annoncés.

Cette conclusion nous conduit naturellement à placer à la fin de ce mémoire la description du manuel opératoire pour la ligature des artères rétro-pelviennes.

V. — Description de divers procédés pour lier les artères fessière et ischiatique.

A. Ligature de l'artère fessière. — Cette opération paraît avoir été pratiquée dès le milieu du dernier siècle par un chirurgien mentionné dans le recueil des observations de Muzel (1), à l'occasion d'une blessure de la hanche. Oubliée depuis cette époque, elle fut pratiquée de nouveau en 1808 par J. Bell, dont les réflexions sur ce cas particulier qui lui échut infirmèrent plutôt le conseil de renoncer à cette ligature que de la reproduire. Son procédé fut d'ailleurs mis en œuvre dans des circonstances trop insolites pour pouvoir être érigé en exemple méthodique. Carmichael réhabilita l'opération en 1833, et son exemple fut imité par plusieurs chirurgiens.

Il est des cas où l'opérateur doit être essentiellement guidé par les circonstances qui rendent la ligature nécessaire; dans les hémorrhagies qui succèdent à des blessures, par exemple, la plaie peut tenir lieu de l'incision qu'il eût fallu pratiquer et le chirurgien, se bornant à l'agrandir dans un sens favorable, ou même la laissant intacte, recherche directement l'artère lésée pour la lier.

Mais il est d'autres cas, tels que les anévrismes spontanés ou traumatiques, dans lesquels le chirurgien doit lui-même découvrir le vaisseau et suivre une voie réglée pour y parvenir.

MM. Lizars (2) et Robert-Harrison (3) ont les premiers songé à tracer ces règles, et ils ont fixé le siége de l'artère fessière à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen d'une ligne tirée de l'épine iliaque postérieure et supérieure au grand trochanter et se sont accordés sur le procédé suivant pour lier la fessière. Nous traduisons textuellement les indications que donne M. R. Harrison.

« Pour mettre à découvert l'artère fessière, sur le sujet vivant, on doit faire coucher le malade sur le ventre, les orteils tournés en dedans et commencer une incision à un pouce environ au-dessous de l'épine iliaque postérieure et à un pouce du bord externe du sacrum; l'incision doit être prolongée dans l'étendue de trois pouces à peu près, et dirigée obliquement vers le grand trochanter, à travers les tégumens et le tissu cellulaire subjacent, jusqu'au muscle grand fessier; il faut alors séparer les faisceaux de ce muscle dans la même direction et dans une étendue pareille à celle de la plaie extérieure, ce qui peut exiger la division de quelques fibres musculaires. Que les lèvres de la plaie soient alors écartées à l'aide de deux larges érignes. Une aponévrose dense sera aussitôt mise à découvert et librement divisée ou déchirée avec le doigt, ce qui permettra d'apercevoir les branches de l'artère fessière. En écartant le tissu cellulaire lâche de cette région, on distinguera le tronc même de l'artère émergeant de la partie antérieure et supérieure de l'échancrure sciatique et reposant immédiatement sur l'os. On fera passer alors au-dessous du vaisseau une aiguille à anévrisme recourbée, en ayant soin de ne pas comprendre dans la ligature les nerfs et les veines qui l'accompagnent. »

Bien que M. Harrison n'ait pas lui-même pratiqué la ligature de la fessière, qu'il ait restreint les cas où on doit la mettre en usage, et qu'il se soit déclaré en faveur de la ligature de l'artère hypogastrique, comme méthode générale, le procédé qu'il a décrit a prévalu; il a été suivi par M. Carmichael, et les auteurs modernes de médecine opératoire lui ont donné leur adhésion.

Nous lui reprocherons toutefois de manquer de précision et de détails sur plusieurs points du manuel opératoire et de laisser le chirurgien dans une indécision complète en ce qui concerne la manière d'éviter la veine fessière. Un exercice fréquent sur le cadavre nous a démontré en outre que l'incision parallèle aux fibres du muscle grand fessier ne permet pas de manœuvrer facilement au fond de la plaie pour saisir le vaisseau même lorsqu'on se sert d'une aiguille de Deschamps. Ces difficultés deviennent bien plus prononcées lorsqu'on opère sur des sujets très gras, ou ayant des muscles épais; car l'artère fessière peut alors être distante des tégumens de six à huit centimètres. Sur le vivant, la rétraction des fibres musculaires doit rendre l'opération encore plus laborieuse, et en outre, l'incision prescrite, ayant une direction presque longitudinale, expose plus facilement à diviser les ramifications des branches de la fessière, ou ces branches elles-mêmes, dont la direction est transversale. Une incision ayant ce dernier sens permettrait non seulement d'éviter la lésion de ces branches, mais elle déterminerait un plus grand écartement des fibres du grand fessier; elle donnerait plus d'aisance au chirurgien, surtout chez les sujets doués d'embonpoint, et l'opération s'accomplirait ainsi plus promptement et plus sûrement. La facile guérison des sections musculaires, si bien établie par l'expérience des chirurgiens modernes, et en particulier par les travaux de M. J. Guérin nous a fait penser qu'on pouvait proposer avec avantage le procédé suivant, qui n'occasionne aucun embarras sur le cadavre, et que nous n'avons définitivement préféré à celui de M. Harrison qu'après des essais réitérés.

Procédé de l'auteur. Le chirurgien doit se rappeler que le point d'émergence de l'artère fessière au point le plus élevé de l'échancrure sciatique est à 11 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à 6 centimètres de l'épine iliaque postérieure et supérieure, et à 10 centimètres de la partie la plus élevée de la crête iliaque. Après avoir fait coucher le malade sur la face antérieure du corps, il constate les saillies mentionnées, et s'étant assuré de cette manière du siége véritable de l'artère fessière, il pratique une incision transversale de 6 ou 7 centimètres d'étendue, dont le milieu correspond au point d'émergence du vaisseau. Cette incision intéresse la peau, le tissu cellulaire, le muscle grand fessier, et met l'aponévrose à découvert dans une ligne tangente à la courbe de l'échancrure sciatique. Les bords de la plaie s'écartent aussitôt, l'aponévrose est alors divisée sur une sonde cannelée un peu au-dessous de l'artère, dont il est facile de sentir les battemens, en explorant le rebord osseux de l'échancrure sciatique. Le chirurgien, muni d'une sonde cannelée, modérément recourbée et percée d'un trou à son extrémité, garnie d'un fil, déchire avec précaution le tissu cellulaire qui entoure le paquet vasculaire, refoule la veine ou les veines, lorsqu'il en existe plusieurs, ainsi que le nerf en dedans, engage le bec de la sonde entre ces organes et l'artère, et soulève celle-ci sous le rebord osseux de l'échancrure. Il importe de diriger le bec de la sonde assez profondément pour être bien sûr de saisir le tronc artériel, autrement on s'expose à n'embrasser qu'une de ses divisions (1), à manquer le tronc lui-même. La manœuvre qui conduit à ce résultat est notablement facilitée par l'écartement naturel des bords de la plaie et par la direction de l'incision. La sonde garnie d'un fil peut, en effet, être dirigée sans difficulté dans cette plaie transversale, tandis que lorsque la plaie est parallèle à la direction des fibres du muscle grand fessier comme dans le procédé de H. Harrisson, ce n'est qu'avec peine qu'on parvient à engager sous l'artère la sonde cannelée ou l'aiguille de Deschamp.

Le reste de l'opération ne présente plus rien de spécial, la ligature doit être serrée comme à l'ordinaire. Suivant le cas, on cherchera à obtenir la réunion par première ou par seconde intention.

B. Ligature de l'artère ischiatique. Nous n'avons recueilli aucun exemple de ligature de cette artère sur le vivant, bien que l'on ait constaté plusieurs fois des lésions qui auraient pu la nécessiter, telles que des hémorrhagies ou des anévrismes. On n'en a pas moins reconnu la possibilité de lier l'artère ischiatique, et l'on s'est en outre assuré que l'exécution de cette ligature présente moins de difficultés que la même opération pratiquée sur l'artère fessière.

Lizars recommande, pour reconnaître l'artère ischiatique, de faire une incision sur le trajet d'une ligne pareille à celle qui sert d'indicateur pour la ligature de la fessière. L'artère émerge du bassin vis-à-vis du milieu de cette ligne, dont l'extrémité inférieure doit se rapprocher plutôt de la tubérosité sciatique que du grand trochanter.

Harrison, pour lier le même vaisseau, conseille de pratiquer une incision de même étendue et dans la même direction que pour la fessière, mais à un pouce et demi plus bas. Le sujet doit être mis dans une position analogue, et l'on doit diviser de la même manière les tégumens et le muscle grand fessier.

Chelius attribue à Zang le procédé suivant :

On fait, à travers la peau et le tissu cellulaire, une incision de 2 pouces 1/2, qui commence immédiatement au dessous de l'épine postérieure inférieure de l'os des îles; on la dirige le long des fibres du grand fessier jusqu'au côté externe de la tubérosité de l'ischion; on arrive ainsi sur le

(1) Medicinische und chirurgische wahrnehmungen. Berlin, 1754, 64-72, in-8°.

(2) A system of anatomical plates; t. i.

(3) Surgical anatomy of the arteries; vol. ii, p. 93. — Dublin, 1829; seconde édition.

(1) M. Malgaigne prétend que cette méprise est arrivée à un candidat qui eut à pratiquer la ligature de l'artère fessière, à l'occasion de l'épreuve pratique d'un concours de chirurgie. (Anat. chirurg., t. ii, 1838.)

bord externe du ligament tubéro-sacré, près de l'endroit où il s'insère au sacrum, et l'on trouve l'artère ischiatique sur le ligament ischio-sacré.

Procédé de l'auteur. Nous avons plusieurs fois lié l'artère ischiatique sur le cadavre sans éprouver de difficulté, en pratiquant une incision transversale, comme pour le cas précédent.

L'artère ischiatique émerge au dessous du muscle pyramidal, exactement sur le milieu d'une ligne conduite de l'épine iliaque postéro-supérieure à la tubérosité sciatique. Une incision transversale de 6 centimètres d'étendue doit passer par le point que nous venons d'indiquer, en intéressant la peau, le tissu cellulaire et le muscle grand fessier. On trouve l'artère en dedans du nerf sciatique ayant la veine à son côté postérieur et interne. On dégage et on soulève le vaisseau à l'aide d'une sonde cannelée aiguillée que l'on dirige de manière à éviter de comprendre la veine dans la même ligature, et l'on termine l'opération comme dans les circonstances ordinaires.

La même incision peut convenir pour lier la honteuse interne, qui est placée à quelques millimètres en dedans de l'ischiatique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX MENSUELS ANGLAIS.

LONDON AND EDINBURGH MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros du premier semestre de 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Sur le mécanisme du vomissement;* par M. Anderson. 2° *Cas de fistule vésico-vaginale;* par M. Keith. (Une femme affectée de fistule vésico-vaginale avait imaginé de la fermer avec un bouchon de liége. Un jour ce bouchon tomba dans la vessie où il devint le noyau d'un calcul; mais bientôt celui-ci agissant comme bouchon ferma le trajet fistuleux d'une manière tellement complète que les urines pouvaient être retenues à volonté et passaient par l'urètre. Cependant la pierre n'adhérait pas aux bords de la fistule, car on la broya très facilement avec un instrument introduit par l'urètre. Quatre applications successives du cautère actuel amenèrent ensuite la guérison de la fistule.) 3° *Statistique et traitement des fractures observées pendant deux ans à l'hôpital royal de Glascow;* par M. W. Lyon. 4° *Cas de transposition de l'aorte et de l'artère pulmonaire, suivi de remarques sur les causes qui peuvent amener la communication entre les deux côtés du cœur;* par M. Wilkinson King. 5° *Cas de perforation de l'iléon due à un travail ulcératif ayant commencé par le péritoine;* par M. Axwell Adams. 6° *Observations de hernie;* par M. John Paul. (Rien de bien intéressant. L'auteur administre avec succès le sulfate de magnésie ou le calomel associé à l'opium immédiatement après l'opération et à doses réfractées.) 7° *Cas de rétention d'urine guérie par le seigle ergoté;* par M. Ross. 8° *Poids des viscères du fœtus;* par M. Anderson. 9° *De l'examen stethoscopique de l'utérus en état de gestation;* par le même. 10° *Exostose et fongus hæmatode du fémur;* par M. James Christie. 11° *Note sur la fièvre régnante;* par M. W. Robertson. 12° *Cas de restauration du nez, suivi de quelques considérations sur les moyens de rendre les résultats de la rhinoplastie plus satisfaisans;* par M. Keith. 13° *Traitement des brûlures; hémorrhagie après l'extraction d'une dent;* par M. Macbean. 14° *Recherches cliniques sur les circonstances dans lesquelles on trouve une ligne brune s'étendant du pubis à l'ombilic ou au cartilage xyphoïde, prouvant que cette ligne résulte souvent d'autres causes que d'un accouchement récent;* par M. Rose Cormack. 15° *Cas d'entérite simulant une grossesse;* par M. Barbieri. 16° *Sur l'excision des couches superficielles de la cornée devenues opaques, comme moyen de rétablir la vision;* par M. Robert Hamilton. 17° *De la pathologie et du traitement des maladies utérines; emploi de la sonde utérine;* par M. Simpson. 18° *Statistique d'accouchemens;* par M. John Stewart. 19° *Cas de grossesse compliquée de cancer de l'utérus;* par M. James Miller. 20° *Remarques sur le sibbens (framboesia);* par M. Wills. 21° *Documens pour une statistique des plaies de tête;* par MM. Lawrie et King. 22° *Observations cliniques;* par M. Chisholm. 23° *Considérations sur les scrofules;* par M. Edward Hocken. 24° *Cas de pannus traité par l'inoculation du fluide d'une ophthalmie purulente;* par M. Dudgeon. 25° *Cas d'empoisonnement par le sublimé corrosif;* par M. James Watson. 26° *Observation de mort ayant suivi l'usage excessif de spiritueux;* par M. Yuglis Nicol. 27° *Cas de plaie pénétrante de l'abdomen;* par M. Tennent. (Un homme reçoit un coup de couteau dans le bas-ventre; l'intestin et l'épiploon, qui faisaient hernie au dehors, sont réduits et la plaie réunie par la suture. Le lendemain, deux selles sont rendues contenant une grande quantité de sang. Malgré ce phénomène, indiquant une solution de continuité de l'intestin, malgré un délire nerveux survenu ensuite et qui fut combattu par l'opium et par le carbonate d'ammoniaque, le malade était parfaitement guéri le dixième jour de l'accident.) 28° *Observation de pendaison ou strangulation;* par M. Brankin. 29° *Remarques sur l'état primitif et sur l'origine probable des monstres par diplogénèse;* par M. Allen Thomson. (Premier article.) 30° *Cas d'hypertrophie du cœur et de maladie des valvules tricuspides;* par M. Ord. Mackensie.

STATISTIQUE ET TRAITEMENT DES FRACTURES OBSERVÉES PENDANT DEUX ANS A L'HÔPITAL ROYAL DE GLASCOW; par M. W. LYON.

Cette statistique porte sur 196 cas. Malgré le soin avec lequel elle a été dressée, nous n'en extrairons que quelques indications, parce que la plupart des résultats qui y sont consignés nous paraissent plutôt propres à satisfaire la curiosité qu'à remplir un but véritablement pratique. Voici cependant quelques remarques qui font exception.

L'âge des individus atteints de fractures a varié d'une manière frappante selon les sexes. Ainsi, pour les femmes, l'âge moyen s'est trouvé être 41 ans 17 semaines et 2 jours, tandis que pour les hommes, la moyenne donne 30 ans, 3 semaines et 5 jours. Cette différence tient-elle à ce que ces femmes arrivent en nombre plus considérable que les hommes à un âge avancé; ou à ce que, plus faibles que les hommes, elles subissent plus facilement l'action des causes traumatiques; ou à ce que, dans le sexe féminin, les os sont moins volumineux et plus fragiles?... L'auteur émet ces trois explications, sans incliner vers l'une plutôt que vers l'autre.

Un autre fait assez singulier est celui-ci. Le temps nécessaire pour la guérison des fractures a été moins considérable chez les femmes. On aurait pu, *à priori*, s'attendre à un résultat tout à fait opposé, surtout en tenant compte de la considération précédente sur l'âge plus avancé des femmes atteintes de fractures; car on sait que le travail de la consolidation exige plus de temps chez les vieillards. Mais ce qui peut expliquer le fait, c'est que les fractures des femmes sont beaucoup moins souvent que chez les hommes comminutives ou accompagnées de contusions. Ainsi la proportion des fractures compliquées a été en effet trois fois et demi plus forte chez les femmes que chez les hommes.— Quant au temps exigé pour la seconde cure, il a été, terme moyen, chez les femmes de 3 semaines, 5 jours et 17 heures, et chez les hommes de 4 semaines, 8 jours et 4 heures.

Un troisième résultat est en opposition encore plus flagrante avec les idées généralement enseignées et reçues; il avait du reste été déjà énoncé par d'autres observateurs. Il est relatif à la saison où les fractures s'observent le plus fréquemment. Tous les auteurs classiques rangent le froid parmi celles des causes prédisposantes de fractures qui ont été le mieux constatées par l'expérience. Le tableau suivant, résultat des documens recueillis par M. Lyon, donne à ce préjugé le démenti le plus formel.

Pendant les quatre mois de mars, avril, mai et juin, on a reçu 69 cas de fractures.

En juillet, août, septembre et octobre, 63 cas.

En novembre, décembre, janvier et février, 55 cas.

Grâce à la manière dont les mois ont été groupés dans ce tableau, il ne peut être douteux pour personne que la dernière catégorie, celle à laquelle correspond le moindre nombre de fractures, ne contienne bien réellement les mois les plus froids de l'année.

OBSERVATION DE TRANSPOSITION DE L'AORTE ET DE L'ARTÈRE PULMONAIRE, SUIVIE DE REMARQUES SUR LES CAUSES DE LA COMMUNICATION ENTRE LES DEUX CÔTÉS DU CŒUR; par le professeur WILKINSON KING.

L'histoire de cette transposition, observée chez un enfant mort à l'âge de 2 ans 9 mois, affecté de cyanose, et chez lequel on trouva, outre cette transposition, le trou de Botal largement ouvert et l'aorte obstruée par un caillot qui sortait du ventricule gauche, n'offre rien d'assez remarquable pour que nous la reproduisions, l'auteur lui-même paraissant n'avoir en vue qu'une réclamation de priorité relative aux idées émises sur la cyanose et ses causes, dans l'important travail publié récemment sur ce sujet par le docteur Craigie. (V. GAZ. MÉD., 1844, p. 481.) L'auteur cite, en effet, des travaux publiés par lui dans divers recueils périodiques, en 1840, 1841 et 1842, sur la même question, et desquels il résulte qu'il avait déjà émis, dès ces années, des opinions analogues à celle qu'a publiée le docteur Craigie à la fin de 1843.

Observation d'un cas de rétention d'urine traité avec succès par le seigle ergoté; par le docteur J. Ross.

Obs. — W. R., âgé de 72 ans, est pris tout à coup, le 21 décembre 1841, de rétention d'urine, et reste pendant trois jours dans un état de grandes souffrances, malgré l'emploi de lavemens, de fomentations, etc. Au bout de ce temps, l'urine commence à couler goutte à goutte et involontairement mais sans diminution dans l'intensité de la douleur, qui continua jusqu'au 30, jour où l'emploi d'une sonde amena la sortie d'une immense quantité d'urine.

Le 2 janvier, le malade était très triste et abattu, sans appétit, avec constipation, douleurs dans la région de la vessie et rétention complète d'urine. Il n'y avait pas de traces d'engorgement à la prostate ni d'obstacle à l'introduction du cathéter, auquel on eut dès-lors recours trois fois par jour. L'urine, quelquefois épaisse et foncée, était pourtant ordinairement claire.

Le 12 janvier, elle devint tout à coup aussi foncée que du vin de Porto, ce qui était évidemment dû au mélange d'une certaine quantité de sang. On prescrit une dose du mélange suivant toutes les trois heures :

Prenez : Sulfate d'alumine.......... 75 centigram.
Teinture de muriate de fer....... 1 gramme.

et bientôt l'urine reprit son état normal.

La santé générale et les forces ayant notablement souffert, on prescrit une infusion amère trois fois par jour, et le malade reprit peu à peu les forces et l'appétit, en même temps que l'urine continuait d'offrir les caractères normaux; mais il n'en sortait pas une goutte sans le secours du cathétérisme, qu'on employait alors quatre fois par jour pour empêcher l'accumulation de l'urine.

Le 10 février, le malade commençait à se lever et à rester assis une partie de la journée. Alors on administra l'extrait de noix vomique à la dose de un quart de grain par jour, et sa santé s'améliora évidemment et sous tous les points de vue, à l'exception cependant de l'urine, dont il ne sortait pas la moindre quantité sans le secours du cathétérisme.

Le 2 mars, on eut recours au seigle ergoté donné à la dose de 50 centigram. chaque matin, dans une tasse d'eau tiède, et qu'on éleva successivement à 75, à 100 et 125 centigrammes.

Trois jours après qu'on eut atteint cette dernière dose, il survint une grande irritabilité de vessie, avec besoin fréquent qu'elle fût évacuée; sentiment de pincement dans l'hypogastre et augmentation dans la quantité du liquide.

Le lendemain, il s'écoula un peu d'urine par le canal, et on continua à la fois le cathétérisme et le seigle ergoté. Chaque jour, il s'écoule un peu d'urine, *per viam naturalem*, surtout le matin, et plutôt sous l'influence d'une légère fraîcheur que dans une chambre fortement chauffée. La quantité d'urine rendue de cette manière alla graduellement en augmentant, en sorte qu'à la fin de mars elle s'élevait déjà à environ la moitié de la totalité.

A partir de cette époque, on ne donna plus le seigle ergoté que tous les deux ou trois jours, à la dose de 2 grammes, et sous l'influence de cette médication, le malade avait recouvré, le 1er mai, la facilité d'uriner aussi complète qu'avant sa maladie. Il abandonna le cathéter, et depuis ce jour n'eut plus besoin d'y avoir recours.

L'auteur, qui n'a employé ce moyen que dans cette occasion, pense cependant que c'est surtout dans les cas de paralysie de la vessie chez les vieillards, et spécialement à la suite de la distension de l'organe, que l'on devra en attendre les résultats les plus heureux. Il avance même comme probable que l'ergot doit agir aussi bien sur la vessie que sur l'utérus, puisque son action paraît se transmettre par l'intermédiaire de la partie inférieure de la moelle épinière, qui envoie des nerfs à ces deux organes par le plexus sacré. M. Marshall-Hall, en effet, n'a-t-il pas démontré que l'irritabilité des parties paralysées est plus prononcée qu'à l'état normal? et n'a-t-il pas aussi expliqué l'action plus rapide qu'exerce par exemple la strychnine sur les parties frappées de paralysie que sur celles qui sont à l'état sain?

Cas de restauration du nez, suivi de quelques considérations sur les moyens de rendre les résultats de la rhinoplastie plus satisfaisans; par M. Keith.

Lorsqu'on a occasion, dit M. Keith, d'examiner, plusieurs mois après l'opération, un nez qui a été taillé aux dépens de la peau du front, on est très surpris de voir, au lieu d'un organe arrondi, proéminent et de longueur naturelle, un appendice flétri, ridé et le plus souvent trop petit pour cacher l'ouverture des narines. Ce changement vient de ce que le lambeau frontal, une fois qu'on a coupé son pédicule, ne tire plus de ses adhérences avec les parties voisines assez de sang pour être nourri convenablement; de là son atrophie et sa réduction de volume.

Pour remédier à ce défaut, l'auteur propose de laisser subsister intact, et sans le diviser, le pédicule du nez de nouvelle formation. Les vaisseaux qui existent dans ce pédicule fourniraient alors à l'organe une nutrition suffisante; ce serait là, ajoute-t-il, le seul moyen pour que le nez artificiellement fabriqué *eût quelque chance de vivre en paix avec ses voisins.* Si l'on craignait que la racine conservée du lambeau ne fît une saillie difforme entre les sourcils, rien ne serait plus facile que de faire adhérer la peau de cette région, préalablement avivée à l'aide d'un vésicatoire. Grâce à cette précaution et à l'aplatissement naturel qu'amène ensuite la contraction qui accompagne le travail de cicatrisation, la saillie serait à peine sensible.

— Rien de plus rationnel que la correction proposée par M. Keith à la rhinoplastie; mais l'honneur, évidemment, ne peut lui en être attribué. Elle se trouve déjà fort explicitement indiquée dans l'excellente thèse de concours de M. Blandin (Voy. Autoplastie, ou restauration des parties du corps, etc., 1836, p. 121), qui a parfaitement expliqué et discuté les avantages de cette conduite dans l'autoplastie en général, et spécialement dans le cas de rhinoplastie.

Quant à l'adhésion que M. Keith conseille de provoquer secondairement entre la face saignante du pédicule et la peau, nous croyons que ce n'est pas, à beaucoup près, le meilleur moyen de prévenir une proéminence difforme de cette partie. L'aplatissement consécutif du pédicule, sur lequel il compte, nous paraît surtout une chimère; on sait trop généralement que les lambeaux autoplastiques abandonnés à eux-mêmes s'enroulent sur leur face profonde et grossissent, bien loin d'avoir la moindre tendance à s'étaler et à s'amincir. Nous préférerions de beaucoup le procédé de Dieffenbach, qui consiste à insérer le pédicule du lambeau dans une plaie faite aux tégumens, mais sans l'exciser ensuite, comme le veut ce chirurgien.

En terminant, M. Keith conseille avec raison de choisir l'été pour ces sortes d'opérations. Chez son malade, la vitalité du lambeau eut beaucoup à souffrir du froid éprouvé pendant une nuit de novembre.

Recherches sur la ligne brune de l'abdomen, et de la possibilité de sa production dans d'autres circonstances qu'après l'accouchement; par M. Jose Cormack.

Après avoir sérieusement étudié la question en examinant nombre de sujets dans les conditions les plus diverses, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes, qu'il croit pouvoir assurer être celles auxquelles arrivera tout médecin qui prendra la peine de voir et de regarder par lui-même.

1° Quelques jours après la délivrance à terme, la ligne brune de l'abdomen s'observe invariablement. Le foncé de sa coloration varie selon certaines circonstances accidentelles, mais plus particulièrement d'après la complexion de la femme.

2° Pendant la menstruation et la grossesse, après l'avortement, on rencontre aussi très ordinairement cette même ligne; mais, en général, elle est alors moins distincte qu'après neuf mois de grossesse.

3° On trouve la ligne brune sur l'abdomen de femmes qui ne sont ni enceintes, ni accouchées, et qui n'ont aucune maladie du système utérin. M. Cormack a constaté ce fait sur 7 femmes, dont quelques-unes n'avaient jamais été enceintes.

4° La ligne brune de l'abdomen paraît quelquefois chez les hommes, dans les maladies de la muqueuse intestinale, de la vessie et de l'urètre, et peut-être aussi dans d'autres circonstances. Sur 9 hommes qui ont présenté à l'auteur ce phénomène, 5 étaient entrés à l'hôpital pour la fièvre régnante qui s'accompagnait de diarrhée, 1 avait une pleurésie chronique et venait d'éprouver une dysenterie violente, 1 était atteint de fièvre continue, 1 autre présentait les symptômes d'une fièvre typhoïde, et le dernier était phthisique au dernier degré. Chez 6 d'entre eux au moins, la ligne brune abdominale était très foncée et extrêmement distincte.

5° D'après la diversité des causes qui donnent lieu à cette ligne brune, son existence ne peut être d'aucune valeur en médecine légale comme annonçant un accouchement antérieur. Néanmoins, dans les cas où l'on doute si la femme a réellement accouché, son absence pourrait, jointe à d'autres considérations, donner du poids à l'opinion que la femme n'a pas accouché récemment.

De la pathologie et du traitement des maladies de l'utérus; emploi de la sonde utérine; par M. Simpson.

Nous avons tout récemment (V. Gaz. Méd., 1845, p. 103) mentionné avec éloges un nouvel instrument dont l'auteur se sert pour mesurer les dimensions et déterminer l'épaisseur de l'utérus avec plus de précision qu'on ne le fait ordinairement. Après avoir décrit, dans la précédente communication, la manière de reconnaître, au moyen de la *sonde utérine*, les cas de dilatation pathologique de la cavité de ce viscère, M. Simpson donne aujourd'hui des indications analogues pour faciliter le diagnostic des cas où la cavité utérine est au contraire diminuée d'étendue. Le point sur lequel son travail offre surtout de l'intérêt est ce qui concerne le renversement de la matrice.

On sait que, dans certaines circonstances, le diagnostic de l'inversion

utérine est des plus difficiles. Lorsque le médecin ne peut l'observer que quelques jours après l'accouchement, lorsque surtout ce renversement n'est que partiel, il est presque impossible de le différencier sûrement d'avec un polype. Les meilleurs esprits ont reconnu que l'erreur est possible, et beaucoup de chirurgiens y sont tombés. Passant en revue tous les signes à l'aide desquels on peut arriver à distinguer l'un de l'autre ces deux états morbides, M. Simpson examine en dernier lieu celui que son auteur, M. Malgaigne, a donné comme *sûr et pathognomonique, et comme toujours facile à mettre en pratique.* Il consiste, comme on sait, à « porter une sonde d'homme recourbée dans la vessie de la malade, à diriger le bec de la sonde en arrière, sa concavité regardant en bas, et arriver ainsi à appuyer avec le bec bien arrondi sur le fond de la poche utérine; le doigt porté d'autre part dans le vagin sentirait aussi facilement la saillie de l'instrument qu'on la sent à l'hypogastre, pour peu qu'on l'essaie, dans le cathétérisme ordinaire. »

Sur cette idée de M. Malgaigne, M. Simpson s'exprime ainsi : « Nous doutons entièrement qu'un semblable moyen de diagnostic soit applicable. L'urètre de la femme est situé dans une telle direction par rapport aux autres organes contenus dans le bassin, que si on y place l'extrémité externe d'une sonde ordinaire d'homme, l'autre extrémité ou la pointe, quand on la tournera en arrière, regardera dans ce sens la concavité du sacrum, et ne pourra sans déchirer les rapports naturels de l'urètre être ramenée en bas vers le vagin. Pour atteindre ce dernier but, l'instrument devrait être courbé, non à angle obtus, mais à angle aigu. Et si on lui donnait cette dernière forme, il ne pourrait être introduit dans la vessie; et même l'y eût-on fait pénétrer; il ne pourrait probablement être employé avec sécurité. Nous n'exprimons ces remarques qu'après avoir plusieurs fois répété sur le cadavre l'expérience proposée. »

La bougie ou *sonde utérine* est, d'après M. Simpson, le seul moyen capable d'établir avec précision ce diagnostic si difficile. Pour comprendre les services qu'elle peut rendre ici, il suffit de se rappeler que, dans le cas de polype, les dimensions de la cavité utérine ne sont pas nécessairement diminuées, quelquefois même elles ont augmenté, tandis que l'inversion ou renversement s'accompagne toujours d'une réduction très prononcée de cette cavité. L'auteur a vérifié ceci en mesurant, avec son instrument, l'intérieur de la matrice sur la femme vivante, dans 4 cas d'extraction de polypes. On comprend facilement que la possibilité d'introduire la sonde à une profondeur plus ou moins grande, selon les circonstances, donnera les notions les plus exactes sur la nature de l'altération dont il s'agit. C'est, en quelque sorte, le toucher, le moyen le plus fidèle de diagnostic, mais le toucher perfectionné et porté par un mécanisme ingénieux au delà des limites de sa sphère ordinaire d'action. Règle générale, donc, si la sonde pénètre dans la matrice à la profondeur ordinaire, c'est-à-dire à 2 pouces 1/2 au plus, on peut affirmer qu'on n'a pas affaire à un renversement; et l'on a d'autant plus de motifs pour en être sûr qu'on peut, avec l'instrument, pousser vers l'hypogastre ou vers le rectum le fond de la matrice, et que les doigts de l'autre main, placés sur le ventre ou introduits par l'anus, s'assurent ainsi de la manière la plus exacte que le viscère n'a pas cessé d'occuper dans le bassin sa situation et sa hauteur naturelle.

Dans cette exploration, il faudra bien se rappeler que parfois les polypes s'implantent sur l'un des côtés de l'utérus. Si l'on dirigeait l'instrument de ce côté, il pourrait donc se faire qu'il fût arrêté par le pédicule de la tumeur, et si l'on bornait là l'examen, on ne manquerait pas d'en tirer des inductions séméiologiques positives. Sous ce point de vue, le précepte suivant est de la plus grande importance : pour être autorisé à prononcer qu'il existe un renversement de la matrice, il faut que la sonde ait constaté la diminution de profondeur de la cavité utérine, non pas sur l'un des côtés seulement, mais bien dans toute la circonférence de la tumeur.

OBSERVATION D'UN CAS DE GROSSESSE COMPLIQUÉE DE CANCER DE L'UTÉRUS; par le docteur J. MILLER.

Il n'est pas rare de voir, dans certains cas, le cancer de la matrice ne pas empêcher la conception de s'opérer et la grossesse d'arriver à son terme sans trop d'accidens; le plus souvent aussi dans ces sortes de cas la marche du cancer se ralentit ou s'arrête même pendant la durée de la grossesse pour reprendre après les couches une nouvelle intensité; dans le cas rapporté par l'auteur de cette communication les choses se sont passées tout autrement, et la marche du cancer a été d'une rapidité extrême, malgré la grossesse ou plutôt à raison de la grossesse.

OBS. — Appelé auprès d'une femme en mal d'enfant, âgée de 37 ans, je la trouve maigre, de couleur jaune-paille, ayant eu déjà sept enfans, se plaignant d'une douleur sourde avec élancemens dans la région lombaire, et d'un écoulement vaginal considérable, d'une couleur foncée et d'une odeur très fétide. Je trouve l'orifice de l'utérus dilaté de la longueur d'une pièce de dix sous, présentant, en outre, sur toute sa circonférence et surtout à sa partie postérieure, des ulcérations profondes, avec épaississement et induration des parois de l'estomac, aussi haut que le doigt pouvait arriver. Cette femme se croyait à terme et m'apprit qu'elle avait passé les trois premiers mois de sa huitième grossesse dans un état de santé parfaite; qu'à cette époque étant à travailler dehors elle avait été mouillée et refroidie, puis prise ensuite d'une douleur profondément située dans la partie inférieure du ventre, et ensuite d'un écoulement brunâtre qui ne l'avait plus quittée depuis. Je lui prescrivis quelques anodins et ne la revis plus qu'au bout de six semaines le 20 novembre, époque où elle accusait des douleurs continuelles dans les reins et dans le ventre semblables à celles de l'accouchement. L'ulcération de l'orifice de l'utérus avait fait beaucoup de progrès depuis ma dernière visite, tellement même que je ne pouvais distinguer cette ouverture. Le doigt, au lieu de pénétrer dans les lèvres de l'utérus entrait dans un profond sillon, à la partie postérieure du col où la maladie avait fait le plus de ravage. On reconnaissait de larges portions ulcérées qui ne tenaient que par d'étroits pédicules et d'où s'écoulait un fluide sanieux très abondant. Le pouls était normal, la langue nette, la peau fraîche, les entrailles libres, l'appétit indifférent. L'examen de l'abdomen avec le stéthoscope ne fait découvrir ni les battemens du cœur du fœtus ni le bruit placentaire. Les douleurs qui avaient été très vives pendant la journée diminuaient un peu, et la malade était disposée au sommeil. On lui donne un lavement opiacé et les douleurs se ralentissent encore pendant quarante-huit heures; mais alors elles redeviennent très fortes et s'étendent à tout le ventre qui devient sensible à la plus légère pression; le pouls est à 140, et la malade dans le dernier état d'épuisement, l'écoulement ayant encore beaucoup augmenté ainsi que sa fétidité. Le professeur Simpson étant venu en consultation avec plusieurs autres médecins on décide qu'on ne s'inquiétera plus autant du salut de la mère puisqu'elle ne peut échapper à une mort prochaine et inévitable, que l'on devait tout faire pour conserver la vie de l'enfant et commencer par pratiquer des incisions sur le côté de la matrice, puis opérer la délivrance avec le forceps long; mais la femme et ses parens s'y étant opposés, on laisse les choses dans le même état et elle meurt dans la matinée du 27.

AUTOPSIE 12 heures après la mort.

L'utérus est couvert d'une couche de lymphe plastique qui le fait adhérer au péritoine dans la cavité duquel on trouve 440 grammes de sérosité à couleur foncée; le col de l'utérus avait été entièrement dévoré par une profonde ulcération, à l'exception d'une petite pointe en avant et les parois voisines étaient épaissies et indurées à la hauteur de plus d'un pouce. A gauche, l'induration s'étendait jusqu'au ligament large et se présentait sous forme d'une tumeur circulaire qui, à l'intérieur, offrait l'aspect rayonné des carnivores. Déja le ramollissement avait commencé au centre. Les deux ovaires étaient oblitérés, de consistance caséeuse et se déchiraient facilement sous le doigt.

Le fœtus était du volume ordinaire et dénudé de ses membranes. D'après l'état de putréfaction où il se trouvait la vie était éteinte depuis bien des jours.

L'auteur pense que, malgré le témoignage de la femme, l'invasion de l'affection cancéreuse remontait, dans ce cas, à une époque antérieure à la conception; il pense aussi que, dans des cas de ce genre, on doit, dans l'espoir de prolonger la vie de la malade, amener prématurément le travail aussitôt que l'on a constaté que la grossesse est compliquée de squirrhe du col de l'utérus.

DOCUMENS POUR LA STATISTIQUE DES PLAIES DE TÊTE; par MM. LAWRIE et KING.

Le tableau suivant résume, en grande partie, l'intérêt de ces recherches :

		Nombre des malades.	Guéris.	Morts.	Observat. incomplètes.
Commotion		110	94	11	5
Commotion apparente d'après les symptômes, mais douteuse cependant, l'autopsie ayant manqué		8	»	8	
Extravasation sanguine.	sans fracture	8	1	7	
	avec fracture simple	12	»	12	
	avec fracture compliquée	4	»	4	
Fracture simple du crâne.	fracture simple	3	1	2	
	avec dépression	3	3	»	
	avec dépression ; opération	5	»	5	
Fracture compliquée du crâne.	fracture compliquée	10	6	4	
	avec dépression	19	14	5	
	avec dépression ou comminutive ; opération faite dans les 24 heures qui ont suivi l'accident	26	7	19	
	avec dépression ou comminutive ; opération faite quelques jours après l'accident	14	3	11	
Hernie du cerveau		12	2	10	
Total général		234	131	98	

Sur 77 cas de fracture compliquée, 29 ont été suivis de guérison et

58 se sont terminés par la mort. Deux séries composent ce nombre de 77 : l'une de 26 malades, qui n'ont pas été trépanés, et dont18 ont guéri et 8 sont morts; l'autre de 51, qui ont été trépanés et où l'on a compté 11 guérisons et 40 morts.

CAS DE PANNUS TRAITÉ PAR L'INOCULATION DU FLUIDE D'UNE OPHTHALMIE PURULENTE; par M. DUDGEON.

La cure du pannus par l'inoculation du pus blennophthalmique ou blennorrhagique est une de ces méthodes que, malgré leur bizarrerie ou leurs dangers apparens, il serait irrationnel et imprudent de repousser sans examen, parce que la maladie contre laquelle elle s'adresse, est loin jusqu'ici d'avoir trouvé son spécifique. Il faut donc l'essayer avec mesure, en choisissant les cas où la vision des deux côtés est complètement abolie, où par conséquent le malade n'a rien à perdre de ce côté; il faut surtout enregistrer avec soin tous les documens publiés sur cette question. Le sujet n'est du reste pas entièrement neuf; et la méthode n'en est plus aujourd'hui à chercher des autorités pour la défendre. Outre le patronage de Jaeger et de Piringer qui lui ont prêté leur nom, elle a aussi été appliquée par Stout (v. GAZ. MÉD., 1844, p. 403), d'après lequel nous avons déjà rapporté quelques conseils très judicieux sur les indications et l'exécution du procédé. Le cas suivant, observé par M. Dudgeon, vient encore tout à fait en sa faveur.

OBS. — Catherine Evans fut affectée à l'âge de deux ans et demi et pendant toute son enfance d'une ophthalmie survenue à la suite de rougeole. On espérait que l'établissement des règles opérerait dans son œil une révolution favorable. Mais loin de là, l'inflammation des yeux fit, à partir de cette époque, de nouveaux progrès, de sorte que, à l'âge de 21 ans, elle présentait les symptômes suivans : cornée très vascularisée et opaque, surtout en haut. Dans ce point existent quelques granulations. D'autres tapissent la paupière supérieure, lui donnant une épaisseur telle qu'on ne peut l'élever qu'avec peine. La conjonctive de la sclérotique est aussi très vascularisée. L'œil droit paraît un peu plus malade que le gauche. Photophobie, clignotement, larmoiement. On ne peut entr'ouvrir les paupières que si la malade tourne le dos à la fenêtre. Sous tous les autres rapports, la santé est bonne, l'appétit excellent, l'écoulement menstruel régulier. Divers traitemens ont été institués contre cette affection, mais aucun n'a réussi. L'excision des granulations a sente apporté un soulagement, mais temporaire. En l'état, la malade est incapable de lire, même les plus gros caractères, et ne peut être employée à quelque occupation que ce soit même les plus grossières.

Le 30 septembre 1843, M. Dudgeon ayant pris de la matière provenant de l'ophthalmie purulente d'un enfant sain à tous autres égards, l'introduisit une heure après, encore fraîche, entre les paupières de l'œil droit. L'effet ne commença à se produire qu'au bout de plus de 24 heures. Les paupières devinrent d'abord rouges et gonflées; bientôt un écoulement séro-purulent s'établit. Bref, la réaction inflammatoire fut telle que dès le troisième jour l'application de trois sangsues et une purgation saline furent jugées nécessaires. On dut encore renouveler deux fois les sangsues et instiller quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent. Malgré ces moyens, l'écoulement était devenu franchement purulent et le chémosis s'était manifesté. Cependant la maladie semblait rétrograder, lorsque, le 11 octobre, l'œil gauche fut atteint de la même inflammation, bien que la malade l'eût garanti avec le plus grand soin du contact du muco-pus sécrété par l'autre œil. La phlegmasie suivit à gauche les mêmes périodes; et l'on remarqua que cette complication ramena la sécrétion purulente de l'œil droit avec plus d'activité. Deux applications de sangsues furent faites au pourtour de l'œil gauche. Cependant, dès le 18 novembre, un amendement marqué se prononça, l'œil droit pouvant, à cette époque, être ouvert à moitié par la malade elle-même.

Le 23 du même mois, on constata avec surprise que la malade avait la faculté d'ouvrir librement les deux yeux en face d'une croisée, ce qu'elle n'aurait certainement pas pu faire avant l'inoculation. La sclérotique commençait à reprendre son aspect blanc. A droite, la cornée, quoique encore rugueuse et irrégulière, semblait avoir perdu complètement sa vascularisation. A gauche, la vascularisation avait beaucoup diminué.

Après une amélioration progressive, la malade en était arrivée, le 8 novembre, au point de distinguer des caractères de moyenne grosseur et de pouvoir supporter la lumière à quelque degré que ce fût. La moitié inférieure de la cornée était alors entièrement transparente, et la moitié supérieure perdait chaque jour de son opacité.

Enfin, peu à peu, la transparence se rétablit complète, et la vascularisation se dissipa, sauf un léger nuage, mais situé trop haut sur la cornée pour gêner notablement la vision. Au lieu de marcher, comme avant l'inoculation, la tête baissée sur la poitrine et les yeux à peine ouverts, elle se tient droite même par les jours où le soleil est le plus éclatant. Elle peut se livrer aux travaux d'aiguille les plus minutieux, et n'est plus, pour les besoins de la vie ordinaire, sous la dépendance de personnes étrangères.

Le traitement a eu ici ses longueurs et ses ennuis; mais le résultat obtenu valait bien, on l'avouera, de tels sacrifices. Nous n'avons pas plus dissimulé le côté défavorable que le côté avantageux de cette opération; car elle fait partie de celles qu'on ne saurait se montrer trop réservé à préconiser et sur le compte desquelles il est toujours prudent de laisser chaque lecteur se faire son opinion lui-même d'après l'examen des cas publiés.

De même que M. Stout, M. Dudgeon avertit que l'inoculation ne servirait à rien employée contre l'opacité simple de la cornée.

OBSERVATION D'UN CAS DE MORT SUBITE A LA SUITE D'UN EXCÈS ALCOOLIQUE, ET OU L'ON TROUVA, A L'AUTOPSIE, LES LÉSIONS QUE LAISSENT HABITUELLEMENT LES POISONS IRRITANS; SUIVIE DE CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES; par le docteur NICOLE.

Ce fait intéresse sous plusieurs points de vue assez importans pour que nous croyions devoir en présenter une courte analyse.

OBS. — J.-F., âgé de 26 ans, s'était couché un soir en bonne santé, quand, à peine au bout d'une heure, il fut réveillé par quatre jeunes gens de ses camarades, qui le firent lever et l'emmenèrent dans un cabaret, où déjà eux-mêmes avaient passé une partie de la soirée à boire une pinte de wisky; cette fois ils en burent encore trois *gills* entre cinq, et dont J.-F. prit sa part. En sortant du cabaret, ils parcoururent environ trois cents yards tous ensemble, puis se séparèrent pour se rendre chacun chez eux, deux d'entre eux devant cependant accompagner jusqu'à sa demeure J.-F., qui était tout à fait ivre. A peine ces derniers avaient-ils atteint le haut d'une rue rapide, quand J.-F. se laissa tomber, prononça quelques mots et resta complètement sans connaissance. Ses compagnons, attribuant cet état à l'ivresse, s'efforcent de le transporter ou plutôt de le traîner chez lui, où ils réussissent à le mettre au lit, sans s'inquiéter de l'état où ils le laissent et même sans prévenir les voisins. L'un d'eux cependant, revenant le lendemain matin à sept heures, afin de savoir comment il allait, le trouva mort et dans la même position exactement que celle où il l'avait laissé la veille.

Le corps, examiné sept heures après, offre quelques excoriations de l'épiderme de la joue gauche et une couleur livide de toutes les parties déclives. Les viscères thoraciques sont à l'état normal; les poumons offrent quelques traces de congestion sur plusieurs points. En ouvrant l'abdomen, on est d'abord frappé de la distension des gros troncs veineux gastriques et épiploïques. Le foie, également congestionné, n'offre aucune altération dans sa structure. En ouvrant l'estomac, on sent une forte odeur alcoolique; on met de côté les matières qui y sont contenues, et on observe une très vive injection dans la moitié inférieure de l'œsophage, dans toute l'étendue de l'estomac et sur une longueur d'environ 50 centimètres du tube intestinal. Sur toute cette étendue, la muqueuse était d'un rouge cramoisi; au dessus et au dessous, cette coloration allait en s'effaçant. Sur quelques points, cette injection paraissait artérielle, sur d'autres veineuse. Sur certains points, il y avait des plaques de mucus visqueux tellement adhérentes qu'on avait de la peine à les détacher de la muqueuse, qui n'offrait sur le point où elles étaient aucune trace d'ulcération ni même d'érosion. Les vaisseaux du cerveau et des membranes étaient aussi fortement distendus, et il s'en écoula une très grande quantité de sang.

Les matières extraites de l'estomac et des intestins, soumises, ainsi que ces organes eux-mêmes, aux expériences chimiques propres à constater les poisons irritans ou corrosifs, n'en offrirent pas la moindre trace; on n'y constata que l'arome de l'alcool, et encore moins prononcé qu'on ne s'y fût attendu.

Ce cas serait-il un exemple de gastrite aiguë, comme l'auteur semble le penser? Les conditions dans lesquelles la mort est arrivée pourront autoriser à croire qu'il en a été ainsi ceux qui rapportent tous les effets de l'alcool à une simple irritation. Mais on ne peut admettre sérieusement cette explication; la mort, dans des cas analogues, et dans celui-ci surtout, n'a pu être le résultat d'une simple irritation, quelque intensité qu'on lui suppose; l'alcool exerce d'autres effets sur le système nerveux ou sur d'autres appareils, qu'il faut étudier et qui pourront donner l'explication de cette mort presque subite; d'ailleurs, il est dit positivement dans l'observation qu'il n'y a pas eu de vomissemens, et la rougeur si prononcée dans une partie du tube digestif paraissait être plutôt l'effet d'une stase des petits et des gros vaisseaux veineux que celui d'une active phlegmasie.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 MARS.

INJECTIONS FAITES DANS LES ARTICULATIONS DES CHEVAUX AVEC LA TEINTURE D'IODE ÉTENDUE D'EAU POUR LA GUÉRISON DES ÉPANCHEMENS ARTICULAIRES.

MM. THIERRY et LEBLANC adressent le résultat des expériences qu'ils ont faites sur ce sujet en présence de MM. Velpeau et Rayer. On sait que les chevaux sont affectés souvent d'hydropisie dans les articulations et dans les courses muqueuses ce que les médecins vétérinaires désignent sous les noms de *molettes* et de *vessigons*. On n'a employé jusqu'à présent contre cette affection qu'un seul remède, le feu appliqué, soit au moyen de raies, soit au moyen de pointes. Quel que soit celui de ces deux moyens que l'on emploie, il reste toujours des traces qui déprécient l'animal. C'est dans le but d'obvier à cet inconvénient que

les auteurs, guidés par les recherches de M. Velpeau, ont procédé à des expériences comparatives sur les injections iodées et vineuses et l'application du feu. D'après les résultats qu'ils ont obtenus, les auteurs se croient autorisés à dire que les injections iodées dans les bourses muqueuses et dans les gaînes synoviales des chevaux peuvent remplacer avec avantage la cautérisation par le fer rouge, et que, dans la pluralité des cas, on doit commencer par employer cette médication.

MOYEN DE PULVÉRISER LA PIERRE DANS LA VESSIE.

M. Cornay communique les dessins d'un instrument qu'il vient d'imaginer pour moudre la pierre dans la vessie. Cet instrument est formé d'une canule qui laisse à nu, dans l'échancrure de son extrémité viscérale, deux cylindres dont le mouvement est concentrique et inverse à volonté. Un ruban de fer ayant des articulations forme une anse qui presse la pince sur les cylindres. Les cylindres ont un mouvement concentrique qui fait que la pince ne se déplace pas ; ils la réduisent en poudre dans une épaisseur égale à leur largeur ; on pulvérise les morceaux qui restent les uns après les autres. On obtient ainsi une pulvérisation successive de la pierre, et pour ainsi dire mathématique, en cela que l'on connaît le nombre de morceaux qui restent à moudre.

Il appelle cet instrument *multitriteur*.

DEUX NOUVEAUX GENRES DE MONSTRES CÉLOSOMIENS.

M. Joly, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse, adresse un mémoire sur deux nouveaux genres de monstres célosomiens, pour lesquels il propose les noms de *chélonisome* (corps de tortue) et de *streptosome* (corps tordu). Voici, d'après l'exposition que M. Serres en a faite au nom de l'auteur, les caractères de ces deux genres nouveaux.

Genre *chélonisome* : éventration médiane (ou latérale) thoracique et abdominale ; fissure complète du sternum ; appareil urinaire nul ; organes génitaux très incomplets ; omoplate, bassin et queue en grande partie contenus dans un thorax formé par des côtes redressées, dont quelques-unes sont intimement soudées entre elles.

M. Joly attribue ces anomalies à un arrêt de développement, et il en trouve la preuve : 1° dans l'éventration thoracico-abdominale ; 2° dans le spina-bifida de l'atlas et des vertèbres lombaires, sacrées et coccygiennes ; 3° dans la duplicité du sternum, etc., dispositions organiques qui, quoique anormales, rentrent toutes dans la loi de symétrie établie par M. Serres.

Le second genre que décrit M. Joly, sous le nom de *streptosome*, a été observé sur une pouliche née morte, au haras de Viroflay, le 10 mars 1839. Il consiste en ce que le rachis est tordu dans la région lombaire, et que les membres antérieurs étant dans la même direction que la tête, les postérieurs se trouvent dans une direction opposée. Les organes abdominaux étaient contenus dans une enveloppe, une espèce de sac membraneux suspendu hors des parois du bas-ventre ; ceux de la poitrine étaient aussi hors de cette cavité, suspendus dans un sac membraneux. M. Jolly place ce dernier genre dans la série tératologique entre le genre chélonisome et les exencéphaliens, avec lesquels il se lie par deux caractères assez communs dans quelques-uns de ces derniers, savoir la célosomie et l'ouverture du crâne.

EMPOISONNEMENT PAR LE VERT DE SCHWEINFURT.

M. Blandet envoie un mémoire sur les accidens produits par le vert de Schweinfurt (composé de verdet et d'acide arsénieux), dans les manufactures de papiers peints.

Ce travail est destiné à signaler des cas d'empoisonnemens externes ou d'intoxication causés par l'inspiration de la poussière ou de toute autre émanation arsénicale. D'après la description que M. Blandet donne de l'empoisonnement arsénical externe produit par le vert de Schweinfurt, il présente, avec un moindre degré de gravité, la plupart des symptômes relatés dans l'empoisonnement interne. Les coliques sont communes aux deux maladies, ainsi que la faiblesse, ou mieux, la prostration et le mal de tête. La cause différente de l'une et l'autre maladie produit leurs différences : dans l'empoisonnement externe, l'action des poussières et émanations toxiques est plus à la peau ; dans l'intoxication par l'ingestion dans le canal intestinal, les vomissemens, les selles sanglantes, le délire, les crampes, etc. démontrent, non plus une infection superficielle, mais profonde. Le symptôme spécial à la maladie professionnelle, et qui n'a pas encore été observé dans l'affection interne, c'est l'œdème douloureux des bourses, précédé de bouffissure du visage et d'éruption papuleuse ou pustuleuse de la peau.

Les causes de la maladie sont évidentes : ce sont les opérations de fabriquer le vert de Schweinfurt, d'imprimer les fonds avec ce vert et de satiner ces fonds imprimés. La maladie produite par le vert offre deux degrés bien distincts. Dans le premier degré, l'action de l'arsenic est toute locale ; cette substance agit comme topique, et détermine là où elle s'applique l'œdème, l'éruption et le catarrhe. Dans le deuxième degré, l'infection est générale, interne ou externe.

Quant aux moyens prophylactiques et thérapeutiques, M. Blandet se borne à signaler les bons effets que l'on pourrait retirer de l'usage du peroxyde de fer hydraté.

LES AGENS TOXIQUES, LES SELS SOLUBLES ARRIVENT-ILS JUSQU'AU FOETUS ?

M. Audouard, pharmacien à Béziers, a cherché à résoudre cette question par une série d'expériences dont les résultats font le sujet du mémoire qu'il adresse à l'Académie. Voici les conclusions qu'il a déduites de ses recherches :

1° Les agents toxiques, les sels solubles pénètrent jusqu'au fœtus, pourvu toutefois que la mort de la mère ne suive pas presque instantanément l'ingestion de la substance. Dans ce dernier cas, qui s'est présenté dans la deuxième expérience, le placenta seul s'imprègne suffisamment de cette substance, ou, si le fœtus en reçoit, la proportion en est encore si petite, qu'elle n'est point appréciable à l'analyse.

2° Si on a lieu de supposer qu'une femme *enceinte* soit morte victime d'un empoisonnement, on ne doit pas négliger de rechercher aussi le poison dans le placenta, dans les eaux de l'amnios et dans le fœtus.

PRÉSENCE DE L'IODE ET DU BRÔME DANS LES MATIÈRES CHLORURÉES.

M. Cantu, professeur de chimie à l'université de Turin, adresse une communication sur la composition des chlorures.

En 1823, M. Canto avait annoncé la découverte de l'iode dans les eaux minérales sulfureuses du Piémont. Par des expériences ultérieures, il est parvenu à constater la présence de l'iode dans des eaux minérales qui sourdent au pied des Alpes. D'autres recherches, il est résulté que dans toutes les sources où il y a des chlorures et des iodures, on rencontre également le brôme dans un état de combinaison. Ce résultat l'ayant porté à conjecturer que le même fait devait se présenter dans tous les êtres naturels qui contenaient des chlorures, il s'est livré à une longue série d'expériences sur ce sujet, qui lui permettent dès à présent d'établir, en maxime générale, que dans toutes les productions des deux règnes se trouvent l'iode et le brôme à l'état d'iodure et de brômure, lorsqu'elles contiennent des chlorures.

La coexistence de ces trois principes halogènes dans la nature, la grande analogie de leurs propriétés physiques et chimiques, et même celle de leur vertu médicamenteuse ne sont-elles pas, se demande l'auteur, des raisons d'élever des doutes sur la simplicité de l'iode et du brôme?

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

LISTE DE CANDIDATURE.

M. le Président donne lecture, au nom de M. Duméril absent, du rapport fait au nom de la section d'anatomie et de physiologie pour déterminer le nombre de candidats qui devront être portés sur la liste de présentation. M. le rapporteur propose de porter ce nombre à six. L'Académie consultée adopte.

PAIN DE GLUTEN GRANULÉ.

M. Chevallier fait un rapport officiel en réponse à une lettre du ministre du commerce, qui consulte l'Académie sur la valeur du gluten granulé comme substance alimentaire.

M. le rapporteur propose au nom de la commission de répondre à M. le ministre que le pain fait avec le gluten granulé constitue une bonne préparation ; qu'il peut être utile particulièrement pour l'usage de l'armée, et remplacerait avec avantage le biscuit de mer.

Après quelques courtes observations de MM. Nacquart et Martin-Solon, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

GOUTTE.

M. Martinenc (de Toulon) lit un mémoire sur la goutte. Après une longue et savante dissertation sur l'étiologie de la goutte et une appréciation critique des nombreuses opinions émises sur ce sujet, l'auteur conclut avec MM. Roche, Réveillé-Parise et quelques autres auteurs modernes, que la goutte est le résultat d'un sang trop animalisé et rendu irritant par l'excès des matériaux nutritifs qu'il renferme. Il considère, en outre, la prépondérance du système digestif comme la circonstance prédisposante la plus manifeste. En conséquence de cette opinion, il pose comme la première des indications sur lesquelles doit reposer le traitement de cette affection, l'usage des moyens propres à prévenir ou à neutraliser cet excès d'animalisation du sang.

Le travail de M. Martinenc est renvoyé à une commission composée de MM. Roche, Bégin et Mélier.

THORACENTÈSE DANS LES CAS D'ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES AIGUS.

M. Trousseau communique le résultat de trois opérations de thoracentèse, qu'il a pratiquées avec succès pour des cas d'épanchement pleurétique aigu, avec l'assistance de MM. Bricheteau et Monneret, médecins de l'hôpital Necker.

La première de ces observations diffère de celles qu'il a précédemment communiquées sur ce même sujet en ce que le malade qui en fait l'objet n'éprouvait point de dyspnée considérable. L'auteur discute à cette occasion la valeur de ce symptôme, dont l'absence pourrait être invoquée comme une objection à la nécessité de l'opération. La dyspnée et l'orthopnée, suivant lui, ne donnent pas la mesure du degré et de la gravité de l'épanchement, ces signes pouvant manquer dans des cas d'épanchement considérable, surtout lorsque cet épanchement s'est formé lentement. Les signes qui, suivant M. Trousseau, indiquent d'une manière constante la gravité et le danger imminent d'un épanchement, et qui réclament par conséquent l'opération, sont : le déplacement du cœur, d'où résultent les syncopes, le déplacement du médiastin, l'abaissement de la rate et du foie, signes tous aisément appréciables par la percussion et enfin l'accélération et l'affaiblissement du pouls et l'anxiété de la face. M. Trousseau opère par le procédé de M. Reybard, combiné avec la méthode sous-cutanée (1).

(1) Nous persistons à penser que si M. Trousseau avait opéré par la méthode sous-cutanée seulement, il aurait évité les accidens graves qu'il a eu à regretter dans plusieurs cas. (Note du Rédacteur.)

Il termine par l'exposition d'un phénomène physique très curieux qui se passe immédiatement après l'évacuation du liquide : c'est l'ampliation subite de la poitrine par l'accès de l'air extérieur qui se précipite dans les bronches avec une intensité telle, qu'il en résulte ordinairement la destruction des adhérences récemment formées.

Dans les cas dont M. Trousseau entretient l'Académie la guérison a eu lieu en quinze jours.

Le bureau renvoie ce travail à la commission déjà nommée pour les précédentes communications de l'auteur sur le même sujet.

DE LA LYMPHE DANS L'ÉTAT PATHOLOGIQUE.

M. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, lit sous ce titre un mémoire dont nous sommes heureux de pouvoir reproduire les points principaux.

Ce sujet, dit l'auteur, est encore neuf, bien qu'il ait longuement occupé les médecins des derniers siècles ; son exposition est si diffuse dans leurs ouvrages que ce ne serait pas une médiocre difficulté que de le débarrasser complètement des considérations oiseuses dont il a été l'objet. L'auteur constate que deux influences différentes ont contribué à empêcher que l'étude de la lymphe ne fût comprise parmi les travaux variés et à tendance positive entrepris par les modernes ; d'une part, l'influence traditionnelle des anciennes idées ; de l'autre, l'étude trop exclusive du système lymphatique qu'on a examiné en tant qu'appareil organique et sans tenir compte du fluide qui le parcourt. D'après M. Bouisson, le moment est venu de faire rentrer les altérations de la lymphe dans un plan régulier d'études hygrologiques. Leur examen doit se placer à côté de celui des altérations du sang et servir de complément à l'hématologie.

Après une critique succincte des classifications présentées jusqu'à ce jour relativement aux altérations de la lymphe, M. Bouisson examine successivement les changemens morbides relatifs à la quantité et aux qualités physico-chimiques de ce fluide, ceux qui dépendent de son mélange avec des substances qui sont étrangères à sa composition, et enfin les modifications thérapeutiques qu'on peut imprimer à la lymphe.

Ne pouvant suivre l'auteur dans les développemens qu'il donne à chaque partie de son sujet, nous mentionnerons spécialement les recherches auxquelles il s'est livré sur les altérations de la lymphe dans les inflammations. Il résulte de ces recherches que lorsqu'un afflux sanguin de nature phlegmasique s'accomplit sur un organe, la lymphe contenue dans les vaisseaux qui partent de cet organe se modifie dans sa composition. Elle admet de la matière colorante rouge et se charge d'une plus grande proportion de fibrine. Ce liquide augmente aussi notablement de quantité. De là, le gonflement des ganglions auxquels aboutit la lymphe ; de là, les dépôts plastiques qui ont lieu dans les voies que la lymphe parcourt et qui deviennent quelquefois cause de leur oblitération. M. Bouisson a observé chez l'homme plusieurs faits qui justifient ces propositions et s'est, en outre, livré à des expériences sur des animaux vivans. Sur des lapins et des chiens chez lesquels une péritonite artificielle avait été produite par l'injection d'un liquide irritant dans la cavité abominale, le fluide renfermé dans le canal thoracique et recueilli immédiatement après la mort était abondant, rougeâtre et donnait un coagulum dense et considérable.

M. Bouisson a poursuivi la recherche des altérations de la lymphe dans les angioleucites aiguës et chroniques, dans celles qui tiennent à une affection dyscrasique, comme dans la morve et le farcin, l'affection scrofuleuse, la syphilis, etc. Les faits et les considérations qui se rattachent à ces divers sujets établissent d'une manière non équivoque l'altération de la lymphe qui, tantôt, se manifeste par un changement physique de ses propriétés, tantôt par l'action spéciale qu'elle exerce sur l'organisme.

Les altérations de la lymphe qui tiennent à son mélange avec des matières primitivement étrangères à sa composition sont les plus nombreuses et les mieux connues. Déjà l'anatomie pathologique avait signalé accidentellement et comme par hasard des lésions de ce genre. M. Bouisson a coordonné ces faits épars, d'autant plus dignes d'être pris en considération qu'ils n'avaient pas été recueillis dans le but de démontrer les vices de la lymphe, et qu'en conséquence aucune idée préconçue ne se rattache à leur exposition ; il les a complétés par d'autres faits tirés de son expérience personnelle et a cru pouvoir établir ainsi diverses catégories d'altératoins de la lymphe par mélange.

M. Bouisson cite plusieurs cas qui démontrent la présence du sang dans les voies lymphatiques. Une autre série d'observations établit le mélange de la lymphe avec la bile, l'urine, le lait, etc. Des fluides pathologiques ont aussi été fréquemment observés dans les voies lymphatiques. Les exemples qui démontrent la présence du pus dans le système organique sont aujourd'hui très nombreux. La résorption fait encore pénétrer dans le système lymphatique des débris de tissus ruinés par des lésions organiques ou des productions morbides arrivées à leur période de ramollissement. M. Bouisson cite plusieurs cas d'altération évidente de la lymphe dans le cancer et la mélanose. Dans un cas de ce genre observé par l'auteur dans le service de Delpech, la matière noire résorbée après l'ablation incomplète d'une tumeur mélanique remplissait les vaisseaux lymphatiques et les ganglions depuis le lieu de l'opération jusqu'au canal thoracique.

Les principales conclusions auxquelles l'auteur est conduit par les observations qu'il rapporte sont : que la participation de la lymphe aux conditions de l'état phathologique ne saurait être douteuse ; qu'elle est tantôt cause et tantôt effet, dans l'évolution des phénomènes morbides liés à ses altérations ; enfin que le rôle auquel la lymphe est destinée dans l'économie et son mode de formation la mettent à même de recevoir une influence directe de la part de plusieurs agens thérapeutiques. Les grands moyens utilisés dans l'art de guérir, tels que la saignée, la diète, les purgatifs, etc., en modifiant l'action absorbante, modifient nécessairement la lymphe qui en est le produit. L'analyse des causes, des caractères et des effets des altérations de la lymphe mérite donc de fixer l'attention des observateurs modernes et la voie indiquée par M. Bouisson ne peut conduire qu'à des résultats aussi utiles qu'intéressans.

Le mémoire de M. Bouisson est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Alard, Lecanu et Martin-Solon.

TUMEUR HYDATIDE.

M. Gerdy présente une tumeur hydatide d'un volume considérable qu'il a extraite des parois antérieures de la poitrine sur une jeune malade de son service de la Charité.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DEUXIÈME LETTRE SUR L'USAGE DES TISANES ET DES PURGATIFS EN FRANCE ET EN ANGLETERRE ; communiquée par M. le docteur Higgins, médecin anglais à Paris.

Monsieur le rédacteur,

Dans une lettre que vous avez eu la bonté de publier il y a quelque temps (Gaz. Méd., t. xi, n° 51), j'ai pris la liberté de présenter quelques remarques critiques sur l'abus que l'on m'a paru faire en France des tisanes, comparativement au peu d'usage que l'on fait en Angleterre de cet agent thérapeutique. Comme ce sujet est d'un intérêt général permettez-moi de vous soumettre encore quelques réflexions nouvelles à l'appui de mes idées.

J'ai dit que l'administration judicieuse des tisanes dans des cas où l'on veut exciter ou aider les fonctions de la peau ou des reins était non seulement indiquée, mais nécessaire. Il n'y a pas, en effet, de médecin qui ne soit témoin tous les jours de leur utilité. Mais ce que je voudrais établir, c'est l'inefficacité et par suite l'inutilité des tisanes qui sont habituellement prescrites dans les dérangemens des organes digestifs. Quel est le médecin en France qui, en présence d'un embarras gastrique ou d'une indigestion provenant d'un excès ou d'une diminution de la bile, ne juge pas l'administration des tisanes nécessaire ? Il n'y a, sans contredit, aucun pays où la pathologie, la physiologie et les sciences accessoires soient cultivées avec plus de succès qu'en France, et où les recherches scientifiques, en général, soient portées à un plus haut degré de perfection. Mais il n'en est pas non plus où l'on paraisse en même temps avoir moins de foi dans les vertus des remèdes internes ; car je considère l'usage si général que l'on fait en France des tisanes dans les troubles digestifs, bien plutôt comme le résultat d'une habitude profondément enracinée dans le peuple, que comme une preuve de la croyance des médecins dans leur puissance thérapeutique, et le résultat d'une indication réfléchie. Je crois que les médecins les plus distingués ne font, en les prescrivant, que se conformer aux exigences du préjugé, et qu'ils s'en fient, pour la guérison, au *vis medicatrix naturæ*. C'est sans doute un excellent précepte, dans un grand nombre de circonstances, que de se fier à la nature ; mais l'expectation doit généralement n'être considérée que comme accessoire. La médecine expectante et la médecine active s'appuient l'une sur l'autre. Dans les cas où l'obstacle au libre jeu de la machine humaine est considérable, les efforts de la nature sont insuffisans, l'art est tout, ou à peu près tout ; sans son intervention, le *vis medicatrix* ne serait plus qu'une lettre morte.

Les médecins anglais ont plus de foi que les médecins français dans les effets des médicamens administrés contre les affections des organes digestifs, et ce que j'ai vu de la pratique des uns et des autres m'a convaincu que les premiers avaient raison. En France, ainsi que je l'ai dit dans ma première lettre, il existe un préjugé très répandu contre l'administration du mercure dans les indigestions ; c'est en partie là la cause de l'abus que l'on y fait des tisanes dans ces affections. Mais pourquoi ce préjugé subsisterait-il plus longtemps ? Des hommes éclairés, je n'en doute pas, feront l'essai de cet agent thérapeutique et lui rendront la justice qu'il mérite. On s'en sert journellement à l'extérieur dans un grand nombre d'affections et presque toujours avec les résultats les plus favorables. Il n'y a donc rien qui puisse répugner à ce qu'on en fasse l'essai à l'intérieur dans les affections dont il s'agit.

A raison des idées médicales différentes qui ont prévalu en France et en Angleterre depuis un demi-siècle, l'effet des purgatifs a été beaucoup plus étudié dans ce dernier pays. Tandis que les médecins français se montrent en général assez indifférens sur le choix des purgatifs, les médecins anglais, au contraire, prétendent que ce choix a de l'importance. Prenons un exemple : un homme bien portant du reste est pris d'indigestion. Sa langue est brune et sale ; il a mauvais goût à la bouche ; sentiment de pesanteur à l'épigastre ; constipation. Le médecin français lui ordonne de se purger avec de l'eau de Sedlitz ou de l'huile de ricin, d'observer

la diète et de boire de la tisane pendant quelque temps. Sous l'influence de ces moyens, l'état de cet homme est amélioré; mais sa langue n'est pas *entièrement* nettoyée, le goût naturel n'est pas tout à fait rétabli; les fonctions digestives, pendant dix ou quinze jours peut-être, ne sont pas ramenées à leur état normal, à supposer même qu'elles y reviennent *adjuvante naturâ*.

Que fait le médecin anglais dans ce cas? Il regarde l'état de la langue (brune et sale) comme l'indice d'un excès de bile dans le canal intestinal et il prescrit ordinairement, en conséquence, de 1 à 4 grains de calomel combiné avec un apéritif végétal tel que la rhubarbe, la scammonée, le jalap, la coloquinte ou l'aloës; quelques heures après, il aide leur action par un verre d'eau de Sedlitz, une solution de sulfate de magnésie, une infusion de séné ou quelque autre purgatif liquide. Par cette manière de procéder, le malade est bientôt débarrassé, non seulement de l'accumulation de matières fécales qui existe ordinairement, mais encore de l'excès de bile; la langue se nettoie, le mauvais goût à la bouche disparaît, et la santé redevient parfaite dans l'espace de deux ou trois jours. Il serait ridicule de supposer que ce traitement peut donner lieu à une gastro-entérite dans l'espèce. Un pareil résultat ne serait à craindre que si ces médicamens étaient administrés à des malades dont la langue, au lieu d'être brune et sale, serait blanchâtre, et qui, au lieu d'éprouver un sentiment désagréable de pesanteur, se plaindraient de douleur au toucher à l'épigastre, avec accélération du pouls. Mais quel est le médecin instruit qui commettrait une pareille méprise?

L'indifférence des médecins français à l'égard des purgatifs qu'ils prescrivent m'a souvent frappé. L'eau de Sedlitz et l'huile de ricin sont à peu près les deux seuls purgatifs qui soient d'un usage général parmi eux. On ne peut cependant mettre en doute, malgré la difficulté de s'en rendre compte, que les diverses sortes d'apéritifs produisent des effets spéciaux sur les différentes parties du canal alimentaire; que le mercure, par exemple, agit principalement sur l'estomac et le duodenum, qu'il jouit du précieux avantage de déterminer l'expulsion de la bile quand elle est en excès et d'en exciter la sécrétion lorsque la coloration des excrétions indique son absence; que la rhubarbe, la scammonée et le jalap agissent surtout en stimulant l'action péristaltique de l'intestin grêle; tandis que l'influence de la coloquinte et de l'aloës se fait sentir sur le gros intestin.

Ces faits sont de la dernière importance; car ils sont d'une application journalière dans l'exercice de notre profession. Il est en effet de la dernière importance de ramener les fonctions digestives troublées à leur condition normale, puisque toutes les autres fonctions sont placées sous leur influence et dépendent en quelque sorte de leur intégrité. Pourrait-on administrer avec efficacité les diurétiques, les sudorifiques ou autres médications spéciales si les organes digestifs n'étaient sains ou au moins dans un état tel que leurs fonctions s'exerçent d'une manière passable?

Les signes les plus importans de l'état des organes de la digestion sont fournis par la langue et par l'odeur de l'haleine. Une langue sale est le symptôme le plus ordinaire de l'indigestion; mais chez certains individus la langue reste à peu près propre, quoique d'un teint plus foncé et moins humide que dans l'état normal, tandis que la mauvaise haleine ou le goût particulier que le malade ressent ne laisse aucun doute sur la présence de l'affection. Purgez ces malades sans égard au choix de l'apéritif, comme cela se fait tous les jours en France, et poursuivez le traitement avec des tisanes et la diète, vous finirez sans doute par guérir l'indisposition, mais vous ne procéderez que très lentement à la besogne, et même vous n'y réussirez pas toujours. J'ai connu des personnes qui se purgeaient ainsi de temps en temps pendant des mois et cependant leur langue ne se nettoyait, leur goût naturel ne revenait qu'après l'administration d'une petite dose de mercure.

Je n'ignore pas que quelques personnes ont naturellement la langue sale, bien que toutes leurs fonctions s'exécutent régulièrement; mais de telles exceptions n'infirment point la règle générale, règle applicable non-seulement aux simples cas d'indigestion qui n'empêchent point les malades de vaquer à leurs occupations, mais applicables aussi aux sujets qui sont alités par suite de maladies chroniques et à ceux qui ont besoin d'être purgés à la suite d'opérations graves.

Les individus habituellement privés d'exercice sont, par cela même, très sujets à une sorte d'état torpide du foie. 2 ou 3 grains de calomel ou quelques pilules bleues préparées selon la formule anglaise, avec 3, 4, ou 5 grains d'un apéritif végétal communiquent à ces personnes un sentiment de *bien-être* que l'eau de Sedlitz, l'huile de ricin ou autres purgatifs du même genre sont incapables de produire. — Cependant si un malade n'a que de la constipation seulement, et que sa langue reste propre, le mercure serait non seulement inutile, mais il deviendrait même nuisible par ses effets irritans sur la muqueuse gastrique et duodénale et par la perturbation qu'il apporterait dans des fonctions qui s'exerçaient régulièrement. Dans ce cas, il suffit ordinairement d'administrer des lavemens, ou bien de prescrire les apéritifs végétaux *seuls* et sans mercure.

On a ici une preuve frappante de ce que peuvent gagner les peuples sous ce rapport par des communications réciproques et libres. La pratique anglaise, par exemple, est presque entièrement redevable aux médecins français de la connaissance des bons effets des lavemens. Jusqu'à une époque récente, on avait en Angleterre un préjugé vraiment ridicule contre cet excellent remède, et cela par suite d'une fausse honte. Maintenant, pourtant, les Anglais font un usage raisonnable des lavemens, et je peux me féliciter d'avoir été pour quelque chose dans cette innovation à laquelle n'est pas restée étrangère la publication que j'ai faite, en 1835, d'un petit ouvrage pour démontrer la folie qu'il y avait à négliger un moyen trouvé si utile en France. L'Angleterre doit encore à la France la connaissance de l'utilité des bains tièdes. Ce n'est guère que depuis 7 ou 8 ans que les Anglais ont commencé à faire usage du bain chaud. Avant cette époque on en prenait rarement hors les cas de maladies cutanées, tandis qu'à présent ils deviennent tellement en vogue que depuis quelques mois des *meetings* ont eu lieu dans plusieurs des grandes villes d'Angleterre pour établir, par souscription, des bains chauds pour les pauvres, à l'instar de ce qui existait dans l'ancienne Rome.

Si, donc, nous sommes tant redevables à la pratique française, il est consolant de penser que nous avons quelque chose à offrir en retour, et ce quelque chose est à nos yeux de la dernière importance; je veux parler de l'administration plus générale de petites doses de mercure, non seulement dans des cas de simple dérangement biliaire, mais encore dans une foule d'autres maladies.

C'est ici le cas de signaler une distinction notable à faire entre le calomel et la pilule bleue (blue pill).

En Angleterre, quand l'indication est d'agir d'une manière rapide et énergique sur le canal alimentaire, on prescrit le calomel avec des purgatifs végétaux. On le donne également avec la poudre de James ou autre diaphorétique, quand on veut exciter une forte transpiration; on l'administre encore, soit avec la même poudre, soit uni à l'oxide blanc d'antimoine, comme altératif dans quelques fièvres continues. Mais dans la plupart des cas où l'on se propose d'agir lentement, c'est la pilule bleue qui est préférée, par exemple dans la syphilis, les maladies chroniques du foie et lorsqu'il s'agit d'aider l'action des diurétiques dans certaines pleurésies, les hydropisies, etc., etc.

L'action du calomel est plus énergique que celle de la pilule bleue; 2 grains de celui-là produiront plus d'effet que 3 ou 4 grains de celle-ci; on peut en conséquence se baser sur cette proportion pour administrer l'un ou l'autre suivant l'indication que l'on se propose de remplir; mais, je le répète, ils sont rarement administrés *seuls* avec succès. Leur efficacité n'est vraiment remarquable que lorsqu'on les fait prendre en combinaison avec quelques unes des substances que nous avons indiquées. Enfin, pour que l'on ne pense pas que ces paroles me sont dictées par une sorte d'engouement pour le mercure, je répéterai encore une fois qu'avec la plupart des médecins anglais j'évite de recourir à l'emploi de ce médicament lorsque d'autres substances paraissent suffisantes pour amener la guérison. Ainsi, par exemple, ne le donnons-nous pas dans les cas de simple constipation, sans dérangement biliaire et lorsque la langue est propre et le goût naturel, et ne l'ajoutons-nous aux diurétiques et aux diaphorétiques ordinaires que lorsque ces derniers se sont montrés insuffisans. Mais dans cette dernière circonstance l'addition de doses minimes de mercure devient un moyen puissant et salutaire entre les mains du praticien.

Je soumets ces idées avec confiance, convaincu que dans l'époque de recherche et d'investigation où nous vivons, rien de ce qui est présenté avec des caractères rationnels ne peut être rejeté sans examen préalable.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDES DE GÉOLOGIE MÉDICALE SUR LA PHTHISIE PULMONAIRE ET LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES LOCALITÉS MARÉCAGEUSES (1); par J.-C.-M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles. Paris, chez J.-B. Baillière.

Fontenelle avait bien raison de dire qu'une vérité nouvelle est un coin

(1) Mémoire qui a obtenu en 1844 le prix d'hygiène publique.

qu'il faut faire entrer par le gros bout; l'opposition faite aux opinions de M. Bondin a confirmé l'horoscope que nous en tirâmes il y a plusieurs années, lorsque la position de l'auteur était de celles qui laissent toute impartialité aux jugemens officiels. Le médecin militaire faisait alors campagne en pays étranger, où il tenait garnison en province; cela ressemble passablement à la mort qui, comme on sait, désarme l'envie. L'envie se manifesta sous forme dédaigneuse; aujourd'hui, elle peut recourir à la colère, car l'auteur, placé à la tête d'un des premiers hôpitaux de France, a vu son nouveau travail couronné par une société considérée.

Une autre société honora de son attention les idées de M. Bondin sur *l'antagonisme pathologique*, mais en les regardant comme quelque chose de trop naturel pour ne pas être connu et courant. C'est une autre manière assez adroite et assez répandue de refuser le brevet d'invention à l'auteur, sinon à la chose elle-même. Plusieurs hommes de bonne foi étaient préoccupés de l'ancien axiôme pathologique : une maladie préserve d'une autre, d'où est venu l'axiôme thérapeutique : une maladie petite guérit d'une grande. C'est effectivement par ce chemin-là que M. Bondin paraît avoir passé pour atteindre les résultats curieux auxquels il est arrivé; mais les adversaires de Colomb ne s'étaient pas avisés de nier l'Amérique parce qu'elle était au bout de l'Océan qui bat les côtes de la Péninsule.

M. Bondin a mis hors de contestation la part du climat et du sol dans la production et la prophylaxie des maladies; il a donc assis sur des bases à la fois solides et neuves l'hygiène des voyages; il a trouvé la clé des faits piquans et en apparence incohérens accumulés par les voyages des médecins et des malades, depuis que la paix a ouvert toutes les parties de l'Océan et du monde aux curieux et aux inquiets; il a levé le mystère du *goëmon* si chéri par l'empirisme de Laënnec.

Une science nouvelle et appelée à de hautes destinées, *l'ethnographie*, doit aussi à l'auteur quelques observations qui confirment de plus en plus à quelles variétés apparentes l'espèce humaine peut se plier. Les nègres et les Hottentots supportent presque impunément l'influence des marais où les blancs gagnent la dysenterie et la fièvre. Il a fortifié de nouvelles preuves l'influence profonde du climat en montrant la neutralisation des effets du séjour nouveau opérée par le séjour antérieur. Ainsi, notre Algérie qui donne la fièvre intermittente aux soldats acclimatés, voit au contraire les nouveaux arrivés sujets à la fièvre typhoïde pendant la première période de leur séjour. Les localités de l'Algérie, telles que Constantine, moins favorables au développement des fièvres d'accès, se montrent plus aptes à la production des fièvres typhoïdes. La même loi régit les manifestations pathologiques du cheval, et tel régiment de cavalerie qui quitte une garnison propice au développement de la morve et du farcin, voit pendant des années ses chevaux décimés par les maladies dues au séjour antérieur. Ce fait d'une si haute importance pour l'armée est démontré par des preuves irréfragables. (P. 10 et 11.)

L'expédition des Anglais dans le Niger fournit à l'auteur la preuve de ce fait : que l'immunité du nègre semble se perdre par le séjour en Europe : « Sur 145 blancs composant l'équipage anglais des trois navires à vapeur *l'Albert*, *le Wilberforce* et *le Soudan*, 130 furent atteints, après un mois de navigation, de fièvres du caractère le plus grave, et 40 en moururent. Parmi les noirs au contraire, au nombre de 158 et choisis parmi les *kroomen*, les Américains d'origine africaine et les Indiens occidentaux, 11 seulement furent atteints de fièvres très légères, et personne ne mourut. Les 11 nègres malades étaient absens de leur pays depuis plusieurs années et avaient tous habité l'Angleterre. » (P. 62.)

Les mêmes localités se modifient dans leurs aptitudes pathogéniques : Heberden, Gilbert Blanc, et Woolcombe ont insisté sur l'accroissement à Londres de la proportion des phthisiques; M. Boudin, lui, nous montre cet accroissement de l'élément tuberculeux marchant parallèlement avec la diminution, voire même avec la disparition des fièvres paludéennes, et de la dysenterie qui leur est congénère; et, dans cette grande cité où il n'y a pas encore deux siècles, Jacques Ier, Cromwell et toute sa famille, mouraient de fièvres pernicieuses, c'est à peine si aujourd'hui nous rencontrons une seule pyrexie rappelant par sa nature l'ancienne pathologie éteinte à jamais par le pavage et le dessèchement des marais de Monrfield et de Hatton-Garden. En revanche, la mortalité de Londres, en 1839, était, sur un total de 45,441 décès, de 7,104 par phthisie pulmonaire; de 1,849 par fièvre typhoïde; de 6 par fièvre intermittente.

A Rome, au contraire, se manifeste un phénomène opposé : Ici, en effet, ce sont, grâce à l'envahissement des marais, les fièvres intermittentes qui gagnent du terrain, excepté dans certains quartiers du centre, où l'agglomération des hommes impose silence à l'influence marécageuse et favorise le développement de la phthisie tuberculeuse et de la fièvre typhoïde. Voilà certainement une analyse précise et claire, et M. Boudin lui a fait rapporter un bénéfice qui sera apprécié par tous les amis de l'érudition, et par tous les croyans à l'utilité de l'érudition appliquée à la médecine.

D'autres maladies ont changé dans le temps comme nous les voyons changer dans l'espace : ainsi, la névralgie faciale, l'apoplexie, la folie, semblent avec plusieurs autres maladies se substituer à Londres au scorbut, à la lèpre, à la peste; celles-ci avaient succédé à d'autres indiquées ou décrites par les anciens. Notre auteur tient un fil excellent pour s'enfoncer dans ce labyrinthe avec toute chance de succès; il a beaucoup lu, comme la nation allemande qui lui donna ce goût avec le lait de son éducation première. Il fait et il aime à poser les problèmes avec toutes leurs complications; c'est le véritable courage de l'esprit. Les poser pour les étriquer, c'est les éluder et non pas les poursuivre, encore moins les résoudre. Je sais bien qu'en ne refusant à un problème de physiologie aucune de ses complications, il faut attendre dans ses lecteurs une délicatesse d'esprit et une patience desquelles beaucoup de gens se sont longtemps affranchis sous prétexte d'amour pour la *science positive* et d'horreur pour les subtilités. Mais, dieu merci, la colonie hippocratique, transposée à Paris, a fait preuve de force en anéantissant le matérialisme anatomique : elle fait preuve d'esprit et de goût en rendant justice au travail neuf et sage de M. Bondin.

EUSÈBE DE SALLES.

VARIÉTÉS.

URÉTROTOMIE. — Nous recevons de celui de nos collaborateurs qui a été chargé du compte-rendu de la partie chirurgicale du congrès de Milan une lettre relative au débat soulevé par M. Reybard sur l'invention de l'urétrotome de M. Pétrequin (V. GAZ. MÉD. 1845, n° 11, p. 176). Nous en extrayons le passage suivant, qui peut servir de réponse à la réclamation de M. Reybard.

.... Nous venons de revoir les deux instrumens de MM. Reybard et Pétrequin pour les comparer. Nous ne pouvons accepter ni pour notre propre compte, ni pour celui de M. Pétrequin, la rectification que M. Reybard s'est cru en droit de nous adresser. Si M. Reybard veut bien se reporter au numéro de la GAZETTE MÉDICALE qu'il cite dans sa lettre (V. n° 51, 1844), il y lira que nous avions présenté l'instrument de M. Pétrequin comme « *nouveau en quelques points*. » Or, cet instrument diffère-t-il de celui de M. Reybard, tel que ce dernier le décrit d'après son mémoire de 1839? Oui, très assurément, et sur plusieurs points fort importans, surtout sous le rapport pratique. Ainsi, dans l'urétrotome de M. Pétrequin :

1° Grâce au ressort qui supporte les lames, celles-ci se cachent d'elles-mêmes dans la canule quand on retire le manche de la tige. Elles ne peuvent donc déborder hors de leur rainure de manière à blesser l'urètre, et, vînt même un accident tout à fait imprévu déranger la manœuvre, comme par le jeu du ressort, elles tourneraient alors à l'extérieur leur dos et non leur tranchant, cette ingénieuse disposition préviendrait tout danger.

2° La tige porte-lame est carrée et glisse dans une cavité carrée; correction sans laquelle la tige, comme on le voit dans les autres urétrotomes, est exposée à éprouver un mouvement de rotation qui, au moment de l'incision, souvent gêne et parfois même empêche la libre sortie des lames par la rainure.

3° Outre un curseur à vis qui permet de calculer très exactement le degré d'armure de l'instrument, et par conséquent la profondeur de l'incision, il existe une vis latérale qui, mordant sur la tige une fois le degré d'ouverture des lames donné, les arrête irrévocablement sans leur permettre ni de s'ouvrir durant le cathétérisme, ni de se fermer ou même de céder pendant qu'on pratique l'incision. Enfin, l'urétrotome, n'étant pas composé d'une multitude de pièces, on n'a à redouter ni ces dérangemens continuels de l'instrument, ni ces incertitudes de la manœuvre qui jusqu'ici avaient fait considérer si défavorablement l'urétrotomie.

Ces différences ne sont pas les seules que l'on pourrait signaler entre les deux mécanismes. Elles suffisent et bien au-delà pour détruire les prétentions élevées par l'auteur de la lettre à laquelle nous répondons. Pour quiconque, en effet, aura lu jusqu'au bout et se sera donné la peine de chercher à comprendre la description de l'instrument de M. Reybard, *telle qu'il la donne lui-même copiée dans son mémoire de* 1839, il demeurera évident qu'aucune des trois importantes particularités dont il vient d'être question ne sauraient être légitimement revendiquées par lui. Nous restons donc dans notre droit, comme M. Pétrequin dans sa propriété, en affirmant ici une seconde fois que l'urétrotome de M. Pétrequin n'est point l'urétrotome de M. Reybard. Nous regrettons seulement pour ce dernier chirurgien que l'insistance de sa réclamation nous ait placé dans l'obligation d'établir entre les deux instrumens un parallèle où, en faisant ressortir le mérite de l'un, nous n'avons pu éviter de mettre indirectement en évidence les imperfections et l'infériorité du second.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cie, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 14 (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 5 AVRIL 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

LOIS SYNTHÉTIQUES DU MOUVEMENT VITAL ; par F.-Aug. Durand (de Lunel), ex-médecin adjoint de l'hôpital militaire de Lyon, médecin adjoint de l'hôpital militaire de Blidah (Algérie).

La loi de l'*attraction* qui, depuis Newton, est encore venue étreindre dans sa large formule les procédés matériels de la physique expérimentale et de la chimie, serait-elle encore susceptible d'y comprendre les procédés vitaux? Les conditions des corps vivans que les organiciens appellent *propriétés vitales*, telles que l'irritabilité, l'excitabilité, la contractilité, etc., n'émaneraient-elles que d'une propriété primordiale, l'*attractilité?* ou bien, le principe animateur des actes végétatifs chez les êtres vivans, ce principe indéterminé que les vitalistes appellent *principe vital*, ne serait-il autre chose que le principe général qui préside aux mouvemens attractifs matériels? En d'autres termes, ne faudrait-il reconnaître, dans la vie des animaux, que deux choses : les lois sensitives ou métaphysiques ressortant de l'*âme*, et les lois physiques faisant rentrer les phénomènes dits vitaux ou végétatifs dans les conditions communes de la matière?

Dans la Nouvelle théorie de l'action nerveuse, publiée il y a bientôt deux ans, nous avions reconnu un assez grand nombre de phénomènes vitaux dans les dépendances mêmes de la loi d'attraction, et l'électricité, type *commun* d'attraction au sein de la matière qui nous entoure, soit les affinités électives, types *spéciaux* d'attraction se surajoutant quelquefois à l'électricité et ne s'exerçant *jamais* sans elle, nous avions rendu compte de ces phénomènes, tantôt d'après l'expérience, tantôt d'après l'observation d'effets analogues dans la matière inerte; mais nous n'avions pas tout fait : ayant pénétré dans le dédale organique, nous n'y avions parcouru, par l'analyse, qu'un certain nombre de détours; eh bien! le système de ceux-ci une fois bien connu, bien étudié, devait nous acheminer, comme jalon, vers la connaissance des autres, nous faire découvrir la *loi de l'ensemble*.

Aujourd'hui, après avoir mûri, étendu nos premières propositions sur les qualités électriques du sang, dans un mémoire envoyé à l'Académie des sciences le 15 mars 1844, après avoir apprécié les qualités électriques de presque tous les autres agens impressifs *permanens* de l'économie vivante, et après avoir quelquefois modifié nos premières manières de voir, nous allons émettre une *synthèse du mouvement vital* que nous ferons naturellement suivre, dans un autre mémoire, d'une *synthèse des mouvemens morbides*.

Mais, comme avant d'en arriver à nos convictions, nous sommes partis de faits particuliers, comme, avons-nous dit, l'analyse a d'abord été notre guide, pour mettre autant que possible nos lecteurs à notre point de vue et ne pas leur donner tout d'abord à soupçonner une hypoth[...]

Feuilleton.

LES MÉDECINS ET LES CHIRURGIENS AU MILIEU DES ÉPIDÉMIES A L'HÔTEL-DIEU DE LYON, DANS LE DIX-SEPTIÈME SIÈCLE; par J.-E. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1).

> Si l'on venait nous dire qu'ils ont fait peu pour la science, nous répondrions qu'ils ont beaucoup fait pour l'humanité.

Avant de quitter le dix-septième siècle, j'éprouve le besoin de rendre hommage à la noble conduite des chirurgiens et des médecins au milieu des épidémies qui sévirent à l'Hôtel-Dieu. Je l'ai dit plus haut : Dans les sciences [...] la médecine, où la vie se consume en actes de dévoûment et d'humani[té], les mentions de l'histoire sont souvent la seule justice rendue à l'homme d[...]; aussi la biographie médicale, quand elle n'enseigne pas des découvertes, [peut-]elle encore servir à la fois de récompense au mérite et à la vertu, et d'ex[emple] à la postérité.

A cette époque, on voyait fréquemment surgir des maladies contagie[uses qui] décimaient les populations et faisaient de nombreuses victimes parmi [les chi]rurgiens et les médecins qui se dévouaient au service des malades. En [...] régna une grave épidémie de dysenterie; en 1627 et 1629, le scorbut et [...]malite firent beaucoup de ravages; le plus souvent les chroniques ma[...] se bornent à désigner le mal sous le nom de *peste* ou *contagion*.

L'Hôtel-Dieu, comme tous les établissemens publics de cette époque, [laissait] beaucoup à désirer sous le rapport hygiénique : le local était insuffis[ant, les] infirmeries se trouvaient encombrées de malades qui, couchés deux [...], guérissaient difficilement et lentement dans cette atmosphère viciée; [...] on sentit le besoin d'établir une salle de *convalescens*, et en 1636, on [...] de nouveau d'améliorer leur logement; il est à regretter que cette di[...] n'existe plus aujourd'hui.

Le médecin fit remarquer, en 1630, que l'eau du puits de la pharm[acie ...] gâtée et corrompue, « ce qu'il estima procéder des esgouts des latrines » proches dudit puyts. » On remédia à ce grave inconvénient.

Les salles de chirurgie surtout étaient défectueuses; en 1630, les h[ommes de] l'art représentèrent qu'elles étaient malsaines, humides et sans air; [...]

---

(1) Ces fragmens sont extraits d'un ouvrage que M. Pétrequin va publier sous ce titre : Mélanges de chirurgie, contenant l'histoire médico-chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon depuis sa fondation (542) jusqu'à nos jours, et le compte-rendu de la pratique chirurgicale de cet hôpital pendant six années : 1838 à 1844. — 1 vol. in-8°. Paris et Lyon, 1845.

tête de nos lois synthétiques, nous leur rappellerons d'abord, d'une manière brève, les principaux faits sur lesquels nous nous sommes appuyé pour arriver à la solution du problème fondamental de nos théories, celui qui a trait à la qualité électro-positive du sang, notamment du sang rouge; et puis nous leur exposerons, très succinctement encore, d'après quels faits nous reconnaissons la qualité relativement électro-négative aux autres agens impressifs permanens de l'économie.

Voici les principaux faits qui ont appuyé notre assertion sur le sang :

1° Les expériences de Vassali-Eandi (1) reconnaissant au sang une tension positive.

2° Celles de Bellingeri (2) reconnaissant au sang veineux une tension moins positive qu'au sang artériel.

3° Les analogies, tirées des impressions de chaleur, des alcalis, de l'électricité positive, qui, positives, excitent plus l'action nerveuse que le froid (Harvey, Haller, Zangrish, de Humboldt), que les acides (de Humboldt), que l'électricité négative (Marianini, Grapen-Giesser, Ritter).

4° La température du sang plus élevée, donc plus positive (expériences thermo-électriques : M. Becquerel) que celle de l'atmosphère.

5° La comparaison des élémens de l'eau, corps indifférent, avec ceux du sang qui, dans ses principes immédiats essentiels, renferme les élémens de ce liquide, mais dans des proportions qui doivent le rendre plus positif que lui (Burdach).

6° La comparaison entre eux des principes immédiats essentiels : albumine, fibrine, hématosine, dont les plus excitans renferment plus d'hydrogène et moins d'oxigène (Michaëlis), se comportent chimiquement comme les plus électro-positifs (Burdach), et dont le plus excitant, l'hématosine, se porte au pôle négatif de la pile (MM. Dutrochet, Hornbeck, Muller), et le moins excitant, l'albumine, au pôle positif (Muller), la fibrine restant indifférente (Muller (3).

7° La présence du fer dans l'hématosine, qui paraît contenir ce métal à l'état de peroxide étant rouge, et à l'état d'un mélange de proto-carbonate et de sous-sesqui-carbonate, de rouille (plus négatif) étant rouge-brun.

8° Dans l'acte respiratoire, l'expiration de l'acide carbonique provenant d'une décomposition, ce qui doit rendre le corps décomposé (le globule) électro-positif par tension (loi de MM. Pouillet et Becquerel) ; l'inspiration de l'oxigène, ce qui doit rendre l'oxide formé (le globule rouge) électro-positif par tension (loi de M. Pouillet) ; enfin, l'évaporation de l'eau de la transpiration pulmonaire, qui, émanant d'un corps alcalin à base fixe, du sérum du sang, doit encore donner une tension électro-positive à la masse de ce liquide.

9° Les expériences de Read (4), qui a vu une atmosphère positive devenir négative sous l'influence de la respiration des animaux.

(1) JOURNAL DE PHYSIQUE, germinal an VII.
(2) EXPERIMENTA IN ELECTRICITATEM SANGUINIS, p. 15-18.
(3) Muller n'a pas tiré de ses expériences, relativement aux qualités électriques de l'albumine et de l'hématosine, les conclusions que j'en ai tirées dans mes RECHERCHES SUR LA QUALITÉ ÉLECTRIQUE DU SANG (sous presse). Voyez ce mémoire et la note de la deuxième loi du présent travail.
(4) TRANSACT. PHILOSOPH., t. II, p. 266.

Cela étant rappelé, étant rappelé surtout que, d'après les déductions qui nous sont propres, le sang artériel est électro-positif par tension, nous exposerons rapidement que les autres impressifs permanens de l'économie sont à peu près tous électro-négatifs.

1° L'air atmosphérique est essentiellement composé d'oxigène et d'azote, deux corps électro-négatifs d'une manière absolue.

2° La température extérieure est normalement plus basse que celle de l'intérieur du corps, et par conséquent exerce sur celui-ci une influence électro-négative (déduction des expériences thermo-électriques).

3° La fibre musculaire a été reconnue par les physiciens comme négative relativement aux nerfs.

4° La substance blanche nerveuse étant moins imprégnée de sang que la grise est relativement à elle négative, puisque le sang est positif.

5° Le sang veineux est moins électro-positif que le sang artériel (expériences de Bellingeri) ; cela doit être ; le globule artériel a à perdre une partie de sa tension dans son trajet, et notamment dans les capillaires. Cela doit être encore si le peroxide de fer de l'hématosine rouge se change en sous-carbonate brun, et si, comme nous le verrons plus tard, les tissus des capillaires généraux ont une tension négative, résultat de l'innervation.

6° La plupart des grandes sécrétions sont acides ; leur produit, quand il est conservé dans des cavités, doit y exercer une influence électro-négative.

Il résulte de ce double exposé, qu'à peu près toutes les impressions permanentes de l'économie, autres que celle du sang rouge, sont électro-négatives relativement à ce liquide.

Maintenant, sachant que l'appareil nerveux forme un appareil continu (comme nous l'avons prouvé ailleurs (1), tout en prouvant que certains points n'en étaient que d'imparfaits conducteurs), sachant en outre que les nerfs sont bons conducteurs de l'électricité (2), nous n'aurons qu'à exposer des lois dont les formules sont déjà pressenties.

PREMIÈRE LOI (GÉNÉRALE). — INNERVATION GÉNÉRALE.

L'appareil nerveux général forme un conducteur continu compris entre une impression électro-positive, celle du sang rouge qui est électro-positif par nature, par température et par tension, et une série d'impressions électro-négatives, celles des autres agens impressifs *permanens*, à peu près tous jugés négatifs relativement au sang rouge. Dès lors, le sang rouge, par son impression physico-chimique exercée sur les extrémités nerveuses qui aboutissent aux capillaires généraux, est un foyer vital irradiant, à travers les nerfs, vers tous les appareils de l'organisme, un influx électro-positif animateur de leurs impressions fonctionnelles qui sont négatives ; et, à leur tour et par la même voie, les agens impressifs de

(1) NOUVELLE THÉORIE DE L'ACTION NERVEUSE, chap. I.
(2) On a bien dit que le névrilème était aussi bon conducteur que la pulpe, et pouvait dès lors perdre latéralement l'électricité en circulation. Je n'ai, pour réfuter cette objection, qu'à rappeler les expériences de Pfaff, Cavallo, de Humboldt (EXPÉRIENCES SUR LE GALVANISME, p. 244, trad. de Jadelot), qui ont vu les phénomènes galvaniques s'exécuter aussi bien à travers des nerfs dénudés plongeant dans des liquides qu'exposés à l'air libre.

amélioration urgente : le conseil administratif s'en occupa; elles étaient devenues trop petites ; en 1636, on les fit agrandir.

J'ai cherché à établir la statistique progressive de l'Hôtel-Dieu, dans ses rapports avec la population de Lyon. Je suis parvenu à compléter ce tableau pour l'hôpital : j'ai fait voir qu'il contenait 120 malades en 1559, et 258 en 1580; l'inventaire de 1619 indique 300 personnes; celui de 1650 monte à 455 (1); mais, pour la ville, je n'ai pu réaliser beaucoup de chiffres ; les documens manquent dans les temps antérieurs ; seulement, en 1598, d'Herbigny, intendant de la généralité, écrivait que, dans la période de prospérité, on avait compté à Lyon plus de 90,000 habitans, mais qu'alors le nombre s'en trouvait diminué de plus de 20,000, à cause de la guerre et de la mortalité; il aurait donc été réduit (2) à environ 70,000. (REVUE DU LYONNAIS, 1835, t. I, p. 164.)

Cette masse de malades (sans compter les passans qui, en juin 1650, s'élevaient seuls à 606) entassés dans un local insuffisant, et d'ordinaire deux à deux dans le même lit, explique en partie la fréquence des épidémies à cette époque. Chaque apparition était un épouvantail pour le public; le nom de *peste*, qu'on lui donnait, ne faisait qu'ajouter à la panique générale. Une autre circonstance fâcheuse, c'est que les recteurs s'éloignaient alors du claustral et allaient tenir ailleurs les séances du conseil (Dagier, HIST. CHRON. DE L'HÔTEL-DIEU, tom. I, *passim*); ce qui n'était ni un exemple, ni un encouragement pour les officiers de service; mais on multipliait les mesures préventives : les commissaires de la santé étaient prévenus sur le moindre soupçon du mal, ce qui donna lieu à plus d'un abus. La crainte des épidémies était telle que tout contrat du bureau avec un chirurgien, qu'on le nommât premier garçon, qu'il fût reçu aspirant ou qu'il passât maître, se terminait inévitablement par cette clause : qu'en cas de contagion, il s'enfermerait dans l'Hôtel-Dieu ou dans l'hôpital St-Laurent pour soigner les pestiférés. Nous avons vu les recteurs imposer cette obligation à des hommes de l'art pour toute leur vie. En 1626, on demanda et l'on obtint une ordonnance royale qui contraignait les deux derniers chirurgiens-majors sortis à rentrer à l'hôpital en cas de peste, pour s'y consacrer au traitement des malades.

Mais, hâtons-nous de le dire, cette rigueur n'était pas nécessaire ; on doit proclamer à la louange du corps médical que jamais il ne fallut invoquer la loi; il se signala par sa philantropie et son désintéressement ; l'administration ne fut pas toujours à la même hauteur : elle exigea qu'il fût stipulé dans l'ordonnance royale de 1626, et elle-même arrêtait dans la plupart de ses actes obligatoires,

(1) Une enquête du 12 janvier 1670 constata la présence de 587 malades, outre 24 qui étaient décédés dans la semaine.
(2) Depuis lors, il s'est développé dans les proportions suivantes :

En 1766, d'après Messance	116,000 habitans.
1784, d'après Necker	160,000
— après le siége	100,000
1797	102,000
1827	144,000
1836, y compris les faubourgs	197,700

ces appareils, autres que le sang, envoient vers celui-ci un influx électro-négatif excitateur de son impression.

DEUXIÈME LOI. — INNERVATION DE L'APPAREIL D'HÉMATOSE.

La partie du condocteur nerveux comprise entre l'ensemble des capillaires généraux et les capillaires pulmonaires reçoit, d'un côté, l'impression d'un sang artériel positif, de l'autre, celle d'un sang veineux moins positif; dès lors, cette partie du conducteur nerveux a son pôle positif dans le poumon et son pôle négatif dans les capillaires généraux.

Par le *pôle positif* (capillaires pulmonaires) : 1° le sang veineux, en redevenant artériel, redevient plus positif; 2° l'oxigène de l'air est altéré, et, se combinant, rend encore les points qu'il oxide (les globules) plus positifs; 3° l'hématosine brune (sans doute mélange de proto et de sous-sesqui-carbonate de fer, rouille) est changée en hématosine vermeille (sans doute peroxide de fer, plus positif) ; 4° l'acide carbonique est éliminé, laissant encore par là de l'électricité négative, ainsi que l'a reconnu Read; 5° enfin, de l'albumine est concrétée (1), ne pouvant, altérée ou non, que représenter, dans cet état, la fibrine, et ne pouvant que prendre elle-même, en se modifiant ainsi, une tension positive, sous l'influence du pôle où elle se trouve.

Par le *pôle négatif* (capillaires généraux) : 1° le sang rouge en passant au brun redevient moins positif; 2° l'acide carbonique est éliminé des tissus, leur laissant une influence positive; 3° l'hématosine rouge dont une partie se dissout dans le sérum (2), passe au rouge brun (plus négative); 4° enfin, la fibrine, devenue dans le poumon positive par tension, est assimilée (1).

(1) Muller (TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE de Burdach, t. VI, p. 148, trad. franç.) a soumis du sang à l'action de la pile; voici ce qu'il faut voir dans ses expériences : 1° la fibrine ne se porter vers aucun pôle; 2° des dépôts d'albumine *successifs et se déplaçant du centre à la circonférence pour faire place à de nouveaux dépôts* se former autour du pôle positif; 3° l'hématosine, non seulement se dissoudre au pôle négatif, sous l'action des alcalis des sels décomposés à ce pôle, mais encore y rester et disparaître par degrés du pôle positif. J'ai conclu, ai-je dit ailleurs, des expériences de Muller et contre son opinion, que l'albumine était négative, l'hématosine positive, et que la fibrine tenait le milieu entre les deux.

Les expériences de Muller, avec les conclusions que j'en ai tirées, sont de la dernière importance, non seulement en physiologie normale, mais encore en physiologie médicale; car elles amènent à concevoir, dans les théories que j'expose, pourquoi dans les inflammations aiguës, ainsi que l'ont fait voir les analyses si remarquables de MM. Andral et Gavarret, il se forme dans le sang un excès de fibrine, une diminution d'albumine et une diminution de globules rouges et d'hématosine. Si, en effet, comme je l'établis, les nerfs des capillaires généraux sont le pôle négatif, et les nerfs capillaires pulmonaires un des pôles positifs d'une même pile, il est clair que lorsque l'impression sanguine dans les capillaires généraux sera extrêmement vive, comme dans le cas d'une inflammation aiguë, le pôle positif fera concréter plus d'albumine, qui, sous cette forme, ne pourra que représenter la fibrine et fera dès lors diminuer la quantité d'albumine, tandis que le pôle négatif où se dissout l'hématosine dépouillera un plus grand nombre de globules, dont quelques-uns, en s'altérant, feront sans doute partie du pus.

(2) Voyez la note précédente; du reste il est bien vrai que le sang veineux contient moins de globules que l'artériel, et cependant l'hématosine ferrugineuse n'est pas retrouvée dans les tissus; elle a donc été dissoute dans les capillaires.

TROISIÈME LOI. — INNERVATION DU CŒUR.

La partie du conducteur nerveux comprise entre l'ensemble des capillaires généraux et le cœur reçoit, d'un côté, l'impression d'un sang rouge (positif), et, de l'autre, celle de la fibre musculaire (négative). Dès lors, la contraction du cœur est animée par l'influx positif émané de l'impression sanguine générale et se trouve normalement en rapport avec la vivacité de cette impression. A leur tour, les mouvemens du cœur ne sont pas sans doute sans influence sympathique sur l'impression sanguine générale.

QUATRIÈME LOI. — INNERVATION DE L'APPAREIL DIGESTIF.

La partie du conducteur nerveux comprise entre les capillaires généraux et le tube digestif est en rapport, d'une part, avec l'impression positive du sang artériel, et, d'autre part, 1° avec la membrane musculeuse (négative) de ce tube; 2° avec les sucs gastrique et intestinal acides (négatifs) ; d'une manière non permanente, avec des alimens qui, s'ils sont quelquefois électro-positifs par nature, ne le sont jamais par tension, comme le sang, et qui, du reste, donnent la réaction acide pendant l'exercice de la chymification. Dès lors les extrémités nerveuses répandues dans le tube digestif représentent un des pôles positifs multiples de la pile nerveuse et les extrémités nerveuses des capillaires généraux de tout l'organisme représentent le pôle négatif commun. L'innervation du tube digestif provient donc de l'impression générale du sang rouge et n'est pas sans influence sur l'exercice de cette dernière, comme le prouve l'influence rapide du travail de la digestion sur les exercices calorificateurs et circulatoires. Du reste, les parties inférieures du tube digestif paraissent exercer moins d'influence sympathique sur l'impression sanguine générale que les parties supérieures, et cela doit être, car les matières intestinales tendent à l'alcalinité à mesure qu'elles descendent dans le tube.

CINQUIÈME LOI. — INNERVATION DE L'APPAREIL BILIAIRE.

D'un côté, une partie du conducteur nerveux s'étend entre les capillaires de la veine-porte dans le foie; d'un autre côté, une partie du conducteur nerveux s'étend entre les capillaires de la veine-porte dans le foie et les parois de l'estomac et du duodénum. Il résulte de là que le sang de la veine-porte, comme sang veineux moins électro-positif, il est vrai, que le sang artériel, mais non pas électro-négatif d'une manière absolue, d'après les expériences de Vassali-Eandi et de Bellingeri, que le sang de la veine-porte, disons-nous, est sollicité par deux pôles de nom contraire, l'un positif émané de l'impression des capillaires généraux,

(1) Quant à l'oxygène, on ignore ce qu'il devient. En tout cas, s'il est assimilé, il reste sans influence électrique sur les tissus, car l'oxyde électro-positif qu'il forme alors leur reste adhérent et rappelle par là l'électricité négative des nerfs qu'il avait d'abord refoulée. C'est le même phénomène qui se passe dans une pile voltaïque qui n'est alimentée que par de l'eau pure, c'est-à-dire ne dissolvant pas l'oxide formé.

que les chirurgiens traiteraient les pestiférés sans récompense ni salaire, de sorte qu'en exposant leurs jours ces malheureux n'avaient pas même la perspective de laisser quelques secours à leur veuve et à leurs enfans ; il y eut même des cas où, sous l'empire des préjugés du temps, on sévit contre eux au lieu de les récompenser; l'histoire de Claude Malo (1629) en est un triste exemple (1). Toutefois le bureau se montra souvent plus juste et plus éclairé, et nous nous ferons un plaisir de relater plus d'un fait, qui témoigne de sa sagesse.

Jamais le service médico-chirurgical ne resta désert, et nous pourrions citer beaucoup de traits d'humanité qui honorent les hommes de l'art; de 1624 à 1630, plusieurs furent victimes de leur dévouement, surtout parmi les chirurgiens que la nature de leurs fonctions exposait davantage. Chevelu le père en était mort vers 1610; François Delacoste y succomba en 1629. Les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu se distinguèrent par leur zèle, qui leur valut d'honorables récompenses; nous pouvons citer Anthoine Debrioude (1628), Louis Malherbe (1631 et 1637), Henri Charavel (1642 et 1643), etc. (1), dont les archives manuscrites

(1) « Dans ce temps de calamité, on jeta les yeux sur Claude Malo, maître » chirurgien de Villefranche, qui avait déjà servi à l'Hôtel-Dieu. On le retint » le 29 avril 1629 « *pour rester au d hospital, pour panser et medicamenter* » *les pauvres d'iceluy, et sans gages....* » On apprit bientôt que quelques » jours avant son admission, il avait pansé des malades suspects à Villefranche : « *A quoy estant besoing de pourveoir, pour obvier aux inconvé-* » *nients qui pourraient arriver de sa fréquentation capable d'infecter le* » *d. Hostel-Dieu, a esté arresté* (13 mai) *que le d. Malo sera livré à* » *MM. les commissaires députez pour le faict de la santé, pour contre luy* » *estre procedé ainsy qu'ils adviseront.* » Voilà la récompense qu'on sut donner à un homme qui se dévouait pour le bien public, et qui, sans aucun salaire, venait exposer ses jours au milieu de la contagion. » (Pétrequin, HISTOIRE MÉD. CHIR.; 2e époque.)

(1) François Delacoste était de St-Symphorien d'Ozon, en Dauphiné; chargé spécialement du traitement des vénériens, en juin 1628, il fut nommé chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 2 juillet suivant ; et ainsi les deux fonctions se trouvèrent momentanément réunies. De Lacoste était marié; il mourut bientôt (1629) au milieu de la contagion, et laissa sa veuve, Catherine Tixier, dans le plus grand embarras.

Anthoine Debrioude, natif de Breul, en Bourbonnais, fut reçu aspirant à la maîtrise le 7 janvier 1623, et devint premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Dès 1624, il remplissait déjà des fonctions chirurgicales. Le 21 avril 1631, il obtint un certificat de service constatant, en termes honorables, qu'il s'était consacré au soulagement des malades de 1624 à 1628, qu'il s'était alors renfermé dans l'hôpital avec les pestiférés, et que depuis lors il avait continué son exercice à la satisfaction de tous.

Louis Malherbe, de Crécy, en Brie, fut chirurgien de l'Hôtel-Dieu de 1631 à 1639; il se signala par son dévoûment durant les épidémies de 1631 et 1637. A cette dernière époque, le bureau lui accorda spontanément une gratification

l'autre négatif émané du tube digestif. L'effet de cette disposition doit être tel qu'un mouvement chimique s'opère dans le sang des capillaires hépatiques de la veine-porte, et que des élémens gras et alcalins tendent vers le pôle négatif, tandis que des élémens acides tendront vers le pôle positif. Eh bien! les élémens gras et alcalins, sous forme de bile, rencontrent un canal qui, en effet, les transporte en nature vers l'influence qui les attire; tandis que les élémens acides ne trouvant pas d'autre issue que la voie du torrent circulatoire et attirés, du reste, par le pôle positif situé dans les capillaires du poumon, restent jusque-là dans le sang.

SIXIÈME LOI. — INNERVATION DES GRANDS APPAREILS SÉCRÉTEURS AUTRES QUE L'APPAREIL BILIAIRE.

On sait que, hormis celle de la bile, les grandes sécrétions de l'économie sont acides. Comment se fait-il qu'un corps électro-positif, tel que le sang, puisse perdre de ses élémens acides dans son trajet? certes, ce ne peut pas être parce que les nerfs préposés aux orifices sécrétans seraient des pôles négatifs; car, dans ce cas, les élémens sécrétés seraient positifs et non pas négatifs, comme le sont les acides. On ne peut donc concevoir cette circonstance de sécrétion acide qu'avec celle d'orifices sécrétans à pôle positif, et alors ce procédé rentre tout à fait dans la loi commune qui a été posée.

Mais une objection peut se présenter ici : comment concevoir le pouvoir positif de la part de ces orifices sécrétans, si l'innervation ne leur est donnée que par l'influx positif provenant de l'impression générale du sang dans les capillaires, et si c'est le même sang qui est encore l'impressif des orifices sécrétans? où seront ici, pour faire développer un courant d'innervation, les deux impressifs de nom contraire? Ceci ne peut être conçu que de cette manière, du reste en concordance avec les faits; c'est qu'il s'exerce, dans les actes de sécrétions, des procédés d'affinité élective, puisque nous voyons, selon telle ou tel sécrétion, tel liquide spécial sécrété; dès lors, on est forcé de supposer à ces nerfs une composition particulière déterminant l'exercice d'affinités électives à l'égard de certains élémens du sang. Ces affinités, comme toutes les affinités électives, font exalter le pouvoir attractif commun à l'égard de certaines molécules des corps; de sorte que, par exemple, ici, elles font que le fluide positif émané de l'impression sanguine générale, en remontant des molécules nerveuses particulières, trouve exalté son pouvoir attractif à l'égard de certains acides du sang. Mais dira-t-on alors: qu'est-il ici besoin de nerfs? la molécule attractive spéciale ne sera-t-elle pas suffisante pour attirer ces acides dans tous les cas? Non, et les nerfs qui lui sont continus seront là pour deux raisons: 1° pour s'opposer à sa neutralisation; 2° pour modérer ou activer son influence attractive, selon les besoins de l'économie et par suite de l'exercice des sympathies.

SEPTIÈME LOI. — INNERVATION DE L'APPAREIL DE LA VIE DE RELATION.

La plus grande partie du conducteur nerveux est comprise entre l'impression électro-positive du sang artériel dans tous les capillaires généraux, et 1° la fibre musculaire (négat ve); 2° l'air atmosphérique (négatif par nature: oxygène et azote); 3° la température extérieure plus basse (moins positive) que celle du sang; 4° les impressifs (négatifs), membranes musculeuses, fibre musculaire du cœur, sang veineux du poumon, acides de l'estomac, etc., des appareils sur lesquels se porte le pneumo-gastrique. De plus, la substance grise ganglionnaire est comprise entre l'impression générale du sang artériel et la substance blanche cérébro-spinale (moins électro-positive). En conséquence de tout cela, le sang de tous les capillaires généraux tend normalement à lancer à travers l'appareil nerveux un influx électro-positif, quelquefois sans doute excitateur et agent de l'*âme*: 1° vers la substance blanche cérébro-spinale; 2° vers les muscles et vers certaines membranes musculeuses; 3° vers l'atmosphère (expériences de Pfaff (1)); 4° vers les impressifs normaux du poumon, de l'estomac, etc., et à leur tour et par la même voie, tous ces impressifs ont à influencer sympathiquement l'impression positive sanguine, en lui envoyant un fluide négatif excitateur.

HUITIÈME LOI. — INNERVATION DES SYMPATHIES PARTICULIÈRES.

Les impressions normales électro-négatives, ne pouvant l'être toutes au même degré, exercent, dès lors, des influences les unes sur les autres. Ainsi, chaque partie du conducteur nerveux comprise entre deux d'entre elles forme une pile, à pôle négatif du côté de celle qui est relativement positive, à pôle positif du côté de celle qui est relativement négative. Les influences réciproques des divers organes devront être dès lors d'autant plus vives que les polarités inverses de leurs divers impressifs seront plus tranchées. C'est ainsi, par exemple, que le peu de pouvoir négatif de l'air relativement aux influences acides de l'estomac fera que la peau sera en grande sympathie avec cet organe et qu'encore lorsque cet air sera moins négatif que d'ordinaire, dans les temps chauds, par exemple, les sympathies des deux organes seront notablement plus actives.

NEUVIÈME LOI. — INNERVATION INTERMITTENTE.

Le fluide électro-positif émané de l'impression sanguine des capillaires généraux doit, par la continuité de son courant, le mettre en tension sur certains points imparfaits conducteurs de l'appareil nerveux (substance grise des ganglions et de l'axe cérébro-spinal (2)). Quand cette tension existe par influence de même nom et par le fait de la continuité nerveuse, elle nuit nécessairement à l'impression sanguine elle-même dans tous les capillaires généraux d'où le fluide qui la forme émane, y compris ceux des parties nerveuses où elle s'est constituée. Alors il y a certes décharges progressives d'influx positif au-delà de la masse grise en tension, mais en deçà entre cette masse et les capillaires généraux du reste de l'organisme, il y a ralentissement du courant pénétrant. Eh bien! en conséquence *nécessaire* de ce double fait, la tension en question doit

(1) Pfaff a reconnu que l'électricité, qui devenait libre à la surface du corps, était en général positive. On conçoit cependant qu'elle puisse quelquefois s'offrir neutre ou même négative, en se combinant avec celle qui résulte normalement de l'évaporation de la matière et de la transpiration cutanée. Cette matière est, en effet, acide, et dès lors emporte avec elle une certaine tension négative.

(2) Ce n'est pas seulement d'après l'analogie de ce qui a lieu pour la substance grise des ganglions que je dis que la substance grise cérébro-spinale est un imparfait conducteur. L'on a une preuve directe de ce fait, dans la presque insensibilité de la couche corticale cérébrale dans les cas de hernie du cerveau.

signalent avec éloge le dévouement. Parmi les maîtres de la ville, nous nommerons Michel Malo (1628), Anthoine (1638), Jean Lepère (1638-1639), etc. (1), qui les secondèrent dans ces temps d'affliction. Les noms de la plupart ont été perdus, avec leurs belles actions, au milieu du trouble inévitable dans ces calamités. Nous savons que plusieurs périrent en s'enfermant avec les malades que l'on accumulait dans l'hôpital.

Les *compagnons* chirurgiens ne doivent pas être oubliés; les manuscrits parlent de la mort de plusieurs d'entre eux; tel fut Pierre Chassaigne, placé par Jean Chiffon, maître chirurgien, auprès du sieur Dulieu (1628); au nombre de ceux qui reçurent des gratifications pour leur belle conduite, on mentionne Jean Guillard en 1629, Jean Duchier (de Roussac en Berry) et Pierre Massin en 1643, « pour s'estre exposez au lieu de probation et avoir traicté les pestiférez. »

Les médecins ne déméritèrent pas non plus; deux surtout doivent être distingués : Claude Magnin et Claude Pons.

Claude Maguin était de Gray, en Bourgogne; il n'est connu que par un seul trait, mais ce trait est digne de mémoire. En juillet 1629, il mourut à l'hôpital un gentilhomme de l'armée du roi en Languedoc, au moment où les troupes venaient d'être licenciées; il succomba à la contagion. Henri Derhodes (1), alors

« pour récompense du service par luy rendu de s'estre exposé et enfermé pendant trois moys entiers pour visiter et traicter les pauvres malades pestiférez qui se sont rencontrez atteincts dudit mal à l'Hostel-Dieu durant ce temps, au lieu pour ce destiné » (6 déc. 1637.) Malherbe mourut en 1675.

Henri Charavel, de Baignultz, en Languedoc, occupa le poste de l'Hôtel-Dieu de 1641 à 1647. Il se fit remarquer par son zèle dans la contagion de 1642 et 1643. Il fut deux fois mandé au bureau « pour récompense et gratification outre ses gages, à cause du *service extraordinaire* qu'il a rendu en la maison pendant le temps qu'il y a eu affliction de contagion à diverses fois. »

(1) Michel Malo, chirurgien de l'Hôtel Dieu par intérim, recevait le 4 février 1629 une récompense « pour les services par luy rendus en la maison jusqu'à présent, soit pendant le temps de la maladie contagieuse, soit aussy durant que les autres chirurgiens ont esté malades. »

En 1638, la contagion fit des ravages à l'Hôtel-Dieu et atteignit des servans et des officiers de la maison. Le bureau fit un vœu à Notre-Dame de l'Île Barbe et prit des mesures, « à cause des dangers de la contagion, est enjoinct au Sr Anthoine, chirurgien *exposé au d. Hostel-Dieu*, de renvoyer aux commissaires de la santé les malades qui se présenteront atteinct du d. mal. »

En 1639, Me Jean Lepère fut recompensé « pour s'estre exposé durant le temps de cinq mois dans l'Hostel-Dieu, qui estoit affligé de maladie contagieuse, pour servir et traicter les pauvres malades pestiférés. »

(1) Henri Derhoddes avait succédé à Guillaume Clémensson. Ce dernier, nommé médecin de l'Hôtel-Dieu en février 1627, donna sa démission au bout de sept mois de services en écrivant de Thiers qu'il ne pouvait continuer sa charge « à cause de son incommodité estant detenu d'une fiebvre lente et étique qui le menaçait du péril de sa vie. » (3 octob.) On jeta les yeux sur Henry Derhoddes (17 octob.) et il fut nommé médecin de l'hôpital le 14 novembre; après trente mois de service, il donna lui-même sa démission le 28 avril 1630.

diminuer, diminuer d'autant plus que, d'un côté, dans certaines circonstances, les impressifs négatifs peuvent se montrer plus actifs (influences nocturnes de froid, d'obscurité (1), etc.), et que, d'un autre côté, l'impression nutritive, une fois déprimée, exige toujours un certain temps pour réparer son activité, notamment à cause du retentissement de la dépression sur les sympathies générales qui lui sont si utiles.

Toutefois, à force de diminuer, les tensions centrales rappellent, par degrés lents, l'énergie première de la fonction nutritive générale ; mais une fois celle-ci rappelée, de nouvelles tensions s'effectuent dans les points imparfaits conducteurs avec leurs conséquences dépressives sur les impressions sanguines générales, et ainsi de suite.

Telle est la modalité de l'intermittence vitale, intermittence manifestée, en effet, par un exercice plus actif des phénomènes nutritifs, le soir et pendant la première moitié de la nuit, et par la présence, pendant le sommeil, d'une plus grande quantité de sang vers le grand centre nerveux.

C'est la modalité de cette intermittence qui fonde l'intermittence animale (sommeil et veille), si le fluide électro-positif, en partie introduit dans l'axe cérébro-spinal par les anastomoses spinales ganglionnaires et en partie émanant des actes nutritifs propres de cet axe, est, à un certain degré de tension ou d'accumulation, l'excitant et puis le moyen d'action du *principe animal* qui siége dans cette partie de l'organisme (2).

Maintenant si, pendant le jour, l'action nutritive générale n'est pas excessivement déprimée, c'est que l'axe cérébro-spinal en tension positive suscite du côté des poumons, du cœur, du tube digestif, etc., l'influence du pneumo-gastrique, dont l'exercice sympathique, de même nature électrique que celui qui provient des nerfs de la vie de nutrition, c'est-à-dire électro-positif, supplée à celui-ci, met en jeu l'exercice fonctionnel de ces organes, qui lui répondent d'autant mieux qu'ils sont sympathiquement moins influencés par l'impression sanguine générale, et fait par là qu'ils entretiennent, un peu sympathiquement et beaucoup par les modifications de qualité et d'impulsion qu'ils impriment au sang, l'acte nutritif général tendant à la dépression, d'après la tension positive centrale dont il a été question.

On voit par là que, pendant le jour, l'axe cérébro-spinal est volontairement ou involontairement l'irradiateur principal du fluide vital, qu'il tient en dépôt, après l'avoir reçu de l'impression sanguine générale, et que, pendant la nuit, l'impression sanguine générale prend une voie plus courte d'irradiation, celle plutôt de l'appareil nerveux ganglionnaire.

Dans le *premier* cas, l'influx en question a à parcourir un grand cercle : parti de l'impression sanguine, il pénètre dans l'appareil nerveux ganglionnaire, puis, par les anastomoses spéciales ganglionnaires, dans l'appareil nerveux cérébro-spinal, et ensuite si une partie se dissipe, par les impressions externes, la contraction musculaire, etc., du moins une autre partie va, par le pneumo-gastrique, influencer les principaux organes servant à la formation et à l'impulsion du sang. Mais là tout est si bien combiné qu'il s'en jette une grande partie dans le sang lui-même, soit indirectement par les voies du chyme et du chyle, soit directement dans le poumon (1), et qu'ainsi il revient au point de départ, aux capillaires généraux, qu'il impressionne et pénètre de nouveau.

Dans le second cas, le cercle n'est pas aussi étendu, mais il est tout aussi complet (2).

(1) La lumière exerce une influence désoxidante sur les végétaux, les acides, etc.; elle est donc électro-positive relativement à l'obscurité. J'ai donné d'autres preuves de ce fait dans la NOUVELLE THÉORIE DE L'ACTION NERVEUSE. Je reviendrai encore sur lui dans une prochaine publication.

(2) NOUVELLE THÉORIE DE L'ACTION NERVEUSE, t. VI, chap. XV.

(1) Voyez la deuxième loi.

(2) Hippocrate définissait la vie par un cercle ; je viens de le tracer.

DIXIÈME LOI. — INNERVATION SPÉCIALE.

Si l'électricité est un type de force attractive, *commun*, *général*, il se présente toutefois souvent, pour l'accompagner et concourir avec elle, *jamais* sans elle, aux phénomènes d'attraction, notamment ceux d'affinité élective.

La même circonstance ne peut que s'offrir dans la matière vivante, dont les propriétés atomiques et dont les impressifs sont très variés, et dès lors l'innervation, autrement dit l'attraction par l'intermédiaire des nerfs, ne peut pas être souvent particularisée, comme l'est, par exemple, l'électricité du verre, lançant des étincelles, relativement à celle du zinc, qui n'en lance pas.

Ces particularités attractives ont à fonder les variétés d'impressions et par conséquent de sensations, et les variétés d'absorption, de composition, de décomposition, de secrétions, de propagation, de maladies, etc. Mais, il faut le répéter, quelle que soit, dans ces divers cas, la spécialité élective, *toujours* le fluide attirant et attiré est positif ou négatif relativement au fluide attiré ou attirant, et dès-lors le cachet d'électricité reste inhérent au procédé attractif et le poursuit dans le conducteur qu'il influence, tout en y respectant la prédilection attractive qui provient de la force spéciale qui lui a été surajoutée.

Tout ceci doit être ainsi, vu que l'électricité est surtout présente, comme il a été reconnu en physique et en électro-chimie, par conséquent est partout active, sauf à être quelquefois accompagnée par une autre force attractive, à l'égard de certains corps, et par conséquent à devenir dans ces cas exaltée en leur faveur ; qu'il soit noté toutefois que son exaltation moléculaire pourra ne pas avoir pour résultat l'exaltation nerveuse dans tous les cas de spécialité ; il peut, au contraire, en résulter quelquefois une dépression d'innervation. Il suffit pour cela que le courant résultant de l'impression attractive spéciale marche en sens inverse du courant normal de la partie nerveuse. Ainsi, tel acide spécial mêlé au sang nuira au développement de l'impression sanguine et du courant nerveux normal qui en résulte, en attirant à lui telle ou telle molécule positive du sang dont le fluide était attiré par les autres impressions négatives anormales, autrement dit en neutralisant l'électricité positive excitatrice propre au sang.

Nous terminons l'exposé synthétique des lois qui concernent les phénomènes généraux ou particuliers les plus importans de l'exercice de la vie. Portant notre examen sur la matière vivante, nous avons cru qu'elle n'avait jamais perdu dans cet état la condition donnée par le créateur à toute matière, celle d'attirer et d'être attirée. Nous eussions, d'ailleurs,

---

médecin de l'Hôtel-Dieu, demanda à ne pas faire la visite des malades dans l'intérieur, « offrant néanmoins se porter journellement dans le cloistre pour y » ordonner sur ce qui lui sera rapporté par les compagnons chirurgiens..., et » si la compagnie le trouve bon, qu'il y fera entrer le mesme médecin, qui a » servy durant la maladie contagieuse. » On y consentit : « A esté arresté que » pendant huict jours, le Sr Derhoddes sera dispensé de faire la visite des ma- » lades dans la maison, ains ordonnera dans le cloistre sur le rapport des d. » Srs, passé lequel temps sera pourveu selon les occurrences. »

Magnin avait déjà reçu (8 juillet 1629), une récompense pécuniaire « pour » gratification de ce qu'il s'estoit exposé à la visite des malades pendant la ma- » ladie contagieuse, en l'absence du sieur Derhoddes, médecin ordinaire. »

Il se dévoua de nouveau ; il continua ce service pendant plusieurs mois. Le 20 novembre, Derhoddes fit une nouvelle demande : « Il ne désireroit encore faire » la visite en la *chambre de probation*, où arrivent journellement des mala- » des estrangers, de crainte que sur le moindre soupçon de mal contagieux qui » pourroit y survenir, il ne fus tenu pour suspect, et ce faisant en danger de » perdre ses practiques ordinaires parmy les villes, et requéroit que la compa- » gnie laissast encore jusqu'à Noël prochain le sieur Magnin, médecin, qui es- » toit dans la maison et faisoit la visite en la chambre. » On y consentit encore ; Magnin conserva ses dangereuses fonctions ; mais le bureau, poussé par on ne sait quel esprit de parcimonie, décida qu'il ne recevrait plus aucun salaire !...

Le 6 janvier 1630, Claude Magnin obtint une récompense qui valait mieux que de l'argent, c'était un certificat honorable des services qu'il avait rendus dans la peste pendant une année entière.

Une nouvelle épidémie se développa en 1638. Pierre Garnier n'ayant pas continué son service, l'administration le fit offrir à Claude Pons, dont elle avait su apprécier le zèle et le savoir. Pons avait déjà été médecin de l'Hôtel-Dieu à deux reprises, de 1630 à 1633, après la mort de Thomas Debert, et de 1635 à 1637, après la retraite de Henri Fagot (1). Il avait conquis la confiance publique ; et retiré dans la pratique civile, il consacrait sa vie aux soins d'une nombreuse clientelle. Ce nouveau service ne pouvait lui être que préjudiciable ; il devenait pour lui un surcroît de charges ; mais, n'écoutant que la voix de l'humanité, il n'hésita pas à reprendre pour la troisième fois ses fonctions de médecin d'hôpital ; il y déploya autant de courage que de savoir. Dans sa philantrophie, il consentit à continuer son exercice au-delà du terme ordinaire de deux années ; mais il succombait à la peine, et en 1643 il tomba malade et fut obligé de se faire remplacer par Jean Léal. Il reparut bientôt à son poste ; l'administration,

(1) Pierre Garnier était entré à l'Hôtel-Dieu comme médecin, le 1er juillet 1637.

Thomas Debert, de Lyon, avait succédé à Henri Derhoddes le 12 mai 1630. Les recteurs, « amplement informez de la doctrine, capacité, expérience et bonnes mœurs du sieur Thomas Debert, » l'avaient nommé pour deux ans. Il était mort le 6 décembre 1630, et fut remplacé le 15 par Claude Pons.

Henri Fagot succéda le 17 juillet 1633 à Claude Pons, qui fut lui-même rappelé pour le remplacer le 20 juillet 1635, à l'expiration de son temps.

d'après ces faits, non seulement commis une hypothèse injustifiable, mais encore une erreur, si nous avions pensé le contraire. Nous nous sommes dès lors fondé sur des conditions qu'elle ne pouvait ne pas offrir pour lui reconnaître des mouvemens qu'avec ces conditions elle ne pouvait ne pas exécuter. Notre base était donc la seule solide, la seule non hypothétique.

Regardant au-dessus de nous et autour de nous, nous y avons vu que le mouvement matériel y provenait d'une seule force, de l'attraction (à types commun ou spéciaux); l'attraction devait donc, comme dans les systèmes cosmique et terrestre, avoir une grande part d'influence dans le système vital. Il s'agissait de l'y reconnaître dans son développement et dans son mécanisme général ou spécial.

Ce qui fait qu'il y a mouvement moléculaire dans un corps inerte, c'est l'influence impressive d'un autre corps dans lui ou hors de lui. Alors toute impression avait à produire un mouvement moléculaire quelconque dans la matière vivante. Mais les corps quand ils s'impressionnent sont toujours l'un électro-positif, l'autre électro-négatif, quelle que soit la spécialité attractive concomitante de l'électricité; l'électricité type commun d'attraction devait donc être pour quelque chose dans les mouvemens vitaux, comme aussi toute autre force attractive *spéciale* (affinité élective, force catalytique, etc.) venant à l'accompagner.

Eh bien! il s'est trouvé précisément, d'après les études analytiques que nous avons faites, d'un côté que le sang artériel était électro-positif, surtont par tension, et d'un autre côté, que les autres agens impressifs permanens de l'économie étaient à peu près tous négatifs. Il s'est trouvé aussi que l'économie était traversée par une infinité de conducteurs d'électricité allant des uns aux autres points impressionnés par ces divers agens. Un trait de lumière devait jaillir de cette triple considération et mettre au jour cette synthèse :

L'organisme vivant est un système en tout semblable au système universel.

CHIRURGIE PRATIQUE.

RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE (extrait d'un travail adressé à l'Académie royale de médecine, le 21 septembre 1844); par le docteur L.-AUGUSTE MERCIER.

(Suite. — Voir les numéros 6 et 10.)

FORMES, VARIÉTÉS ET SIÉGE DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE.

L'altération qui constitue les rétrécissemens de l'urèthre peut occuper une partie seulement ou la totalité de la circonférence de ce canal; d'autres fois la coarctation participe de ces deux caractères, c'est-à-dire qu'elle occupe toute la circonférence du canal, mais qu'elle est plus prononcée d'un côté que de l'autre. Très peu de rétrécissemens légers sont régulièrement circulaires (Shaw, MED. CHIR. TRANS., t. X, p. 344); mais je pourrais ajouter aussi que très peu de rétrécissemens prononcés n'occupent qu'une partie de la circonférence du canal.

L'orifice, quelquefois central, se trouve ordinairement plus près d'un côté que de l'autre et particulièrement de la paroi supérieure, à en juger par les empreintes qu'ont fait dessiner Ducamp et M. Ségalas. On conçoit que cette paroi qui est adhérente au corps du pénis obéisse moins que l'inférieure, qui est libre, à la force centripète qui opère le rétrécissement; mais je crois aussi avoir remarqué que l'altération de tissu existe plus souvent et à un degré plus avancé sur la paroi inférieure. La fréquence relative de cette disposition de l'orifice ne doit pas être oubliée lorsqu'on pratique le cathétérisme en pareil cas.

Tantôt la coarctation se fait d'une manière abrupte, tantôt elle a lieu insensiblement, en entonnoir. Whately décrit un rétrécissement long d'un pouce, en partie dans la région bulbeuse et en partie au devant, et s'élargissant graduellement vers ses extrémités. Il dit positivement que la muqueuse et le tissu spongieux étaient plus fermes et plus durs dans ce point qu'ailleurs. (ON STRICTURES, etc., p. 109.)

Les rétrécissemens partiels n'ont, en général, que très peu d'étendue d'avant en arrière : ordinairement ils sont presque linéaires et n'occupent, dans le sens transversal, qu'un quart ou un tiers de la circonférence du canal, quelquefois un peu plus. Ce sont eux qu'on a désignés sous le nom de *brides* (Lafaye, Chopart, M. Amussat). Dans quelques cas, ils sont obliques : j'en possède un exemple parmi mes pièces anatomiques, et Ch. Bell en représente plusieurs dans le même urèthre (ENGRAVINGS FROM SPECIMENS OF MORB. PARTS, pl. V, fig. 5). Parfois même ils sont longitudinaux, c'est-à-dire que l'altération a plus d'étendue en long qu'en travers. M. Amussat n'en a jamais vu de ce genre (LEÇONS, etc., p. 13); M. Vidal dit qu'on n'en a jamais constaté (PATH. EXT., t. V., p. 316); cependant, au dire de Desault (ŒUV. CHIR., t. III, p. 262), Morgagni, dont chacun connaît la scrupuleuse exactitude, en décrit des exemples; Chopart en parle, sans y insister il est vrai (MAL. DES VOIES URIN., t. II, p. 93); Ch. Bell en a vu (ON THE DISEASES OF THE URETHRA, 3e éd., p. 108); M. Lisfranc en cite (THÈSE SUR LES RÉT. DE L'URÈTHRE, p. 40), et l'un des rédacteurs de la GAZETTE MÉDICALE (1833, p. 63) a rencontré une bride longitudinale de plus de 4 lignes. Quant à moi, je n'ai pas vu de bride semblable qu'on pût rapporter à une uréthrite simple ou blennorrhagique; mais j'ai vu plusieurs fois, à la paroi inférieure de l'urèthre, ces plaques blanches accompagnées de rétrécissement, que j'ai dit succéder à la pression déterminée par les sondes, même élastiques, au niveau du ligament suspenseur de la verge. Dans quelques circonstances, on trouve des espèces de cicatrices rayonnées.

Les rétrécissemens circulaires offrent eux-mêmes plusieurs variétés : les uns n'ont que très peu d'étendue; ils sont presque linéaires, comme si l'urèthre avait été étranglé dans cet endroit avec un fil; d'autres fois, au contraire, ils occupent plusieurs centimètres; on en a même vu envahir une grande partie du canal. La pl. X des ENGRAVINGS de Ch. Bell représente une stricture de plus de 6 centim.; la pl. V, fig. 2, en représente une de 9 centim., et enfin on voit sur la pl. VI, fig. 4, un urèthre qui était rétréci dans toute son étendue à divers degrés. M. Ricord cite un cas de ce genre (ŒUV. DE HUNTER, t. II, p. 297, note). Le rétrécissement le plus étendu que j'aie vu n'avait que 3 centim.

Une chose à remarquer, c'est que les longs rétrécissemens ne sont le

---

reconnaissante de son dévouement, lui offrit une gratification pécuniaire en récompense de ses travaux et des dangers qu'il avait courus. Pons refusa noblement ces offres honorables; il répondit qu'il avait agi par charité, et se borna à demander qu'en cas de maladie ou d'infirmité, on voulût bien le recevoir et le traiter à l'hôpital : sublime désintéressement bien digne d'être signalé à la postérité pour l'honneur de la médecine lyonnaise.

Pons ajouta de nouveaux services à ceux qui lui avaient conquis la gratitude de l'administration; celle-ci lutta avec lui de beaux procédés. En 1645, elle lui alloua spontanément une gratification annuelle de 100 livres pour ses visites et vacations extraordinaires; c'était une manière délicate de reconnaître son dévouement. Pons toucha cet honorable appointement jusqu'à sa mort, en 1657; il rendit bienfait pour bienfait, et moyennant une pension viagere à Anne Pons, sa fille (1), il fit l'Hôtel Dieu son légataire universel, perpétuant ainsi en faveur des pauvres le bien qu'il leur avait fait durant sa vie.

Cette réciprocité de bons rapports établissait la plus heureuse intelligence entre le bureau et ses officiers en médecine et en chirurgie. Dans ses besoins, ils l'aidaient de secours pécuniaires; ils lui confiaient une partie de leur fortune. De ce nombre j'ai remarqué les chirurgiens Pierre Dutatty (1673 à 1683), Joachin Visade (1699 à 1703), Joseph Poyet (1719). etc...; et les médecins Claude Pons (1653), Jean Claude Marcellin (1672 à 1675), Ignace Léal (1674 à 1711), etc...; plusieurs d'entre eux lui léguèrent même leurs biens. Ajoutons que le chirurgien François Païs institua les pauvres de l'hôpital ses légataires universels en 1629; et le médecin Pierre Guillaume en 1665 (1); le docteur J.

(1) Anne Pons était morte avant le 14 février 1666, jour où l'Hôtel-Dieu payait une somme de 600 livres pour un legs qu'elle avait fait aux religieuses Célestes, dont il semble qu'elle avait embrassé l'ordre.

(1) Pierre Dulatty, d'Augers, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de 1671 à 1679; il avait succédé à Horace Panthol, et fut remplacé par Henri Lhermitte.

C'est à l'occasion d'Ignace Léal qu'en 1666 le nombre des médecins de l'Hôtel-Dieu fut élevé à trois au lieu de deux : Léal entra comme troisième médecin le 9 mai 1666, et y resta jusqu'au 6 août 1687, où il fut remplacé par Salomon Daverdy. Ignace Léal était fils de Jean Leal; il est digne de remarque que déjà en faveur de son père on avait, en 1651, créé une deuxième place de médecin, sur les fins du règne de Claude Pons qui d'abord était seul : Jean Léal fut médecin de l'hôpital du 26 mars 1651 jusqu'à sa mort en 1666; Jean Derhoddes fils lui succéda le 17 janvier 1666.

François Païs, retiré du service de l'Hôtel-Dieu, où il s'était signalé, de 1611 à 1616, devint maître en chirurgie et exerça longtemps à Lyon. Le 14 mars 1627, il demanda et obtint le droit de sépulture dans l'église de l'hôpital. Il dut mourir au commencement de 1629 car en avril et mai l'Hôtel-Dieu, dont le défunt avait institué les pauvres ses légataires universels, s'occupait du dépouillement de sa succession. Nous avons cherché en vain sa pierre tumulaire : il paraît qu'à la révolution de 1789 on a malheureusement enlevé toutes les dalles de l'église pour y établir une fabrique de salpêtre.

plus souvent que la réunion de plusieurs autres, autant du moins qu'on peut le présumer par les étranglemens qu'ils présentent presque toujours dans les divers points de leur étendue; c'est ce que prouvent les injections de cire faites par Ch. Bell (op. cit., pl, IV et VI) et certaines explorations dont je parlerai plus loin. D'un autre côté, ces étranglemens étant souvent, ainsi que je l'ai dit plus haut, plus prononcés dans l'un des points de leur circonférence que dans les autres, et ce point ne correspondant pas toujours à la même paroi du canal, celui-ci devient en quelque sorte tortueux. J. Hunter en cite un exemple (ŒUVRES, t. II, p. 297).

Un rétrécissement peut-il arriver à l'oblitération complète? M. Amussat le nie (LEÇONS etc., p. 69). Cependant Alliés cite un homme de 30 ans dont l'urèthre était oblitéré au niveau du gland, de manière qu'il n'en restait aucun vestige jusqu'à la fosse naviculaire; l'urine passait par deux fistules (MAL. DE L'URÈTHRE, p. 73). Chopart en a observé un autre exemple sur le cadavre d'un sujet de 50 ans. « Il avait des fistules au périnée et au scrotum compliquées de callosités très sensibles à l'extérieur, fort épaisses dans les trajets fistuleux et qui aboutissaient à une seule ouverture de l'urèthre, près de la partie moyenne du scrotum. L'oblitération du canal commençait au-dessus de la fosse naviculaire et avait plus d'un pouce de longueur. Dans cet espace, le canal était parfaitement interrompu; il n'y avait ni cavité ni sinus. *Cette partie était dure, calleuse et d'une forme tendineuse.* Au-dessus de l'oblitération, du côté du scrotum et du périnée, les parois du canal présentaient des duretés et des nodosités par intervalles; la cavité était si rétrécie qu'elle ne permit pas le passage d'un menu stylet; mais, dans le col vésical ou la portion embrassée par la prostate, une algalie ordinaire put facilement y passer (MAL. DES VOIES URIN., t. II, p. 568). » M. Delmas a également trouvé une oblitération complète sur un homme mort à l'Hôtel-Dieu, à la suite d'une vaste infiltration urineuse (THÈSE de M. Salles, 1824). M. Bosc a présenté à la Société anatomique un rétrécissement de plusieurs lignes avec oblitération complète: « Le stylet le plus fin, dit-il, n'y put pénétrer, et pas une goutte d'urine n'en est sortie depuis quatre ans. » La portion membraneuse communiquait avec des fistules (BULL., 1827, p. 89).

Nonobstant ces quelques faits, il faut convenir que les cas d'oblitération complète sont extrêmement rares, et, pour ma part, je n'en ai jamais rencontré. Le plus fin que j'aie vu est une pièce anatomique que je conserve et où je ne pus faire passer qu'une soie de sanglier.

Entre un rétrécissement commençant et l'état dont je viens de parler, le diamètre du canal peut offrir une foule de degrés. Lorsque le rétrécissement n'est que partiel (et j'ai dit ce que j'entends par ce mot), son aire a nécessairement encore une certaine étendue, puisque sa circonférence se compose des parties saines des parois uréthrales et, en outre, de la partie altérée; il doit d'ailleurs céder facilement à la dilatation, puisqu'une partie des tissus qui le circonscrivent conserve sa souplesse naturelle. Mais quand la transformation fibreuse occupe toute la circonférence, alors la rétraction n'a pour ainsi dire plus de bornes et le rétrécissement offre une rigidité quelquefois très considérable. Il est facile de comprendre d'après cela qu'il est incapable de se contracter spasmodiquement, comme le croient plusieurs chirurgiens.

Le plus souvent il n'existe qu'une seule stricture; cependant il n'est pas rare d'en rencontrer plusieurs: Ducamp en a trouvé 5 sur le même sujet, J. Hunter 6, M. Lallemand 7 et Collot 8. J'ai traité depuis quelques mois deux individus qui devaient en avoir au moins 6 ou 7; mais l'un d'eux seulement en avait une d'une certaine étendue.

A en croire quelques auteurs, et à en croire surtout leurs mesures, les rétrécissemens de la région prostatique et même du col de la vessie ne seraient pas rares; car la longueur du canal dépasse rarement 17 centimètres ou 6 pouces environ, et je ne l'ai vu que deux ou trois fois, et dans des cas d'engorgement prostatique seulement, avoir de 20 à 24 cent. Or, dans 14 des observations de M. Lallemand, la distance du méat au rétrécissement atteignait ces dernières mesures (OBS. SUR LES MAL. DES ORG. GÉN. URIN., 1825).

Boyer regarde la portion membraneuse comme le siége de prédilection de cette maladie (MAL. CHIR., t. IX).

D'un autre côté, Desault a dit que la partie la plus susceptible de rétrécissement est celle qui avoisine le bulbe; il a seulement ajouté qu'on en trouve cependant quelquefois au-devant du bulbe et *très rarement au-delà.* (ŒUV. CHIR., t. III, p. 263). J. Hunter, sans nier qu'il ne puisse s'en former au-delà du bulbe, dit n'en avoir jamais vu (ŒUV., t. II, p. 298). M. Shaw n'en a également jamais trouvé dans la dissection de plus de 100 individus dont l'urèthre était coarcté (MED. CHIR. TRANS., t. XII). Sœmmering nie formellement la possibilité des rétrécissemens prostatiques (MAL. DE LA VESSIE, etc., p. 165). M. Amussat est encore allé plus loin en disant que les rétrécissemens organiques n'existent jamais au-delà du bulbe (LEÇONS, p. 22).

A mon avis, l'opinion de Desault est la plus conforme à la vérité. M. Lallemand, dans les cas auxquels j'ai fait allusion précédemment, a évidemment pris pour des rétrécissemens des affections de la prostate ou du col de la vessie qui en étaient bien distinctes. D'un autre côté, il existe quelques faits qui démontrent que l'assertion de Sœmmering et M. Amussat est un peu trop exclusive. Je ne citerai pas comme autorité cette phrase prêtée sans doute à A. Cooper par le rédacteur de ses leçons, que « le plus ordinairement on rencontre les rétrécissemens au commencement du bulbe, à la portion membraneuse et dans la glande prostate elle-même » (LECTURES, etc., p. 471); mais R. Allan en a figuré un qui se trouve à 6 ou 7 millim. au dessus du bulbe (A SYST. OF PATHOLOGY, etc., 1819, fig. 1); Crosse a également donné la description et le dessin d'un rétrécissement de la portion membraneuse. Moi-même, j'ai rencontré à l'Hôtel-Dieu, en 1839, une stricture commençant immédiatement au dessous de la prostate, en s'étendant dans le bulbe: on ne trouvait plus, à la place de celui-ci, qu'un tissu blanchâtre et fibreux. On lit, dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE (1835, p. 12): « M. Lediberder présente un rétrécissement de l'urèthre long d'un pouce et demi. Le canal a, dans ce point, deux tiers de ligne de diamètre; sa surface est lisse, parsemée de petites cicatrices linéaires; en avant existe une ulcération grisâtre, ovalaire. Au delà du rétrécissement, *qui est placé à la région prostatique*, le canal présente une dilatation en entonnoir, dont le sommet correspond au commencement du rétrécissement. » Enfin, M. Vottens a rapporté un cas où il y avait un rétrécissement de la région prostatique et réduction de la prostate au volume d'une noisette. Ce fait n'est pas aussi probant que le précédent, parce qu'il ne fut pas constaté par l'autopsie: cependant M. Vottens se croit en droit de conclure qu'il en était ainsi, d'après les explorations qu'il fit par le rectum, par la partie antérieure de l'urèthre, par une fistule qui avait été pratiquée à l'hypogastre

---

B. Viricel agit de même en 1710, moyennant une pension viagère à sa sœur Pernette, veuve du chirurgien Charles Rey. Les recteurs reçurent de grandes marques de confiance. Le médecin Garnier leur laissa, en 1709, l'administration de ses biens, et la tutelle de ses cinq fils et de ses deux filles (3). Le chirurgien Henri Lhermitte les établit par testament gérans de sa succession (4), quoique sa femme Françoise Lonard vécût encore (elle mourut en 1734), et curateurs de son fils unique Henri Guillaume, etc.

Ces relations donnaient à nos hôpitaux et à la médecine lyonnaise une physionomie qu'on retrouverait difficilement ailleurs.

(1) Son dévouement lui coûta la vie: en 1709 une maladie pestilentielle décimait les populations du Beaujolais; Garnier partit courageusement pour s'opposer au ravage du mal; il sauva une foule de malheureux, mais lui-même périt victime du fléau. — Ses fils furent élevés au collége de *la Trinité*, où l'Hôtel-Dieu paya longtemps leur pension. L'un d'eux, Pierre Garnier, entra vers 1712 comme novice chez les jésuites. — Ses deux filles, Catherine et Marie Garnier, embrassèrent l'ordre du monastère Sainte-Elisabeth où il semble qu'elles étaient d'abord entrées pour faire leur éducation.

(2) La *Biographie lyonnaise* (1839, p. 170) fait mourir Lhermite en 1712. Il y a là inexactitude de nom et de date: et d'abord dans les manuscrits il signe toujours Lhermitte; puis son testament est du 15 mai 1713, et dès le 9 août suivant l'hôpital commence à payer ses différens legs. Il en avait fait à sa sœur et à ses deux frères, savoir: Marianne, épouse d'un sieur Dechanaux, Louis, ouvrier en soie à Lyon; et Jean-Baptiste, résidant à Colomier en Bugey. Les frais de ses funérailles, qui paraissent avoir été magnifiques, s'élevèrent à 161 livres 14 sous 6 deniers, dont 30 livres 16 sous à Joseph Bal, vitrier, pour cinquante-six armoiries en or et argent; 30 livres à madame Deconé de Brissac, abbesse du royal monastère de Saint-Pierre, pour le congé que Lhermitte a pris dans cette église, et le droit d'être enterré dans Saint-Saturnin; 10 livres aux révérends pères Récollets de Bellegreve pour vingt messes, etc. — Lhermitte occupait un appartement dans la maison d'un sieur Corréal, près la place Saint-Pierre.

---

pour donner écoulement à l'urine et d'après les remarques qu'il a pu faire en pratiquant la taille périnéale pour un calcul de la vessie. (GAZ. MÉD., 1841, p. 618.)

Ainsi, l'origine du bulbe est l'endroit où les rétrécissemens sont le plus fréquens; c'est là qu'on en trouve cinq fois sur six, d'après Ducamp, et même lorsqu'on en trouve dans quelque point du canal, il est rare que celui-ci n'en présente pas quelque trace; mais on en rencontre aussi en deçà et même quelquefois au delà.

Pourquoi cette prédilection pour l'origine du bulbe?

Ce n'est pas parce que l'inflammation est plus intense là qu'ailleurs; car, dans les blennorrhagies aiguës (et c'est aux blennorrhagies que les rétrécissemens succèdent le plus souvent), c'est dans la fosse naviculaire que l'inflammation est la plus vive et la plus tenace, et, dans les phlegmasies chroniques, l'affection paraît en général d'autant plus prononcée qu'on porte ses explorations plus près du col de la vessie. Ce n'est pas parce que le faisceau musculaire de Wilson maintient cette partie dans un état habituel d'occlusion, car c'est plutôt sur la portion membraneuse que ce faisceau exerce son action (1). Voici une explication que je vais hasarder sans y ajouter une grande importance.

D'après ma théorie, un tissu sera d'autant plus disposé à se rétracter et se rétractera d'autant plus vite qu'il est plus vasculaire. Je suppose donc qu'une inflammation entretenue dans la région prostatique par les follicules de la glande, s'étende jusque dans le bulbe, que devra-t-il arriver? La région prostatique ne se rétrécira pas, parce qu'elle est fortement maintenue en état de tension par le corps même de la glande qui lui forme, pour ainsi dire, un squelette extérieur. Il est presque nécessaire que cette glande ait été détruite, au moins en partie, pour que la portion de l'urèthre qui la traverse diminue notablement de diamètre: c'est ce qui se trouve noté dans l'observation de M. Votens que je citais il n'y a qu'un instant. La région membraneuse pourra se rétracter, mais elle le fera faiblement et avec lenteur, tandis que la portion la plus reculée du bulbe se rétractera beaucoup plus tôt, en raison de son énorme vascularité.

Je suppose même qu'un travail identique se passe dans les parois de ces deux portions du canal, qu'arrivera-t-il? C'est que la portion bulbeuse se rétrécissant plus vite que la portion membraneuse, la rétraction de celle-ci se trouvera arrêtée dans ses progrès par l'obstacle que rencontrera l'urine au passage de la partie la plus étroite. Il pourra même se faire que celle-ci se dilate sous cette influence, et que la transformation qu'elle aura éprouvée favorise cette dilatation; car, si les tissus fibreux se rétractent lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, ils s'étendent, au contraire, quand ils sont soumis à un effort de distension prolongé ou souvent répété. Je crois avoir démontré que les dilatations partielles du cœur résultent d'une transformation du tissu musculaire au tissu fibreux, et que c'est à l'extensibilité de ce nouveau tissu continuellement mise en jeu par le sang, qu'est due la poche anévrismale.

Ce qui semble prouver la vérité de ce que je viens de dire au sujet de la portion membraneuse, c'est que j'ai vu plusieurs fois l'altération du tissu qui constituait un rétrécissement au bulbe s'étendre à la portion membraneuse qui n'ait nullement perdu de son diamètre.

Mais en voilà assez sur ce que je ne regarde moi-même que comme une hypothèse.

Les points les plus souvent rétrécis, après le bulbe, sont la fosse naviculaire, puis la région correspondante à la racine des bourses, enfin le méat urinaire. Les points intermédiaires sont plus rarement affectés.

Quant au col de la vessie, je n'en connais pas un seul exemple avéré, à moins qu'il n'en soit véritablement ainsi du suivant, que j'extrais de l'ouvrage de Chopart: « Un homme de 55 ans avait une rétention d'urine qui me parut provenir d'un rétrécissement du col de la vessie. Il me fut impossible d'introduire dans ce viscère aucune espèce de sonde. Il s'écoula beaucoup de sang de l'urèthre. L'excessive distension de la vessie et les autres accidens me déterminèrent à faire la ponction au dessus du pubis. Les urines furent évacuées; mais l'inflammation s'était étendue dans le ventre, et le malade mourut le troisième jour de la ponction. Nous avons trouvé les parois de l'urèthre calleuses en plusieurs endroits, le verumontanum durci, le col de la vessie dévié à droite et soulevé, *son canal si rétréci qu'un stylet pouvait à peine y passer*; ses parois denses étaient confondues avec la prostate, qui était endurcie et beaucoup plus grosse à sa partie latérale gauche qu'à sa droite. La tunique interne de la vessie présentait plusieurs colonnes fermes, et l'on y voyait quelques appendices cellulaires (loc. cit., p. 293). »

J'ai fait voir ailleurs que presque tous les prétendus rétrécissemens de la région prostatique et du col de la vessie n'étaient que des engorgemens séniles de la prostate ou des valvules vésico-urétrales. Il est actuellement bien démontré que, dans le premier cas, l'urèthre, loin d'être rétréci, comme le croyaient beaucoup d'auteurs, est dilaté, et que, dans tous deux, la rétention d'urine ne tient qu'à une déviation du canal, à un défaut de parallélisme entre lui et son orifice interne.

Toutefois, je ne suis pas éloigné de croire que, dans le fait que je viens de citer, cet orifice était véritablement rétréci; ses bords étaient *denses et confondus avec la prostate qui était endurcie*; sa déviation à droite et le moindre volume du lobe correspondant me portent à croire que cette partie de la glande avait été détruite en partie par la suppuration. L'endurcissement du verumontanum et les callosités de l'urèthre témoignent encore de l'existence d'une inflammation intense à une époque plus ou moins éloignée. Je rappellerai ici ce que j'ai dit à propos de l'observation de M. Vottens.

COMPLICATIONS ET EFFETS DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE.

Il n'est pas rare de trouver les rétrécissemens de l'urèthre accompagnés de complications.

Quelquefois, c'est une rougeur inflammatoire existant dans une étendue plus ou moins considérable du canal. Si on ne la rencontrait que derrière le point rétréci, on pourrait croire qu'elle est simplement l'effet de l'irritation opérée par l'urine derrière le rétrécissement; mais on la trouve souvent au devant, et même chez des individus qui n'ont encore été soumis à aucun traitement local. Il faut donc croire que cette inflammation est, ou bien un reste de celle qui a donné lieu au rétrécissement, ou bien le résultat de quelque vice général appelé et fixé dans ce point par l'inflammation primitive ou par le rétrécissement lui-même. Souvent cette complication ne s'accompagne pas d'écoulement, ou plutôt la sécrétion est si peu abondante qu'elle n'est expulsée qu'avec les urines; mais, en revanche, il en résulte, dans le canal, une sensibilité très vive qui rend le traitement extrêmement difficile.

Mais les complications les plus fréquentes sont celles qui résultent de l'obstacle apporté au cours de l'urine par le rétrécissement.

Lorsque ce liquide, pressé par les contractions de la vessie, est arrêté par un obstacle, il exerce une pression qui dilate le canal; mais, à moins que le passage ne soit tout à fait imperméable, l'urine finit par s'écouler, les parois reviennent sur elles-mêmes, et, comme cette pression ne s'exerce qu'à intervalles assez éloignés, il est probable qu'il n'en résulterait pas de si tôt une dilatation un peu considérable, si un travail inflammatoire ne venait détruire l'élasticité des tissus.

Quelquefois une ulcération se forme derrière la coarctation et détruit, en partie ou en totalité, l'épaisseur des parois urétrales; on en a même vu détruire le rétrécissement (Ch. Bell, ENGRAVINGS, etc., pl. V., fig. 1). Dans ce dernier cas, le cours de l'urine pourrait se rétablir spontanément; mais, dans le premier, les résultats ne sont pas aussi heureux; ils varient d'ailleurs suivant que l'ulcération se fait plus ou moins vite: si elle a marché avec une certaine lenteur, les tissus ayant eu le temps de se condenser avant de se trouver en contact avec l'urine, il ne se forme qu'un abcès circonscrit qui finit ordinairement par s'ouvrir au-dehors et donne lieu à une fistule urinaire. Si la destruction des parois de l'urèthre s'est faite rapidement, alors l'urine s'infiltre dans le tissu cellulaire qui unit les divers organes, s'étend au loin et détermine des eschares dont la chute donne lieu à des dénudations effrayantes.

Mais presque toujours, avant que ces accidens arrivent, avant même que la dilatation de l'urèthre soit devenue un peu considérable, les lacunes de Morgagni se sont élargies et ont formé de petites cavités accessoires: j'en ai vu se partager en deux embranchemens qui se dirigeaient, l'un en haut, l'autre en bas, à plus d'un centimètre de profondeur. Est-ce par ces lacunes que commencent les ulcérations dont je viens de parler? cela me paraît probable dans bon nombre de cas; mais je ne sache pas qu'on en ait acquis la certitude directe.

Il n'est pas rare de voir les orifices des canaux éjaculateurs se dilater et laisser écouler la semence sans obstacle. Les conduits excréteurs de la prostate présentent souvent une disposition pareille; on a même vu cette glande ne plus former qu'une coque où l'urine pénétrait largement. Il est inutile de dire que, par son séjour dans ces cavités, l'urine peut y déterminer de graves désordres; mais je ne puis passer sous silence l'arrêt ou le dépôt de matières calculeuses, ce dont on possède de nombreux exemples. Tantôt ces matières forment une couche unie intimement avec les parties les plus superficielles des parois; tantôt elles déterminent des calculs isolés siégeant dans le canal même ou dans les parties qui communiquent avec lui. Ch. Bell a fait représenter un rétrécissement existant à 4 centimètres au-devant du bulbe. Derrière cette coarctation, le canal est

(1) Les idées de M. Gosselin relativement à l'existence d'un anneau de fibres musculaires entourant la portion membraneuse immédiatement au dessus de l'aponévrose moyenne du périnée, ne jetteront-elles pas quelque jour sur ce sujet, si elles se confirment?

très dilaté et sillonné par un dépôt irrégulier de matière calculeuse. On y voit une petite pierre de 6 millim. de diamètre qui, étant libre pendant la vie, se trouvait poussée par le courant de l'urine contre la stricture et s'opposait à l'issue de ce liquide. La prostate est dilatée en forme de sac et réduite à sa membrane fibreuse; cette poche communique avec l'urèthre par deux trous de 6 millim. de diamètre environ et contient un petit calcul libre. Une crevasse de la portion membraneuse et un épanchement d'urine amenèrent la mort après 40 jours de souffrances (ENGRAVINGS, etc., pl. IX, fig. 2).

Excepté la dilatation de ses conduits et quelquefois la formation d'abcès dans son épaisseur, la prostate est rarement altérée. D'après ce qu'on a dit de la nature inflammatoire de l'hypertrophie dont cette glande est si souvent le siége dans un âge avancé, il semblerait que cette altération dût être fréquente lorsque l'urèthre est affecté de rétrécissement. C'est effectivement ce qu'on a dit, et c'est à tort, selon moi. J'ai même remarqué, y avait-il seulement coïncidence? j'ai remarqué que chez certains vieillards affectés de rétrécissement et dont j'ai fait l'autopsie, la prostate était moins volumineuse, son tissu moins altéré que l'âge seul du défunt aurait dû le faire supposer. Qu'il me soit permis de m'arrêter un peu plus longtemps sur cette complication que sur les précédentes.

Depuis que j'ai signalé pour la première fois, au commencement de 1839 (DE L'INFL. QUE LE RÉTRÉCISS., etc., p. 17), le peu d'action des strictures uréthrales sur le développement de la prostate, mon assertion a été le sujet de plusieurs critiques, et cependant des faits nombreux m'ont paru la confirmer. J'ai déjà fait voir que ceux de E. Home à l'appui d'une opinion diamétralement opposée, sont bien loin de m'être contraires, et que, dans le seul cas qui fût éclairé par l'autopsie, la prostate était si peu gonflée que l'auteur ne peut s'empêcher d'en témoigner sa surprise (voir mes RECHER. SUR LES MAL. URIN. DES HOMMES AGÉS, p. 202). Le même auteur parle dans son TRAITÉ DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE d'un homme de 32 ans, affecté de deux strictures, dont l'une occupait le bulbe, et qu'il avait cautérisées tous les deux jours, pendant plusieurs mois. Ce malade mourut à la suite de graves désordres produits dans l'urèthre par le caustique, et, malgré tout cela, la prostate était presqu'à l'état naturel (Ducamp, TRAITÉ DES RÉTENT. D'URINE, deuxième édit., p. 165). Dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE (1842, p. 285) se trouve l'observation d'un homme de 46 ans, qui, affecté d'un rétrécissement au bulbe et d'un autre plus en devant, offrit, après la mort, une prostate *d'un petit volume et saine*. Chez un vieillard *de 63 ans*, dont le bulbe était le siége d'un rétrécissement fibreux extrêmement dur, M. Pétrequin trouva que la prostate était *peu tuméfiée* et ne présentait rien de notable (EXAMIN. MÉD., t. II, p. 253).

D'un autre côté, je ne connais pas une seule observation bien décrite où l'on ait trouvé, à l'autopsie, un rétrécissement et la prostate beaucoup plus volumineuse que l'âge du sujet ne le comportait. Presque toujours on s'en est rapporté à des observations incomplètes, et ce qu'on a souvent pris alors pour un engorgement de la prostate était un obstacle déterminé, au col de la vessie, par une de ces valvules musculaires qui font le sujet spécial de mon dernier ouvrage. (RECH. SUR UNE CAUSE FRÉQUENTE ET PEU CONNUE DE RÉT. D'URINE.)

En effet, depuis que j'ai fixé mon attention sur cette complication, j'en ai rencontré plusieurs exemples.

Je possède une pièce pathologique présentée à la Société anatomique dans le but de démontrer comment un faible rétrécissement suffit pour provoquer une rétention complète. Le sujet avait été obligé d'entrer à l'hôpital, où on lui avait mis une sonde à demeure, et il n'avait pas tardé à succomber. A l'autopsie on n'avait pu trouver, pour expliquer la dysurie, qu'une bride à peine perceptible; mais je fis voir que le bord postérieur du col de la vessie formait une valvule musculaire assez saillante pour en fermer complètement l'orifice, lorsqu'on remettait les parties en place.

En parcourant mes plus anciennes observations, celles qui ont, par conséquent, été recueillies à l'abri de toute vue systématique, voici ce que je trouve :

Sur un sujet âgé de 55 ans, mort en 1834 des suites d'un rétrécissement traumatique de l'urèthre, avec fistules, etc., deux fausses routes avaient été pratiquées dans le bord postérieur du col de la vessie. Cette circonstance me paraît indiquer une saillie exagérée de ce bord; et comme je n'ai rien noté du côté de la prostate, il est probable qu'elle n'offrait rien de particulier.

Chez un vieillard de 78 ans, mort, le 14 octobre 1834, avec un rétrécissement de 2 centim. au méat, j'ai noté que la prostate et la région prostatique ne présentaient rien de remarquable, mais qu'au niveau du col on voyait le canal se porter en avant, de telle sorte que la lèvre postérieure anticipait sur l'antérieure.

En 1836, je fis à l'Hôtel-Dieu, avec M. Rampon, mon collègue, l'autopsie d'un vieillard, affecté depuis quinze ans d'un rétrécissement uréthral qu'on avait traité deux fois par la dilatation. A son entrée à l'hôpital, on avait été obligé d'employer une certaine force pour passer le rétrécissement, et même, ce premier obstacle franchi, on avait éprouvé une telle résistance pour entrer dans la vessie, qu'on avait courbé une sonde métallique. Nous avons trouvé, au niveau de la symphyse pubienne, un rétrécissement blanc et fibreux de 6 millim. Au niveau même de ce rétrécissement et dans sa paroi supérieure commençait une fausse route encore suppurante, et qui, traversant le lobe gauche de la prostate, allait s'ouvrir dans la vessie. Au-dessous de cette glande, la fausse route communiquait avec l'urèthre, qui était dilaté derrière le rétrécissement, et avec plusieurs foyers purulens très étendus. Le bord postérieur du col de la vessie formait une saillie de 6 millimètres d'arrière en avant, et, au-dessous de cette valvule, dans sa propre substance, existait un commencement de fausse route.

Le 5 août 1839, suivant la clinique de M. Velpeau, j'assistai à l'autopsie d'un sexagénaire entré la veille pour une rétention d'urine, et qui n'avait pu être sondé par l'interne de garde. A 3 centimèt. au-devant du bulbe existait un rétrécissement très étroit, mais long seulement de 3 millim. La muqueuse était très blanche en ce point, et cette blancheur s'étendait jusqu'à plus d'un centim. du côté du gland, diminuant insensiblement. Le tissu spongieux participait à cette altération, et il était d'autant plus blanc et plus dépourvu d'aréoles qu'on s'approchait davantage du rétrécissement. Là il était fibreux et avait beaucoup perdu de son épaisseur. Derrière le rétrécissement, l'urèthre était un peu dilaté; la muqueuse y était rugueuse, chagrinée et hérissée de petits mamelons d'une couleur plus foncée à leur sommet que dans les intervalles. Au niveau du rétrécissement et dans la paroi supérieure, commençait une fausse route récente, d'un centim. de profondeur. Toute la portion membraneuse, depuis le bulbe jusqu'à la prostate, était disséquée par un abcès à parois noirâtres et sans communication apparente avec l'urèthre. La prostate était *très petite, n'avait pas 2 centimètres de haut en bas*, et cependant *le bord postérieur du col formait une saillie valvulaire plus forte que naturellement*, ce qui déterminait au-dessous d'elle un enfoncement bien marqué. Vessie peu malade et hypertrophiée.

Enfin sur un sujet de 55 ans dont j'ai déjà parlé et qui portait un rétrécissement de la portion membraneuse et du bulbe, le bord postérieur du col formait une saillie transversale que la présence des sondes avait creusée en gouttière. La prostate n'avait que le volume de celle d'un adulte.

En résumé, on voit, d'une part, que l'hypertrophie de la prostate dont on croyait les rétrécissemens fréquemment compliqués, n'en est au contraire qu'une complication très rare, si rare même qu'il semble que ces rétrécissemens s'opposent au développement de la glande. D'un autre côté, on voit qu'ils s'accompagnent souvent d'une saillie du bord postérieur du col, de ces valvules musculaires sur lesquelles j'ai attiré l'attention dans un précédent ouvrage (RECH. SUR UNE CAUSE, etc.). J'ai dit quelques mots sur l'origine de ces valvules en parlant des déviations spasmodiques de l'urèthre. J'aurai encore occasion de revenir sur ce sujet à propos des symptômes et du traitement; on en comprendra alors toute l'importance.

Il me resterait à parler, dans ce chapitre, des complications qui peuvent survenir du côté des organes génitaux, ainsi que dans le reste de l'appareil urinaire ; je devrais traiter de l'irritabilité de la vessie, de son hypertrophie, de son inertie consécutive, de sa dilatation, de son inflammation et de ses perforations, de l'inflammation des uretères et des reins, des calculs urinaires, etc.; mais ces diverses maladies, en tant qu'effet des rétentions d'urine, ont déjà été étudiées par moi dans l'ouvrage que je viens de citer ; je serait donc me répéter que de les exposer ici. Qu'il me soit seulement permis de rappeler d'une manière spéciale certaines perforations qui s'opèrent spontanément au fond des alvéoles dont la vessie des personnes affectées de dysurie prolongée est presque constamment le siége, perforations qui, à elles seules, sont beaucoup plus fréquentes que toutes les autres réunies, et qui cependant avaient passé inaperçues avant la publication de mes travaux (voir mon MÉMOIRE SUR CERTAINES PERFOR. SPONTANÉES DE LA VESSIE NON DÉCRITES JUSQU'A CE JOUR. GAZ. MÉD., 1836, p. 257, 273 et 847.)

(La suite prochainement.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LA CAPSULITE OU INFLAMMATION DE LA CAPSULE CRISTALLINE; communiquée par le docteur A. MAGNE, ancien élève particulier de Sanson, oculiste des indigens du 1er arrondissement, professeur particulier de médecine et de chirurgie oculaires.

A peine l'inflammation de la capsule avait-elle été signalée, que déjà chacun s'était empressé de la gratifier d'une dénomination particulière : les mots de *capsulite*, de *cristalloïdite*, de *périphakite* et de *phakohyménite* furent *inventés* avant que l'inflammation qu'ils désignent n'eût été étudiée. Il est vrai que si cette affection oculaire n'est pas encore complètement sortie de son obscurité, en revanche elle a été longuement et merveilleusement décrite; car, il faut bien l'avouer, c'est le propre de certains chirurgiens de notre époque de tracer avec une extrême facilité un tableau de signes nombreux que leur fournit leur intelligence aventureuse, mais que dément la pratique plus sévère et plus scrupuleuse.

Quoi qu'il en soit, située profondément dans le globe de l'œil, il n'est pas étonnant que la capsule cristalline ait échappé pendant longtemps aux recherches des oculistes; ce n'est guère que par son changement de couleur qu'il était possible de reconnaître une altération de cette membrane. Depuis quelques années, la pathologie oculaire a été étudiée avec un soin très minutieux, et l'usage de la loupe a permis d'observer des lésions inconnues jusqu'alors. Malheureusement, en se hâtant de donner des descriptions, si bien écrites qu'elles soient, on s'expose à offrir le produit d'une imagination féconde plutôt que d'une bonne observation pratique. Et je ne saurais trop le répéter, il faut se tenir en garde contre ce besoin de produire qui s'est emparé de quelques ophthalmologistes, et les a conduits à enfanter, par analogie, des maladies dont ils avaient eu à peine occasion de remarquer quelques signes.

Il n'est pas indifférent de savoir d'une manière exacte de quelle manière l'enveloppe cristalline entretient sa nutrition. Quelques anatomistes prétendent qu'elle reçoit ses vaisseaux de l'artère centrale de la rétine; suivant Meckel, cette artère ne se distribuerait qu'au segment postérieur, tandis que le segment antérieur serait parcouru par des artères venant des procès ciliaires. Je suis volontiers disposé à partager cette dernière opinion, car on observe souvent l'opacité de la capsule antérieure, et fort rarement celle de la capsule postérieure; je n'entends parler ici que de ce que l'on remarque dans l'opération de la cataracte; pour ce qui est de constater une inflammation de la capsule postérieure, quand le reste de l'appareil du cristallin est en place, je crois que cela est excessivement difficile, si ce n'est impossible; l'inflammation n'est réellement appréciable que quand elle a produit l'opacité de cette capsule postérieure; alors la profondeur de l'opacité et surtout l'absence de la *lumière renversée* ne laissent plus aucun doute.

On a cherché à établir un rapport entre la capsulite et l'iritis; on a prétendu que ces deux affections avaient de l'analogie dans la marche et dans les symptômes. Cette assertion est basée sur des adhérences qui s'établissent entre la face postérieure de l'iris et la face antérieure de la capsule, que l'inflammation débute par l'une ou l'autre de ces membranes. Ce fait des adhérences est vrai; il est réel que deux maladies de deux organes différens par leur structure, leurs usages, etc., peuvent amener les mêmes résultats inflammatoires, sinon les mêmes produits; mais est-ce à dire pour cela que la marche de l'inflammation, soit la même dans les deux cas? Oui, répondent les faiseurs de descriptions; et pourtant le contraire est facile à prouver. Il n'est pas de médecin qui n'ait eu occasion d'observer les douleurs iritiques, douleurs qui sont parfois atroces; eh bien! dans presque tous les cas de capsulite que j'ai eus à traiter, la souffrance a été presque nulle ou très légère. Il est une question qu'il serait bon de résoudre, c'est celle qui est relative à la nature réelle de l'altération capsulaire. Malheureusement l'observation est si difficile sur un organe aussi profondément situé qu'il m'a été impossible de me former jusqu'à présent une opinion bien arrêtée. Je serais porté cependant à croire que cette affection n'est pas toujours franchement inflammatoire; plusieurs fois j'ai pu distinguer, dans le champ de la pupille, trois ou quatre faisceaux rouges qui, rampant sur la capsule antérieure, gênaient la vision sans faire éprouver d'ailleurs la moindre souffrance. Tout le reste de l'appareil oculaire était entièrement sain. Ne serait-ce pas dans ces cas un simple état variqueux?

La capsulite paraît affecter de préférence l'âge adulte et les sujets cachectiques; je ne l'ai pas encore observée passé 50 ans. Le signe pathognomonique de cette altération consiste, ainsi qu'on vient de le voir, dans les vaisseaux qui rampent à la surface de la capsule antérieure, et qui sont souvent visibles à l'œil nu. A l'aide d'une bonne loupe, on distingue aisément que ces petits groupes disposés circulairement sont formés de la réunion de plusieurs troncs vasculaires, tandis que d'autres, excessivement ténus, viennent se rendre aux arcades principales. Quand, à la suite d'un traitement convenablement dirigé, l'inflammation finit par céder, cet état variqueux diminue de jour en jour et la vue se rétablit à mesure que la capsule reprend sa netteté ordinaire et sa transparence normale, si l'inflammation a été assez forte pour déterminer une teinte légèrement nuageuse. Il est probable, je dirais presque certain que c'est ainsi que les choses se passent pour les cataractes guéries sans opération. Les succès de ce genre n'admettent pas de contestation, et il n'est point d'oculiste qui ne puisse offrir des exemples de guérisons semblables: c'est la cataracte dendroïde de quelques auteurs.

La lésion peut être bornée à l'hémisphère antérieur de la capsule; mais il arrive aussi que l'inflammation se communique à la face postérieure de l'iris qui se contracte, change de couleur, suscite des douleurs violentes et revêt en un mot la marche inflammatoire qui lui est propre. Le développement vasculaire se manifeste aussi dans la substance du cristallin, et ce phénomène pathologique, qui est maintenant hors de doute, semblerait venir à l'appui de l'opinion de Joung et de Dugès qui admettent que le cristallin est un organe vivant, actif, pourvu de vaisseaux et de nerfs. Ces auteurs ne sont pas du reste les seuls qui aient constaté la présence de vaisseaux dans la lentille cristalline; je citerai entre autres Vidus Vidius, Albinus, Camper, Moëller, Bertrandi, Prochascha et Walter; mais ce dernier professeur est convaincu que le développement vasculaire dans le cristallin est un phénomène entièrement morbide; je partage cette opinion, et jusqu'à ce que l'assertion de Dugès et de Joung soit vérifiée, j'admets volontiers avec M. le professeur Cruveilhier que le cristallin est un produit de sécrétion.

J'ai été étonné de lire, dans l'estimable ouvrage de M. Mackenzie, que si les deux hémisphères de la capsule sont enflammés en même temps, on voit, derrière les vaisseaux rouges de la capsule antérieure, un réseau de vaisseaux plus fins appartenant à la capsule postérieure. Je suis loin de nier que cet état ne soit pas tel que le décrit M. Mackenzie; mais que cet arrangement vasculaire puisse être aperçu dans la capsule postérieure, quand parfois nous avons peine à distinguer sans loupe celui de la capsule antérieure, c'est ce que je ne saurais admettre. Mon observation du reste ne porte que sur un scrupule d'examen; car, dans les deux cas, les indications thérapeutiques ne sauraient varier. Outre les réseaux vasculaires qui existent dans l'inflammation capsulaire, on aperçoit aussi quelquefois de petits points colorés en jaune ou en brun; ces macules persistent alors que les vaisseaux ont disparu; tantôt c'est évidemment de la lymphe coagulable épanchée, tantôt c'est un dépôt pigmenteux, résultat d'adhérences capsulo-iritiques que la belladone ou toute autre cause a rompues.

La capsulite constitue une affection toujours grave; bien qu'elle soit souvent exempte de douleurs, elle peut amener une cataracte plus ou moins complète avec tendance à se compliquer elle-même d'adhérences iritiques; sa marche parfois lente et chronique la rend d'autant plus insidieuse. C'est une de ces maladies qui font sentir le besoin d'insister sur l'exploration de l'œil à la loupe, exploration qui ne saurait jamais être trop minutieuse.

Bien que j'aie dit plus haut que les individus cachectiques paraissent être plus sujets que d'autres à l'inflammation capsulaire, je conseillerai néanmoins les antiphlogistiques au début; ils ont une action puissante et j'ai été à même d'en suivre les effets. Il serait nuisible de temporiser; car dans un œil où la veille on ne distinguait qu'un seul vaisseau on reconnaît le lendemain qu'il s'en est formé de nouveaux. Je débute habituellement par une saignée du bras, à laquelle j'associe des émissions sanguines locales et des purgatifs réitérés à distance; j'ai observé que les ventouses scarifiées à la nuque réussissaient mieux que les applications de sangsues; il est bon aussi d'avoir recours plus tard aux vésicatoires volans, que l'on promène sur le front, à la tempe et derrière le cou. L'onguent de Naples est manifestement utile par sa vertu antiplastique dont il jouit; il convient d'en faire des frictions sur le sourcil, les tempes et les paupières, en y ajoutant partie égale d'extrait de belladone; car il est essentiel de dilater la pupille pour prévenir des adhérences iritiques ou pour tenter de les rompre si elles existent déjà. Je traite en ce moment trois malades atteints de capsulite à un degré bien différent. Chez l'un, la capsule de l'œil droit présente une disposition vasculaire en Y, ainsi que l'a constaté son médecin, M. le docteur Arnal; l'iris est parfaitement sain, et nous avons déjà obtenu une grande amélioration. Chez le second, auquel je donne des soins conjointement avec un de nos confrères qui exerce à Dieppe la médecine oculaire avec beaucoup de succès et de distinction, la capsule du côté droit adhère à l'iris et est frappée d'opa-

cité; la même adhérence existe du côté gauche avec quelques points seulement nuageux; l'affection date de fort loin. Le troisième enfin est porteur d'adhérences iritiques avec complication d'amaurose; le trouble visuel date de dix-huit mois; en voilà six environ que, sous l'influence d'un traitement énergique, j'ai obtenu une certaine amélioration. J'espère pouvoir publier plus tard en détail ces trois observations et ajouter, s'il y a lieu, quelques réflexions à celles que j'ai tenté d'exposer aujourd'hui.

LETTRE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA LIGATURE DE L'ARTÈRE FESSIÈRE; par M. DIDAY.

Monsieur le rédacteur,

La lecture de l'intéressant travail publié par M. Bouisson dans les derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE (v. 1845, n°s 11, 12 et 13), au sujet des lésions et des opérations qui portent sur les artères fessière et ischiatique, m'a remis en mémoire un procédé pour la ligature de la fessière, procédé imaginé par moi au temps de mes études anatomiques et qui n'a depuis lors été mentionné que dans un seul ouvrage. Je serais heureux si la circonstance qui me l'a rappelé vous semblait un motif suffisant pour le porter dans vos colonnes à la connaissance du public médical. Voici, en deux mots, ce procédé.

Le sujet étant placé sur le ventre, tendez un fil de la pointe du coccyx au point le plus élevé de la crête iliaque (à 2 pouces environ en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure). Du milieu de ce fil (point qui peut être déterminé à l'instant en doublant ce fil sur lui-même) tirez une perpendiculaire idéale. Cette perpendiculaire indique la direction à donner à l'incision pour qu'elle tombe dans le sens des fibres du grand fessier. Quant à l'artère fessière, le lieu où elle émerge du bassin répond exactement au point d'intersection des deux lignes. Son siége est donc connu à l'avance, et l'opérateur le rencontrera sans tâtonnemens. Le reste de l'opération se fait comme d'après les préceptes posés par Harrison.

S'il me fallait prouver ici l'extrême simplicité du moyen que je propose, je n'aurais pour cela qu'à mettre en regard du peu de lignes qui précèdent les indications aussi vagues que multipliées données par Harrison pour atteindre le même but. D'après le texte de cet auteur, l'incision destinée à découvrir le vaisseau doit commencer à 3 centimètres environ au-dessous de l'épine iliaque postéro-supérieure et à 3 centim. en dehors du bord externe du sacrum; elle se dirige de là vers le milieu de l'espace compris entre le grand trochanter et la tubérosité sciatique. Veut-on maintenant savoir dans quelle partie de la longueur de cette incision il faudra aller à la recherche de l'artère? Qu'on divise en trois parties égales la ligne étendue entre les points de repère désignés ci-dessus, et c'est vers l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur qu'on pourra trouver le vaisseau. Voilà le procédé Harrison, celui que tous les auteurs classiques ont adopté comme le plus précis et le plus sûr. On peut juger par la description précédente de la célérité qu'il permettra de déployer! Je ne crois vraiment pas trop m'avancer en affirmant que, sur le cadavre, avant que toutes ces mesures fussent prises, toutes ces lignes tirées et divisées par tiers, mon procédé aurait déjà mis l'artère à nu.

Mais ce n'est pas seulement comme imposant trop de longueur que je rejette le procédé de Harrison, je ne vois pas même qu'avec cet échafaudage si géométriquement dressé en apparence de lignes, de points, de mesures, l'opérateur possède des garanties bien rassurantes contre toute chance d'erreur et de fausse route dans la manœuvre. Le grand trochanter, la tubérosité sciatique, l'épine postéro-supérieure ne sont rien moins que des points mathématiques sans étendue; ce sont de belles et bonnes surfaces, douées à ce titre de largeur et de longueur. Il en est de même du bord externe du sacrum, si difficile d'ailleurs à préciser bien exactement sur le vivant. En disant donc, sans autres détails, que l'incision doit commencer à 3 centim. de ces parties, on s'expose, dans un grand nombre de cas, à se tromper à peu près de la moitié de cette quantité, puisque les apophyses dont nous parlons font bien certainement sous la peau une saillie d'un centimètre et demi pour le moins de diamètre. Que deviendra alors la précision, la sûreté du manuel, à laquelle on a cependant tant sacrifié?

Je me résume; en faisant l'incision selon les données de Harrison, on risque, outre beaucoup de lenteurs et de perte de temps, 1° de couper les fibres du grand fessier au lieu de les écarter; 2° de manquer souvent le point d'émergence de l'artère fessière. Avec le procédé que je viens de décrire, j'ai expérimenté que ces deux accidens sont évités.

Evidemment, je n'ai point ici à le comparer avec celui que propose M. Bouisson. Dans ce dernier, on coupe les fibres du grand fessier. Cette circonstance établit entre les deux pratiques une différence fondamentale qui rendrait tout parallèle entre elles aussi inutile que fastidieux. Puisque nous avons parlé mathématiques, empruntons encore à cette science un axiôme qui ne saurait être invoqué plus à propos et rappelons qu'on ne peut jamais comparer que des unités de même espèce.

En citant avantageusement mon procédé dans son TRAITÉ D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ET TOPOGRAPHIQUE (1), M. Pétrequin fait observer cependant qu'il *expose parfois à tomber un peu en avant de l'artère.* Cette remarque demande à être vérifiée expérimentalement; mais, même en la supposant juste, dès qu'on en aura fixé la valeur et qu'on se souviendra d'en tenir compte dans l'exécution, elle ajoutera à la sûreté du procédé, bien loin de la diminuer.

Tel est, Monsieur le rédacteur, le moyen qui m'a été suggéré par l'inspection attentive de la région et par l'essai peu satisfaisant d'autres procédés pour mettre à découvert l'artère fessière. Je ne viens point chercher à le placer de prime abord au-dessus de ce que la médecine opératoire possède sur ce sujet. Je demande seulement pour lui d'abord un peu d'attention, puis et surtout beaucoup d'expérimentation. Si vous jugez que cette très minime innovation puisse être convenablement placée dans vos colonnes à la suite des importantes études de M. Bouisson, je serai heureux de partager avec le savant professeur de Montpellier l'attention que vos lecteurs donnent toujours de préférence aux recherches dirigées vers un but pratique et positif.

Agréez, etc.

OPÉRATION DE TRACHÉOTOMIE, SUIVIE DE GUÉRISON, POUR UN CAS DE CROUP SPORADIQUE; observation communiquée par M. SICCATEAU, D. M. P. de Courçon, Charente-Inférieure.

Un nouveau succès vient-il témoigner en faveur d'une opération chirurgicale hautement proclamée utile dans certains cas déterminés, sa publication est un devoir, parce que son concours tend à un bienfait. En vue de ce motif et des particularités dont l'opération a été précédée, accompagnée et suivie, je n'hésite point à faire la relation d'une observation pour l'intérêt de laquelle il ne manque que d'être rapportée par l'un de ces hommes privilégiés et habitués à faire surgir du double champ de la méditation et du travail ces grandes vérités qui tôt ou tard, mais toujours, tournent au profit de la science et de l'humanité.

OBS. — Le 5 novembre 1844, je fus appelé à six kilomètres de chez moi, au village dit les Borderies, par un nommé Jousselin, cultivateur, dont l'un des fils était atteint d'un mal de gorge datant de vingt-quatre heures.

Le malade est âgé de huit ans, d'une bonne constitution, bien développé, appartenant à des parens sains en apparence; il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à ce jour.

L'enfant se plaint d'un mal de gorge et de ce que la déglutition des alimens et même de la salive est gênée et douloureuse; il y a tuméfaction assez considérable des ganglions cervicaux et sous-maxillaires; la bouche ouverte et maintenue béante, il est facile de constater la présence d'une inflammation gutturale avec accompagnement de trois petites plaques d'un blanc jaunâtre et irrégulièrement circulaires, situées, deux sur l'amygdale droite, et une sur la luette.

Malgré la rougeur, la chaleur et le gonflement du voile du palais, de la face postérieure du pharynx, de la luette et des amygdales, tous symptômes de phlogose portés à un certain degré d'intensité, c'est à peine si le pouls présente un mouvement fébrile. Toutes les autres fonctions s'accomplissent du reste normalement.

C'est bien là, me suis-je dit, un cas d'angine pseudo-membraneuse. Prescription: gargarismes alumineux, insufflation de calomel à la vapeur, deux bains de pieds sinapisés, application de dix sangsues sur les points correspondant aux tonsilles tuméfiées, cataplasmes de farine de lin autour du cou, diète sévère, petit lait, repos au lit, silence absolu.

Après avoir fait promettre au père de m'envoyer chercher le lendemain si, sous l'influence du traitement, on n'obtenait aucune amélioration, je pris congé de mon petit malade.

Quatre jours s'étant écoulés sans que j'eusse entendu parler de l'enfant, je crus que le traitement avait fait merveille, et loin de penser que le père et la mère fussent susceptibles de s'endormir à l'ombre du désespoir ou d'une illusion perfide, je me disposais à n'y plus songer.

Dans la nuit du 9 au 10, voici venir le père qui me prie instamment de me rendre en toute hâte auprès de son fils, me disant qu'il est perdu, qu'il étouffe, ne pouvant respirer.

Il est minuit, je suis au lit du malade qui est en proie à une anxiété extrême, copie vivante et fidèle de tous les symptômes énumérés à l'occasion du croup à sa troisième période; que me reste-t-il à faire? D'une part la mort est certaine si j'abandonne le malade aux efforts de la nature malheureusement trop bien

(1) Voy. ouvrage cité, p. 655. Dans cet article, M. Pétrequin conseille lui-même un nouveau procédé pour lier l'artère ischiatique.

reconnue impuissante en pareil cas; d'une autre part, je trouve comme résultat d'une pratique longue, savante et consciencieuse, l'opinion à la fois décourageante et affligeante de l'un de mes maîtres, M. le professeur Trousseau. J hésite, et cette hésitation est basée sur la crainte d'un insuccès, malheur d'autant plus grand, qu'il devait compromettre et même frapper d'une proscription sans appel une opération salutaire dans de meilleures conditions. Cependant le temps presse, la faiblesse du sujet qui s'oppose aux vomissemens provoqués par le tartre stibié, le sulfate de zinc et la titillation de la luette ne me laisse aucun espoir rationnel d'amélioration; l'asphyxie devient d'instant en instant plus imminente.

Il est deux heures du matin; la respiration n'est plus qu'un faible râle près de s'éteindre; privé des conseils et du concours obligeant de mon confrère et excellent ami M. le docteur Mousseau de Mauzé, que j'ai envoyé chercher en toute, hâte mais qui ne peut arriver que lorsque l'enfant ne sera plus qu'un cadavre, je me mets à l'œuvre.

Le malade, placé dans une position conforme aux préceptes de l'art, je fais à la peau et à l'aponévrose cervicale une incision qui commence à un centimètre au-dessous du cartilage cricoïde et qui se prolonge jusqu'au niveau du sternum. Au moyen de divisions successives et ménagées, j'opère l'écartement des muscles sterno hyoïdiens et sterno-thyroïdiens, et, fait remarquable à noter, j'arrive en face de la trachée artère sans hémorrhagie; une seule petite veine appartenant, je crois, au plexus thyroïdien, a été divisée et donne un peu de sang; le froissement de ce vaisseau, auquel j'imprime en même temps une légère torsion, arrête le flux sanguin. Les bouches béantes des vaisseaux capillaires, crispés au moyen d'une solution styptique, la trachée ne se trouve plus masquée par quoi que ce soit et l'accident si redouté par la plupart des praticiens qui ont écrit sur la trachéotomie se trouve éludé.

Au moment où j'allais accomplir le dernier et le plus facile temps de l'opération, j'ai eu à me demander si je n'opérais point sur un cadavre : en effet, au sentiment d'angoisse, auquel naguère le malade était en proie, avait succédé une telle suspension des fonctions sensoriales, une telle perte des facultés intellectuelles et affectives qu'aucun phénomène vital n'était venu pendant le cours de l'opération témoigner en faveur de la non extinction de son existence; pensant cependant que la mort pouvait n'être qu'apparente, je me décidai à ponctionner la trachée et à inciser quatre de ses anneaux cartilagineux; au moment où je retirai l'instrument une légère écume se présenta à la plaie; ce fut pour moi une lueur d'espérance. M'adressant alors aux moyens préconisés et mis en usage souvent avec succès dans les cas d'asphyxie, par défaut d'air respirable, j'en usai largement; grâce à tous ces moyens, grâce surtout à l'insufflation pulmonaire et à la sollicitation des mouvemens inspirateurs et expirateurs, j'ai bientôt eu la satisfaction de voir mon opéré dans les conditions ordinaires au sein desquelles se trouvent les malades en pareil cas; deux heures environ après l'incision trachéale, les forces du sujet s'étant relevées, ont eu lieu plusieurs vomissemens de matières glaireuses et pseudo-membraneuses. Dès lors, libre de la préoccupation de voir mon malade exposé à une asphyxie imminente, je dus songer à mettre tout en œuvre pour assurer un succès dont la trachéotomie venait d'être le prélude; l'ouverture de la trachée artère doit être maintenue béante; c'est la condition sine quâ non de réussite. Privé de sonde, je m'adresse au procédé du docteur Maslieurat Lagémard; à l'aide de ce procédé aussi simple qu'ingénieux, l'indication que je me propose est parfaitement remplie.

Après avoir placé mon malade dans une position convenable, lui avoir administré deux cuillerées de bouillon gras, qui parcouraient l'œsophage sans provoquer la moindre toux; après avoir recommandé à sa mère d'essuyer légèrement et avec le plus grand soin la plaie lorsqu'elle se recouvrirait de mucosités, je le laissai se livrer à un sommeil auquel il paraissait enclin, et dont il avait impérieusement besoin pour la réparation de ses forces épuisées.

Il est huit heures du matin, et je me retire, avec promesse de revoir mon malade le soir.

Le soir de l'opération, le malade est dans un état satisfaisant. Au moyen d'une petite éponge, fixée à l'extrémité d'une sonde en gomme élastique, préalablement trempée dans cette solution : nitrate d'argent, 2 décigrammes; eau distillée, 30 grammes, je touchai les parties de l'arrière-gorge, qui me parurent être le siége de l'affection croupale.

Le 11, même manœuvre de ma part, même état satisfaisant. Dans la nuit du 11 au 12, le malade a été plus agité que de coutume. Une sorte de sifflement vint déposer en faveur du nouvel obstacle à la respiration. Le même jour au soir, plus de doute possible, l'affection croupale est en voie de progrès; l'acte respiratoire s'effectue avec une difficulté toujours croissante.

Les yeux fascinés par le succès immédiat de l'opération, je m'étais jusqu'à cette heure endormi à l'ombre d'une sécurité perfide. Hélas! combien peu s'en fallut que je ne payasse de la vie de mon malade la négligence des préceptes de l'art! La trachéotomie dans le croup est, comme tout le monde le sait, une opération employée non comme but, mais comme moyen; la muqueuse des voies respiratoires est le siége d'une inflammation croupale; une sécrétion morbide et plastique obstrue le canal aérien dans l'un des points de son étendue; de là tous les symptômes de suffocation et d'asphyxie, une ouverture est pratiquée à ce canal au-dessous de l'obstacle; dès-lors la respiration se rétablit et les symptômes alarmans se dissipent. Mais jusque-là, qu'a-t-on fait contre le croup? Rien, absolument rien, et comme l'affection dont il s'agit n'est point du caractère de celles dont la nature, livrée à ses propres forces, triomphe aisément, l'on doit s'attendre à sa marche sans cesse envahissante.

Dans le cas qui fait le sujet de cette observation, j'étais d'autant plus coupable de négliger l'emploi des moyens préconisés pour la cure radicale du croup, qu'une fausse membrane extraite avec une pince ne me permettait pas de douter que la maladie eut envahi une portion au moins de la muqueuse située au-dessous de l'incision.

Ce fut donc fort tard et lorsque je vis s'éclipser tout espoir de salut que je m'adressai à l'écouvillonnement; après avoir confectionné un écouvillon d'éponge, je l imbibai d'une liqueur caustique composée de la manière suivante : nitrate d'argent, 1 gramme; eau distillée, 8 grammes; après quoi, l'ayant introduit par l'ouverture artificielle, je touchai à plusieurs reprises tous les points de la muqueuse qu'il me fut possible d'atteindre; par les mouvemens de haut en bas que je fis exécuter à l'écouvillon, j'obtins le décollement d'une assez notable quantité de fausses membranes, dont l'expulsion provoquée par la toux devint alors facile par la plaie et par la bouche; trois écouvillonnemens successifs ayant ramené la respiration à son type normal, je me retirai, laissant mon malade livré à un sommeil calme et réparateur; la nuit fut excellente; le lendemain, je pratiquai encore deux fois la manœuvre de la veille, et à partir de ce jour l'affection croupale complétement détruite, le retour à une santé parfaite a été rapide.

Sans vouloir donner à cette observation plus de valeur que n'en mérite un fait isolé, qu'il me soit permis de dire, me fondant un peu sur ma propre pratique et beaucoup sur celle de mes maîtres, que s'il est une méthode thérapeutique sainement jugée efficace, c'est à coup sûr la méthode substitutive préconisée dans le croup; si, à la trachéotomie, mon malade fut redevable de trois jours d'existence, c'est aux agens substitutifs de l'inflammation croupale qu'il doit la guérison d'une affection mortelle.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 MARS.

EMPOISONNEMENT PAR LE MERCURE.

M. Flandin lit, en son nom et celui de M. Danger, son collaborateur, un mémoire sur l'empoisonnement par le mercure.

C'est d'après le principe de l'appareil de Smithson, auquel ils ont fait subir quelques modifications, que MM. Flandin et Danger ont fait leurs recherches.

Voici le procédé qu'ils ont adopté; nous transcrivons leurs propres expressions :

Nous liquéfions à la température de 100° environ les matières animales par le tiers ou la moitié de leur poids d'acide sulfurique mono-hydraté, selon la méthode ordinaire. Cette liquéfaction opérée, ce qui n'exige qu'une heure et demie à deux heures au plus, nous retirons la capsule du feu et la laissons subir un certain degré de refroidissement. Alors, après avoir placé le vase au dessous d'une cheminée d'un bon tirage, pour garantir l'opérateur contre le dégagement des gaz, nous versons par fragmens, dans le liquide noir de la carbonisation, du chlorure de chaux saturé, en agitant le mélange avec une spatule de verre. Au fur et à mesure que la matière s'épaissit en blanchissant, on y ajoute de l'eau distillée qui favorise la dissolution du chlore, et l'on ne s'arrête dans cette manipulation que lorsqu'on a jugé à l'œil que le liquide à séparer par le filtre est presque incolore. La quantité de chlorure de chaux à employer sera toujours à très peu près dans le rapport de la proportion d'acide sulfurique nécessaire à la parfaite liquéfaction des matières animales. La matière blanchie et amenée à l'aspect d'une terre calcaire, on l'humecte intimement à froid avec de l'alcool absolu, on l'étend d'eau distillée et l'on filtre en lavant le précipité à diverses reprises. Si le liquide est trop abondant, on le concentre par évaporation; après quoi on le soumet dans l'appareil décrit à l'action d'un courant galvanique. Il nous a été démontré par l'expérience que le courant voltaïque favorisait la précipitation du mercure sur le fil d'or, et que, dans tous les cas au moins, elle avait l'avantage d'accélérer une opération qui, sans le concours de cette action, exigeait peut-être beaucoup de temps pour s'accomplir.

Le métal obtenu sur le conducteur électro-positif de la pile, il faut, pour enlever toute matière grasse, laver le fil d'or dans l'éther ou l'alcool bouillant, et le sécher avant de l'introduire dans le tube à réduction. Celui-ci devra être préparé et soufflé avec les précautions requises pour éviter l'humidité qui pourrait souiller le globule de mercure quelquefois extrêmement petit qu'il s'agit de rendre sensible aux yeux.

Ce procédé a déjà subi des épreuves propres à faire juger de sa valeur dans les cas d'empoisonnement. Il n'a fallu que 100 grammes de foie d'un animal empoisonné par le sublimé pour en retirer du mercure en quantité appréciable.

DIGESTION ET ASSIMILATION DES MATIÈRES SUCRÉES ET AMILOÏDES.

M. Mialhe lit un mémoire ayant pour titre: De la digestion et de l'assimilation des matières sucrées et amiloïdes.

L'auteur, après avoir rappelé ses précédentes recherches sur le diabète et les idées qu'il y exposait sur la digestion des substances sucrées et amiloïdes, rend compte aujourd'hui de ses récentes recherches sur le même sujet, qui confirment ses premiers travaux et qui renferment des résultats nouveaux.

Il est généralement admis, dit l'auteur : 1° que les substances albuminoïdes ne sont assimilables qu'à l'aide du suc gastrique qui, par son acide, gonfle ces matières azotées, et par sa *pepsine* en opère la liquéfaction, phénomène analogue à celui de la diastase sur l'amidon; 2° que les substances grasses deviennent assimilables par l'intervention de la bile. Mais, pour les matières féculentes

et sucrées, on ne sait encore rien de positif. C'est cette lacune que M. Mialhe s'est proposé de combler, et, par la découverte du *principe actif de la salive*, principe parfaitement semblable à la diastase et pouvant s'isoler comme elle, il se flatte d'avoir donné l'explication du phénomène de la transformation des substances amylacées cellulenses en matières saccharoïdes. Les faits nouveaux que présente M. Mialhe tendent à démontrer que toutes les substances hydrocarbonées de la famille des lignoïdes ne peuvent éprouver le phénomène de l'assimilation qu'autant qu'elles sont décomposables par les dissolutions alcalines faibles contenues dans les humeurs vitales; qu'elles y sont décomposables, soit immédiatement, comme la glucose, la dextrine et le sucre de lait, soit médiatement, comme le sucre de canne et l'amidon, qui doivent d'abord être transformés, dans l'économie animale, en glucose et en dextrine. Les matières hydrocarbonées, qui ne sont ni fermentescibles, ni décomposables par les acides faibles ou les alcalis étendus, tels que le ligneux et la mannite, échappent chez l'homme à l'action assimilatrice.

M. Mialhe s'est convaincu, par diverses expériences, que la transformation de l'amidon en glucose et dextrine était uniquement effectuée par la salive. Le principe actif de ce liquide est solide, blanc ou blanc grisâtre, amorphe, insoluble dans l'alcool, soluble dans l'eau. La solution aqueuse est insipide et neutre. Elle ne précipite point par le sous-acétate de plomb. Abandonnée à elle-même, elle s'altère promptement et devient acide. L'acide qui prend alors naissance est l'acide *butyrique* ou un acide très analogue.

Cet acide est sans action sur les substances azotées et sur les matières ternaires neutres; il exerce au contraire une action très extraordinaire sur l'amidon ou fécule. Mais il agit très différemment sur la fécule, suivant qu'elle est anhydre ou hydratée. Avec la fécule crue, il ne donne lieu à une certaine quantité de dextrine et de sucre d'amidon ou glucose que par une digestion de plusieurs jours. L'amidon broyé est promptement modifié par le principe salivaire; mais l'amidon gonflé par l'eau, à l'état d'empois, se transforme bien plus rapidement encore.

Cette propriété du principe salivaire doit, suivant M. Mialhe, être rapportée à la classe des réactions chimiques qui s'opèrent à l'aide des infiniment petits. Il exerce un pouvoir spécifique analogue à celui de la *diastase* ou principe actif de l'orge germé. La diastase est un principe azoté; il en est de même du principe de la salive. Une température de 100°, le tannin, la créosote annihilent l'action spécifique de la diastase sur la fécule. Ces agens produisent le même effet sur le ferment salivaire.

Ces faits et quelques autres que M. Mialhe rappelle militent en faveur de l'identité des deux principes. Il n'ose pas cependant résoudre encore la question. Il propose de donner au principe actif de la salive le nom de *diastase animale* ou *salivaire*, par opposition au principe actif de l'orge germé auquel il reserverait le nom de *diastase végétale* ou *amilaire*.

Pour obtenir la diastase animale, M. Mialhe indique le procédé suivant : filtrer la salive, puis la traiter par cinq ou six fois son poids d'alcool absolu. La diastase étant insoluble dans l'alcool se précipite en flocons blancs que l'on recueille sur un filtre. On la dessèche et on la renferme dans un flacon bien bouché.

La proportion de ce principe dans la salive de l'homme excède rarement 2 milligrammes, et c'est justement la proportion de diastase qui existe dans l'orge germé.

Les faits et les remarques qui précèdent, dit en terminant M. Mialhe, permettent de conclure que M. Dumas a reconnu le véritable caractère des phénomènes chimiques de la digestion en les rangeant au nombre des fermentations.

EFFETS DE LA VOLATILISATION DU ZINC.

M. A. Becquerel communique une note ayant pour titre : Sur les effets de la volatilisation du zinc dans les fonderies de cuivre, sur les personnes qui y sont soumises, soit dans des établissemens, soit dans leur voisinage. Cette note renferme un fait fort remarquable et propre à faire connaître les phénomènes morbides que peut déterminer chez l'homme le zinc volatilisé, phénomènes sur lesquels M. Blandet a récemment appelé l'attention. Voici ce fait :

Dans un quartier populeux et central de Paris, M. X... habite avec sa femme et deux ouvriers une boutique contiguë à une fonderie de cuivre, dans laquelle on emploie du zinc. La fonte a lieu deux fois la semaine; ce jour-là tous les habitans de la boutique sont malades. Madame X... est la plus malade des quatre; les accidens qu'elle éprouve sont de deux sortes : les uns n'ont lieu que les jours de fonte; les autres sont continus et sans interruption.

Chaque jour de fonte, elle éprouve vers le soir un frisson violent qui peut durer de trois quarts d'heure à une heure et qui s'accompagne d'un violent mal de tête. Bientôt au frisson succède une chaleur vive, une fièvre violente accompagnée d'un sentiment d'accablement, de courbature, de douleurs dans les membres. Enfin, dans la nuit, survient une sueur abondante qui semble être la crise; il ne reste que de la courbature.

Les accidens continus sont les suivans : Madame X... voit sa santé s'affaiblir depuis un an qu'elle habite dans cette boutique. Elle pâlit, maigrit, son teint est plus jaune; elle est presque constamment fatiguée, marche difficilement et sent souvent traîne les jambes avec peine. Aucun désordre local, aucune lésion ne peut rendre compte de cet état général.

M. Becquerel attribue ces accidens non au métal lui-même, comme le pense M. Blandet, mais à l'oxyde de zinc qui se forme, suivant toute apparence, sous l'influence de la haute température de la fonte. Cette opinion paraît d'autant plus probable à M. Becquerel qu'il existe un rapprochement curieux entre la nature des phénomènes éprouvés par les personnes soumises à l'action de la fonte et l'action thérapeutique sédative du système nerveux attribuée à l'oxyde de zinc.

L'OPIUM NON TOXIQUE POUR LES LAPINS.

M. Lafargue, de Saint-Emilion, communique à l'Académie un fait assez curieux qu'il a observé récemment. Le pavot indigène, loin d'être un poison pour le lapin, peut au contraire lui être donné comme aliment. Il a nourri successivement plusieurs lapins, pendant un temps assez long, avec les diverses parties du pavot, feuilles, tiges, fleurs, capsules, racines, etc.; ces animaux n'en ont éprouvé aucun effet narcotique, et loin d'en être incommodés ils se sont montrés au contraire plus vifs et ils ont engraissé rapidement.

M. Lafargue invoque ce fait comme une preuve nouvelle de l'imprudence qu'il y aurait, en toxicologie, à conclure des animaux à l'homme.

— M. Fourcault adresse une lettre tendant à montrer la nécessité de se livrer à des expériences sur les moyens de prévenir le développement de la rage pendant la durée de l'incubation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

TEXTURE MICROSCOPIQUE DU TUBERCULE.

M. Rochoux lit, à l'occasion du procès-verbal, une note sur l'étude microscopique des productions accidentelles. Après avoir critiqué la manière vicieuse dont on procède en général à l'examen des produits morbides, tels que le cancer ou le tubercule, que l'on prend toujours à une période trop avancée de développement et de décomposition, M. Rochoux s'exprime ainsi : si, au lieu de cela, on soumet au microscope le tubercule tout à fait commençant, on le voit présenter la forme d'une production arrondie, globuleuse, mal circonscrite, ayant de 0,15 à 0,20 de millimètre de diamètre, noyée en quelque sorte au milieu du tissu pulmonaire, constamment sain, qui l'entoure. A cet état, on ne peut l'en isoler, l'en extraire sans enlever, en les rompant, de nombreux filamens, débris de tissus pulmonaires, de vaisseaux et de nerfs qui forment autour d'elle une sorte de *tomentum*, de duvet. Sa couleur, qui plus tard deviendra d'un blanc mat grisâtre, est alors celle de la gélatine, ayant une teinte ou un reflet rosé d'autant plus prononcé que le tubercule est plus petit. Si, après l'avoir coupée en deux, on se contente, comme je l'avais d'abord fait, d'examiner la surface de la section avec un grossissement de 40 à 50 diamètres, le tissu morbide paraît homogène, comme de la gelée ou de la gomme prête à se durcir. Mais sous un grossissement de 500 ou 600 diamètres, il offre un tout autre aspect. On reconnaît alors qu'il est formé par l'entrecroisement de filamens presque aussi fins que ceux du tissu cellulaire, et ne contenant aucun liquide apparent dans leurs interstices; leur mode de texture est assez régulier, et rappelle à un certain point celui du cristallin. La coupe de la tumeur qu'ils constituent offre une couleur orangé très pâle, ayant un reflet comme métallique.

LOCALISATION DE LA PAROLE.

M. Belhomme (candidat à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie) lit un travail ayant pour titre : De la localisation de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau.

Il reprend dans ce travail l'examen de la localisation de la faculté du langage dans les lobes antérieurs du cerveau, qu'il a déjà entrepris précédemment, et il rapporte six observations nouvelles qui viennent à l'appui de cette opinion, que dans cette partie du cerveau se trouve le principe législateur de la parole. Il insiste principalement, dans les réflexions qui accompagnent ces observations, sur la distinction à faire de l'altération de la parole par rapport à l'affection cérébrale elle-même; dans les maladies graves de cet organe, la parole est toujours plus ou moins altérée; mais le signe le plus manifeste de la lésion des lobes antérieurs consiste dans l'interruption brusque de la mémoire des mots, qui ne permet plus de parler ou de gouverner la parole.

Il termine par les conclusions suivantes :

1° L'altération de la faculté du langage dépend soit d'une affection cérébrale, soit d'une lésion des organes de communication entre le cerveau et les appareils destinés à l'articulation des mots.

2° La perte subite de la parole dépend d'une lésion hémorrhagique ou autre de l'un et surtout des deux lobes cérébraux antérieurs.

3° Il faut se garder de confondre les phénomènes convulsifs et paralytiques qui altèrent le langage avec la perte subite de la mémoire des mots, et, par suite, de la difficulté de parler.

4° Dans l'affection ou la destruction partielle des lobes antérieurs du cerveau la parole est tranchée subitement, et ce n'est que plus tard, lorsqu'il s'est formé une cicatrice dans le cerveau, que l'organe reprend plus ou moins ses fonctions premières.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Ferrus, Pariset et Prus. Un membre demandant l'adjonction d'un anatomiste, M. J. Cloquet est adjoint à cette commission.)

ENTÉROGRAPHIE.

M. Reybard (de Lyon) commence la lecture d'une note relative aux expériences d'entérographie, qui ont été l'objet d'un rapport fait, au nom d'une commission, par M. Jobert (de Lamballe), dans la séance du 3 juillet dernier. Après avoir rappelé en quelques mots l'état de la question, M. Reybard s'exprime à peu près en ces termes :

Je viens protester aujourd'hui contre les conclusions d'un rapport qui n'a pas été sincère... (L'orateur est interrompu par des murmures et de vives réclamations. Il est interpellé par les membres du bureau. Plusieurs membres, croyant ne pas avoir bien saisi le sens de ce passage, en redemandent une seconde lecture. M. Reybard répète cette dernière phrase et est interrompu aussitôt par les réclamations presque unanimes de l'assemblée. M. le président lui retire la parole. M. Reybard quitte la tribune et sort de la salle.)

M. P. Dubois demande la parole pour une motion d'ordre. La détermination que vient de prendre l'Académie à l'égard de M. Reybard lui semble un peu sévère. M. Reybard est, ainsi que personne ne l'ignore, un homme de valeur. Il s'est mépris, sans doute, en venant protester contre les conclusions d'un rapport, adoptées par l'Académie. Mais ne pouvait-on pas, au lieu de lui retirer la parole, l'inviter à passer outre sur la partie polémique de son travail et à continuer sa communication ?

M. Dubois (d'Amiens) : J'ai demandé à l'instant à M. Reybard quelles étaient ses intentions. Il m'a dit qu'il désirait soumettre de nouveau ses expériences à l'examen de l'Académie et qu'il demandait de nouveaux juges. Je lui ai répondu que cela n'était pas possible.

M. Bégin : Ce que M. Reybard est venu nous lire n'est point un travail nouveau, mais une réclamation. L'Académie ne devait pas l'entendre. (L'ordre du jour.)

L'ordre du jour est réclamé de toutes parts et adopté.

SOLIDITÉ LES OS.

M. Chassaignac (candidat) est appelé pour une lecture. Il lit un mémoire ayant pour titre : De la solidité des os, de leur mode de résistance aux violences extérieures. Voici le résumé et les conclusions de ce travail :

1° Les différens mécanismes d'après lesquels les violences extérieures triomphent de la cohésion du tissu osseux sont les suivans : 1° l'arrachement ou élongation ; 2° l'incurvation ; 3° l'écrasement ; 4° la torsion.

2° Dans un os qu'une violence extérieure tend à courber, les fibres de la convexité s'allongent, celles de la concavité se raccourcissent ; mais entre les fibres allongées et les fibres raccourcies, il en est d'intermédiaires qui conservent leur longueur normale tant que la courbure se maintient dans certaines limites.

3° Les os longs, ayant presque tous la forme du prisme à trois pans, reconnaissent les conditions générales de solidité du prisme triangulaire.

4° Un prisme triangulaire, chargé sur une de ses arêtes, résiste beaucoup plus que quand il est chargé sur une de ses faces. La proportion est de 1 à 1,712 millions, c'est-à-dire que la différence de résistance est considérable.

5° Le tibia présente une résistance plus grande quand on cherche à le faire éclater par une de ses faces, moindre quand on le fait éclater par un de ses bords.

6° L'arête la plus résistante des prismes osseux est celle vers laquelle les causes extérieures tendent le plus habituellement à produire la rupture.

7° Les os sont disposés de manière que les plus violens efforts qu'ils aient habituellement à soutenir cherchent à les briser dans le sens de leur plus grande résistance.

8° D'après l'ensemble de la configuration des os, il est presqu'impossible qu'il y ait jamais parallélisme entre la direction des puissances fracturantes et celles des fibres osseuses.

9° Les apophyses des extrémités des os longs, se continuant presque toutes avec l'une des crêtes du prisme osseux triangulaire, forment comme la base d'une longue pyramide, adossée à la tige centrale de l'os, et prennent en quelque sorte racine dans le corps de ce dernier, ce qui leur donne une grande solidité.

10° Dans les violences qui s'exercent parallèlement à la longueur des membres, le principe de la décomposition des forces s'applique non seulement à la contiguïté des os, mais encore à leur continuité.

11° Les caractères du col anatomique des os, considéré comme concourant à la décomposion des forces fracturantes, caractères qui n'ont pas encore été formulés d'une manière générale, doivent être admis au nombre de cinq et sont : 1° de présenter un rétrécissement plus prononcé qu'en aucun autre point de l'os dont ils font partie ; 2° de siéger immédiatement au-dessous d'une surface articulaire ; 3° d'occuper constamment celle des extrémités de l'os qui est la plus rapprochée du tronc ; 4° d'offrir une incidence plus ou moins oblique sur le corps de l'os ; 5° de ne supporter l'insertion d'aucun muscle entre le col et la surface articulaire qu'il soutient.

12° La diminution de solidité dans les parties les plus minces des os longs est compensée par la compacité plus grande du tissu osseux dans ces parties.

13° Les os longs, tordus à la fois sur leur axe et sur leur diamètre, se rapprochent de la forme spiroïde, ce qui devient pour eux un élément de résistance, soit aux pressions verticales, soit aux causes d'allongement, et les rapproche des ressorts en spirale.

14° Il y a une époque de la vie à laquelle l'os atteint un maximum de solidité ; au-delà de cette époque, la solidité va toujours en diminuant.

15° La fragilité des os dans la vieillesse ne dépend nullement, comme on l'a avancé, de la présence de la matière adipeuse dans leur tissu.

16° Trois causes déterminent la friabilité des os dans la vieillesse : 1° la résorption interstitielle du tissu osseux ; 2° la prédominance relative du phosphate calcaire pendant un certain laps de temps ; 3° et une période encore plus extrême, la résorption partielle du phosphate calcaire lui-même, dernière cause qui n'avait pas encore été signalée.

Le bureau désigne pour l'examen de ce travail MM. Thillaye, Gerdy et Velpeau.

FISTULE URÉTRALE GUÉRIE PAR AUTOPLASTIE.

M. Jobert (de Lamballe) communique l'observation suivante de fistule urétrale, guérie par autoplastie :

Amable Duviviez, âgé de 37 ans, de Lille, chapelier, entra dans le service de M. Jobert, le 1er novembre 1843, pour y être traité d'une fistule urétrale dont il était atteint depuis quatre ans.

Ce malade rapporte que sa fistule survint à la suite d'une rétention d'urine causée par la fatigue, rétention qui avait nécessité l'emploi du cathétérisme. Les parties génitales devinrent tout à coup très volumineuses, très enflammées ; le canal de l'urètre se rompit, et une fistule s'établit à la racine de la verge, immédiatement en avant du scrotum.

Quatre ans après ces accidens, il vint à Paris, entra dans un hôpital, où il séjourna pendant deux mois. On ne tenta aucune opération. En retournant dans son pays, il contracta la syphilis (chancres, bubons, puis éruption de syphilides papuleuses). Il revint alors à Paris, et fut admis à l'hôpital St-Louis (1er novembre 1843).

La fistule, que nous avons dit avoir son siége à la racine de la verge, immédiatement en avant du scrotum, avait deux centimètres et demi d'étendue suivant la direction du canal, et un centimètre de largeur. Toute l'urine s'écoulait par cette ouverture, au fond de laquelle on voyait distinctement le canal de l'urètre ; une sonde pénétrait facilement par le méat urinaire et dans toute la longueur du canal, qui n'avait éprouvé aucun rétrécissement.

Le malade fut immédiatement soumis à un traitement antisyphilitique. Au bout de vingt jours, une première urétroplastie fut faite au moyen d'un lambeau emprunté au scrotum ; le deuxième jour, les fils coupèrent la peau et le lambeau se détacha.

Peu de temps après, M. Jobert tenta l'application d'un nouveau lambeau, taillé cette fois aux dépens de la région inguinale gauche. Du quatrième au cinquième jour, la peau fut encore coupée par les fils et le lambeau se détacha ; la réunion par seconde intention ayant également échoué, le lambeau se rétracta vers sa base, et se réduisit à l'état d'un petit tubercule, qu'on remarque à gauche du scrotum.

Cependant, par suite du traitement mercuriel, les taches syphilitiques avaient complètement disparu ; et vers la fin de mars 1844, une troisième opération fut tentée ; elle fut pratiquée de la manière suivante :

Après avoir avivé les bords de la fistule urétrale, et excisé en dédolant la peau du pourtour de son orifice dans une étendue de 5 millimètres, deux incisions parallèles à l'axe de la verge furent faites de chaque côté de cet orifice, et prolongées dans l'épaisseur du scrotum dans une étendue de 4 à 5 centimètres, de façon à comprendre entre elles un lambeau cutané large de 3 ou 4 centimètres ; le lambeau, disséqué jusqu'à sa base, fut appliqué de bas en haut sur l'orifice fistuleux, et y fut placé de façon à mettre son bord libre en contact avec le point le plus élevé de la fistule. Toute la périphérie du lambeau fut ensuite exactement réunie par la suture entrecoupée au pourtour de l'orifice fistuleux. Une sonde de moyen calibre avait été d'abord introduite dans l'urètre ; une légère compression fut établie sur le lambeau dans le but de le tenir exactement appliqué. Toute trace d'infection syphilitique ayant disparu, l'adhésion fut presque complète ; la réunion se fit dans les 5/6 du pourtour de la fistule : il resta un pertuis latéral de la capacité d'un gros stylet, par lequel l'urine continua à s'écouler. On tenta à plusieurs reprises d'en obtenir l'oblitération, en avivant les bords et en réunissant par la suture entortillée : ces premières tentatives furent sans succès.

Au mois de janvier 1845, l'orifice fistuleux existait encore ; il admettait l'extrémité d'un stylet de trousse ordinaire, et lorsque le malade urinait, le liquide s'écoulait en jet délié, de la grosseur d'une soie de sanglier.

Au commencement de février, M. Jobert tenta une nouvelle suture qui fut la dernière ; l'opération consista dans l'avivement des bords indurés du trajet fistuleux, et l'application de deux points de suture entortillée : les épingles restèrent en place pendant trois jours ; lorsqu'elles furent enlevées, il ne restait qu'un petit pertuis à peine perceptible que les progrès de la cicatrisation et des cautérisations avec le nitrate d'argent finirent par oblitérer complètement.

Aujourd'hui 30 mars, l'urine a cessé depuis huit jours de s'échapper par la fistule ; les corps caverneux et le gland ont repris leur volume et leur forme ; la peau de la verge présente la trace des cicatrices qui circonscrivent le lambeau ; la verge n'est ni tiraillée ni déviée ; la cicatrice ne gêne en rien l'érection.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Guide du médecin praticien, ou résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquée ; par le docteur Valleix. — tome v, continuation des maladies des voies digestives. — Paris, 1845. Chez Lenormant et Pagnerre, rue de Seine.

En rendant compte, dans un des précédens numéros, des quatre premiers volumes de cette publication, nous avons dit qu'elle nous semblait destinée à représenter les doctrines de ceux d'entre nous qui, plaçant toute la science dans l'observation et repoussant les secours de la théorie, de l'induction ou raisonnement et de l'imagination, ont cru assurer les progrès de la science en soumettant à toute la sévérité de la méthode nu-

mérique les travaux destinés à l'éclairer. Les doutes que nous avons émis, non seulement sur l'utilité, mais même sur la possibilité de l'application en grand de cette méthode à toutes les parties des études médicales, ont été appuyés sur l'examen de l'ouvrage que l'on avait annoncé comme le modèle ou le type des travaux réellement scientifiques opérés d'après cette méthode. Ensuite, nous avons parcouru sommairement les quatre premiers volumes et nous avons signalé, sur quelques-uns des points les plus importans, la manière de voir de l'auteur et l'influence de la méthode qu'il a adoptée. Nous allons suivre la même marche dans l'examen du cinquième qui est sous nos yeux.

Ce volume contient la suite des maladies des voies digestives, c'est-à-dire celles de l'estomac et des intestins, sujet immense si l'on considère tous les travaux dont ces affections ont été l'objet depuis un demi-siècle, et bien étroit et réellement bien triste quand on voit l'inutilité de la plupart de ces travaux et les contradictions sans nombre, non seulement entre les opinions des différens auteurs, mais entre celles des mêmes hommes à des époques différentes de leur existence. Si, en effet, nous exceptons un petit nombre d'ouvrages presque tous récens, nous en trouverons peu, parmi ceux dont les maladies du tube digestif font le sujet, où la critique actuelle ne trouvât beaucoup à redire, et M. Valleix lui-même n'a peut-être rien avancé de plus vrai que ce qu'il dit de cette époque, malgré les liens intimes qui unissent l'école numérique à l'école organique. « Il y a quelques années, il n'était bruit que des affections inflammatoires de l'estomac. Les travaux publiés à cette époque ont répandu une foule d'idées erronées et ont jeté la plus grande confusion dans la description des maladies gastriques. » Cette assertion de l'auteur du GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN est appliquable, non seulement aux écrits des adeptes de l'école physiologique, mais encore, et à des degrés différens, à tous les ouvrages publiés à la même époque, et même, jusqu'à un certain point, à un grand nombre de ceux qui le sont aujourd'hui, et où l'on trouve une foule de croyances erronées dont l'origine est facile à reconnaître. C'est à la critique à combattre ces erreurs, qui se perpétueront longtemps encore; c'est aussi ce qu'entreprend M. Valleix, qui, dans cette lutte, n'épargne même pas ses meilleurs amis. Et cependant, nous nous empressons de le dire, sa critique n'a pas porté aussi loin encore que nous l'aurions désiré et qu'il pouvait le faire; car, soit conviction de sa part, soit pour tout autre motif, il a conservé encore beaucoup de ménagemens pour certaines erreurs qu'il eût dû chercher à faire disparaître complètement.

Nous allons trouver une preuve de ce que nous avançons au mot *Gastrite.*

L'auteur n'ignore pas que plusieurs pathologistes recommandables déclarent n'avoir jamais observé de cas de gastrite simple spontanée ou primitive, et lui-même paraît n'en avoir recueilli qu'un seul, dont il affirme l'exactitude; il rejette tous les cas de gastrite publiés par les auteurs de l'époque indiquée, en faisant remarquer que, depuis cette époque, depuis que le diagnostic est plus sûr et que les observations sont recueillies d'une manière plus complète, on n'a point cité de faits semblables: « Nous reconnaîtrons, dit-il, que, jusqu'à nouvel ordre, il faut conserver des doutes sur ces faits incomplets et insuffisans. » Cependant il a réuni 17 faits qu'il croit pouvoir garantir comme des cas de gastrite, bien que dans aucun l'autopsie n'ait pu être faite, et cherche à établir l'histoire de la gastrite d'après ces 17 faits. Or, voici le résultat de cette étude :

1° Les causes de la gastrite sont entièrement inconnues. L'observation, aidée même de la statistique, n'a pu rien apprendre sur les causes prédisposantes et occasionnelles.

2° Les symptômes essentiels se réduisent, pour M. Valleix, aux trois suivans : douleur épigastrique à la pression, vomissement bilieux et mouvement fébrile rarement intense. Or, est-il aujourd'hui un seul pathologiste qui, sur l'observation de ces trois symptômes qu'on peut rapporter à tant d'états morbides divers, osât diagnostiquer une gastrite?

3° La terminaison en est constamment heureuse.

4° Les lésions organiques en sont complètement inconnues.

5° Le résumé sommaire du traitement comprend les moyens suivans : émissions sanguines, vomitifs dans des cas particuliers, purgatifs, narcotiques, boissons émollientes ou acidules.

Nous le demandons, est-il possible de reconnaître une maladie réelle, caractérisée, dans les élémens vagues que nous venons de reproduire très exactement? L'auteur lui-même n'a pu se faire illusion sur ce point, et malgré les circonlocutions et les précautions oratoires dont il accompagne les coups portés à l'opinion de ceux qui croient à la gastrite simple et spontanée, nous concluons de son travail que cet état morbide n'existe pas ou est excessivement rare, ce qui, du reste, est conforme à notre observation personnelle.

Nous trouvons le même embarras de l'auteur sur divers points du volume, mais nulle part plus prononcé qu'à l'occasion de la gastrite chronique ou du ramollissement de l'estomac. Il accorde bien avec Hunter et M. Carswell que cette dernière lésion peut être souvent le résultat d'une simple action chimique après la mort; mais il voudrait aussi que l'on reconnût avec M. Louis (en 1827) l'existence d'un état morbide réel qui se confondrait, d'une part, avec la gastrite chonigoe, et, de l'autre, avec le ramollissemet gélatiniforme de la muqueuse gastrique et dont dans tous les cas le ramollissement de la muqueuse de l'estomac serait le caractère anatomique. Nous ne chercherons pas à montrer combien cette opinion mixte est vague et laisse à désirer; l'auteur paraît même partager notre avis; car il semble s'excuser en affirmant que tel est réellement l'état actuel de la science sur ce point et que M. Louis lui-même, après une analyse très exacte et très détaillée des faits qu'il a recueillis à ce sujet, et après avoir apprécié avec soin les symptômes et les lésions, est resté dans le doute sur ce point important. D'abord il avait cru pouvoir se prononcer en faveur de la nature inflammatoire de la lésion qu'il a décrite sous le nom de *ramollissement avec amincissement*; puis l'examen d'un certain nombre de cas observés principalement dans le cours de la fièvre typhoïde, est venu faire naître des doutes dans son esprit, au point qu'après avoir, dans la deuxième édition des RECHERCHES SUR LA PHTHISIE, fait remarquer toutes les raisons qui parlaient en faveur de la nature inflammatoire de la maladie, il ajoute : « Cependant les raisons nombreuses que j'ai exposées ailleurs rendent cette interprétation peu vraisemblable, et il est permis de croire que, dans un certain nombre de cas, le ramollissement dont il s'agit semble résulter d'une action chimique dont les conditions toutefois sont encore indéterminées. »

Nous regrettons que l'auteur avant d'écrire cet article où il croit poser l'état actuel de la science sur ce point se soit contenté d'étudier cette question dans les travaux d'un seul pathologiste. La littérature médicale fourmille depuis dix ou quinze ans de faits et de recherches propres à éclairer cette discussion, et il nous suffira de citer à nos lecteurs les noms de MM. Taylor, Imlach, Wilkinson-King, Crisp, Blondlot et Bouchut (1) pour leur rappeler les progrès qu'a faits cette partie importante de la science et dont on ne tient pas un compte suffisant dans la plupart des ouvrages qui se publient chaque jour autour de nous.

Nous nous sommes arrêtés trop longtemps sur ces deux points pour que nous puissions suivre la même marche dans l'examen de la fin du volume. La plupart des autres maladies dont il est question offrent beaucoup moins de prise à la discussion; nous nous bornerons à les signaler en quelques mots. Nous trouvons donc successivement la gastrite ulcéreuse, la perforation, la rupture et la dilatation de l'estomac, puis le cancer de l'estomac, la gastralgie, l'indigestion, la polydipsie, la gastro-entérite, le choléra-morbus sporadique et épidémique, l'entérorrhagie, la dysenterie, et enfin quelques autres altérations de l'intestin, telles que l'invagination, la perforation, le rétrécissement, le cancer, etc. La fièvre typhoïde ne fait pas partie de ces maladies : l'auteur la décrira après les fièvres exanthémateuses. Ce rapprochement nous semble d'un bon augure; nous souhaitons que l'auteur l'appuie sur des faits bien étudiés et sur des preuves plus solides que toutes celles qui ont été apportées jusqu'ici à l'appui de ce rapprochement.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR LES BLESSURES; OBSERVATION; par M. le docteur LEROUX (de Rennes). In-8° de 59 pages. Paris, 1844, chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Cet opuscule est un travail entièrement de circonstance. Appelé comme témoin à déposer dans une affaire criminelle, l'auteur eut occasion de soutenir devant la justice ce principe que « il faut en médecine légale distinguer les blessures mortelles par elles-mêmes, par leur nature intrinsèque, de celles qui n'acquièrent ce caractère que par des circonstances hors d'elles-mêmes, par des complications, par des sur-causes. » Cette maxime n'est guère contestée; mais, dans l'espèce (pour employer ici le langage du palais), il paraît que le témoin-médecin eût à supporter plus d'une contradiction de la part des magistrats et de la part des experts. Après le débat terminé, il a voulu rendre le public juge de la cause, et c'est à ce sentiment fort louable en soi que nous devons la présente publication. On comprendra que n'ayant ici à nous prononcer d'aucune manière, nous ne pouvons, à notre grand regret, reproduire les traits piquans dont M. Leroux poursuit ses adversaires. Le fait seul qui servit de

(1) Voy. GAZ. MÉD., 1837, p. 390; 1839, p. 365; 1842, p. 346; 1844, p. 13; 123; 1845.

texte au procès peut importer à connaître. En voici les principales circonstances.

Obs. — Un homme, âgé de 37 ans, fut frappé par son père de deux coups de couteau dans la partie supérieure du dos. M. Leroux, appelé douze heures environ après l'accident, le trouva sans altération des traits, le pouls calme, naturel, avec une petite toux qui lui était habituelle auparavant, n'expectorant que quelques mucosités blanches et sans trace de sang alors comme par la suite. Les deux plaies, linéaires, de 2 à 3 centimètres, ne saignaient point, ne laissaient pas échapper une bulle d'air; il n'y avait au pourtour ni ecchymose ni emphysème. Rien ne paraissait donc grave dans ces blessures. Mais l'état antérieur du sujet ajoutait ici une complication des plus sérieuses. M. Leroux, qui lui donnait des soins depuis nombre d'années, avait reconnu chez lui des symptômes annonçant positivement l'existence d'une lésion chronique du côté droit de la poitrine. Matité, absence de tout bruit respiratoire, petite toux continuelle, coloration des pommettes, légers mouvemens fébriles, tels avaient été les signes par lui constatés. Mais le malade, malgré ses instances, avait toujours refusé de se soumettre à un traitement méthodique.

M. Leroux, en examinant le blessé à l'occasion de son nouvel accident, reconnut du côté de la poitrine les mêmes phénomènes et porta le même diagnostic que précédemment. Les plaies se comportèrent comme des solutions de continuité simples, et le neuvième jour elles étaient guéries sans qu'aucun signe spécial eût pu faire soupçonner qu'elles fussent pénétrantes. Le lendemain, le blessé se lève; frissons; un peu de douleur se développe autour de la plaie du côté droit (diète, sangsues, vésicatoire). Amélioration; cependant un abcès se forme dans ce lieu. Le vingt-quatrième jour de l'accident, une incision fait sortir trois ou quatre cuillerées de pus blanc, épais, crémeux de bonne nature. Le médecin « espérant que l'inflammation du foyer de cet abcès a pu activer celle de la plèvre, en hâter la suppuration, et qu'une ouverture de cette membrane donnerait issue à l'épanchement thoracique, pour ménager à la nature cette voie de guérison qu'il pronostique, introduit dans la profondeur du foyer de l'abcès une mèche de linge enduit de cérat. » Quatre jours après, une grande quantité de matière séro-purulente, légèrement teinte en rouge, fait irruption par la plaie. Soulagement marqué; mais au bout de deux jours frissons, fièvre, toux fréquente, puis faiblesse extrême, crachats visqueux, gluans, sanguinolens, sueurs abondantes, dévoiement; enfin mort le quarante-deuxième jour de l'accident.

Autopsie. — Amaigrissement extrême; traces d'inflammation avec suppuration dans le foyer purulent de la plaie du côté droit; épanchement de plus d'un litre de matière séro-purulente rougeâtre dans le côté droit de la poitrine; poumon aux deux tiers flétri, réduit à une sorte de membrane et refoulé vers le haut de la poitrine; adhérence des deux plèvres par de longues et fortes fausses membranes. Point de trace d'affection tuberculeuse, à première vue.

En présence de ces faits, M. Leroux n'a pas hésité à attribuer en grande partie la mort du blessé, non à des plaies entièrement insignifiantes en elles-mêmes, mais à la maladie chronique préexistante. « La plaie, dit-il, ravivant un foyer de maladie mortelle, a hâté, précipité la mort du blessé. Cependant par sa nature intrinsèque, cette blessure était sans danger par elle-même; elle était cicatrisée le neuvième jour, et elle n'a eu un résultat funeste que par une complication, par sur-cause; et l'ouverture de l'empyème qu'elle a occasionée est un effet secondaire qui a eu le résultat que pouvait avoir l'opération faite par l'art. »

Ce système d'interprétation n'a pas prévalu devant le jury. Les blessures, présentées par un médecin-expert comme ayant *vraisemblablement* été pénétrantes dès le principe, ont été considérées à ce titre comme causes de la mort. En conséquence, l'auteur des blessures, le père de la victime, a été condamné aux travaux forcés à perpétuité.

Nous n'avons pas ici, on le comprend bien, à juger ce jugement, à nous prononcer entre les opinions divergentes de deux hommes de l'art que nous devons supposer tous les deux également instruits, également consciencieux. Quelque probable que nous semble l'explication de M. Leroux, il ne faut pas oublier que nous n'avons ici pour documens que ceux qu'il a fournis lui-même. Or même en supposant qu'il ait recueilli exactement tous les détails, en supposant que les manœuvres et pansemens faits par lui aient été parfaitement rationnels et sans influence aucune sur la terminaison fatale, nous ne saurions prendre sur nous de donner ici une approbation qui deviendrait un blâme formel pour celui dont nous ne pouvons peser les raisons et entendre le témoignage. Sans doute, en matière scientifique, il est bien permis, répétant un mot fameux, de s'écrier: *quand le jury a prononcé, tout n'est pas fini!* Mais au moins, pour continuer la discussion, serait-il indispensable d'avoir en main les pièces des deux parties adverses. M. Leroux nous excusera donc de demeurer ici simples rapporteurs. Il nous saura surtout bon gré de ne point reproduire quelques réflexions chagrines, échappées sans doute dans un moment d'humeur à son amour-propre blessé, mais dont, sans avoir à en désavouer le fond, il regrette peut-être lui-même aujourd'hui la forme un peu acerbe. Il nous dispensera enfin de partager l'opinion qu'il exprime contre les experts-jurés permanens; cette institution, comme toutes les places à vie, a ses inconvéniens, ses abus inévitables; mais, par la spécialité des connaissances qu'elle exige et qu'elle contribue à perfectionner, elle donne à la justice et aux intérêts des citoyens des garanties que nulle autre organisation ne saurait assurer.

ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE POUR 1845, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1844, et les formules des médicamens nouveaux, suivi d'un MÉMOIRE SUR LA DIGESTION DES CORPS GRAS, par MM. BOUCHARDAT et SANDRAS; par le docteur A. BOUCHARDAT, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu. — 300 pages in-32. Paris, 1845.

Cette petite publication continue de paraître avec sa régularité ordinaire, et, malgré un grand nombre de répétitions inévitables, peut-être offre-t-elle plus de nouveautés que celles des deux ou trois dernières années. Nous indiquerons brièvement quelques-unes des principales recherches qui y sont contenues, renvoyant, pour les détails, aux articles mêmes consacrés à la description de ces recherches dans le dernier volume de la GAZETTE MÉDICALE.

Les chimistes ne cessent de demander à toutes les substances douées de quelque énergie les élémens ou les principes de leurs propriétés. Plusieurs communications sur la digitaline permettent presque d'affirmer que cette substance représente exactement toutes les propriétés de la digitale, qu'elle pourra être employée avec succès dans toutes les maladies où la digitale est administrée, et que le médecin pourra connaître rigoureusement la quantité des principes actifs qu'il emploie.

M. Bouchardat rapporte plusieurs des formes sous lesquelles on peut convenablement administrer ce produit. Il en fait autant à l'occasion de l'acide valérianique et de ses sels, qui commencent à être employés, mais dont le prix élevé doit restreindre longtemps encore l'usage dans la pratique particulière.

Cette année l'auteur a fait, dans cet opuscule, une part plus large à la critique que celle qu'il lui avait accordée les années précédentes. Ainsi, sans nier le mérite et l'utilité de l'emploi des purgatifs dans le traitement de la fièvre typhoïde, avec M. Crozant, sans repousser l'arsenic qu'emploie M. Boudin contre les fièvres intermittentes, cependant il combat ce que les assertions de ces deux médecins ont peut-être d'exagéré et signale quelques-unes des erreurs fâcheuses dans lesquelles des hommes moins habiles qu'eux pourraient se laisser entraîner en suivant la même direction. Malgré cette amélioration, nous pensons que la part de la critique pourrait être encore plus grande, ce qui ajouterait encore à la valeur de ce petit ouvrage auquel nous souhaitons tout le succès possible. Nous prévenons toutefois les praticiens de ne pas prendre à la lettre toutes les assertions relatives à l'action de certains médicamens qui ont besoin d'avoir été employés par plusieurs mains et dans des contrées différentes pour qu'on admette sérieusement toute l'efficacité qui leur est attribuée.

Nous avons parcouru avec intérêt à la fin du volume la suite des recherches de MM. Bouchardat et Sandras sur la digestion des corps gras et les considérations générales qu'ils en ont déduites pour le traitement des diverses affections, telles que le rachitisme, le diabète (glucosurie), les calculs biliaires. Il faut attendre maintenant que la pratique ait sanctionné ces résultats théoriques.

Avant de fermer le volume de M. Bouchardat, nous avons encore une amélioration à lui conseiller, à laquelle nous attachons beaucoup d'importance et qui ne lui coûterait ni peine ni dépenses notables; ce serait qu'il eût le soin d'indiquer exactement à chaque formule, à chaque mention de quelque médicament, la source où il en a puisé la connaissance. Cette légère addition doublerait à nos yeux le prix des matériaux qu'il emploie. Les détails dans lesquels il entre sur les propriétés et le mode d'action et d'administration des médicamens ne sont pas assez étendus pour que le lecteur n'éprouve souvent le désir de plus amples informations, et conséquemment de la source où il pourrait les puiser.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES POINTS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA TROMPE D'EUSTACHI ET DE LA SURDITÉ QUI PEUT EN RÉSULTER; par M. Bonnafont, chirurgien-major, correspondant de l'Académie de médecine, etc.

Il semble, quand on a lu les ouvrages de Saissy, de Sunders, de Buchanan, d'Itard, de MM. Deleau et Kramer, sur le cathétérisme de la trompe d'Eustachi et de différentes affections qui peuvent établir leur siége sur cette portion de l'appareil de l'ouïe, que tout a été fait et que le jeune chirurgien qui ose aborder le point épineux de la pathologie n'a qu'à se laisser conduire par les avis de ces praticiens, d'ailleurs fort célèbres. Il n'en est pourtant point ainsi, et ceux qui, comme nous, se sont livrés à l'étude un peu spéciale des maladies qui affligent l'organe de l'audition n'ont pas tardé à remarquer les immenses lacunes qui existent dans cette branche si intéressante et si importante de l'art de guérir. Pénétré de l'idée que nous avions d'ailleurs entendu souvent exprimer à quelques professeurs de la Faculté sur la négligence avec laquelle étaient traitées les maladies des oreilles et la possibilité de reculer les limites de leur traitement, nous avons, autant que les circonstances nous l'ont permis, consacré nos veilles à l'étude de l'anatomie et de la physiologie de cet appareil, et plus tard à celle non moins difficile et surtout bien moins avancée de ses maladies et du traitement qui leur convient. Si nos travaux et nos recherches ne nous ont pas encore entièrement satisfait, nous pouvons dès aujourd'hui annoncer que les résultats que nous avons obtenus sont assez complets pour nous faire espérer que les recherches auxquelles nous nous sommes livré reculeront un peu les limites si restreintes de la thérapeutique des cophoses.

Nous nous proposons de traiter successivement de toutes les maladies qui affectent l'appareil de l'audition; mais ne désirant soumettre au jugement de l'Académie que les résultats qui auront reçu la sanction du temps et de l'expérience, nous allons commencer aujourd'hui par passer en revue la trompe d'Eustachi, les différentes affections dont elle peut être le siège et les moyens que la thérapeutique peut leur opposer.

Depuis la découverte de la trompe d'Eustachi et celle non moins importante de la possibilité d'y conduire une sonde, le cathétérisme de ce tube est de tous les moyens thérapeutiques celui qui a fixé plus particulièrement l'attention des chirurgiens. On conçoit en effet que la facilité d'introduire dans une cavité aussi éloignée et aussi cachée que la caisse du tympan une médication immédiate dut séduire à un haut degré les chirurgiens les plus rapprochés de l'époque de cette heureuse invention et les cris d'enthousiasme que quelques-uns d'entre eux laissèrent échapper trouvent suffisamment leur excuse dans les quelques succès qui couronnèrent leurs tentatives. Comme toutes les opérations dont les avantages ont été publiés avec un succès trop exclusif, le cathétérisme de la trompe a eu ses phases de faveur et de discrédit, et ce n'est réellement que par les travaux d'Itard, de Saissy, de MM. Deleau et Kramer, que les chances

Feuilleton.

STATISTIQUE DU PERSONNEL MÉDICAL EN FRANCE ET DANS QUELQUES AUTRES CONTRÉES DE L'EUROPE, avec une carte figurative du nombre des médecins comparé à la population; par Lucas Championnière, docteur en médecine, etc. (1).

Les médecins sont régis par une loi où les non-sens, les omissions graves, les contradictions sont des plus évidentes, loi usée, décrépite, nullement en rapport avec nos idées, avec nos besoins et l'état actuel de la société. Voilà ce qui est connu, ce qui est vrai, ce qui est avoué de tout le monde. Mais comment changer en mieux ce funeste état des choses? Tel est le point difficile, la question dont on voudrait trouver la pleine et entière solution. Ce serait certainement se tromper de chercher ces améliorations dans de prétendus ouvrages sur *l'orgasation médicale*, où des faits mal appréciés, des idées confuses, des principes sans base, des projets inapplicables prouvent qu'on ignore ce qui a été, ce qui est, le possible et le faisable. A vrai dire, de pareils ouvrages ne sont que de l'inexpérience par chapitres. L'élément principal y manque; c'est une statistique, exacte autant que possible, non seulement du nombre des médecins et des officiers de santé, mais de leur position, de leur dissémination, de leur agglomération dans le royaume. C'est ce travail nécessaire, utile, que vient d'exécuter M. Lucas Championnière, d'après de nombreux et authentiques documens. Notre confrère a donc rendu un véritable service à la profession, en l'éclairant sur un point essentiel. On pourra de cette manière en connaître, en sonder les plaies; on pourra comprendre les échecs qu'éprouvent sa noblesse, sa dignité, la grandeur de sa mission. Tous, nous voudrions y voir un sacerdoce, et le malheur des temps en fait souvent une détestable industrie.

L'ouvrage de M. Lucas Championnière se compose de deux parties qui, quoique distinctes, ont cependant d'intimes rapports; car l'une découle pour ainsi dire immédiatement de l'autre. Comme le chiffre, surtout en certaines matières, est la racine de toute démonstration, l'auteur a d'abord fait la Statistique médicale. Elle se compose de tableaux « qui non seulement font connaître le chiffre de la population médicale dans chaque département, mais qui signalent encore les rapports de cette population avec celle de tout le royaume. » Ces tableaux, au nombre de quinze, représentent, en effet, le nombre des médecins, leur rapport avec la population sous les aspects les plus variés comme les plus importans à connaître. Une chose digne de remarque, c'est que le nombre des médecins pris dans sa totalité n'est pas aussi considérable qu'on le croit ordinairement; il ne s'élève pas à vingt mille pour toute la France, nombre à la vérité passablement formidable; car ce qui surabonde est bien près de vicier. Toutefois, ce nombre complique moins le problème que la disproportion des médecins,

(1) Un vol. in-8°. Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine.

de cette opération ont été appréciées à leur juste valeur. Le cathétérisme de la trompe est donc depuis longtemps un fait acquis à la chirurgie, et comme toutes les autres opérations il est susceptible de subir des modifications plus ou moins heureuses et surtout plus ou moins utiles.

ANATOMIE.

La trompe d'Eustachi est un canal qui, ouvert à ses deux bouts, unit le pharynx à la caisse du tympan, introduit l'air atmosphérique dans cette dernière et sert aussi à maintenir dans un équilibre nécessaire à la transmission des sons la membrane du tympan. Ce conduit se compose de deux parties bien distinctes quoique continues, l'une, plus interne, cartilagineuse, et l'autre, plus externe, osseuse.

La partie cartilagineuse plus large et évasée à son extrémité interne se termine par un bourrelet très saillant et forme l'embouchure de la trompe; tandis que son autre extrémité qui se continue avec la portion osseuse jusqu'à la caisse est beaucoup plus étroite. Cette portion représente donc assez bien un cône dont le sommet est tourné en haut et en dehors, tandis que sa base est tournée en dedans et en bas. Elle est formée par deux cartilages triangulaires de volume inégal. Le plus petit, situé en dedans, uni par sa pointe à la portion osseuse et par sa base à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, donne attache au muscle péristaphylin externe; l'autre, plus considérable, s'attache aussi par son sommet au tube osseux de la trompe et forme par sa base qui est libre la partie interne du pavillon de cette trompe et fournit un point d'attache au péristaphylin interne.

Cette portion cartilagineuse qui occupe les deux tiers environ de la longueur de la trompe n'a pas partout les mêmes dimensions; après plusieurs expériences, j'ai trouvé que la moyenne de son calibre était à son embouchure de 5 millim. de diamètre de haut en bas et de 4 d'avant en arrière;

A 1 centimètre de profondeur 4 millimètres de haut en bas et 3 transversalement;

A 16 millimètres de profondeur, 3 de haut en bas et 1 seulement d'avant en arrière.

Après cette profondeur la trompe, d'ovale qu'elle était, prend une forme triangulaire dont le côté interne le plus large est formé par la portion cartilagineuse très dure et inextensible, tandis que les deux côtés externes formés par un tissu fibreux et aponévrotique peuvent se prêter à une légère dilatation.

Bientôt la trompe cesse d'être cartilagineuse et s'engage dans un conduit osseux creusé en grande partie dans l'épaisseur du temporal, entre le rocher et la portion squammeuse, au-dessus du canal carotidien. Cette seconde portion de la trompe, dite *portion osseuse*, diminue tout à coup de calibre, prend une forme alongée de haut en bas et de dehors en dedans et n'a plus, vers sa partie moyenne, qu'un millimètre et demi dans sa plus grande dimension et trois quarts de millimètre transversalement; inutile d'ajouter que dans cette partie les parois ne sauraient se prêter à la plus légère dilatation. Cette partie étroite n'a pas plus de 6 millim. d'étendue; après quoi la trompe s'élargit de nouveau au fur et à mesure qu'elle approche de la caisse où son orifice, de forme ovalaire, a 4 millim. de haut en bas et 3 transversalement. La trompe ne forme donc pas, comme le disent les anatomistes, un cône à base large et évasée à son extrémité gutturale et dont le sommet plus étroit se confond avec la caisse du tympan. Nos dissections nous ont démontré qu'elle se compose de deux cônes inégaux en dimension dont la base correspond l'une à la voûte gutturale et l'autre au tympan, tandis que leur sommet se touchent dans la réunion de la portion cartilagineuse et osseuse en formant une espèce de col.

Ces considérations anatomiques, qui paraîtront peut-être un peu minutieuses, sont de la plus haute importance pour guider la main de l'opérateur soit que, dans le traitement des cophoses, il ait besoin d'agir sur la trompe pour y détruire la cause du mal, ou bien qu'il se serve de ce tube que comme d'un moyen de diriger dans la caisse une médication quelconque.

Tous les auteurs s'accordent à donner à la trompe 2 pouces de longueur. Après en avoir mesuré un très grand nombre, nous avons trouvé que la moyenne était chez l'homme de 38 millim. et chez la femme de 36. Si on porte la mensuration au de là de l'orifice externe, on trouve 43 millimètres jusqu'à la chaîne des osselets et 50 jusqu'aux cellules mastoïdiennes. J'ai pris ces mesures afin de répondre à une assertion de M. Kramer (TRAITÉ DES MALADIES DE L'OREILLE, p. 196) qui prétend que si un stylet est introduit par la trompe jusqu'à la caisse son extrémité va frapper directement la membrane du tympan. Après avoir répété plus de cent fois cette expérience sur le cadavre, nous avons toujours observé que le stylet se dirigeait vers la cellule mastoïdienne, en passant derrière le tendon réfléchi du muscle interne du marteau (ou pétro-malléal) et de la longue branche de l'enclume. Cette disposition anatomique qui a été omise est cependant d'une grande importance pratique puisque dans le traitement par les injections des maladies de l'oreille moyenne, elle nous explique pourquoi les injections liquides ont été si souvent nuisibles, tandis que celles administrées sous forme de gaz lui ont été bien préférables. M. Deleau qui le premier a fait subir cette substitution à la thérapeutique des cophoses a rendu un service que tous ceux qui se livrent à l'étude des maladies de l'oreille doivent hautement reconnaître.

Il est facile de concevoir que lorsqu'une injection aqueuse est poussée avec assez de force pour pénétrer jusqu'à la caisse, le liquide suivra en ligne droite la direction qui lui aura été imprimée par la trompe. Cette direction étant celle que nous venons de donner, le liquide ira droit, après avoir saturé la caisse, s'infiltrer dans les cellules mastoïdiennes; on comprend maintenant, une fois qu'un liquide quelconque est parvenu dans les cellules, les désordres qui peuvent résulter de son séjour que les nombreuses sinuosités de ces cellules doivent rendre toujours fort long. Les expériences que nous avons faites sur le cadavre ont justifié nos prévisions.

La trompe est tapissée dans toute son étendue par une membrane muqueuse qui se continue avec celle du pharynx. Epaisse à l'embouchure de ce tube où elle forme un bourrelet très sensible, elle s'amincit au fur et à mesure qu'elle s'engage davantage dans son intérieur, et où, dans la portion osseuse, elle est réduite à un feuillet si mince qu'elle semble appartenir bien plutôt au genre séreux qu'à une muqueuse. Dans l'intérieur de la caisse, elle est encore bien plus réduite, car il est presque impossible de la séparer des os qu'elle tapisse. Les auteurs, à qui cette disposition anatomique n'a pas échappé, n'en ont pas déduit cependant toutes les considérations physiologiques qui paraissent s'y rattacher.

Si on examine avec soin la nature de la sécrétion fournie par la mu-

---

c'est-à-dire leur rareté ou leur agglomération excessive dans certaines localités. « Ainsi les proportions, dit l'auteur, entre la population et le personnel médical varient presque dans chaque département. Bien qu'en moyenne, il y ait 1 médecin sur 1810 habitans, on voit qu'en général ce nombre est plus élevé; il varie pour toute la France de 662 à 5274, c'est-à-dire qu'il y a près de huit fois plus de médecins dans le département de la Seine que dans celui du Morbihan. » Quant aux officiers de santé, leur nombre est considérable, puisqu'il s'élève à 8,088, c'est-à-dire qu'il y a 4 officiers de santé pour 5 docteurs environ; et, comme l'observe très bien l'auteur, un pareil chiffre doit faire réfléchir sur la suppression du titre d'officier de santé. Il est certain que cette suppression demande infiniment de prévoyance et de ménagemens. On a beau dire qu'il n'y a pas de demi-malades, il ne saurait y avoir de demi-médecins, que le malade des campagnes mérite autant de soin quand il est malade que celui des villes, il n'en est pas moins vrai qu'en exigeant d'un jeune docteur de longues et pénibles études, en le forçant d'avancer un capital d'argent considérable, très difficilement il se résoudra à aller dans des localités où certes il ne trouvera aucun dédommagement de ses sacrifices, où rien ne répondra à ses goûts et à ses besoins de l'intelligence. Dès lors, les habitans de ces localités resteront-ils sans secours? Il résulte encore de cette statistique, que le département de la Seine est celui qui présente la plus forte proportion de population médicale, et, comme le dit M. Lucas Championnière, « il était facile de prévoir ce résultat. » Des diverses considérations de statistique qui ont précédé, l'auteur croit devoir tirer les conclusions suivantes: 1° que le nombre des praticiens en France est de 18,800, ce qui, sur la population totale, donne 1,810 individus pour chaque médecin; 2° que ces médecins sont répartis d'une manière très inégale sur le territoire, etc; 3° qu'une foule de causes peuvent nécessiter, dans les différentes localités, un personnel médical plus ou moins nombreux, mais que souvent il est impossible d'expliquer pourquoi les médecins abondent dans certains lieux, pourquoi ils sont rares dans quelques autres; 4° que le nombre des officiers de santé forme environ les quatre cinquièmes de celui des docteurs; que ce nombre tend à diminuer chaque année; 5° que les officiers de santé fixent rarement leur demeure dans les chefs-lieux de département et même d'arrondissement; 6° que le nombre des médecins qui pratiquent leur art en France est aujourd'hui (en égard à la population) exactement le même qu'en 1830, et qu'il n'a augmenté ni diminué depuis cette époque; 7° que le personnel médical de la marine et de l'armée se compose de 1,788 médecins ou chirurgiens, c'est-à-dire d'un médecin sur 225 hommes; 8° que dans l'espace de neuf années (1835 à 1843), les facultés et les jurys médicaux ont reçu 4,774 docteurs et 2,616 officiers de santé; 9° que le personnel médical de plusieurs nations étrangères est, dans ses rapports avec les populations, dans des proportions à peu près semblables à celles de la France, etc.; 10° enfin, que le nombre des médecins est en général plus considérable dans les pays chauds que dans les pays froids.

A ces différentes considérations de statistique se rattache une carte *figurative* très bien faite qui indique, par des endroits *obscurs* et *clairs*, les pays où le nombre des médecins est plus ou moins grand, et les rapports de ce nombre avec la population.

Mais nous l'avons dit, M. Lucas Championnière ne se renferme pas dans des recherches de statistique médicale, et il faut l'en féliciter; il se livre dans la se-

queuse qui tapisse la trompe ainsi que l'oreille moyenne on trouve que depuis son ouverture pharyngienne jusqu'à la portion osseuse le produit est à peu près semblable au mucus des fosses nasales et pharyngiennes, tandis qu'à partir de la portion osseuse jusque dans tout l'intérieur de la caisse le liquide sécrété est clair, limpide et ressemble bien plus à un produit des membranes séreuses qu'à celui qui est formé par des cryptes muqueux. S'il en était autrement, l'oreille formerait une grande exception aux conditions essentielles qu'on rencontre dans toutes les cavités qui contiennent des organes mobiles. Ces conditions, comme on s'accorde à le reconnaître, sont : 1° la présence d'une membrane mince qui la tapisse; 2° la sécrétion d'un liquide transparent et séreux qui facilite le glissement des organes. L'intégrité des fonctions de ces organes exige si impérieusement celle de cette sécrétion, que lorsqu'elle est supprimée ou seulement suspendue, des adhérences ne tardent pas à se former. Si, au contraire, par suite d'une altération de la tunique cette sécrétion est rendue plus épaisse, il y aura aussitôt difficulté dans les mouvemens et perversité dans la fonction correspondante. Or si des conditions pareilles sont indispensables au mouvement d'organes d'un certain volume, combien ne deviennent-elles pas plus indipensables aux fonctions d'un appareil aussi délicat que celui qui est contenu dans l'oreille moyenne? Conçoit-on que les mouvemens si délicats de la chaîne des osselets eussent pu s'exécuter librement au milieu d'un produit visqueux et gluant comme l'est presque toujours celui sécrété par les membranes muqueuses? A quoi peut tenir cette différence de sécrétion dans une si faible distance de la membrane qui tapisse ces parties? probablement à la même cause qui sépare les propriétés vitales de la pituitaire d'avec celles de la muqueuse buccale et pharyngienne quoiqu'il y ait cependant continuité de tissu dans la membrane qui tapisse ces diverses parties. Ne voit-on pas d'ailleurs dans cette différence des propriétés de la muqueuse que tapisse la portion cartilagineuse de la trompe d'avec celle de la partie osseuse et de la caisse, une des admirables prévoyances que la nature a mises dans tout ce qui compose notre organisme? S'il en eût été autrement, comment l'oreille moyenne aurait-elle pu se débarrasser des mucosités épaisses qu'on rencontre toujours à l'embouchure de la trompe? Peut-on admettre raisonnablement que la portion osseuse dont le diamètre ne dépasse pas celui du conduit de Sténon pourrait suffire à son libre écoulement? cela serait, et comment admettre la présence dans la caisse d'un fluide aussi épais sans que le mécanisme si délicat et si important de la chaîne des osselets n'en fût point dérangé ou rendu plus ou moins défectueux? Et la membrane du tympan placée entre deux milieux de densité si inégale pourrait-elle alors être sensible à l'impression des ondes sonores? Cette disproportion de densité entre les fluides contenus dans la caisse et l'air du conduit auditif externe ne détruit-elle pas la condition essentielle et indispensable à celle des vibrations de la membrane qui est la densité égale du milieu? Les variations d'ailleurs si nombreuses auxquelles sont exposées les sécrétions des muqueuses n'auraient-elles pas occasioné de trop fréquentes perturbations dans la transmission des sons à travers la caisse du tympan?

Maintenant, si on veut rapprocher les usages des produits muqueux de la trompe et de ceux de la caisse, nous les trouvons en tous points analogues à ceux des fluides auxquels nous les comparons : pour ceux de la trompe, l'action de modérer l'impression des corps étrangers qui passent continuellement par les cavités buccales, pharyngiennes et nasales, tandis que ceux de la caisse ont, comme tous les produits séreux, pour fonction de diminuer le frottement, de rendre les mouvemens plus faciles et de s'opposer à la formation des adhérences.

Notre opinion trouve un argument plus concluant en sa faveur dans la conformation même de la trompe. Sa portion osseuse rétrécie, qui ressemble à un col, ne pourrait-elle pas avoir pour usage, tout en permettant la communication de la caisse avec le pharynx, de mettre la première à l'abri du contact de l'air et des corps qui pourraient s'y introduire et surtout de la protéger contre l'action des nombreuses variations de l'atmosphère auxquelles la gorge est si exposée?

La délicatesse et la grande susceptibilité des petits organes contenus dans le tympan avaient besoin, pour l'harmonie de la fonction à laquelle ils concourent d'une manière si puissante, d'un milieu dont la température fût toujours égale; et c'est probablement afin que l'air atmosphérique, indispensable à l'audition, ne fût pas renouvelé trop brusquement et que la température de celui contenu dans la caisse n'en éprouvât que peu ou point de changement, que la trompe d'Enstachi est ainsi conformée. On comprend que si le calibre de ce tube eût été partout égal à celui de son orifice, l'air, se précipitant sans obstacle dans l'oreille moyenne, eût infailliblement exposé cette partie aux mêmes affections dont l'arrière-bouche est si fréquemment le siége.

Les maladies de la gorge peuvent bien se propager sur la muqueuse qui tapisse la portion cartilagineuse de la trompe; mais ce n'est qu'après bien du temps et plusieurs récidives qu'elles peuvent arriver jusqu'à l'oreille moyenne. Si les choses se passaient autrement, et si chaque fois que la gorge est enflammée, l'inflammation se propageait jusqu'à la caisse, l'obstruction qui résulterait du plus léger engorgement de la muqueuse dans la portion osseuse, qui est si étroite, et la perversion, ainsi que la stagnation des liquides dans la caisse, qui en seraient nécessairement la conséquence, entraîneraient presque toujours la cophose ou tout au moins la dysécée.

Il est fâcheux que les médecins otistes n'aient pas dirigé leur attention sur cette différence que nous signalons le premier, et qu'en parlant des engouemens fréquens de la trompe et de la caisse du tympan, ils n'aient pas cherché à connaître la nature des fluides épanchés. Il est bien vrai qu'on ne meurt pas d'une inflammation d'oreille; mais, comme nous l'avons observé, cette affection se rencontrant quelquefois à la suite d'autres maladies graves qui occasionnent la mort, depuis longtemps les autopsies auraient pu fournir assez de faits pour éclairer ce point important de pathologie, dont on conçoit maintenant toute l'importance pour l'emploi des moyens thérapeutiques.

M. Kramer prétend que les affections de la caisse ne sauraient être séparées de celles de la trompe, et que, lors même que la théorie y découvrirait quelque différence, elle n'aurait aucune portée sur les moyens thérapeutiques. Eh quoi! parce que la médecine est pauvre en moyens curatifs, s'ensuit-il qu'on doive s'abstenir de toute investigation pour étendre, si nos moyens le permettent, nos connaissances sur le diagnostic des maladies de l'oreille? Nous avons peine à concevoir qu'une pareille idée ait été émise par un praticien aussi distingué que M. Kramer. Où en serait la pathologie en général si, dans le nombre si varié des affections organiques, celle du poumon, par exemple, les médecins avaient reculé devant l'étude si pénible et si laborieuse des signes et des symptômes appartenant à chacune d'elles, uniquement parce que la thérapeutique leur refu-

---

conde partie de son ouvrage à d'excellentes considérations sur le charlatanisme et sur la manière dont il est réprimé, sur la responsabilité médicale, sur les moyens de faire exécuter les lois actuelles, enfin sur les commissions départementales, les conseils de discipline, etc. Tous ces objets, la plupart traités à fond et avec mesure, prouvent que l'auteur possède une parfaite connaissance de l'état actuel de la profession. Le chapitre de la responsabilité médicale nous a paru surtout fait avec un soin tout particulier, rempli de faits importans, d'idées justes, fondées sur l'expérience et le bon sens. Sans nier le moins du monde que les médecins sous certains rapports ne soient soumis au droit commun, à l'article 1382 du Code pénal, l'auteur démontre qu'il est une infinité d'autres cas où l'on fait peser sur eux une injuste responsabilité, où les magistrats les plus éclairés ne peuvent prononcer, cette responsabilité étant toute morale, véritablement fondée sur des difficultés à peu près insolubles. « Des juges, dit-il, qui n'ont pas la moindre notion des sciences médicales vont prononcer sur des questions qui resteraient indécises pour les médecins les plus expérimentés, etc. » Delà ces odieuses demandes de dommages et intérêts qui presque toujours sont le résultat de l'ingratitude et de la cupidité. « Et remarquez, dit encore l'auteur, que dans ce conflit les parties ne combattent point à armes égales. Le blessé apporte sa jambe ou son bras mutilé. Le fait est patent, un malheur irréparable l'a frappé. La sympathie du juge lui est acquise; celle du public ne lui fait pas défaut : c'est au médecin à prouver au tribunal, ému par un douloureux spectacle, que tous les efforts de l'art ne pouvaient prévenir une telle calamité. Or quels argumens prévaudront contre l'éloquence muette de la douleur et des infirmités, alors surtout qu'on s'adrese à des juges qui partagent les erreurs, les préjugés et l'ignorance des assistans à l'égard de la profession médicale? »

M. Lucas Championnière n'admet point les conseils de discipline, et il a raison dans son point de vue; il voudrait néanmoins qu'on établît des commissions départementales de médecins ; » spécialement chargées d'entrer en rapport avec toutes les personnes exerçant l'art de guerir, de constater leur position et leurs rapports avec la population, de rechercher les causes de leurs souffrances, de transmettre leurs plaintes à l'autorité..., d'avertir l'autorité supérieure des abus qui se glissent dans l'art de guérir...; enfin, c'est à elles que s'adresserait tout médecin qui, au sortir des écoles, voudrait s'enquérir d'un lieu favorable au choix de son domicile. » Nous le demandons : qu'est-ce autre chose ici que des chambres de discipline, tout cela n'est dans le fond qu'une dispute de mots, et il est très facile de s'entendre sur les moyens quand on est d'accord sur le but. Or, ce but je crois l'avoir résumé par ce grand principe de toute association : *soutenir* et *contenir*. Toujours est-il que cette latitude, cette grande liberté d'action actuelle, est fatale à la considération de la profession. Aussi qu'arrive-t-il? Les charlatans, ces odieux frelons de la ruche médicale, qui butinent toujours et ne travaillent jamais, s'accommodent très bien de cet ordre de choses; d'une part, l'insuffisance des lois existantes, et, de l'autre, souvent leur inexécution. Tous les gouvernemens ont compris la nécessité d'y remédier, parce que tous ont compris qu'il fallait absolument résister à la cupidité de ceux qui exploitent la crédulité publique et à la sottise de ceux qui sont exploités. Quelle triste perspective, d'ailleurs, pour les médecins honnêtes qui, ayant l'intelligente harmonie des *devoirs* comme des *droits*, se maintiennent dans la stricte ligne tracée par

sait de les guérir? Il faut convenir que si les sciences médicales ne nous habituaient à établir le diagnostic des maladies qu'autant que nous pourrions y appliquer une médication dont le succès serait certain, l'étude en serait malheureusement très bornée, et les Laënnec, les Corvisart, les Broussais, les Bouilland, les Bertin, etc., auraient pu se dispenser de consacrer tant de veilles pour nous apprendre à distinguer les nombreuses lésions du poumon, du cœur et du péricarde. Quelle est la différence de traitement entre une affection tuberculeuse du poumon qui est à l'état aigu et celle du parenchyme de cet organe? Et pourtant, n'y a-t-il pas des volumes écrits pour établir le diagnostic différentiel de ces deux affections? Par toutes ces raisons, nous nous sommes décidé à dépasser, si cela est possible, les limites fixées par M. Kramer, en cherchant à isoler les affections de la caisse du tympan de celles qui peuvent affecter la trompe d'Eustachi, et, contre l'opinion de ce praticien, nous pensons que si la médecine auriculaire parvient à établir les signes différentiels des affections qui s'y développent tôt ou tard, il s'échappera de cette distinction quelques rayons qui viendront jeter un peu plus de clarté sur la pratique encore si ténébreuse des maladies de l'oreille.

Quel que soit l'accueil que recevra cette subdivision des maladies de l'oreille, nous n'hésitons pas à l'admettre et à la proclamer dans l'intérêt du diagnostic et surtout du traitement des cophoses. Les praticiens jugeront si les faits que nous en avons déduits et qui nous paraissent s'y rattacher d'une manière toute spéciale sont suffisans pour lui mériter l'importance que nous y attachons.

Il est un fait généralement reconnu, et que nous devons invoquer en faveur de l'opinion que nous osons émettre contre celles qui ont été professées jusqu'à ce jour. C'est que depuis quelques années les progrès de la médecine n'ont été signalés que par les efforts que les hommes de l'art n'ont cessé de faire pour localiser davantage les affections, non seulement dans un ensemble d'organes, mais encore dans les tissus d'un seul organe. La médecine pratique, convaincue des immenses services qu'elle retire tous les jours et à chaque instant des travaux qui ont en pour but de nous faire connaître les diverses altérations des tissus, ne peut plus marcher aujourd'hui sans être précédée du flambeau que lui prête l'anatomie pathologique. Si les bornes que nous nous sommes prescrites dans ce travail nous permettaient de donner plus de développement à l'idée qui découle naturellement du besoin que la science éprouve d'approfondir davantage la connaissance des changemens morbides qui s'opèrent dans nos tissus, nous y trouverions l'origine et la tendance qui, depuis quelque temps, entraîne les médecins, et les chirurgiens surtout, vers l'étude et la pratique plus spéciale des maladies et des opérations qu'elles réclament. Mais un sujet pareil, trop important à l'époque actuelle pour être seulement mentionné, ne saurait trouver place dans un simple mémoire. Nous nous proposons d'y revenir un peu plus tard.

Nous diviserons donc les maladies de la trompe: 1° en celles qui siégent sur la portion cartilagineuse et dont l'existence se lie un peu à celles du pharynx, dont elles ne sont souvent que la conséquence; 2° en celles qui se développent dans la portion osseuse et qui coïncident presque toujours avec celles de l'intérieur de la caisse du tympan.

MALADIES DE LA PORTION CARTILAGINEUSE DE LA TROMPE.

Comme tous les conduits tapissés par une membrane muqueuse, cette portion de la trompe est sujette à devenir le siége de toutes les altérations organiques dont ce tissu est susceptible. Elle ne saurait ici faire exception à la loi générale de l'organisme.

INFLAMMATION.

Comme nous l'avons dit, l'inflammation de la portion cartilagineuse de la trompe coïncide souvent avec celle du pharynx, dont elle n'est que la continuation; comme elle aussi, elle peut revêtir le type aigu et le type chronique.

INFLAMMATION AIGUE.

Elle s'annonce par une douleur vive et piquante dans l'arrière-bouche, un besoin fréquent d'avaler qui résulte de la titillation continuelle qu'exerce sur la muqueuse pharyngienne le mucus anormal qui s'échappe de cette partie de la trompe enflammée. Un sentiment de chaleur se propage dans l'intérieur de la caisse, où il produit un bourdonnement qui n'est point douloureux et qui ressemble beaucoup à celui qu'on éprouve en appliquant le plat de la main sur une oreille saine; il paraît être le résultat de la raréfaction de l'air de la caisse résultant de l'inflammation de la trompe. Ce bourdonnement, dont il est très important d'apprécier le caractère, peut donner, par les nombreuses variations qu'il éprouve, celles que subit la phlegmasie qui le produit.

Tant que l'inflammation n'a pas déterminé l'engorgement de la muqueuse au point d'oblitérer le conduit, il ne peut y avoir surdité; mais il y a toujours, à cause de la raréfaction d'air dont nous avons parlé et du bourdonnement qui en résulte, une perturbation dans l'ouïe. Tous les sons arrivent bien à l'oreille; mais la nature des milieux qu'ils doivent traverser, ayant éprouvé quelques modifications, il y aura confusion plus ou moins grande dans leur perception.

Si l'engorgement de la muqueuse produit l'oblitération de la trompe, les accidens seront bien autrement graves; car non seulement il y aura nécessairement surdité; mais les liquides qui s'échappent continuellement de la caisse, ne trouvant plus d'issue par la trompe, s'accumuleront dans l'oreille moyenne et y séjourneront jusqu'à ce que le conduit de la trompe soit rétabli, ou bien, pressant de tous côtés la peau de la caisse, ils finiront par se faire jour au dehors par la portion qui offrira le moins de résistance. Ce point sera, comme on le prévoit, la membrane du tympan. Toutefois, nous devons dire ici par anticipation que l'épanchement survenu, comme dans ce cas, par un simple obstacle de la trompe, et sans que le liquide ait éprouvé aucune altération dans sa nature, il est rare qu'il produise la déchirure du tympan. La quantité qui en peut être absorbée exsude à travers une ouverture très petite qui existe au point où la corde du tympan s'engage dans la caisse. et qui n'est fermée que par un peu de tissu cellulaire. Nous devons ajouter que cet accident doit être peu fréquemment la conséquence de l'inflammation idiopathique de la portion cartilagineuse de la trompe; parce que son oblitération, par le fait seul de l'engorgement, arrive rarement au point de s'opposer au passage d'un liquide aussi limpide que celui qui lubréfie l'intérieur de la caisse. Cet engorgement étant d'ailleurs, comme tous les autres, soumis à des

---

l'honneur et la conscience; mais ils ne recueillent que de tristes moissons. Beaucoup de labeurs, beaucoup de soucis, d'angoisses pendant la force de l'âge, aucune ressource au déclin de la vie. « L'officier public, dit M. Lucas Championnière, se démet et vend sa charge quand il sent le besoin du repos; l'employé du gouvernement a droit à sa retraite; le commerçant réalise et suppute ses richesses; mais pour le médecin, il n'est pour lui ni repos, ni retraite, ni fortune. Jeune ou vieux, valide ou impotent, il entend une voix impérieuse, celle de la nécessité, qui lui crie: marche et poursuis ton labeur, car la misère est à ta porte, et si tu t'assieds un instant, elle pénètre dans tes foyers! » Il est malheureusement de pleine évidence que les associations de prévoyance ne peuvent remédier à tant de maux, et par l'insuffisance de leurs ressources et par leur petit nombre. Tant qu'une organisation fondamentale n'aura pas lieu, les malheurs, les abus, les contradictions flagrantes continueront, et la profession avilie sera traînée sur la claie du charlatanisme. Il faut aller à la racine du mal pour le détruire. On a beaucoup fait pour l'enseignement de la médecine, aussi est-il florissant; mais convient-il de s'arrêter-là? le temps, les faits, l'expérience ont démontré le contraire. Toutefois les améliorations ne sont utiles, ne sont même réalisables que quand on suit une bonne direction. Elle est toute tracée sous bien des rapports dans l'ouvrage de M. Lucas Championnière, et on le consultera toujours avec fruit. On trouvera, en effet, dans son livre, des documens précieux, variés, étendus, une statistique faite avec soin et intelligence, des vues sages et justes, enfin cet ensemble de preuves que la logique, l'arithmétique et le bon sens fournissent à un esprit éclairé, judicieux qui veut le bien et enseigne hautement les moyens de le faire.

E. P.

— M. Leroy-d'Etiolles commencera son cours public et gratuit d'*urologie* le mercredi 30 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École de médecine pratique.

Ce cours comprendra l'étude des affections calculeuses, des angusties ou rétrécissemens, des maladies de la prostate, la lithotritie et la cystotomie.

— Cours d'anatomie et de physiologie pathologiques. — M. Pigné, conservateur du Musée-Dupuytren, commencera ce cours le mardi 15 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivans.

S'adresser, pour avoir des cartes d'admission, à Mme veuve Hildebrant, libraire à l'Ecole pratique.

— Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens, recueil d'observations, suivies de considérations pratiques, sur les maladies qui ont été traitées dans cet hôpital; par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, lauréat de l'Institut, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. — Huitième livraison, contenant trois planches coloriées, accompagnées du texte explicatif et descriptif. Prix: 6 fr.

La neuvième livraison paraîtra dans un mois; l'ouvrage complet aura de 18 à 20 livraisons.

Paris, chez Just Rouvier, libraire-éditeur, 8, rue de l'Ecole-de-Médecine.

tensions et à des relâchemens plus ou moins fréquens et plus ou moins sensibles, permettra presque toujours aux mucosités situées au delà de s'évacuer un peu par le conduit. C'est à ces alternatives qu'il faut rapporter les changemens quelquefois si subits qu'éprouve l'ouïe dans le courant de cette affection. Ainsi, lorsque la caisse du tympan est saturée de liquide, et que l'obstruction de la trompe ne permet pas le passage même de l'air, il y aura cophose complète. Mais si, après un effort de toux ou d'éternnement, comme cela arrive quelquefois, ou de toute autre cause, le tympan se désobstrue légèrement, si légère que soit la portion du liquide contenu dans la caisse, qui aura pu sortir, elle occasionnera une amélioration dans l'ouïe, dont le degré sera en raison directe de la quantité évacuée. La cophose peut même disparaître entièrement; si la caisse est dégagée des liquides qu'elle contenait, les osselets et la membrane du tympan peuvent exercer librement les mouvemens sous l'influence des sons qui viennent les frapper.

CAUSES.

Les causes de cette affection étant les mêmes que celles qui peuvent produire l'inflammation de la gorge, nous croyons pouvoir nous abstenir de les nommer.

SYMPTÔMES.

Il est rare que l'inflammation aiguë de la trompe ne s'étende pas jusqu'aux parties environnantes. Mais si elle était bornée à la trompe, à l'exception d'une gêne ou d'une douleur produite par le tiraillement qu'exercent sur la trompe les muscles ptérigoïdiens qui viennent s'y rattacher, douleur que le malade rapporte à la partie latérale et supérieure du cou pendant la déglutition, et à la surdité qu'il éprouve, il serait difficile de reconnaître par la simple inspection la nature de la maladie.

Il n'en est pas de même du toucher; car il suffit d'introduire une sonde jusqu'à l'embouchure de la trompe, pour juger, par la douleur que détermine le contact de cet instrument ou d'un stylet en gomme élastique passé dans son intérieur, du degré d'inflammation de ce tube.

Presque toujours aussi la douleur légère qu'on ressent au fond de la gorge s'accompagne d'un sentiment de titillation qui excite à chaque instant les muscles de cette région; d'où le besoin incessant qu'éprouve le malade de se débarrasser de la présence d'un corps étranger qui produit une gêne d'autant plus grande qu'il ne peut en opérer l'expulsion. Ce symptôme n'est pas seulement particulier à l'inflammation de la trompe, il peut aussi se manifester dans l'inflammation de la caisse, lorsque le liquide qui s'écoule de cette cavité vient, en tombant dans la gorge, titiller continuellement les environs de la trompe.

Si on ordonne au malade de faire passer de l'air dans les trompes en fermant le nez et la bouche, il éprouve une douleur de la gorge, du côté de l'oreille malade, qui l'empêche de renouveler fréquemment cette expérience. Cette douleur résulte de la compression de la colonne d'air concentrée dans la bouche, qui produit, en pénétrant dans la trompe, des bruits différens, selon qu'elle excite ou non un engouement de ce conduit. Dans le premier cas, l'oreille appliquée contre celle du malade entendra un gargouillement lointain accompagné d'un sifflement qui se fait entendre dans un point plus rapproché, puisque c'est en arrivant dans la caisse que l'air le produit. Dans le second cas, c'est-à-dire quand il n'existe pas de mucosités dans la trompe, le sifflement dont la force est en raison de l'intensité avec laquelle la colonne d'air a été injectée et de la plus ou moins grande difficulté qu'elle éprouve en traversant le conduit se fera entendre seul sans aucune espèce de grouillement. Ce sont là deux caractères qu'il importe de bien distinguer pour le choix des moyens à employer dans le traitement, comme nous le dirons plus tard. Nous devons ajouter que l'engouement de la trompe, assez rare dans l'inflammation aiguë de ce conduit, existe presque toujours dans l'inflammation chronique.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'inflammation aiguë de la trompe s'acquiert par les signes qui viennent d'être mentionnés et surtout par l'introduction d'une sonde, dont nous aurons à nous occuper dans un instant.

PRONOSTIC.

Le peu d'importance de la trompe d'Eustachi, par rapport aux fonctions générales de l'organisme, et le peu de sympathies dont elle jouit font que les affections simples de ce tube ne peuvent présenter de gravité qu'en raison de la surdité qui en résulte. Encore cet accident pourra facilement être prévenu si on soumet à propos l'oreille à un traitement convenable. Mais nous devons dire que les personnes atteintes de cette affection, à raison du peu de douleur qu'elles éprouvent et de l'espérance qu'elles ont et qu'on leur donne de voir cette surdité disparaître spontanément, réclament rarement en temps opportun les conseils salutaires de la médecine. C'est là la raison principale qui fait que les médecins en général, et ceux surtout qui s'occupent plus spécialement des maladies des oreilles, ne sont guère consultés que pour des surdités provenant de l'engorgement chronique des trompes, presque toujours compliqué d'un rétrécissement de ce conduit.

L'inflammation de la trompe peut bien quelquefois se compliquer de symptômes généraux, tels que mal à la gorge, déglutition difficile, céphalalgie, fièvres, etc.; mais alors la maladie s'est propagée aux parties environnantes et dont l'altération entre pour une plus grande somme que celle de la trompe dans le développement des sympathies morbides que nous venons de relater.

DURÉE.

La durée de l'inflammation aiguë de la trompe est subordonnée, comme toutes les inflammations en général, à la nature de la cause et aux soins qu'on aura mis à la détruire. Simple, elle peut disparaître sous l'influence des soins purement hygiéniques. Il est rare cependant que, dans ces cas même, la guérison ne laisse point après elle un affaiblissement de l'ouïe de ce côté, provenant, ou d'un léger rétrécissement de la trompe, ou de la présence de quelques mucosités qui n'ont pu s'écouler au dehors.

Si l'inflammation de la trompe se complique, comme cela arrive souvent, de celle des parties environnantes, telles que le palais, le pharynx, etc.; alors sa durée restera soumise à toutes les phases que l'altération de ces parties peut parcourir.

INFLAMMATION CHRONIQUE DE LA TROMPE.

L'inflammation chronique de la trompe succédant le plus souvent à une inflammation aiguë peut cependant dépendre d'une sub-inflammation sans qu'elle ait été précédée d'aucune période d'acuité. C'est ce qu'on observe surtout chez les jeunes personnes d'un tempérament lymphatique avec une grande prédisposition aux scrofules.

SIGNES.

Avant d'entrer dans l'énumération des signes qui servent à faire reconnaître l'inflammation chronique de la trompe, il importe d'établir une distinction très importante pour le diagnostic et surtout pour le traitement de cette affection.

L'inflammation chronique de la muqueuse peut se caractériser :

1° Par la sécheresse de la muqueuse, sans engorgement ni engouement de la trompe par des mucosités.

2° Par l'engorgement et l'épaississement de la muqueuse avec ou sans engouement de la trompe;

3° Par l'engouement de la trompe sans rétrécissement de ce conduit.

INFLAMMATION DE LA TROMPE AVEC SÉCHERESSE DE LA MUQUEUSE SANS ENGORGEMENT NI ENGOUEMENT DE CE CONDUIT.

Le premier état a beaucoup d'analogie avec celui qu'on observe dans certaines phlegmasies de la pituitaire et quelquefois aussi quoique plus rarement du pharynx. Il n'y a que peu ou point de surdité, mais la personne se plaint constamment surtout en hiver d'un sentiment de fraîcheur qui lui traverse incessamment l'intérieur de cette cavité et qui ressemble, dit-elle, à un petit vent coulis, phénomène assez curieux et qui peut s'expliquer par la trop grande sécheresse de la muqueuse qui permet à la colonne d'air d'arriver trop brusquement dans la caisse avant que sa température ait été suffisamment manifestée par la partie qu'elle doit traverser. La trompe ressemble alors à un tube inerte. Il n'y a pas de bourdonnemens dans l'oreille; mais le sentiment de fraîcheur que le malade y éprouve est si agaçant qu'il voudrait avoir constamment un corps très chaud dans le conduit auditif. Ce froid se fait sentir surtout au moment de chaque déglutition, alors que les muscles du pharynx en concentrant par leur action simultanée une plus grande quantité d'air dans la gorge en font pénétrer ainsi un plus grand volume dans l'oreille. Le malade est si préoccupé de ce sentiment de fraîcheur qu'il croit venir du conduit auditif externe qu'à chaque grande déglutition il applique ses mains contre le pavillon de l'oreille dans l'espoir de le calmer ou de le prévenir. Il ne peut y avoir dans cet état cophose ni même dysécie, mais seulement une légère perturbation dans la faculté auditive à cause de la préoccupation de l'esprit par la reproduction incessante du même phénomène.

Si on veut soumettre l'oreille à l'expérience qui consiste à faire pénétrer une grande quantité d'air dans la caisse en soufflant la bouche et le nez étant fermés, le malade ne peut la supporter à cause de la force avec laquelle la colonne d'air va frapper le tympan et du froid qui l'accompagne. Cette expérience est même suivie pendant quelque temps d'un bourdonnement qui n'est pas toujours sans douleurs.

L'insufflation par le cathétérisme de la trompe donnerait les mêmes résultats si on injectait l'air avec trop de force. Le bec de la sonde dans ce cas détermine peu de douleur et semble s'appuyer sur une peau légèrement desséchée. Si à ce moyen on ajoute l'introduction d'un mandrin en caoutchouc comme ceux que j'emploie à cet usage, il s'engage facilement dans l'intérieur de la trompe en déterminant une douleur assez vive par son glissement sur la muqueuse. Quand on retire le mandrin on le trouve aussi sec qu'avant son entrée. Si dans des cas pareils son introduction devient indispensable, il faut avoir soin, comme nous le dirons plus loin, de la lubrifier avec de l'huile ou avec de la pommade.

Cette affection peu grave en apparence parce qu'elle ne se complique pas de beaucoup de surdité, ne doit pourtant pas être traitée avec trop d'indifférence.

Quand nous en serons à l'article *Traitement*, nous aurons soin d'indiquer les moyens qu'une longue expérience nous a fait préférer.

INFLAMMATION DE LA TROMPE AVEC ENGORGEMENT ET ÉPAISSISSEMENT DE LA MUQUEUSE, AVEC OU SANS ENGOUEMENT DE LA TROMPE.

Cet état diffère essentiellement du précédent par rapport à l'ouïe en ce que l'engorgement de la muqueuse ne pouvant exister sans rétrécissement du conduit, il y a toujours surdité ou tout au moins dureté plus ou moins grande de l'ouïe. Et si l'engorgement s'accompagne d'engouement la surdité sera la plupart du temps complète.

Cette variété qui existe quelquefois avec une affection de la caisse peut dans maintes circonstances, comme le fait observer Itard, se borner au conduit guttural de l'oreille. Voici, au dire de ce praticien et d'après notre observation, les symptômes auxquels il est possible de reconnaître quand l'affection est bornée à la trompe. La surdité qui n'est ni très profonde ni accompagnée de douleurs dans l'intérieur de l'oreille semble provenir d'un bouchon dont le siége ne peut être déterminé par le malade, mais qu'il avoue sentir dans l'intérieur de l'oreille. La surdité peut disparaître par moment, soit par la diminution de l'engorgement et du passage rendu plus libre des mucosités qui engouent le conduit, soit par leur écoulement seul rendu par instant plus facile après une secousse imprimée à la trompe, à la suite d'un effort de toux, d'un éternuement, ou de toute autre cause. Dans ce cas aussi la personne se plaint d'entendre moins bien et moins distinctement le son de sa voix que celui qui lui vient des personnes qui lui adressent la parole. Il lui semble que la sienne traverse une cloison feutrée avant de parvenir à son oreille.

Les bourdonnemens dans cette affection suivent les mêmes phases que la surdité, c'est-à-dire qu'ils sont toujours en raison directe du degré d'obstruction de la trompe. On comprend en effet que si l'engorgement de la trompe existe au point de fermer ce conduit il y aura accumulation de sérosité dans la caisse, surdité et bourdonnemens pareils au bruit lointain des vagues; de plus, le malade éprouve dans l'intérieur de l'oreille un embarras indolent, mais très fatigant. Quand l'accumulation du liquide contenu dans la caisse va au point d'exercer une pression sur la paroi de cette cavité il y a lourdeur et pesanteur de tête; quelquefois vertige. Mais aussitôt que la trompe permet l'évacuation de ce liquide tous les symptômes précités disparaissent comme par enchantement pour reparaître si la même cause se reproduit. C'est là encore un caractère qui aide à faire reconnaître la surdité produite par l'obstruction momentanée de la trompe d'avec celle qui est le résultat d'un épanchement idiopathique de la caisse, lequel ne saurait exister sans avoir été précédé de douleurs plus ou moins vives accompagnées de bourdonnemens pulsatifs.

La cause la plus ordinaire de cet engorgement de la trompe dépend quelquefois d'une affection syphilitique et plus souvent encore de la diathèse scrofuleuse. Toujours est-il qu'on l'observe rarement chez les personnes à tempérament sanguin, tandis qu'elle est très fréquente chez les lymphatiques. Aussi cet état de la trompe coïncide-t-il avec une inflammation pareille de l'arrière-bouche et de la pituitaire, laquelle fournit une supersécrétion de mucosités qui engouent les fosses nasales au point de supprimer entièrement le sens de l'odorat; toute la bouche est empâtée; les mouvemens de la langue et de la déglutition sont difficiles; la mastication gênée et un peu douloureuse, ainsi que les bâillemens. L'engorgement des amygdales vient souvent compliquer cet état, ce qui, chez les enfans, ajoute à la difficulté de la prononciation surtout pour les lettres gutturales.

Si, par le cathétérisme, on veut s'enquérir de la nature de l'engorgement et du degré de rétrécissement de la trompe, la sonde, dont l'introduction est le plus souvent indolore, est un peu sensible en traversant les fosses nasales et produit une douleur très vive aussitôt que son bec s'engage dans l'embouchure de la trompe. Une fois en place la sonde n'occasione plus qu'une espèce de gêne que le malade supporte facilement. Si on engage dans la sonde un mandrin en caoutchouc, celui-ci pénétrera assez facilement dans le conduit; mais une main exercée sentira qu'il glisse entre des parois molles et élastiques qui se laissent déprimer par la pression fort légère que le mandrin exerce sur elles. Il est rare qu'après la sortie du mandrin l'ouïe n'éprouve pas une amélioration plus ou moins sensible produite par la dilatation de la trompe et par la sortie d'une plus ou moins grande quantité de mucosités quand il y a engouement. Mais, comme on le pense bien, l'amélioration ne peut pas durer longtemps; car une fois le corps dilatant extrait les parois ne tardent pas à revenir sur elles-mêmes et à reprendre leur première position.

Si, avant ou après l'introduction du mandrin, on essaie de faire passer une colonne d'air dans la trompe, les phénomènes qui se produiront différeront selon qu'il y aura engouement de la trompe ou absence totale de mucosités. S'il n'y a que rétrécissement sans mucus, la colonne d'air, éprouvant quelque difficulté pour le franchir, produit un léger sifflement lointain, qui se mêlera bientôt à un bruit de gargouillement plus rapproché, qui se passe dans la caisse par l'action de l'air sur les liquides qui s'y trouvent accumulés, et auxquels le rétrécissement de la trompe rendait l'écoulement difficile.

Quant à l'obstruction complète de la trompe, elle est si rare que, sur le grand nombre de sourds que nous avons eu à traiter, nous ne l'avons pas rencontrée une seule fois. Il est vrai que ce qui pour nous n'est qu'un accolement de ses parois devrait être considéré comme une obstruction complète par Itard, M. Deleau, etc., puisque jamais dans ce cas la colonne d'air ne saurait s'y frayer un passage, tandis que cela devient très facile avec le mandrin en caoutchouc, que le premier nous avons mis en usage. Aussi avons-nous rencontré dans notre nombreuse pratique plusieurs cas de surdité, qu'Itard avait jugés incurables, et qu'après lui d'autres médecins otistes avaient rangés dans le même cadre, céder comme par enchantement à la désobstruction de la trompe par ce nouveau moyen. Le calibre de ce mandrin doit être en raison de la résistance qu'il faudra vaincre. D'abord très fin, son volume est augmenté jusqu'à la possibilité d'introduire une corde à boyau correspondant à un *la* de violon, qu'on peut laisser à demeure en suivant la méthode de M. Kramer. Il est facile de comprendre combien Itard et les médecins qui, après lui, n'ont opposé à cette obstruction de la trompe que des douches gazeuses, devaient en rencontrer de rebelles à l'action d'un moyen aussi peu actif.

La douche d'air peut bien déplacer des mucosités ou autres matières qui obstruent la trompe, quand elles ne sont pas très adhérentes. Mais jamais le rétrécissement produit par le gonflement des parois du conduit, ou par la présence de mucosités desséchées, ne pourra être vaincu par ce moyen, quelle que soit la force que l'on donne à son impulsion.

Nous n'en dirons pas davantage sur ce sujet, le plus important de la thérapeutique des cophoses, nous réservant d'en parler longuement à l'article traitement.

PRONOSTIC.

Si l'affection de la trompe est locale et qu'elle ne se complique pas de celle des parties environnantes, on pourra espérer, à l'aide d'un traitement rationnel, mais toujours long, sinon une guérison complète de la surdité, du moins une amélioration durable. Il n'en sera pas de même si l'engorgement de la trompe coïncide avec celui de la muqueuse du nez, du pharynx et de la bouche, comme on l'observe souvent chez les sujets lymphatiques, scrofuleux, ainsi que chez ceux dont la constitution a reçu de rudes atteintes par l'affection syphilitique. On comprend que, la maladie de la trompe n'étant le plus souvent dans ce cas que la conséquence de l'affection principale, il importe d'attaquer celle-ci avant de songer à diriger aucun traitement curatif sur celle de la trompe. Mais la résistance qu'opposent si fréquemment à toute médication les affections qui sont sous la dépendance d'un des vices que nous venons de nommer rend toujours leur pronostic fâcheux, à cause de la facilité avec laquelle elles récidivent. La guérison de la surdité, toujours subordonnée à celle de l'engorgement de la trompe d'Eustachi, ne saurait donc se maintenir sans la guérison de ce dernier. Si le rétrécissement de la trompe n'est que le résultat d'une affection locale, il sera facile non seulement d'obtenir une amélioration notable de l'ouïe, mais bien une guérison complète, pourvu toutefois que la caisse du tympan soit restée étrangère à l'affection. Il

suffira pour cela d'obtenir la dilatation du conduit à l'aide d'une médication autre que les injections gazeuses, seul moyen que les médecins otistes aient osé leur opposer.

Les considérations que nous avons exposées dans ce mémoire conduisent nécessairement aux conclusions suivantes, qui résument les faits principaux qui en font le sujet :

1° La membrane qui tapisse la trompe d'Eustachi n'est pas de même nature que celle qui recouvre les parois de la caisse.

2° Cette différence est démontrée : 1° par l'absence de cryptes dans la membrane de la cavité du tympan, tandis qu'elles sont nombreuses dans celles de la trompe ; 2° par les changemens pathologiques qu'elles éprouvent et que l'observation a pu faire constater.

3° Cette différence d'organisation doit en entraîner nécessairement une dans la nature des affections qui y établissent leur siége ; d'où la distinction importante des maladies de la trompe d'avec celles de la cavité du tympan, ainsi que dans le mode de traitement qu'elles réclament.

4° Les insufflations gazeuses de toute espèce généralement employées sont la plupart du temps insignifiantes pour le traitement de ces cophoses, puisque dans aucun cas elles ne peuvent rien contre les rétrécissemens de la trompe.

5° Dans le cas de rétrécissement de ce conduit, le seul traitement rationnel et capable d'amener des résultats satisfaisans consiste à l'attaquer à l'aide des mêmes moyens que la pratique a consacrés contre les affections de même genre des autres conduits muqueux. Je dois dire seulement que la méthode par dilatation m'a constamment réussi pour surmonter les rétrécissemens les plus rebelles, et que dans aucun cas je n'ai eu besoin, comme quelques personnes l'ont conseillé, de recourir à la cautérisation.

6° Que celle-ci ne doit être employée qu'avec la plus grande réserve, si toutefois il est des rétrécissemens qui exigent impérieusement son emploi, ce que nous n'avons pas encore rencontré dans notre nombreuse pratique.

DIAGNOSTIC MÉDICAL.

NOTE RELATIVE A LA COLORATION DU VOILE DU PALAIS DANS L'ICTÈRE ; par J. DE LONJON, D. M. P., ex-interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique.

La coloration des membranes muqueuses, celle des conjonctives exceptée, n'a été signalée jusqu'à ce jour par les ictérographes que d'une manière générale et abstraction faite du siége, des caractères et de la valeur séméiologique de ce phénomène. La teinte ictérique a été observée par nous sur presque toutes les muqueuses, si ce n'est, comme nous l'avons dit ailleurs, sur celle qui tapisse le bord libre des lèvres ; mais elle nous a semblé généralement moins intense que celle de la peau chez les mêmes individus, et jamais nous ne l'avons trouvée verdâtre, dans les cas même où le tégument externe présentait cette nuance foncée. Un signe spécial de l'ictère, tiré de la coloration propre à cet état morbide et vaguement signalé dans quelques cas d'obstruction et d'intumescence par Portal, qui seul, de tous les auteurs, en a dit quelques mots, nous semble, par la constance de son apparition comme par l'invariabilité de son siége et de sa forme, mériter quelque intérêt. — Si l'on examine la cavité buccale d'un ictérique, l'on peut constater l'existence d'une teinte jaune apparente à la surface de la muqueuse, de la face postérieure des lèvres, des gencives, de la face inférieure de la langue, des joues, de la voûte palatine, des piliers et de la portion visible de la paroi postérieure du pharynx. Mais cette coloration, généralement moins intense que celle de la peau, ne se manifeste pas ordinairement sur tous ces points à la fois, et, dans ce cas, elle s'y montre inégale, sans siége spécial de prédilection comme sans délimitation précise. Au voile du palais, au contraire, une teinte jaune uniforme et constante, toujours foncée et tranchant vivement sur la nuance des parties environnantes, est répandue à la surface de cette région ; en arrière, elle se fond dans la couleur normale ou plus ou moins altérée du bord postérieur du voile, de la luette ou des piliers ; mais en avant, elle se termine brusquement par une ligne transversale droite et nettement dessinée, qui correspond à la ligne de démarcation de la voûte palatine et de la portion horizontale du voile du palais, et qui s'étend de la dernière molaire d'un côté du maxillaire supérieur à la dent homologue de l'autre côté. Jamais ce phénomène de coloration n'a fait défaut, si ce n'est une fois, à notre observation. Dans tous les cas et dans toutes les variétés d'ictères, même les plus légers, ainsi qu'à toutes les époques de la maladie, nous l'avons toujours trouvé le même, toujours aussi tranché, toujours aussi régulièrement limité. Nous avons encore pu en constater l'existence dans la colique saturnine, dans le cours de dégénérescences cancéreuses affectant même d'autres organes que le foie, après des fièvres intermittentes, alors que ces maladies prolongées avaient imprimé à la peau des sujets la teinte cachectique propre à ces divers états morbides. Le seul malade, chez lequel nous l'avons cherché sans pouvoir le trouver, est un homme qui, à la suite d'une fracture comminutive de la jambe, succomba à une infection purulente accompagnée de teinte ictérique des yeux et de quelques parties de la face, et dont le foie présenta à l'autopsie deux foyers purulens considérables. — Mais l'absence du signe en question dans ce cas de fièvre purulente, où, comme nous l'avons dit, la suffusion ictérique était bornée aux conjonctives et à quelques lignes du visage, ne saurait nullement en infirmer la valeur dans la généralité des cas d'ictère. Si l'on veut bien, en effet, se rappeler que nous l'avons retrouvé dans tous les autres cas de jaunisse, même les moins marqués, et aussi dans ces pseudo-ictères, où les conjonctives, comme on le sait, présentent rarement l'injection jaune, on sera conduit à penser que la coloration ictérique du voile du palais, qui nous semble d'une intensité généralement proportionnée à celle de la peau, peut être de quelque valeur séméiologique. Elle pourra quelquefois ne pas être inutile, sinon au point de vue du diagnostic différentiel des diverses causes qui ont produit la coloration, puisque cet effet leur est commun à toutes, du moins dans les cas nombreux où l'on peut éprouver quelque incertitude dans le diagnostic, quelques-uns des autres signes qui caractérisent ordinairement la jaunisse venant à manquer, ou la teinte ictérique de la peau se montrant peu marquée chez des individus qui sont d'ailleurs habituellement jaunes. — S'il fallait maintenant chercher dans la structure du voile du palais une interprétation plausible du phénomène de coloration que nous venons de décrire, nous dirions que la texture molle et éminemment vasculaire de cette région doit y favoriser la suffusion ictérique ; à laquelle ne saurait, d'ailleurs, que faiblement participer le tissu fibro-muqueux dense et comparativement peu vasculaire de la voûte palatine : d'où, la ligne de démarcation tranchée que nous avons signalée dans la coloration comparée de ces deux régions.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR L'EMPLOI DES SONDES FLEXIBLES A COURBURE COURTE ET BRUSQUE, OU SONDES CROCHUES ; par M. LEROY-D'ÉTIOLLES.

Les grands chirurgiens affectent en général d'attacher peu d'importance à la courbure des sondes ; la même leur sert indifféremment pour vider et pour explorer la vessie : sous leurs mains, les difficultés disparaissent et l'instrument doit obéir. Il est vrai qu'avec cette sonde unique, cette sorte de *passe-partout*, ils méconnaissent des pierres qu'ils eussent trouvées avec des courbures plus petites. Il est vrai encore qu'ils pratiquent lestement des fausses routes, qu'ils eussent évitées avec des courbes appropriées et plus de lenteur ; mais tout cela disparaît dans la masse des opérations. Ces prétendans au sceptre de la chirurgie déplorent l'égarement d'une science qui se perd dans les détails, se surchargeant d'hommes et d'instrumens spéciaux, et ils répètent avec désespoir : *Les grands chirurgiens s'en vont !* Cela est vrai ; et, ce qu'il y a de plus attristant, c'est qu'ils sont parfois remplacés par des machines. Mais qu'y faire ? Se consoler de cette variété d'instrumens, si, par leur moyen, la pratique des opérations devient accessible à un plus grand nombre de médecins et profitable à une masse plus grande de malades éloignés des grands centres de civilisation et des grands théâtres opératoires. En effet, les instrumens se vendent et les qualités du grand chirurgien ne s'achètent pas plus que le dormir. Faciliter les opérations, n'est-ce pas généraliser la pratique de la chirurgie, et pourtant on me reproche de la trop spécialiser !

Une autre cause encore plus puissante que le morcellement et la spécialité rend maintenant les grands chirurgiens presque impossibles ; c'est la *multiplicité des bons chirurgiens*. A l'empire ont succédé les décemvirs, et la force des choses nous entraîne à la démocratie. Que les derniers des Césars ne nous accusent donc plus d'être les seules causes d'une situation qu'ils appellent la décadence ; situation qui résulte au contraire,

d'un surcroît d'énergie et d'ardeur dont la science profitera, quoi qu'il advienne des hommes.

Mais voilà que, malgré mes belles résolutions, je me laisse emporter dans l'espace. Arrêtons-nous, dégonflons notre ballon, et revenons à notre sujet sans transition, au risque de nous entendre rappeler ces vers de La Fontaine :

Qu'en sort-il souvent ?
Du vent.

En effet, à quoi vient aboutir cet ambitieux exorde ? A une forme de sonde bizarre, un crochet, une sorte de béquille... Je conviens que cette entrée en matière s'adapterait mieux à une histoire de la lithotritie ; mais il est tombé de ma plume à cette place, et je l'y laisse. D'ailleurs, s'il est vrai, comme je le prétends, que certains obstacles, produisant des rétentions d'urine complètes, entraînant par conséquent danger de mort, refusent le passage à toutes les sondes ou bougies, quelle que soit la main qui les dirige, et se laissent immédiatement franchir par les sondes flexibles à courbure brusque, retracées dans la figure 1re, je n'aurai pas, il me semble, si grand tort de l'y maintenir.

FIG. 1re.

Cette forme de sonde est applicable à plusieurs conditions dans lesquelles se présentent parfois les obstacles au cours de l'urine, par exemple quand une bride ferme incomplètement le canal et le déforme, quand une petite pierre est arrêtée derrière une angustie, quand le *verumontanum* et la crête urétrale développés forment une saillie médiane partageant en deux voies plus ou moins tortueuses la fin du canal, quand un rétrécissement existe en même temps qu'une hypertrophie de la prostate avec développement de l'un des lobes latéraux et d'un bourrelet transversal au devant du col de la vessie.

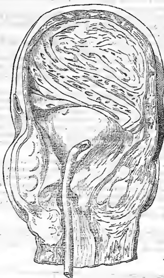
Prenons cette dernière hypothèse, et voyons ce qui doit arriver pour les instrumens de diverses formes.

Supposons qu'une sonde droite ou une sonde à grande courbure, après avoir passé le rétrécissement, arrivent au commencement de la région prostatique : là elles trouvent le canal fortement dévié et elles viennent buter contre la saillie que forme le lobe tuméfié. Si la sonde, bien que flexible, est droite et volumineuse, nul espoir de pouvoir l'incliner latéralement pour lui faire prendre la direction de l'urètre : si elle est métallique, elle pourra peut-être, par un mouvement latéral du bec, s'engager dans le passage et le parcourir en le redressant, mais non sans le violenter, en raison du degré de déviation ; si la sonde est flexible, à grande courbure, et que la déviation ne soit pas trop brusque, il ne sera pas impossible que le bec s'y engage ; mais si la déviation est brusque, elle ne pourra que difficilement s'y prêter ; il faut que la courbure de la sonde soit brusque pour la suivre.

Cette courbure brusque doit être en même temps courte, car la tuméfaction des lobes peut être alterne et dévier l'urètre dans un sens d'abord, puis dans un autre (fig. 2) ; il importe donc que la sonde s'incline à droite et à gauche suivant ces inflexions différentes absolument comme font les clefs de certaines serrures modernes que l'on pousse d'abord dans une direction, puis auxquelles on imprime un mouvement de rotation d'un quart de cercle pour continuer de les faire cheminer.

Il faut que cette sonde à courbure courte et brusque soit, en outre, flexible ; car si les saillies des deux lobes de la prostate sont alternes, elle doit fléchir deux fois pour obéir à cette double déviation tout en continuant d'avancer. Si elle était en métal, il faudrait, en admettant que le crochet passât la seconde déviation, que les saillies fussent violemment repoussées à droite et à gauche pour faire à l'instrument un chemin droit. (Voir la fig. 2.)

FIG. 2.



Il faut enfin que la courbure brusque de cette sonde flexible ne se rapproche pourtant pas tout à fait de l'angle droit, parce que cette portion se trouvant, dans sa marche, placée transversalement à la direction de l'urètre, elle lui ferait subir d'avant en arrière une distension douloureuse. Dans la partie mobile, il n'y a point de douleur, point de résistance causée par ce croisement des deux directions ; mais au-delà du bulbe il n'en est pas de même ; les portions membraneuse et prostatique ne peuvent pas onduler aussi bien que la région spongieuse ; la sonde-clef écarte l'une de l'autre leurs parois antérieure et postérieure, frottant avec son talon sur celle-ci, avec son bec sur celle-là, dans toute la longueur de son trajet, depuis le milieu de la portion membraneuse jusqu'au col de la vessie. Lorsque la prostate est hypertrophiée et endurcie, elle se prête difficilement à cette distension ; c'est ce qui explique pourquoi *les sondes* MÉTALLIQUES *à courbure courte et brusque, préférables à toutes les autres pour l'exploration de la vessie*, comme mon ami Heurteloup et moi l'avons démontré, pourquoi, dis-je, ces sondes métalliques ont *tant de difficulté à pénétrer dans la vessie lorsque la prostate est engorgée.*

Après avoir montré théoriquement l'action des *sondes flexibles en gomme à petite courbure*, citons quelques faits qui puissent mettre hors de doute leurs avantages.

OBS. I. — M. de la M..., âgé de 84 ans, habitant les Batignolles, avait vu le jet de son urine diminuer depuis cinq à six ans. Les besoins d'uriner, devenus plus fréquens depuis deux ans, indiquaient une évacuation incomplète de la vessie. Au mois de juin 1844, M. de la M... fut pris de rétention d'urine. M. le docteur Souchard fut mandé ; il reconnut et franchit un rétrécissement : mais il fut arrêté au commencement de la région prostatique. Par son conseil, je fus appelé : je franchis, comme il l'avait fait, le premier rétrécissement, mais non le second obstacle ; la sonde à grande courbure naturelle, la sonde avec mandrin, la sonde conique en gomme, terminée par une mèche bien flexible, avaient été repoussées. Je pris alors une sonde en gomme à petite courbure naturelle, et, sans la moindre résistance, elle fut insinuée à travers les obstacles, parvint dans la vessie et donna issue à l'urine. Au bout de quelques jours, elle put être remplacée par une sonde à grande courbure moyenne, puis par une plus grosse. Des symptômes de cystite et de réaction générale inquiétante forcèrent de retirer les sondes, et, comme la miction ne pouvait encore s'accomplir naturellement, le cathétérisme évacuateur devait être pratiqué plusieurs fois par jour ; mais, malgré le petit nombre d'heures écoulées depuis l'extraction de la sonde, il fut impossible de faire rentrer non seulement celle-là, mais nulle autre que la sonde à petite courbure, ou *sonde crochue* Les choses continuèrent ainsi pen-

dant dix jours; puis les symptômes qui nous avaient alarmés ayant disparu, nous revînmes aux sondes à demeure. Tant que leur succession avait lieu sans interruption, les sondes à grande courbure pouvaient pénétrer; mais toutes les fois que, par suite du déplacement ou de la fatigue du malade, la sonde était enlevée, il devenait indispensable de recourir à la *sonde crochue flexible*.

Après deux mois de traitement, la faculté d'expulser l'urine se rétablit complètement, et M. de la M... jouit aujourd'hui de la plus belle santé que puisse espérer un homme de 86 ans.

Le fait suivant présente une série de circonstances et de péripéties fort remarquables. Je traduis littéralement la narration que m'a remise en anglais le malade lui-même.

Obs. II. — « Dans le mois de juin 1818, étant à l'île de la Barbade, j'éprouvai, à la suite d'une violente gonorrhée, beaucoup de difficulté pour uriner. Je consultai le chirurgien du 63e régiment, dans lequel je servais comme lieutenant. Il essaya plusieurs fois de passer une bougie sans y pouvoir parvenir; l'obstacle existait à 5 pouces environ de l'orifice de l'urètre. Ces tentatives furent suivies d'hémorrhagie et de beaucoup de douleurs. Peu de temps après, j'eus une attaque de la fièvre qui régnait alors dans l'île. Après avoir échappé à ce danger, je ne m'occupai plus de ma stricture; l'urine continuait de couler difficilement et par un jet très petit. Au mois de mars de 1820, j'eus une autre gonorrhée, qui n'était pas terminée lorsque je reçus l'ordre de revenir en Angleterre. Je souffris beaucoup pendant un voyage de trente-huit jours. Je me rétablis après mon arrivée, mais mon état resta le même quant à l'émission de l'urine, et je n'éprouvai aucun soulagement.

» En novembre 1823, un jeune médecin de mes amis fit plusieurs tentatives infructueuses pour passer une bougie; il me conduisit alors chez M. Ch. Bell, chirurgien d'un grand renom pour la cure des strictures. M. Bell essaya d'introduire une bougie; n'ayant pu y parvenir, il me prescrivit un régime doux et me dit de revenir le voir après quelques semaines pour un nouvel essai; mais je ne jugeai pas à propos d'y retourner. En février 1824, je contractai de nouveau la gonorrhée, et, après avoir bu un soir cinq tasses de thé vert, je ne pouvais plus rendre une goutte d'urine. Mon jeune ami le médecin me fit une saignée du bras, et appela à son aide M. Cartwright, alors chirurgien de l'hôpital de Middlesex; il essaya, mais en vain, de passer un cathéter; dix-huit sangsues furent appliquées au pubis. La douleur et les besoins d'uriner devenaient de plus en plus intolérables; ma vessie était distendue énormément. Je fis appeler M. Travers, chirurgien de *London-Hospital*. N'ayant pu parvenir à introduire une sonde en caoutchouc, il força le passage avec une sonde d'argent de moyen calibre. Après cinquante heures de rétention, il vida la vessie et laissa la sonde en place. Après douze heures, ne pouvant plus la supporter, je l'enlevai; mais je ne pouvais rendre l'urine. M. Travers parvint, en faisant couler beaucoup de sang et causant beaucoup de douleurs, à replacer le même cathéter, qui cette fois resta douze jours. Pendant ce temps, je fus tourmenté par des spasmes, pour lesquels je pris beaucoup de laudanum et d'aconit. Toutes les nuits, j'avais du délire et j'étais tombé dans un grand état de faiblesse, pouvant à peine parler à voix basse.

» Le cathéter ayant été enlevé, je pus uriner par l'urètre, mais avec beaucoup de douleur et de difficulté. Une tumeur du volume d'une noix existait au-dessous du gland; elle fut absorbée après quelques semaines, mais la difficulté d'uriner continua. (Je suppose que cette tumeur était seulement causée par l'œdème.)

» Dans le mois d'octobre 1843, habitant près Paris, j'éprouvai beaucoup de douleur dans l'urètre et, peu de jours après, une rétention complète d'urine. Un médecin appelé échoua dans les tentatives qu'il fit pour introduire une bougie ou une sonde. Un bain, dix-huit sangsues au périnée, ne produisirent aucun soulagement. J'envoyai chercher le docteur Leroy-d'Etiolles, qui vint à deux heures du matin et parvint à introduire des bougies fines, qui déterminèrent l'écoulement de l'urine. Après quarante-huit heures, une petite sonde en gomme fut introduite; lorsqu'elle eut séjourné vingt-quatre heures, je la retirai, et, comme j'urinais assez librement, je ne poussai pas plus loin le traitement, malgré les instances du docteur. Peu de jours après, j'expulsai trois petits calculs ou graviers.

» Au mois d'août 1844, étant dans le nord de l'Ecosse, à vingt milles d'Aberdeen, près de Stone-Haven, je fus pris de rétention d'urine complète, à la suite de fatigues causées par de longues marches à travers les monts Grampians. M. Thomson vint et ne put rien passer dans la vessie. J'envoyai un courrier chercher M. Willamson, chirurgien de l'hôpital d'Aberdeen; il essaya de passer un cathéter, et, ne pouvant y parvenir, il me fit, après cinquante heures, une ponction par le rectum. Pendant deux jours, l'urine fut chargée de sang; ensuite il en passa un peu par l'urètre, et je rendis par la même voie quelques petits graviers. Après quatre jours, la canule de l'anus fut extraite, et le surlendemain la plaie de la ponction était fermée complètement.

» Aussitôt que je me crus assez fort, c'est-à-dire quatorze jours après l'opération, je partis pour Paris, et le 9 septembre je me rendis chez M. Leroy-d'Etiolles, qui passa de suite une bougie, et, quelques minutes après, une petite sonde en gomme, avec laquelle je remontai en voiture pour retourner chez moi. Le lendemain matin, une autre sonde plus grosse fut introduite; une troisième le soir; le surlendemain, deux autres plus volumineuses encore. Le docteur me permit alors de les ôter, et six jours de suite de grosses bougies furent introduites pendant une demi-heure. Aujourd'hui, j'urine par un jet plein et fort, et je suis guéri d'une effroyable stricture chronique.

» Janvier 1845. W. K. M... »

Comment s'est-il fait que j'aie pu introduire des bougies et des sondes là où tant de chirurgiens du premier mérite avaient échoué? Uniquement grâce à la *sonde flexible à petite courbure*. La première fois que je vis le malade, en octobre 1843, la rétention avait été produite par des graviers arrêtés derrière un rétrécissement. Pour le franchir, je fus obligé de me servir d'une bougie tortillée qui déplaça le gravier et put être suivie d'une autre, puis d'une sonde fort mince qui traversa l'angustie, s'insinua entre les parois, mais fut arrêtée dans la région de la prostate. Alors je pris une petite sonde flexible à crochet, et elle arriva sans difficulté jusqu'à la vessie. Lorsque, l'année suivante, M. M... se présenta à moi, je me servis tout d'abord d'une sonde de cette forme qui pénétra sans difficulté.

Une observation aussi concluante, aussi circonstanciée, me dispense d'entrer dans le détail d'autres faits du même genre, que j'ai rencontrés déjà au nombre d'une trentaine. Dans la seule semaine qui vient de s'écouler, trois exemples incontestables des avantages de la sonde flexible à petite courbure se sont offerts à moi, et ils ont eu pour témoins MM. les docteurs Jabin, Lafosse-Valerand, Mancel. Je crois pouvoir, sans prévention aucune, conseiller aux médecins d'avoir, comme *en cas*, deux ou trois de ces sondes, et d'y avoir recours lorsque le cathétérisme est rendu difficile par le développement irrégulier de la prostate, et *surtout lorsque de précédentes tentatives auront donné lieu à des fausses routes qu'il est indispensable d'éviter.*

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

OBSERVATIONS SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉGNÉ PENDANT LES MOIS DE DÉCEMBRE 1841 ET DE JANVIER 1842 DANS LA CASERNE DU CORPS DE GENDARMERIE DE LA VILLE DE STOCKHOLM; par Magnus Huss, professeur de la clinique médicale à l'École de médecine de Stockholm.

Le corps de gendarmerie de Stockholm, consistant en 250 hommes de troupe enrégimentée, est caserné dans un local assez vaste; mais cette caserne est située au pied d'une colline; elle est exposée ainsi à l'humidité, et elle touche immédiatement au cimetière de la paroisse Ste-Catherine. Le soin des malades de ce corps est confié aux professeurs de clinique de l'hôpital de Séraphin, et toutes les maladies les plus graves, particulièrement les fièvres, sont traitées à cet hôpital. Grâce au bon ordre qui est maintenu dans cette caserne, et grâce à la nourriture saine et suffisante que les hommes reçoivent, l'état sanitaire y a été, les années dernières particulièrement, bon, tellement qu'il y a eu rarement à la fois plus de 8 malades à l'hôpital. Ce corps est principalement destiné à faire des patrouilles de nuit dans les rues de la capitale; c'est là le service que fait chaque homme, seulement de deux nuits l'une.

L'automne de 1841 se fit remarquer par un temps continuellement pluvieux, tellement que, depuis la seconde moitié d'octobre jusqu'à la fin de l'année, il se passa rarement un jour ou une nuit sans pluies abondantes : les hommes de ce corps rentrèrent chaque matin à la caserne, trempés jusqu'aux os. Alors on commit l'imprudence de pendre, pour les sécher, les vêtemens mouillés dans la même chambre où les hommes qui avaient fait patrouille pendant la nuit précédente devaient, le jour, demeurer et dormir, ce qui fit qu'ils séjournèrent presque constamment à l'humidité, la nuit, en plein air, dans leurs habits mouillés, et le jour, aspirant les émanations provenant des vêtemens qui séchaient; et encore, pour que ce séchage s'opérât le plus vite possible, fit-on du feu de manière à entretenir dans les chambres une température élevée. Comme ainsi les chambres, quoique d'une assez grande élévation, étaient extraordinairement humides, et que dans chacune d'elles étaient entassées 40 à 50 personnes, il est évident que c'est à ces circonstances qu'il faut attribuer les causes, aussi bien prédisposantes que provocatrices, auxquelles furent dues l'invasion et le développement d'une fièvre maligne. Sans qu'aucun cas sporadique se fût d'abord montré, à l'exception de 3 fièvres gastro-nerveuses dans la première moitié de décembre, l'épidémie survint tout d'un coup le 17 décembre, jour où 5 cas simultanés se manifestèrent. A partir de ce jour, et y compris ce jour, il arriva à l'hôpital pendant le courant de ce mois 42 malades, et 22 pendant le mois de janvier suivant, en tout 64. Passé le 29 janvier, il ne se manifesta plus de cas de maladie; l'épidémie dura donc quatre semaines; elle sembla avoir atteint son apogée dès le 24 décembre, huit jours par conséquent après son commencement, pendant lequel temps 27 cas se déclarèrent.

Avant de passer à une description plus précise des circonstances spéciales de l'épidémie, il me semble convenable d'exposer ici sommaire-

ment quelques-unes des observations les plus caractéristiques de la maladie; c'est la base sur laquelle devront se fonder ensuite nos remarques.

FIÈVRE TYPHOÏDE, AVEC DES SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX PRÉDOMINANS; MORT.

Obs. I. — A. Hogland, âgé de 31 ans, fort, constitution robuste, tempérament sanguin, trois ans de service, n'avait pas été précédemment malade. Après deux jours de malaise vague, accompagné de sentiment de froid et de faiblesse, il se déclara, le 24 décembre au matin, un violent frisson, qui continua, quoiqu'en s'affaiblissant, jusque vers le soir, moment où il fut suivi de chaleur brûlante à la peau et de violens maux de tête.

Le 27 et le 28, la chaleur et les maux de tête continuèrent, puis survint le délire, tellement qu'on fut obligé de tenir de force le malade au lit pendant la nuit du 28 au 29.

Le 29 au matin, il fut amené à l'hôpital; voici quels étaient les symptômes : position sur le dos; face gonflée, d'un violet ardent, blanc de l'œil imprimé de sang; mal de tête pesant sur le front avec battemens aux tempes; le délire cessa le matin; les yeux étaient clairs, la pupille dilatée; du tintement aux oreilles; pouls 100, plein, mou, ondulant; les deux bruits du cœur presqu'égaux l'un à l'autre; la langue au vif à la pointe et au milieu; aux coins et à la base chargée de blanc-gris; le goût amer; l'abdomen un peu tendu mais indolent; pas de diarrhée; la respiration 32; rien d'anormal dans les poumons; la peau rude, sèche, chaude, sans éruption; les urines rares, brun-rouge, non chargées. Une saignée fut ordonnée, puis une application de ventouses à la nuque, de la glace sur la tête et de l'acide hydrochlorique (1 gros sur une livre de décoction de guimauve) fut administré à l'intérieur.

Le 30 au soir commença le délire qui continua toute la nuit avec assez de violence; le matin, abondant saignement de nez; commencement de l'éruption de l'érythème typhoïde, de couleur rouge-clair (sinapismes aux cuisses et aux mollets, avec continuation de l'acide hydrochlorique). Le sang de la veille (8 onces) avait déposé peu de sérum, mais s'était formé en un caillot sans consistance, mou et se séparant par morceaux, sans couenne, seulement un peu de gelée brillante à la surface.

Le 31, avant minuit, saignement de nez; après minuit, violent délire avec vomissemens; le matin, continuation du délire, quoique moindre; yeux abattus; pouls 104, faible mais égal; le premier bruit du cœur faible, seulement se faisant entendre; les éruptions s'étendirent à tout le corps, rouge-foncé. De l'acide phosphorique (3 gros de solution acide phosphorique (pharmacie suédoise) (1) sur une livre de décoction de guimauve) fut ordonné.

Le 1er janvier, violent délire pendant toute la nuit; une fois saignement de nez; le matin, sommeil, mais lourd et accompagné de ronflemens; le pouls 80, petit, faible et intermittent; chaleur brûlante à la peau, 38° à l'épigastre; l'érythème rouge-bleu; l'urine rouge-brun rougit le papier de tournesol, sent la racine de violette; un délire tranquille continua toute la journée et la mort eut lieu à huit heures du soir, après quelques légers tiraillemens aux extrémités.

Autopsie, 26 heures après la mort.

Sinus *duræ matris* pleins de sang noir de la consistance de sirop; les vaisseaux des autres membranes fortement engorgés de sang, arborisés à leurs extrémités; pas d'épanchement entre eux; ils sont, au contraire, plus secs que normalement, et tirent un peu à la couleur d'opale; rien d'anormal dans la substance de toutes les parties du système cérébral.

Les poumons libres, pleins d'air; leurs parties postérieures hypostatiquement remplies de sang noir.

Le cœur gros comme le poing, flasque, mou, ratatiné, aplati comme un gâteau quand on le pose sur une table; sa substance facile à déchirer; ses cavités contiennent un peu de sang noir, semblable à du sirop, avec gros comme une noisette de coagulum gélatineux dans l'auricule; les cavités droites sont distendues de sang visqueux, en partie coagulé, en partie à l'état de fluide épais, ainsi que de coagulum gélatineux.

Le foie est fortement rempli de sang; la bile vert-noir, de consistance de goudron; la rate gonflée, la couleur semblable à celle de crême de tartre rouge, non purifié, se changeant, à une légère pression, en bouillie.

Les membranes de l'estomac, dans la région du pylore, gris-ardoise; celles du duodénum d'un rouge pâle, mais uniforme; partout le jéjunum et l'iléum, les glandes solitaires et celles de Brunner sont gonflées, de la grosseur de grains de millet, tellement que l'intestin a l'air d'avoir été chargé de grains de sable plus ou moins gros. Les glandes de Peyer sont, dans la moitié inférieure de l'iléum, un peu gonflées. Dans le colon ascendent et transverse, les glandes sont également gonflées, grosses comme du millet. Les glandes dans le mésentère ne présentent rien d'anormal. Le pancréas normal. Les reins fortement remplis de sang; la vessie contractée; elle ne contient que quelques gouttes d'urine.

FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX PRÉDOMINANS; GUÉRISON.

Obs. II. — P. Sandstrœm, 27 ans, fort, constitution robuste, tempérament sanguin, au service depuis quelques semaines seulement, n'avait jamais été précédemment malade. Il commença le 27 décembre à se sentir faible et indisposé; il fut attaqué le 28 au matin d'un violent frisson, puis de chaleur et de mal de tête tellement fort qu'il ne pouvait lever les yeux. Sans avoir été aucunement traité à la caserne, il fut amené à l'hôpital le 30 décembre, par conséquent le troisième jour après les premiers frissons. Voici quel était son état : couché sur le dos, la face fortement enflée, comme boursouflée, rouge foncé; la sclérotique rouge clair; pesante douleur au-dessus du front; fort bourdonnement aux oreilles, pas de délire pendant la nuit, se parlant à soi-même seulement de temps en temps, mais reste tranquillement couché; pouls 92, mou et ondulant; la langue au bout et au milieu rouge viande, avec les papilles gonflées, sèche, dure; sur les coins chargée de blanc; le ventre tendu, indolent, pas d'évacuations; la peau chaude, sèche, rude, sans éruptions; la respiration 34; les poumons libres. Une application de ventouses fut ordonnée; puis un laxatif de sulfate de soude, de l'acide hydrochlorique le soir.

(1) Dix grains de la solution acide phosphorique (pharmacie suédoise) contiennent deux grains et demi d'acide phosphorique.

Le 31, la veille au soir, s'était déclarée une violente évacuation avec propension au délire et aux cris; le pouls devint plein, tendu, 108; une saignée fut ordonnée, de la glace appliquée sur la tête et un lavement de teinture de coloquinte; après quoi la nuit fut calme avec trois évacuations copieuses, en dévoiement.

Le matin, l'état était le même que la veille, seulement l'abdomen était tombé et mou; le mal de tête s'était transporté à la nuque, et les pupilles étaient dilatées; l'éruption de l'érythème typhoïde commença à se montrer; sa couleur était rouge clair. Le sang tiré avait déposé peu de sérum; le caillot était sans consistance, mais cependant pas mou, sans couenne. On continua l'acide hydrochlorique, et vers le soir des ventouses furent appliquées à la nuque.

Le 1er janvier, toute la nuit profond sommeil, avec un peu de ronflement dans la respiration. Le matin, stupeur profonde; le pouls 104, faible, mais égal; le premier bruit du cœur faible, court; la langue partout rouge, comme un morceau de viande, gonflée, sèche et dure; l'abdomen tendu et sensible à la pression; éruption abondante de couleur rouge foncé; urine rare, brun rouge. De l'acide phosporique fut ordonné, ainsi que des cataplasmes émolliens sur le bas-ventre.

Les 2, 3 et 4, l'état resta le même, même traitement.

Le 5, le malade s'affaisse dans le lit, dans une stupeur profonde, accompagnée de délire tranquille et de mouvemens des mains; la face est moins rouge et la sclérotique est injectée passivement; les pupilles dilatées, l'érythème a disparu; le pouls 92, faible, petit et inégal; le premier bruit du cœur à peine sensible à l'ouïe, seulement constatable; les lèvres, les dents et la langue chargées d'une croûte brun noir; l'abdomen tendu. On donna, avec l'acide, mucilage camphré (1), une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Les 4, 7 et 8, même état.

Le 9, la stupeur est moindre; les bruits du cœur se font distinctement entendre, quoique le premier soit court; le pouls 54 s'est élevé et est égal.

Le 13, sans phénomènes critiques, mais sous l'influence de l'usage continué des mêmes remèdes, l'état s'est pendant les derniers jours successivement amélioré, tellement qu'aujourd'hui la stupeur a complètement disparu; la langue est nette et molle; le pouls 44, assez plein et mou; l'abdomen est mou et sans douleur; le malade ne se plaint que de tintement aux oreilles et de faiblesse. Constaté convalescent *per lysin*.

Au bout de quelques jours passés sans médicamens, on lui a donné : Prenez : Fleurs d'arnica, 2 gros; racine de calamus incisé, 1 gros. Faites infuser pendant une heure avec eau bouillante quantité suffisante pour faire passer 8 onces; une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Le 30 janvier, le malade sortit complètement bien portant.

FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX PRÉDOMINANS; GUÉRISON.

Obs. III. — S. Pehrson, fort, constitution sanguine, au service depuis deux ans, précédemment bonne santé. Il commença le 24 décembre à se sentir indisposé avec mal de tête; attaqué d'un fort frisson le 27 au matin; amené à l'hôpital le 29 au matin, il fut constaté l'état suivant : face rouge, gonflée; sclérotique d'une vive couleur rouge clair; les pupilles normales; au sinus du front, mal à rompre la tête; trouble devant les yeux. Pouls 104, plein, *subdurus*, ondulant; les bruits du cœur distincts et normaux. La langue rouge viande dans les coins, le bout et le milieu chargés de gris jaune épais; l'haleine infecte; l'abdomen mou, indolent, pas d'évacuations depuis trois jours. La peau sèche brûlante, partout couverte d'érythème typhoïde rouge foncé. Les urines rougissent le papier de tournesol, sont brun-jaune, chargées. Saignée, glace sur la tête, sulfate de soude, et pour le jour suivant l'acide hydrochlorique, telles furent les ordonnances.

Le 30, pas de changement; la nuit avait été calme; le sang tiré (une livre) avait déposé un sérum mince, rouge et formait un caillot se séparant au moindre toucher, sans indice de couenne.

Le 31, même état; on avait la veille appliqué des ventouses à la nuque; le malade dit qu'il n'a plus de mal de tête; le premier bruit du cœur commence à devenir faible.

Le 1er janvier, pendant la nuit passée, délire, mais non violent; la langue est partout rouge viande, sèche; le pouls 104, faible, et n'est plus plein; le premier bruit du cœur plus faible qu'hier, court; l'érythème bleu rouge. (Ventouses à la nuque, acide phosphorique.)

Le 2, il y a eu délire léger la veille pendant tout le jour, mais pendant la nuit ce délire a été particulièrement violent; abondant saignement de nez le matin, sans diminution dans le délire; les pupilles sont si fortement contractées que leur ouverture n'est pas plus grosse qu'une tête d'épingle. Pour la nuit, on ordonna de donner 2 grains d'extrait de belladone, moitié par moitié, avec deux heures d'intervalle.

Le 3, le délire pendant la nuit moins violent que pendant la nuit précédente; une couple d'heures de sommeil calme le matin; les pupilles continuent à être contractées, mais pas à un degré aussi fort qu'hier. Le pouls 108, faible et petit. Le premier bruit du cœur à peine sensible à l'ouïe. Le camphre, comme dans les cas précédens, fut administré avec l'acide phosphorique, et le soir la belladone, comme la veille.

(1) Chaque once contient un grain de camphre.

Le 4, la nuit a été plus calme que les précédentes; les pupilles ont, le matin, leur grandeur normale; la langue rouge, dure, gonflée, mais pas encroûtée; même traitement, sans belladone.

Le 5, pas plus de délire, non plus qu'hier le jour ni la nuit.

Le 6, vers dix heures hier, dans l'avant-midi, a commencé le sommeil, qui depuis lors a duré sans interruption, et pendant lequel une évacuation involontaire d'urine a eu lieu, en quantité telle, que celle-ci, passant à travers les literies, est tombée sur le plancher en masse considérable. Le pouls s'est élevé à 88, mou et égal; le premier bruit du cœur est revenu, quoique faible; la respiration 32, égale et calme; la peau moins chaude; l'érythème notablement diminué.

Le 7, le sommeil a continué et continue; l'évacuation d'urine est moindre.

Le 8, quoique le malade se soit plusieurs fois éveillé pendant la dernière journée pour boire et lâcher de l'eau, il ne s'éveilla pourtant pas complètement avant aujourd'hui à huit heures du matin, par conséquent au bout de soixante-dix heures de sommeil. Aucune transpiration n'avait eu lieu pendant ce temps, mais alors l'érythème avait presque disparu. Le malade se sentit au réveil bien portant; il était entièrement intelligible; il demandait à manger; le pouls était 88, assez plein; les bruits du cœur étaient distincts, en rapport normal l'un avec l'autre; la langue tendre et molle; il ne se plaint que de tintement aux oreilles et de faiblesse. La convalescence a ainsi commencé après la crise par le sommeil et par l'abondante évacuation d'urine, qui a eu lieu pendant ce sommeil. Sous l'influence de l'usage d'arnica et puis de valériane, l'amélioration continua tellement qu'il quitta l'hôpital dès le 19 janvier.

FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX PRÉDOMINANS; GUÉRISON.

Obs. IV. — A. Andersson, 32 ans, robuste constitution, tempérament sanguin, au service depuis quatre ans, bonne santé. Il commença à se sentir faible, lourd et triste le 7 janvier; il fut saisi d'un violent frisson le 9 vers midi; ce frisson continua toute la soirée et ce ne fut que vers le soir qu'il fut suivi de chaleur de tête, d'étourdissemens; on lui administra à la caserne, le 10, un vomitif, et le 11 lavement salin. Le soir de ce jour, il fut conduit à l'hôpital; son état ne fut pas constaté avant le 12 au matin, par conséquent trois jours après la première attaque de frisson. La face rouge, flamboyante, gonflée; la sclérotique injectée au vif; les pupilles normales; douleur à rompre la tête au-dessus des yeux; étourdissement à chaque mouvement de la tête; pas de sommeil pendant la nuit; propension au transport; sentiment de faiblesse extrême. Le pouls 88, plein, égal, subdurus; les bruits du cœur normaux; la langue aux coins rouges, avec tout le reste de sa superficie chargée de gris-blanc, molle; la respiration infecte, le goût amer, le ventre mou, empâté. La peau chaude, 35° au creux de l'estomac, sèche; rare érythème typhoïde de couleur rouge clair sur tout le tronc. Urine claire, brun-rouge, acide. Une saignée fut ordonnée, puis l'acide hydrochlorique.

Le 13, le sang provenant de la saignée a formé un caillot sans couenne; mais d'une assez grande fermeté. Des ventouses furent appliquées hier au soir à la nuque. La nuit a été inquiète avec babillage et égarement; le mal de tête a diminué et a été remplacé par un sentiment de pesanteur; la face moins rouge, le regard hébété; le pouls 104, mou, commence à se sentir faible; le premier bruit du cœur, court; la langue commence à devenir sèche au milieu; l'éruption plus abondante et plus foncée en couleur.

Le 14, l'état et le traitement les mêmes.

Le 16, la nuit agitée, abondant saignement de nez le matin, sans diminution de pesanteur dans la tête; profonde stupeur; le pouls 108, plus faible qu'hier; le premier bruit du cœur court et faible; la langue sèche et dure; pas d'évacuation depuis deux jours. De l'huile de ricin et ensuite de l'acide phosphorique.

Le 16, pas de changement.

Le 17, la langue chargée d'une croûte noir-brun.

Le 18, pouls 94, faible et petit; le premier bruit du cœur à peine sensible à l'ouïe, seulement perceptible; mucilage camphré, ainsi que de l'acide.

Le 19, pas de changement.

Le 20, le malade s'endormit hier au soir, a dormi toute la nuit, et pendant ce temps là, surtout le matin, a sué abondamment. Aujourd'hui la pesanteur de la tête a disparu, il n'y a plus que du bourdonnement aux oreilles; la face a perdu l'air hébété qu'elle avait; la sclérotique n'est plus injectée de sang; le pouls 48, égal, assez plein; le premier bruit du cœur distinct; la langue molle, sans croûte; l'érythème est passé. Le malade se sent excessivement faible; il désire manger.

Convalescence après une crise de sueur le onzième jour après l'invasion de la maladie. Sous l'usage de l'arnica, le mieux continua. Sorti de l'hôpital le 2 février.

FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX PRÉDOMINANS; GUÉRISON.

Obs. V. — C.-M. Akerbers, âgé de 32 ans, constitution trapue et forte, quatre ans de service, n'avait jamais été précédemment traité à l'hôpital. Il commença le 12 décembre à se sentir fatigué, avec de la céphalalgie. Le soir du 15 se succédèrent plusieurs accès de frissons. Il fut amené le 16 à midi à l'hôpital; son état fut constaté le 17 au matin. A son arrivée, fort délire, tellement qu'il dut être tenu dans son lit. Après qu'une saignée eut été alors pratiquée, la nuit avait été assez calme, seulement de temps en temps des cris violens. Le sang tiré (une livre) n'avait pas formé de caillot, mais au contraire un magma en bouillie. La face était violet rouge, enflée; la sclérotique imprégnée de sang; photophobie tellement forte qu'il criait quand on lui ouvrait les paupières; les pupilles de la grandeur normale; le pouls à 100, plein, subdurus; les bruits du cœur normaux; la langue chargée de gris-blanc, tendre et large; l'abdomen mou, empâté, indolent; pas d'évacuation depuis son arrivée; respiration 40, rauque, bronchique, surtout par derrière, mêlée de râles sibilans et sifflemens; toux sèche, avec râclement. La peau sèche et chaude, l'urine brun-rouge. Ventouses à la nuque; glace sur la tête; laxatif de sulfate de soude.

Le 18, le malade a continué toute la journée à délirer et à pousser des cris, tantôt avec violence, tantôt d'une façon plus tranquille. De l'acide hydrochlorique fut ordonné.

Le 19, même état; commencement d'éruption d'érythème rouge-flamme. Ventouses à la nuque; sinapismes aux cuisses et aux mollets.

Le 20, pas de changement.

Le 21, le délire commence à être plus tranquille, sans cris; la photophobie diminue; le pouls 104, commence à être faible; le premier bruit du cœur faible et court; la langue subsicca, rouge aux coins et à la pointe; l'érythème en floraison, violet. Acide phosphorique.

Le 22 et 23, propension au sommeil et à parler en marmottant; le pouls 112, petit, faible, inégal; le premier bruit du cœur à peine sensible à l'ouïe, seulement constatable; l'érythème bleu-rouge. Mucilage camphré tour à tour avec l'acide; les applications de glace sont enlevées; vésicatoires à la nuque.

Le 24, pas de changement.

Le 25, le délire complètement mussitant; les pupilles contractées, pas plus grosses qu'une tête d'épingle; le pouls à peine perceptible, à cause des soubresauts des tendons; le premier bruit du cœur complètement disparu, le second faible; les lèvres, les dents et la langue chargées d'une croûte noir-brun; la respiration 48; la peau tachetée de bleu; les extrémités froides; rétention d'urine depuis douze heures. Ordonné: du sirop vitriolique dans la boisson.

Prenez :	Musc pulvérisé............	3 grains.
	Camphre en poudre..........	1 —
	Sucre blanc................	12 —

Mêlez, pulvérisez: à prendre une poudre toutes les deux heures.

Vers la nuit, on donna de l'extrait de belladone avec du camphre, 1 grain de chacun en deux fois; cathétérisme trois fois dans le jour.

Le 26, la pupille un peu plus grande qu'hier; du reste le même état; continuation du traitement, sauf que la belladone n'est administrée qu'une fois.

Le 27, les pupilles de grandeur normale; la mussitation un peu moindre; la croûte de la langue commence à se dissoudre; continuation du musc, mais seulement 2 grains par dose; cessation de belladone.

Le 28, le malade a dormi assez tranquillement pendant la plus grande partie de la nuit; même le matin, il a pu lâcher de l'urine et a annoncé qu'il voulait évacuer, ce qu'auparavant il avait fait sans s'en apercevoir; pouls 108, faible, mais perceptible et égal; le premier bruit du cœur commence à pouvoir être saisi; l'érythème se maintient bleu-foncé. Le musc est administré seulement deux fois le soir; le jour, infusion d'arnica (2 gros sur 8 onces) joint au mucilage camphré.

Le 29, le délire mussitant a disparu; la langue est nette et tendre; le pouls 100, et il n'est plus si faible; le premier bruit du cœur est plus perceptible, quoique court, l'érythème a presque disparu pendant la nuit. Le malade demande à manger, et tout paraît ainsi annoncer un commencement de convalescence qui, sans phénomène critique, se serait déclaré le quatorzième jour de la maladie. Le camphre et l'arsenic ont été encore continués deux jours, après quoi on cessa le premier et on donna seul l'arnica.

L'état sembla pourtant ne s'être ni amélioré, ni empiré jusqu'au 4 janvier 1842, époque à laquelle, sans que le malade eût quitté le lit, ou sans qu'on pût l'attribuer à aucune cause, il a encore de nouveau commencé à délirer pendant la nuit, et une toux presque sans discontinuation s'est déclarée.

A l'examen du matin, le vingt-deuxième jour, il fut remarqué que, pendant la nuit, il avait craché un sputum sanguinolent, visqueux; dans la région scapulaire droite, le son était mat; dans le milieu de celle-ci, on entendait une faible respiration tubaire, et autour un râle crépitant abondant; dyspnée; 48 inspirations; le pouls irrité, 120. Une fomentation de térébenthine chaude fut placée sur la partie postérieure droite de la cavité thoracique; l'arnica fut discontinué et il fut donné en place:

Prenez :	Essence de térébenthine........	1/2 once.
	Jaune d'œuf n°.................	1
	Mucilage de gomme arabique..	3 onces.
	Eau distillée..................	1 once.

Mêlez, faites une émulsion: une cuillerée à café prise toutes les deux heures pendant le jour. Le soir, on devait donner un grain d'opium en deux fois.

Le 7, la toux moindre, les crachats moins tachés de sang; la respiration lobaire plus facile et le râle crépitant plus gros.

Le 8, les crachats visqueux semblables à du blanc d'œuf; râle muqueux abondant et humide. La parotide a commencé pendant la nuit à augmenter de volume (le 24e jour). Continuation de la térébentine mais pas de l'opium.

Pendant les jours suivans l'enflure augmenta dans la parotide, tandis que l'état de la poitrine s'améliorait. On cessa l'émulsion de térébenthine; et en place, on donna de la décoction de sénéga; sur la parotide on appliqua un cataplasme émollient pour l'amener à l'état de suppuration. Elle commença cependant au bout du quatrième jour à décroître, et se dissipa peu à peu. Quoique tous les organes parussent alors revenir à l'état normal, et que l'envie de manger, sous l'usage de décoction de quinquina, eût reparu, il se maintint cependant immuablement un état de faiblesse excessive, jusqu'à ce que le 21 février, le quarante deuxième jour de la maladie, sans aucune douleur ni rougeur préalable, un abcès survint sous la peau qui couvre l'os bregmatis droit, et un autre pareil sous le muscle gluté gauche; au bout de deux jours ces abcès furent ouverts; il en sortit un pus épais et bon. De ce jour, l'état du malade s'améliora d'une façon bien évidente, et ce mieux fit ensuite des progrès, sans nouveau trouble, mais si lentement, que cet homme ne quitta pas l'hôpital, en état de parfaite santé, avant le 24 avril, par conséquent après plus de quatre mois de maladie.

Les cinq cas qui viennent d'être cités, de fièvre typhoïde avec symp-

tômes cérébraux prédominans, peuvent être suffisans pour donner un aperçu de la marche de la maladie sous cette forme. C'est à dessein qu'on les a choisis de manière à ce que chacun des cas présentât de la dissemblance avec un autre; et qu'ainsi, comparés entre eux, ils offrissent de l'intérêt, surtout en ce qui concerne les modes différens de leur issue. Le premier cas cité qui s'est terminé par la mort, présente une grande gravité, puisque la mort a eu lieu dès le quatrième jour: les phénomènes de l'autopsie ne sont que les phénomènes ordinaires qui se présentent dans la fièvre typhoïde: sang décomposé; cœur flasque, ratatiné, rate ramollie et glandes intestinales gonflées, en même temps qu'engouement hypostatique de sang dans les parties postérieures des poumons. Le second cas est revenu à la santé, sans phénomènes critiques, *per lysin*, après le quatorzième jour de la maladie; dans le troisième cas, au contraire, il y a eu crise, par redoublement d'évacuation urinaire, réunie au sommeil qui a duré presque trois jours entiers; cette crise a commencé le dixième jour et s'est terminée le treizième jour après le commencement de la maladie. Dans le quatrième cas, la crise s'est manifestée le onzième jour au moyen d'abondantes sueurs; et enfin il se trouva dans le cinquième cas des circonstances d'une nature toute particulière, en ce qu'on ne put pas trouver de passage un peu décisif à la santé avant l'apparition d'abcès avec sécrétion de pus, à deux endroits séparés, et cela, pas avant que la maladie eût atteint son quarante-deuxième jour, après toutefois qu'un effort ou qu'une tentative de crise se fut manifestée par le gonflement d'une parotide, pour ne pas parler ici de l'engouement dans un poumon (la pneumonie typhoïde, comme on la nomme, ou typhus pectoral) dans le vingt-deuxième jour de la maladie; on pourrait aussi considérer le gonflement de la parotide comme une crise partielle pour l'affection pulmonaire, parce qu'en même temps que la première augmentait, la seconde diminuait et décroissait. Je remets à parler des autres conclusions, qu'on pourrait tirer de ces cas, quant aux symptômes, au traitement, etc., etc., et je vais rendre compte de quelques cas où la maladie s'est présentée sous des formes telles que les symptômes abdominaux se sont manifestés comme prédominans.

(La suite prochainement.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 AVRIL.

RECHERCHES SUR LE SYSTÈME NERVEUX SPLANCHNIQUE.

M. BOURGERY lit un mémoire sur ce sujet, dans lequel il se propose d'exposer les résultats des recherches qu'il a faites sur les nombreux organes qui composent l'appareil nerveux de la vie organique.

Le système nerveux splanchnique se compose, suivant M. Bourgery, de cinq sortes de parties: 1° *les nerfs viscéraux et organiques* quelconques, base fondamentale du système nerveux splanchnique; 2° les amas ganglionnaires, réputés centres généraux d'excitation et d'harmonisation d'un groupe d'organes, et, en général, auxiliaires fonctionnels les uns des autres; 3° *les plexus extra-viscéraux*, ou les chaînes de communications intermédiaires des organes d'un même groupe entre eux et avec les amas ou centres ganglionnaires, et de ceux-ci les uns avec les autres; 4° les deux chaînes longitudinales de communication avec l'extrémité centrale des nerfs, ou proprement les deux cordons parallèles à l'axe cérébro-spinal, connus sous le nom de *grand sympathique*; 5° enfin, la dernière partie du système nerveux splanchnique se compose des anastomoses des nerfs ganglionnaires avec les extrémités périphériques des nerfs cérébro-spinaux.

A ces cinq divisions principales du système nerveux splanchnique, M. Bourgery ajoute comme annexes complémentaires: 6° des recherches sur les nerfs des membranes séreuses et synoviales, nerfs dont on n'avait pu encore constater l'existence et qui sont, suivant M. Bourgery, en nombre immense; 7° un dernier complément encore inaperçu des anatomistes, consistant dans l'interposition sur certains points des nerfs cérébro spinaux, principalement le trijumeau et le pneumo-gastrique, de ganglions et de nerf gris, qui donnent la raison de ces similitudes fonctionnelles signalées par les physiologistes entre ces nerfs et le grand sympathique.

Cette classification trace la série des mémoires que l'auteur se propose de faire connaître successivement sur le système nerveux splanchnique. Celui qu'il lit aujourd'hui, et qui commence cette série, a uniquement pour objet l'extrémité céphalique du grand sympathique. Il a pour titre: MÉMOIRE SUR L'EXTRÉMITÉ CÉPHALIQUE DU GRAND SYMPATHIQUE DANS L'HOMME ET QUELQUES ANIMAUX MAMMIFÈRES.

Ce travail, peu susceptible d'analyse, est trop étendu pour que nous puissions le reproduire ici. Nous en publierons un extrait dans un des prochains numéros.

TOXICOLOGIE.

M. ORFILA adresse la lettre suivante:

Monsieur le président,

En rendant compte de la séance de l'Académie de lundi dernier, un journal annonce, d'après MM. Flandin et Danger, que l'inventeur d'un certain rob aurait été condamné par les tribunaux, parce que les experts, ayant fait usage de la pile de Smithson, auraient conclu à l'existence du mercure dans ce rob, alors que cet instrument, mal employé par ces experts, ne pouvait donner que des résultats fautifs.

J'étais rapporteur de la commission chargée d'examiner ce rob, et j'affirme que tout cela est controuvé. Avant la rédaction du rapport, les experts savaient très bien que la pile de Smithson, employée comme l'avait indiqué son auteur, était un appareil infidèle; ils savaient aussi que le rob dont il s'agit ne contenait pas un atôme de mercure. Il me suffira, pour justifier mon dire, de citer textuellement la première conclusion du rapport rédigé le 1er mai 1829, et signé par MM. Pelletier, Chevallier et moi. Voici cette conclusion: « 1° Ni le sirop dépuratif régénérateur du sang, ni le rob anti-syphilitique, ni la mixture, débités par M...., *ne contiennent aucune préparation mercurielle*, ni aucune substance vénéneuse » (Voir au greffe de la Cour royale, pièce enregistrée sous le n° 6925, année 1829, 16 juin.)

Peu de temps après la rédaction du rapport, je publiai un travail sur la pile de Smithson, dans lequel je faisais connaître les diverses causes d'erreur auxquelles pouvait donner lieu l'emploi de cette pile, ainsi que les précautions qu'il importait de prendre pour éviter ces erreurs. Ces précautions sont exactement les mêmes que celles qui viennent d'être indiquées par MM. Flandin et Danger seize ans plus tard. L'Académie pourra s'en convaincre en lisant mon mémoire inséré dans les ANNALES DE PHYSIQUE ET DE CHIMIE (t. XLI, p. 92, année 1829), et tous les ouvrages que j'ai publiés depuis cette époque.

Qu'il me soit permis, à cette occasion, d'adresser à l'Académie la prière de vouloir bien hâter la présentation du rapport de la commission chargée de lui rendre compte des travaux de MM. Flandin et Danger. Des erreurs graves ont été débitées par ces messieurs, et bien des faits ont été donnés par eux comme nouveaux, quoique je les eusse publiés depuis longtemps. En propageant ces erreurs, la presse quotidienne tend à faire accepter comme vrai ce qui ne l'est pas; les jurés et les magistrats ne savent plus quel parti prendre au milieu d'assertions aussi contradictoires.

Déjà, dans deux de mes communications, j'ai appelé l'attention de l'Académie sur ce point, et je me suis mis à sa disposition pour démontrer l'exactitude de ce que j'avais avancé. Il appartient à un corps savant, aussi haut placé dans l'opinion publique que celui que vous présidez, de substituer la vérité à l'erreur, et de rendre à chacun ce qui lui est dû.

— M. J. BARSE adresse la lettre suivante sur le même objet:

Monsieur le président,

Depuis plusieurs années, MM. Flandin et Danger ont soumis à l'Académie des sciences un grand nombre de mémoires; dans la séance dernière, ces messieurs ont présenté un travail dans lequel on lit le passage suivant:

« L'*accueil favorable* que l'Académie a bien voulu faire à nos premières recherches sur les poisons métalliques nous a mis dans l'obligation de les poursuivre, et autant qu'il dépendra de nous, de les compléter. Déjà, dans plusieurs mémoires, nous avons traité successivement de l'empoisonnement par l'arsenic, par l'antimoine, par le cuivre, par le plomb, et en général par les métaux fixes. Pour clore la liste des poisons dits métalliques, il nous reste à parler du mercure. »

Ces paroles, M. le président, prononcées dans le sein de l'Académie des sciences, insérées dans son BULLETIN, reproduites par la presse au dehors, ont une très grande portée dans l'opinion publique; parmi les magistrats, parmi les jurés, les gens du monde, MM. Flandin et Danger paraissent avoir reçu de l'Académie des sciences un accueil favorable pour les doctrines qui leur sont propres, et la consécration de propriété des faits qu'ils prétendent avoir découvert les premiers. Cependant il n'en est rien, puisque la commission de chimie médico légale chargée de rendre compte de tous ces travaux n'a pas encore fait de rapport.

Il est de la plus grande importance de s'opposer immédiatement au crédit que pourraient obtenir ces assertions de MM. Flandin et Danger. J'ai l'honneur, M. le président, de vous prier de mettre sous les yeux de l'Académie l'énumération succincte des points suivans, extraits des travaux de ces messieurs.

MM. Flandin et Danger ont successivement annoncé:

1° Qu'il y a des taches qui offrent les caractères physiques et chimiques de l'arsenic: les académies ont déclaré inexacte cette affirmation;

2° Que les terrains des cimetières ne contiennent pas d'arsenic: l'expérience acquise à l'occasion de plusieurs procès d'empoisonnement a démontré que certains cimetières contiennent ce métal, et MM. Flandin et Danger, *agissant comme experts*, ont signé sur ce point le contraire de leur affirmation faite à l'Académie;

3° Que les animaux empoisonnés par l'arsenic n'urinent pas: le rapport fait à l'Académie de médecine sur le travail de M. Delafont, qui confirme les résultats obtenus précédemment par M. Orfila, prouve le contraire;

4° En 1842, ces messieurs annoncent comme nouveau, qu'en vertu d'une loi de localisation, les poisons se concentrent dans le foie: ce fait avait été publié en 1840 par M. Orfila;

5° A deux reprises, MM. Flandin et Danger ont nié la possibilité et le fait de l'existence du cuivre dans le corps de l'homme non empoisonné, et ils déclarent suivre dans la recherche de ce métal un procédé exceptionnel, sensible à un *cent millième*;

Or, Vauquelin, MM. Sarzeau (de Rennes), Boudet, Devergie, Osmin-Hervy, Boutigny, Orfila, Chevallier, Lanaux, Follin, Pelouze et moi, en suivant les

procédés ordinaires de la chimie élémentaire, ont retiré du cuivre métallique de viscères dans lesquels MM. Flandin et Danger nient sa présence;

6° Ces messieurs proclament une loi d'incompatibilité des poisons avec l'état de santé; or, la présence du phosphore, de la soude libre, de plusieurs acides, et, en dernier lieu surtout, celle du cuivre et du plomb, fait justice complète de cette assertion;

7° Ils indiquent comme symptôme nouvellement observé par eux la salivation dans l'empoisonnement par les sels de cuivre: or, ce symptôme est décrit partout depuis un siècle au moins; on le trouve indiqué dans la Toxicologie de M. Orfila, édition de 1818, tome 1er, p. 319;

8° Ils nient l'existence des poisons dans le sang des animaux empoisonnés: or, M. Orfila a prouvé le contraire par des expériences directes, et depuis tous les toxicologistes admettent que les procédés de recherches de MM. Flandin et Danger étaient vicieux;

9° MM. Flandin et Danger ont annoncé qu'il est préférable, en matière d'expertise judiciaire, de fractionner les organes à analyser, qu'il suffit d'opérer sur 100 grammes pour résoudre la question de présence d'un poison. Tous les chimistes protestent contre l'exactitude de cette méthode, et la considèrent comme rationnellement infidèle en pratique, si elle est exacte en théorie;

10° Enfin, dans leur mémoire présenté dans la séance dernière, MM. Flandin et Danger persistent à s'attribuer le procédé de carbonisation par l'acide sulfurique: or, il est imprimé dans le Journal de pharmacie de novembre 1840 que la communication de ce procédé a été lue dans la séance précédente de la Société de pharmacie par M. Jules Barse (de Riom). MM. les rapporteurs de l'Académie de médecine, dans la grande question de l'arsenic, ont reconnu la légitimité de cette réclamation de priorité.

Les faits qui précèdent, Monsieur le président, sont de deux ordres: les uns ont été avancés par MM. Flandin et Danger pour s'attribuer des découvertes et des applications qui ne leur appartiennent pas; les autres bouleversent de fond en comble des doctrines consacrées par une longue expérience.

Il est du devoir de ceux qui honorent la science de rendre à chacun ce qui lui appartient; il est de l'intérêt le plus grave de faire bonne et prompte justice d'opinions dangereuses par leur application à la médecine légale: j'ai cru, Monsieur le président, ne devoir pas attendre que d'autres, des étrangers surtout, prennent l'initiative dans la proclamation des erreurs de MM. Flandin et Danger, erreurs auxquelles ils associent l'Académie en déclarant que ce corps avait *accueilli avec faveur* leurs travaux antérieurs.

GLUCOSURIE OU DIABÈTE SUCRÉ.

M. Bouchardat adresse la première partie d'un nouveau mémoire sur la glucosurie ou diabète sucré.

Dans un précédent mémoire, l'auteur avait déjà établi la relation qui existe entre la proportion de féculens ingérés par les diabétiques et le glucose contenu dans leurs urines. La première indication qui en ressortait naturellement pour le traitement était donc de remplacer les alimens féculens nuisibles par d'autres alimens du même ordre physiologique. C'est ce que M. Bouchardat s'est attaché à faire ressortir dans ce nouveau travail.

Les féculens et les sucres, dit-il, appartiennent à ce groupe de substances qu'on est convenu d'appeler aujourd'hui les *alimens de la respiration*. Il est donc indispensable de choisir dans ce même groupe les alimens qui doivent remplacer les féculens que le glucosurique ne peut utiliser; les boissons alcooliques et les *corps gras*: voilà les substances qu'il a adoptées et sur l'emploi desquelles il a toujours insisté.

Il prescrit comme moyens hygiéniques: la suppression des alimens féculens, le pain de gluten, le vin. Il a souvent éprouvé que le carbonate d'ammoniaque, aidé d'une préparation opiacée, tonique et stimulante, contribuait souvent puissamment à ramener à l'état normal les urines des diabétiques.

BRISE-PIERRE ET SONDE ÉVACUATRICE.

M. Guillon envoie une note relative à son brise-pierre et à sa sonde évacuatrice, qu'il destine au concours pour le prix de médecine et de chirurgie de Montyon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

ALIÉNATION MENTALE.

M. Dubois (d'Amiens) lit un travail ayant pour titre: Quelques considérations sur l'aliénation mentale, au point de vue de la psychologie.

L'étude de l'aliénation mentale, suivant M. Dubois, ne saurait, sans inconvéniens, être séparée de la psychologie. Ce n'est que par la connaissance des facultés de l'entendement qu'on peut espérer d'élucider tout ce qui tient à la nature et aux causes de la folie. M. Dubois compare l'aliénation à un rêve; c'est pour lui un rêve retourné dans lequel le *moi* est privé de la liberté et de la volonté nécessaires pour se soustraire aux fausses perceptions.

En ce qui concerne la cause prochaine de la folie, M. Dubois établit en principe, et c'est par cette proposition qu'il résume tout son travail: que toute altération de l'intelligence est nécessairement liée à une lésion organique matérielle, appréciable ou non, du système nerveux cérébral.

M. Rochoux félicite M. Dubois d'avoir prouvé qu'il n'y a point d'altération possible dans les facultés intellectuelles sans une altération matérielle correspondante, appréciable ou non, dans le cerveau; mais il est surpris en même temps de l'avoir entendu parler de l'ame et du *moi*. Il n'aurait pas prévu la conclusion d'après ces prémisses. Cela lui paraît une inconséquence. M. Royer-Collard disait: Tout dans l'organisme se passe d'après des lois physiques, hors une seule chose, la volonté. C'est sur la volonté que M. Maine de Biran, cité par M. Dubois, a fait reposer tout son système d'animisme. Mais si la volonté prouve l'ame, qui a plus de volonté que l'âne? (Explosion de rires.)

M. Dubois: M. Rochoux est étonné que j'aie parlé de l'ame et du *moi*. Il dit que je suis sensualiste et que c'est une inconséquence. Je suis sensualiste, sans doute, en ce sens que je reconnais que les manifestations de l'ame ne peuvent avoir lieu que par l'intermédiaire des sens, et que je leur assigne le rôle qui leur appartient dans tous les actes de l'intelligence. Je n'ai pas prétendu dire autre chose.

M. Virey invoque la folie partielle contre la théorie que vient d'émettre M. Dubois. Comment comprendre, dit-il, qu'un délire qui ne porte que sur un seul ordre d'idées, lorsque l'intelligence conserve d'ailleurs une intégrité parfaite sur tout ce qui est étranger à l'objet de son délire, soit le résultat d'une lésion du cerveau?

M. Dubois conteste qu'il y ait des cas de folie partielle parfaitement limitée à un seul ordre d'idées. Quant aux lésions organiques auxquelles il fait jouer un rôle constant dans l'aliénation, il est convaincu qu'à mesure qu'on fera un plus grand nombre d'ouvertures cadavériques, on en reconnaîtra de plus en plus l'exactitude et les prétendus cas d'aliénation sans lésion matérielle finiront par disparaître tout à fait.

M. Ferrus: Je ne puis qu'approuver en général ce que vient de dire M. Dubois; il a très bien démontré, à mon avis, qu'il devait y avoir des lésions organiques toutes les fois qu'il existe des désordres généraux dans l'intelligence; mais je crois qu'il faut aller plus loin et que l'on doit reconnaître qu'il y a lésion du système nerveux toutes les fois qu'il existe un trouble même partiel, une simple perversion dans les fonctions intellectuelles. La loi de l'intervention de l'organisme dans les maladies est vraie pour les maladies mentales, comme pour toutes les maladies en général.

M. Dubois a parlé du *moi*, de l'ame, d'un principe intellectuel et immatériel: ce sont là des principes que je puis admettre; mais je ne voudrais pas voir baser, sur la foi que l'on peut avoir dans l'existence de ce principe, des doctrines médicales. L'organisation est nécessaire aux manifestations de l'ame; lorsque les organes sont altérés, ils troublent ces manifestations ou les rendent impossibles; or, ce sont ces altérations seules qui doivent nous occuper ici. Quant à l'ame, je le répète, j'y crois; mais cette considération doit être mise en dehors des discussions médicales. Sans être matérialiste comme on l'entend généralement, sans être unitaire à la manière de M. Rochoux, je pense qu'en médecine en général, et particulièrement en ce qui concerne l'aliénation, nous devons tenir compte de l'organisme essentiellement.

Je crois qu'une plus longue discussion sur ce sujet serait inutile; cependant j'ajouterai encore un mot.

M. Dubois a cité avec éloge un passage de M. de Biran sur l'idiotisme, où il est dit que chez les idiots l'ame dort et que les sens seuls restent éveillés. Quiconque a vu des idiots a dû se convaincre que chez eux ce n'est pas l'ame qui est endormie, mais bien leurs sens qui sont obtus; on trouve en outre constamment chez eux des lésions matérielles considérables; je n'ai jamais vu d'idiots dont l'organisme fût complet. Je vais plus loin; je défie qu'on cite un cas ou la folie partielle soit survenue inopinément, à moins qu'elle ne fut due à une cause très accidentelle, et même dans ce cas, sans qu'il y ait eu quelque circonstance prédisposante ou une prédisposition héréditaire.

M. Dubois: Je prétends, contrairement à l'opinion de M. Ferrus, qu'on est forcé de s'expliquer sur le rôle de l'ame ou du *moi*, quand on s'occupe de l'aliénation mentale. Que l'intervention de la psychologie soit inutile en pathologie, d'accord; mais il n'en est pas de même quand il s'agit de l'intelligence.

M. Rochoux: Peut-on admettre l'existence d'un principe indépendant du corps lorsqu'on voit ce principe suivre toutes les vicissitudes du corps? Quant aux lésions physiques qui produisent les troubles de l'intelligence, il sera presque toujours impossible de les constater. Ce langage étonnera de la part d'un unitaire; mais j'en ai déjà dit la raison; j'ai déjà dit dans une de nos précédentes séances, qu'entre l'argent *récroui* et celui qui ne l'est point, il y a des différences évidentes, bien que la chimie et l'examen microscopique ne puissent nous faire savoir en quoi cette différence consiste. Il y aura toujours quelque chose qui nous échappera dans l'appréciation des lésions physiques de nos tissus; mais nous n'en devons pas moins admettre comme une vérité qu'il ne peut y avoir de changemens moraux sans changemens matériels. Si ces changemens ne peuvent pas être démontrés, leur existence est suffisamment prouvée par les résultats.

M. Ferrus: M. Dubois a pu penser que je partageais entièrement son opinion; mais je dois dire que je cesse d'être de son avis en ce qui concerne le rôle qu'il fait jouer, d'après M. de Biran, à l'ame dans l'idiotisme. Non, l'ame ne dort pas, c'est un principe immatériel qui ne dort, ni ne veille; c'est le corps, ce sont les organes qui dorment et qui troublent ou qui altèrent les manifestations de l'ame. M. Dubois m'interrompt en disant qu'il admet les facultés que je semble repousser; mais qui ne les admet pas? Tout le monde les reconnait, les analyse; mais les facultés ne se manifestent, encore une fois, que par l'intermédiaire des organes, par conséquent par l'état fonctionnel. Or, y a-t-il une fonction de l'économie que l'on connaisse complètement, dont on puisse se flatter de saisir d'une manière précise le mécanisme? Peut-il en être autrement des fonctions du cerveau? Les questions relatives à la pathologie du cerveau ne doivent pas être traitées autrement que toutes les autres questions de pathologie. Quand nous étudions les maladies, ce sont les troubles fonctionnels qui nous frappent d'abord, qui nous avertissent des désordres qui sont survenus dans l'économie; aussi la description des maladies, en général, est-elle fondée sur les troubles

fonctionnels ; cela est surtout vrai pour l'aliénation mentale pour laquelle nous n'avons pas encore d'autre base nosologique.

J'ai dit qu'il fallait éviter d'entrer dans le domaine de la philosophie, et je le maintiens. Les systèmes philosophiques peuvent induire en erreur ; l'histoire des maladies mentales en fournit de nombreux exemples. Les systèmes peuvent conduire aux données les plus erronées sur la nature de ces maladies, ainsi que l'ont fait longtemps les croyances religieuses. La philosophie spiritualiste a fait croire que les aliénés n'avaient mal qu'à l'esprit et les a privés des traitemens les plus convenables. Les croyances religieuses les ont fait considérer comme des possédés, des sorciers et les ont fait conduire au bûcher ; et cela par l'abus et par l'entraînement si dangereux du sentiment religieux, le plus élevé que possède l'homme, le seul peut-être qui lui appartienne en propre, et dont pour mon compte je suis profondément pénétré. Ce n'est que depuis l'époque où nous jouissons en France de la liberté civile et religieuse que l'on a pu étudier les maladies mentales de la seule manière qui convienne, c'est-à-dire en considérant les aliénés uniquement comme des malades. Je ne veux pas d'ailleurs que la pathologie marche à la suite de la philosophie, mais qu'elle ait sa philosophie propre et indépendante des écoles et des systèmes philosophiques.

M. Castel : L'aliénation mentale est-elle toujours le résultat d'une lésion du cerveau et de ses dépendances ? En résolvant la question dans ce sens on ne fait pas attention qu'on exclut l'influence des agens moraux. Une femme apprend la mort de son mari ; elle devient aussitôt aliénée. Direz-vous qu'il s'est fait instantanément une lésion dans son cerveau ? Je ne prétends pas dire que les lésions physiques du système nerveux ne jouent point un grand rôle dans l'aliénation, mais je crois qu'on leur donne un rôle trop exclusif et qu'on néglige trop les causes morales.

M. Gerdy : Deux propositions m'ont frappé dans le travail de M. Dubois. Il a dit : l'aliénation est un rêve retourné ; dans le rêve ce sont les sens qui sont fermés au monde extérieur, tandis que dans l'aliénation, c'est l'intelligence. Je crois bien effectivement qu'il y a quelque chose de vrai dans cette définition du rêve, mais elle ne l'explique pas encore suffisamment. Ainsi lorsque le rêve porte sur des objets de souvenir, les sens y sont tout à fait étrangers, et cependant le rêve n'en est pas plus ou moins bizarre, irrégulier, il n'en est pas moins une sorte de délire.

J'arrive à une seconde assertion de M. Dubois qui ne me paraît point exacte. Il a dit que la folie était le résultat d'altérations matérielles du cerveau ; mais il n'a point spécifié ces altérations. C'est une expression très vague. Qu'entendent les pathologistes par altérations matérielles ? ce sont des modifications qui portent sur la forme, les dimensions, la couleur, la consistance, en un mot sur toutes les propriétés physiques et les propriétés constituantes accessibles aux sens. Que si vous supposez qu'un point de la peau devienne tout à coup douloureux, sans présenter aucun changement apparent, on ne dira point qu'il y a une lésion matérielle, mais une lésion physiologique ou phénoménale. Il faut donc laisser de côté ces lésions matérielles que l'on ne peut voir ni toucher, parce qu'elles n'apprennent rien, pas plus que les causes finales des anciens. C'est cependant la philosophie qui tend à dominer aujourd'hui, mauvaise philosophie qu'il faut abandonner si l'on veut rester dans le vrai, dans ce que la science a de positif.

Un mot sur les facultés et les fonctions, deux termes qui ont été confondus par M. Ferrus. La faculté signifie la puissance de faire, tandis que la fonction est l'action. Cette distinction est bien simple et cependant presque tout le monde confond, comme M. Ferrus, ces deux choses.

En résumé, on n'avance en rien la science lorsqu'on dit que l'aliénation est le résultat de lésions matérielles que l'on ne spécifie point ; la faculté et la fonction sont deux choses différentes qu'il ne faut point confondre.

M. Dubois : Evidemment on ne trouve point chez les aliénés des altérations pathologiques telles que M. Gerdy les a définies ; mais si l'on veut entendre par lésions matérielle les modifications organiques que le cerveau est susceptible de subir, en cherchant à bien constater ces modifications, nul doute qu'on n'arrive à les trouver dans tous les cas d'aliénation.

Quant à ce que M. Gerdy a dit concernant les facultés et les fonctions, il a parfaitement raison ; mais on sait qu'il y a une école tout entière qui confond la fonction avec la faculté.

M. Dubois termine en s'élevant contre l'intolérance que vient de manifester M. Ferrus contre la philosophie.

M. Ferrus répond à M. Gerdy qu'il ne confond pas les facultés avec les fonctions ; il les considère avec lui comme des choses distinctes ; mais en définitive la faculté ne peut se manifester que par l'intervention des organes et dès que les organes interviennent la fonction s'établit. Il est difficile dès lors de préciser le début de l'état fonctionnel et quand il est en exercice la faculté et la fonction se confondent, ce qui a pu l'entraîner, dans la rapidité de l'improvisation, à parler de la faculté, quand je voulais parler du désordre fonctionnel.

Quant à M. Dubois, il répétera encore que le champ est libre en fait de croyances philosophiques ; mais que ce qu'il désire surtout, c'est qu'en médecine on ne se laisse entraîner par aucune influence systématique, ni par aucun sentiment, car l'histoire de la science prouve dans toutes ses pages le danger qu'il peut y avoir à cela.

Il est cinq heures moins un quart, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI SUR LES TUMEURS SOLIDES INTRA-THORACIQUES ; par M. Henri Gintrac, de Bordeaux. (Dissertation inaugurale, 1845.)

Si les tumeurs superficielles, accessibles à l'œil et à la main, offrent déjà tant de difficultés pour le diagnostic, que dire des tumeurs situées dans la cavité thoracique ? Ce n'est plus seulement à les confondre que l'on est exposé, mais à les méconnaître entièrement. Aussi, dans le petit nombre d'observations que l'on trouve éparses çà et là dans les recueils, ne trouve-t-on guère sur ce sujet que des données anatomo-pathologiques. Mais quant à ce qui a trait au diagnostic, au pronostic et au traitement, tout était presque à faire. C'est aussi ce qu'a pensé l'auteur de cet essai. Frappé du silence que gardent à cet égard les ouvrages didactiques il a eu l'idée et, disons-le à sa louange, le courage d'entreprendre de combler cette lacune en faisant de ce sujet l'objet de sa dissertation inaugurale. Des circonstances particulières, indépendamment de ce motif, ont dû contribuer à la détermination de ce choix ; car en prenant ce sujet pour texte de sa dernière épreuve, M. Henri Gintrac payait un juste hommage aux travaux de son père. M. Gintrac, l'un des professeurs les plus distingués d'une de nos plus importantes écoles secondaires, bien connu d'ailleurs du monde médical, avait déjà publié en 1825 un mémoire sur le diagnostic des affections thoraciques, dans lequel il avait réuni, sous le titre de tumeurs stéatomateuses et tuberculeuses des plèvres, plusieurs observations de ces sortes de tumeurs. C'est donc en quelque sorte une suite que M. Henri Gintrac s'est proposé de donner au travail de son père. Voici sur quelles bases repose ce travail. M. Henri Gintrac est parvenu à réunir trente-deux observations, la plupart consignées dans des recueils ou dans les auteurs, quelques-unes recueillies par lui-même, qui lui ont fourni par leur rapprochement et leur comparaison les traits principaux de l'histoire des tumeurs solides intra-thoraciques. Il ne s'agit exclusivement dans ces observations que de productions pathologiques développées dans le thorax, en dehors de la constitution propre des organes, et non de celles qui pourraient appartenir à ces organes eux-mêmes. La structure de ces tumeurs ne s'est pas toujours montrée identique. Elles étaient constituées tantôt par du tissu encéphaloïde, tantôt par du tissu squirrheux ou tuberculeux. Quelques-unes ont été désignées sous le nom de stéatomes. Quelle qu'ait été leur nature, l'analogie qu'elles ont toutes offerte dans leur situation, leur connexion et leur développement, dans les symptômes, les changemens et les effets qu'elles font naître, dans leur marche et leur terminaison, autorisaient à les réunir en un groupe commun.

Un exemple choisi parmi ces trente-deux observations suffira pour en donner une idée.

Un homme âgé de 75 ans, depuis longtemps asthmatique, éprouvait des palpitations de cœur qui augmentaient par la moindre marche. Plus tard il se déclara une cachexie séreuse, les jambes se tuméfièrent, la cavité péritonéale se remplit de liquide. L'état d'infiltration générale dans lequel était ce malade, sa faiblesse, la difficulté de se mouvoir s'opposaient à un examen approfondi du thorax. On constata néanmoins des battemens de cœur très forts et l'absence du bruit respiratoire dans le côté gauche ; il y avait une gêne très grande dans la respiration, le malade n'était passablement qu'assis sur un fauteuil. Les membres inférieurs étaient œdémateux et le siége d'ulcérations livides. La mort survint au bout de quelques jours.

L'autopsie révéla les désordres suivans (nous omettons tout ce qui n'a pas directement trait à l'affection principale) ; le poumon droit adhérait aux parois thoraciques dans toute son étendue ; son tissu était sain. A la partie inférieure et interne, la plèvre renfermait une production osseuse aplatie, presque circulaire, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

Le poumon gauche était sain, mais refoulé contre la colonne vertébrale, de telle sorte que, par sa partie la plus supérieure, il occupait, dans l'étendue de 1 pouce 1/2 environ de haut en bas, le sommet de la cavité thoracique gauche ; et à partir de la quatrième côte jusqu'à sa partie la plus inférieure qui descendait à peine à la huitième côte, il reposait contre la colonne vertébrale et offrait une épaisseur de 2 à 3 lignes au plus. Tout le reste de la cavité gauche était occupé par une ample tumeur que constituait un kyste à parois osseuses, épaisses d'une demi-ligne, adhérente dans toute son étendue en arrière, en dehors et en avant aux parois thoraciques ; en bas au diaphragme ; en haut à cette partie du poumon qui occupait le sommet de la cavité gauche ; en dedans à cette portion amincie du poumon.

Cette observation offre un exemple d'une de ces tumeurs intra-thoraciques dues, suivant toute apparence, à une dégénération osseuse d'anciennes fausses membranes dont l'origine remontait sans doute à une pleurésie aiguë ou chronique. Parmi les autres observations, quelques-unes offrent une grande analogie avec celle-ci ; on a pu même dans quelques cas suivre la filiation de phénomènes qui rattachait ces sortes de tumeurs à d'anciennes pleurésies. Dans d'autres cas, l'origine de ces tumeurs était beaucoup plus obscure et tout-à-fait étrangère à une phlegmasie des plèvres ; c'étaient soit des tumeurs encéphaloïdes, soit des dégénérescences squirrheuses ou tuberculeuses. Ces tumeurs siégeaient tantôt en

tre les deux feuillets pleuraux, tantôt entre le poumon et la plèvre pulmonaire, d'autres fois entre la plèvre et les parois thoraciques; dans quelques cas elles occupaient les médiastins; quelques-unes de ces tumeurs paraissaient avoir pour point de départ les os du thorax; enfin, quelques-unes de ces observations ont été publiées comme des cas de dégénérescence ou d'hypertrophie du thymus ayant persisté à l'âge adulte, ce qui est du reste fort sujet à contestation ainsi que l'auteur le fait remarquer avec raison.

Dans la plupart de ces observations les tumeurs n'ont été reconnues qu'après la mort, de sorte qu'au point de vue du diagnostic elles restent à peu près infructueuses. Dans quelques cas cependant elles ont été reconnues pendant la vie; il ne sera pas sans intérêt d'en rapporter un exemple.

Un malade sujet à des affections catarrhales, revenant chaque hiver, avait éprouvé en 1830 une pneumonie. L'un des derniers jours du mois de mai 1839 il reçut sur la partie antérieure de la base du thorax une percussion forte. Il y fit peu d'attention; mais le lendemain il s'aperçut que deux tumeurs existaient au voisinage du lieu frappé. Admis quelques jours après dans les salles de la clinique interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, il montra ses deux tumeurs. L'une d'elles reposait en dehors sur les cartilages des trois, quatre et cinquième côtes, et en dedans sur la partie correspondante de la face antérieure du sternum. Cette tumeur était un peu bosselée, d'un tissu dense, résistant, sans fluctuation: elle était adhérente aux surfaces solides qu'elle recouvrait. La deuxième tumeur, séparée de la précédente par un espace de 4 centimètres, était plus large, hémisphérique; elle reposait sur les cartilages et l'extrémité antérieure des huit, neuf, dix et onzième côtes droites; elle était plus distante que la première de la ligne médiane; sa consistance et son immobilité étaient les mêmes. Ces tumeurs étaient parfaitement insensibles, sans changement de couleur à la peau, sans chaleur.

L'examen du thorax fit découvrir des battements manifestes dépendant des contractions du cœur, perceptibles au toucher et au stéthoscope aussi bien à droite qu'à gauche du sternum. Il y avait quelques irrégularités dans les mouvemens de cet organe. Le pouls était plein et peu fréquent, la face colorée; les réseaux capillaires cutanés étaient injectés sur quelques points de la partie antérieure du thorax. La respiration était gênée, la percussion sonore à gauche; il y avait de la matité à droite et en haut, et une matité plus grande en bas du même côté; quelques râles muqueux se faisaient entendre au-dessous de la mamelle droite. Il y avait de la toux et quelques crachats épais, puriformes et verdâtres. Examiné dans son ensemble le thorax paraissait étroit et légèrement déprimé sur les côtés. L'épigastre et les autres régions de l'abdomen n'offraient aucune sensibilité anormale; il y avait de l'appétit, une soif modérée, de l'amertume à la bouche; la langue était jaunâtre à son milieu; les selles étaient régulières.

Les jours suivans les tumeurs semblent un peu affaissées; la dyspnée augmente; le pouls est très fréquent; la face devient livide; la respiration s'embarrasse de plus en plus. Le malade meurt environ quinze jours après son entrée à l'hôpital.

Ces tumeurs extérieures et les phénomènes annonçant une compression des viscères thoraciques, firent, dès la première inspection du malade, présumer à M. Gintrac père qu'il existait à l'intérieur une production pathologique. L'examen cadavérique vérifia ce diagnostic. En ouvrant le thorax on vit s'écouler de la plèvre droite quelques onces de sérosité. Une tumeur volumineuse, allongée de haut en bas, remplissait le médiastin antérieur, appliquée et adhérente à la face postérieure du sternum et des cartilages costaux. Cette tumeur refoule le cœur en arrière et explique la dépression que le thorax semblait offrir sur les côtés par le soulèvement que sa présence occasionnait au sternum. Une masse organique analogue adhère à la face antérieure de la clavicule droite, et plonge dans la cavité thoracique en venant s'appliquer contre la grande tumeur sous-sternale; une autre production de même nature, plus petite et indépendante des autres, adhère à la partie antérieure de la face interne des dixième et onzième côtes droites. L'intervalle qui sépare les septième et huitième côtes, toujours du même côté, est rempli dans sa partie postérieure et jusqu'au voisinage du rachis par une substance de nature identique, faisant une saillie évidente sous la plèvre costale, et fixée dans toute son étendue aux bords correspondans des côtes entre lesquelles elle a pris naissance.

On a pu diagnostiquer dans ce cas l'existence de tumeurs dans la cavité thoracique, mais sur quoi était fondé ce diagnostic ? C'était certainement beaucoup moins sur des signes directs fournis par les symptômes et par l'auscultation que sur la co-existence des tumeurs extra-thoraciques. Il est douteux même que l'on eût soupçonné l'existence des tumeurs intérieures si l'attention n'avait été éveillée sur ce point par l'aspect des tumeurs extérieures. Dans une circonstance à peu près semblable, mais dans laquelle il n'existait point de tumeurs extérieures qui pussent guider le diagnostic, Corvisart et Lerroux méconnurent une énorme tumeur fibreuse qui comprimait le poumon gauche et qu'ils prirent pour un épanchement pleurétique. Sans doute, dira-t-on, une erreur de ce genre serait beaucoup plus facilement évitée aujourd'hui qu'à cette époque où les moyens d'exploration de la poitrine n'avaient pas encore le degré de perfection qu'ils ont acquis depuis. Il est permis de douter qu'aujourd'hui même on fût plus heureux dans un cas pareil. On en jugera du reste par l'exposé sommaire du fait.

Un homme d'environ 35 ans, par suite de travaux pénibles, éprouva des alternatives de sueurs abondantes et de froid subit; il fut pris de toux avec expectoration muqueuse; il s'y joignit bientôt de l'enronement et une grande difficulté de respirer, avec des picotemens et de véritables douleurs, s'étendant de la gorge jusqu'à l'appendice sternal, et qui allaient quelquefois jusqu'à la syncope. La gêne de la respiration augmenta de jour en jour. Quelques mois après il survint une hémoptysie; les douleurs augmentèrent; les battemens du cœur devinrent plus fréquens et tumultueux. Les extrémités inférieures s'infiltrèrent; le sommeil devint agité. Deux mois environ se passèrent dans cet état, après lesque's il entra à la Clinique: son visage était pâle et bouffi, ses paupières infiltrées, ses yeux humides, etc. Une légère douleur se faisait sentir vers le larynx et au commencement de la trachée-artère; crachats puriformes, souvent sanguinolens; toux fréquente; respiration courte, haute, suspirieuse. Le côté gauche de la poitrine était plus bombé, plus arrondi, sa paroi externe et antérieure était œdémateuse; ce côté percuté ne rendait aucun son dans toute son étendue; le côté droit rendait un son obscur antérieurement, il résonnait un peu mieux dans ses parties postérieure et latérale. En appliquant la main sur la région du cœur, on ne sentait aucun mouvement de cet organe. Le malade se tenait de préférence sur son séant et incliné en avant; mais il pouvait se coucher indifféremment sur le dos et sur chacun des côtés; le plus souvent et avec plus de facilité, c'était sur le côté gauche. Le sommeil était tourmenté par des rêves pénibles. Le pouls des deux côtés était petit, concentré, très fréquent et assez régulier, un peu moins fort en général à gauche qu'à droite. La peau était légèrement infiltrée sur toute la surface du corps; les pieds engorgés.

Corvisart, se fondant autant sur les symptômes manifestés depuis l'invasion de la maladie, que sur les signes fournis par l'inspection actuelle du malade, ayant surtout égard à l'absence absolue du son dans le côté gauche de la poitrine, pensa avoir affaire à un épanchement remplissant toute la cavité gauche du thorax et comprimant le poumon au point d'anihiler ses fonctions. Après un calme momentané procuré par des moyens adoucissans et des narcotiques, la respiration devint de plus en plus gênée, la toux devint plus opiniâtre, l'expectoration tout à fait purulente, les extrémités supérieures et le côté gauche de la poitrine s'infiltrèrent, et il finit par succomber.

Que trouva-t-on à l'autopsie ? Au lieu de l'épanchement que l'on avait annoncé, une masse solide, de couleur rouge et blanchâtre, d'une surface inégale et bosselée, laquelle remplissait tout le côté gauche du thorax, occupait aussi la place où est ordinairement le médiastin, et s'étendait supérieurement et antérieurement du côté droit. Le poumon gauche, dont le parenchyme était presqu'entièrement désorganisé, était réduit à un état presque lamellaire; il contenait, en outre, un foyer purulent. Le poumon droit lui-même était réduit de volume. Le médiastin, le péricarde et le cœur étaient rejetés dans la cavité droite. La tumeur était évidemment placée entre les débris du parenchyme du lobe supérieur du poumon et la plèvre du côté du médiastin.

Qu'est-ce qui pouvait faire présumer l'existence de cette tumeur ? Aucun signe direct; car la matité, l'absence du bruit respiratoire, la dyspnée appartiennent aussi bien à un épanchement pleurétique qu'à un corps solide interposé entre le poumon et la paroi costale. Mais, dira-t-on, ce que la percussion seule ne pouvait faire, l'auscultation l'eût fait; le stéthoscope aurait levé tous les doutes, ou du moins la constatation d'un signe négatif, l'absence de l'égophonie, eût-elle éloigné l'idée d'un épanchement et appelé peut-être l'attention sur la possibilité d'une tumeur. Oui, si l'on ne savait que l'égophonie cesse de se faire entendre quand l'épanchement est très considérable. L'absence de ce signe, lorsque la matité s'étend à toute la hauteur de la paroi thoracique, perd donc toute sa valeur, et l'obscurité du diagnostic reste la même. La percussion à l'aide du plessimètre éclairerait-elle davantage ? Il est permis d'en douter; car elle ne peut indiquer, en définitive, qu'avec plus de précision l'étendue et la profondeur de la matité. La fluctuation ressentie dans les espaces intercostaux est un signe plus qu'incertain et qui manque trop souvent dans les épanchemens, même les plus considérables, pour qu'on puisse s'y fier. Enfin, on ne peut fonder aucun indice sur le déplacement du li-

quide par le changement de position du malade dans des cas où l'épanchement envahit la totalité de la cavité pleurale.

Les épanchemens ne sont pas les seuls états morbides du thorax qui puissent être ainsi confondus avec des tumeurs. L'auteur rapporte plusieurs exemples de cas où des tumeurs ont simulé soit des maladies des poumons, des hépatisations, des amas tuberculeux, des dégénérescences squirrheuses, soit des maladies du cœur ou des gros vaisseaux, soit même des lésions du foie, etc.

On peut donc voir, par le petit nombre d'exemples que nous avons cités, combien, malgré la perfection de nos moyens d'exploration, le diagnostic de ces sortes d'affections conserve encore d'obscurité. Rien ne démontre si bien, à nos yeux, l'insuffisance des signes physiques et la nécessité de s'éclairer, dans les cas douteux, par l'analyse des symptômes locaux ou généraux concomitans, par l'aspect général du corps, l'existence des tumeurs sur une région quelconque pouvant, par analogie, faire présumer l'existence de tumeurs intérieures; par la considération de l'âge, de la constitution, des causes de maladies et des influences particulières auxquelles les malades sont habituellement soumis; enfin, par les antécédens et les données commémoratives. Ce sont là tout autant de circonstances qui peuvent acquérir quelquefois une certaine valeur séméiologique et qu'il faut bien avoir garde de négliger. Combien, en effet, dans ces cas où l'auscultation et la percussion ne laissent qu'incertitude et indécision dans l'esprit, la découverte de tumeurs dans le voisinage du thorax ou sur des points plus ou moins distans, les caractères généraux d'une cachexie, d'une diathèse particulière, des circonstances étiologiques propres à faire soupçonner une affection constitutionnelle, enfin, la marche même et la durée de la maladie ne peuvent-ils éclairer le diagnostic?

Pénétré de l'insuffisance et de l'infidélité des signes locaux pour distinguer, dans la plupart des circonstances, ces tumeurs des nombreux états pathologiques avec lesquels elles peuvent être confondues, l'auteur a cherché, en comparant les 32 observations qu'il a réunies, à en résumer les principales circonstances, à en faire ressortir les principaux traits d'analogie et de ressemblance qu'elles ont offerts et à en déduire quelques considérations générales. Ces données, comme on en pourra juger, sont encore bien insuffisantes sans doute pour servir de base à la séméiologie; mais elles serviront du moins à constituer l'histoire d'un ordre de lésions encore si imparfaitement connu. Il a envisagé successivement ces 32 faits sous les rapports de l'âge, du sexe, des constitutions, de la profession, des causes générales ou locales des symptômes, de la marche, des résultats nécroscopiques, du pronostic et du traitement.

Relativement à l'âge, comme il était aisé de le prévoir, ces tumeurs n'ont été observées que chez des adultes et des vieillards. Elles ont été plus communes chez les hommes que chez les femmes.

Rien de particulier n'a été noté touchant la constitution, le tempérament et la profession. Comme causes générales, des suppressions de transpiration, des affections morales vives ont paru, dans un certain nombre de cas, coopérer au développement de la maladie. Dans quelques cas, des percussions fortes sur le thorax en ont hâté les progrès ou ont concouru même à les produire. La diathèse scrofuleuse a agi plusieurs fois d'une manière évidente (dans 4 cas); on a constaté une fois la diathèse arthritique. Une gêne habituelle de la respiration, des affections catarrhales fréquentes, l'inflammation des plèvres ont précédé chez plusieurs sujets le développement de la maladie.

De tous ses symptômes, la *dyspnée* est celui qui a le plus constamment accompagné ces tumeurs. La gêne de la respiration était diminuée chez quelques malades par l'inclinaison du tronc en avant. La *toux* s'est montrée assez fréquemment. L'*expectoration*, nulle chez plusieurs malades, s'est montrée muqueuse chez quelques-uns, sanguinolente ou même sanglante chez d'autres. *Douleur* le plus souvent obtuse, accompagnée d'un sentiment de pesanteur ou de chaleur, ou de picotement, dans un des points du thorax. La percussion a en général offert de la *matité* dans les régions occupées par les tumeurs. L'auscultation a démontré l'*absence* ou la *diminution du bruit respiratoire* du côté malade. On a remarqué des râles muqueux ou crépitans, et, dans un cas de tumeur sous-sternale, le souffle cataire. Le cœur était en général agité de *palpitations assez fortes*, quelquefois avec *bruit de soufflet*. Déplacement du cœur dans plusieurs cas. Le pouls a été le plus souvent fréquent, inégal, irrégulier et faible.

Aucun de ces symptômes, comme on le voit, n'est pathognomonique. Un seul s'est montré presque constamment, c'est la dyspnée; mais il est commun à un trop grand nombre de lésions thoraciques pour qu'il ait, dans l'espèce, une valeur réelle. Quant à tous les autres symptômes, outre qu'aucun d'eux ne s'est montré d'une manière constante, ils peuvent appartenir tous également à d'autres affections. La durée de la maladie et la permanence des symptômes sembleraient devoir fournir des signes de quelque importance; mais leur valeur est singulièrement réduite par l'impossibilité, d'une part, de remonter au début de la lésion organique, qui ne se manifeste souvent par des symptômes appréciables que lorsqu'elle est déjà parvenue à une période très avancée. Quant à la permanence, qui semblerait, en théorie, devoir caractériser ces symptômes, elle pourrait induire en erreur; car, bien que la cause organique soit incapable de subir des modifications rapides d'intensité, on a vu chez un certain nombre de malades les symptômes ne se manifester que par des accès rémittens; dans un cas même la dyspnée était intermittente.

Les résultats des recherches nécroscopiques, comme on le pense bien, n'ont point été négligés; mais ils ont appris peu de chose sur la nature intime de ces tumeurs. Ce qu'il était le plus important de déterminer, c'était leurs rapports avec les organes voisins et les altérations diverses qui en résultaient, soit dans la situation, soit dans la texture même de ces organes. On a trouvé, comme lésions concomitantes ou consécutives, 3 fois de la sérosité épanchée dans la plèvre ou le péricarde, 4 fois des excroissances à la surface de ces membranes; 8 fois les poumons ont été trouvés refoulés, condensés. Dans presque tous les cas, le cœur a été plus ou moins dévié; il a été trouvé une fois repoussé en avant, une fois en arrière. Les gros troncs vasculaires ont été trouvés comprimés 4 fois, les canaux aériens 1 fois seulement, ainsi que les nerfs pneumogastriques; 3 fois on a trouvé le foie entraîné dans une position déclive, etc. Parmi ces derniers désordres, il en est quelques-uns dont la constatation, devenue beaucoup plus facile actuellement par les procédés d'exploration du thorax, et en particulier par la percussion plessimétrique, qu'elle ne pouvait l'être à l'époque où la plupart de ces observations ont été recueillies, peut, jointe aux symptômes résultant des troubles fonctionnels auxquels ces désordres donnent lieu, fournir quelques éléments précieux pour le diagnostic.

Telles sont les données principales qui résultent des recherches auxquelles s'est livré M. H. Gintrac sur ce sujet difficile. Si le petit nombre d'observations qu'il a pu recueillir est insuffisant pour constituer une histoire complète des tumeurs dont il s'agit, au moins reconnaîtra-t-on qu'il en a tiré tout le parti possible, et que, sorties de ses mains, ces observations, auparavant isolées et stériles, sont désormais des matériaux précieux pour ceux qui voudront continuer cet ordre de recherches. Ajoutons enfin que cette dissertation, destinée à servir d'épreuve, révèle en son auteur des études sérieuses et un esprit d'investigation clinique dont sans nul doute il saura tirer parti dans l'avenir.

VARIÉTÉS.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 16. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 19 AVRIL 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA COAGULATION DU SANG VEINEUX DANS LES CACHEXIES ET DANS LES MALADIES CHRONIQUES (deuxième partie du MÉMOIRE SUR LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS); par E. BOUCHUT, docteur en médecine, interne, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine (prix Montyon), membre titulaire de la Société anatomique.

La dernière période des maladies chroniques est fort souvent signalée par l'apparition d'un phénomène qui a pour siége le système veineux, et qui est caractérisé par la coagulation du sang dans les grosses veines du corps, et de préférence dans les veines profondes des membres.

On peut désigner ce phénomène par les noms de *phlébite adhésive*, d'*oblitération veineuse spontanée*, de *phlegmatia dolens non puerpérale*, etc. La dernière de ces expressions est, je crois, la plus convenable.

En effet, le mot *phlegmatia dolens* est synonyme d'oblitération veineuse *spontanée*; il éloigne donc tous les exemples de phlébite adhésive traumatique, et tous ceux qui reconnaissent pour cause l'irritation manifeste que peut avoir causée dans la veine la maladie d'un organe voisin.

L'épithète *non puerpérale* vient ensuite séparer l'oblitération veineuse qui survient à la suite des couches, de celle qui paraît dans le cours des maladies chroniques. Les phénomènes qui accompagnent la coagulation du sang veineux dans l'une et dans l'autre de ces circonstances sont en effet tellement analogues que la même dénomination leur est applicable. Seulement, il est utile de spécifier la diversité de leurs causes par un mot, et quand on dit *phlegmatia dolens non puerpérale*, on veut parler uniquement de l'oblitération veineuse spontanée des cachexies et des maladies chroniques.

Ce fait, qui est généralement peu connu des médecins, mérite bien de fixer leur attention. Il en existe peu d'exemples dans les recueils scientifiques, et ceux qu'on y rencontre sont publiés plutôt comme des faits rares et inconnus que comme des faits vulgaires. Ainsi, les observations rapportées par M. Andral, Robert Lee, Bouillaud, Cruveilhier, etc., etc. sont fort précieuses, en ce sens qu'elles démontrent l'existence de la coagulation du sang veineux dans les maladies chroniques; mais c'est un rapprochement que leurs auteurs n'ont pas essayé d'établir. De bon compte, ils ne le pouvaient faire, d'après l'état de la science et d'après le petit nombre d'observations dont ils pouvaient disposer.

Déjà, dans le mémoire que je publiai il y a un an, sur la *phlegmatia alba dolens* (1), j'eus occasion de parler de ces faits, dont je doublai le nombre et par conséquent la valeur. Je rapprochai dans mon esprit toutes ces observations d'oblitération veineuse que rapprochaient si bien en réalité les caractères anatomiques, la marche et les symptômes. Je fus amené

(1) Voir GAZ. MÉD., n° 16, 1844.

Feuilleton.

TRAITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE (t. II); par M. MICHEL LÉVY.

Le second volume de l'ouvrage de M. Michel Lévy paraît dans quelques jours; il sera accueilli, nous l'espérons, avec la même faveur que le premier, et nous ne ferons que répéter le jugement universellement porté sur l'ouvrage de M. Lévy, en le présentant à nos lecteurs comme l'expression la plus complète et la plus sévèrement élaborée d'une science dont les difficultés ne sont senties que par ceux qui pénètrent dans ses entrailles. Le deuxième volume, de 750 pages, contient le complément de l'hygiène privée et de l'hygiène publique, tracé d'après un plan aussi simple que logique, et coordonné à l'ensemble de l'ouvrage. L'important chapitre des *ingesta* a été traité avec les données de la science actuelle, et présente des développemens qui n'existent dans aucun traité d'hygiène. Les chapitres des *excreta*, des *applicata*, des *percepta* et des *gesta* ont été remaniés à fond, présentés avec des vues nouvelles et ramenés à des appréciations aussi exactes que le comporte la nature du sujet. La trame de tout ce volume est serrée; telle est la condensation analytique des faits et des idées, que nous avons peine à en détacher quelques extraits à placer sous les yeux de nos lecteurs. Voici les courtes généralités qui précèdent l'examen des substances bromatologiques.

DES ALIMENS.

« Le déchet que le mouvement nutritif détermine, porte sur chacun des principes qui entrent dans la composition du corps; la qualité alimentaire ne peut donc être refusée aux boissons qui réparent la déperdition en liquide; mais, tandis que les boissons n'exigent aucune modification préalable à leur introduction dans les canaux de transport, les alimens proprement dits n'y passent qu'après une suite d'élaborations, et seuls, ils sont aptes à être digérés. Divisés, déchirés, broyés par l'action des dents, triturés par la mastication, ramollis par l'insalivation; ils sont ensuite reçus dans l'estomac et s'y transforment en une masse pulpeuse que l'on appelle chyme, sous la double influence des efforts mécaniques de ce viscère et du fluide *sui generis* qu'il sécrète. Dans son acception la moins étendue, la dénomination d'aliment ne s'applique donc qu'aux substances propres à régénérer la partie solide du sang.

» Tous les alimens dont les animaux et l'homme font usage sont de nature organique; les uns se nourrissent exclusivement des produits naturels végétaux; les autres subsistent aux dépens des herbivores; il en est qui empruntent aux deux règnes organiques les matériaux de leur réparation: tel est l'homme. Ainsi, le système de l'alimentation des animaux repose sur le règne végétal; ce que l'un crée et développe, les autres le détruisent et se l'incorporent : « il semble, a dit Cuvier, qu'il n'y ait que la matière qui a déjà été organisée qui puisse servir de base à la nourriture d'une autre organisation. »

à établir que, dans les maladies chroniques, il survenait fréquemment une oblitération plus ou moins étendue des veines profondes, à peu près semblable à *celle* qui se manifeste dans le cours de l'état puerpéral. Cette oblitération, comme on le sait, forme le caractère essentiel de la *phlegmatia alba dolens*.

Depuis cette époque, j'ai recueilli à la Charité, dans le service de M. Rayer et dans les autres services de l'hôpital, un assez grand nombre d'observations qui démontrent encore d'une manière plus complète l'existence de cette coagulation du sang veineux dans toutes les maladies chroniques, dès leur origine, ou consécutives à des maladies aiguës.

Je vais en conséquence, dans ce travail, établir le rapport qui existe entre cet état de l'organisme et l'oblitération des veines des membres. Je laisse à d'autres le soin de trouver une loi dans cette coïncidence, dont je vais démontrer la réalité. J'exposerai successivement :

1° Les faits sur lesquels repose ma proposition.
2° Les caractères anatomiques du sang veineux coagulé, des veines où il se trouve, et enfin les caractères anatomiques des autres organes.
3° Les symptômes qui annoncent cette coagulation du sang.
4° La marche et les terminaisons de cette maladie.
5° Son diagnostic.
6° Son pronostic et sa valeur en séméiologie.
7° Son étiologie.
8° Son traitement.

CHAPITRE I. — EXPOSITION DES FAITS.

On trouve généralement peu de détails dans les auteurs sur la maladie qui nous occupe. Elle passe fort souvent inaperçue, car elle ne se manifeste à la surface du corps que par des signes peu évidens, et comme d'ailleurs elle survient presque toujours dans le courant d'un état fort grave de l'organisme qui absorbe tous les soins du médecin, elle n'attire que peu ou pas du tout son attention. Il est probable même que le plus grand nombre des exemples d'œdématie des membres inférieurs constatés chez les phthisiques et chez les cancéreux à la dernière période de leur existence ne reconnaît pas d'autre cause. Il est à peu près certain que tous ces œdèmes étaient le résultat d'un obstacle à la circulation veineuse, obstacle formé par la coagulation du sang dans les veines des membres. C'est du moins ce qu'il est permis de croire, d'après l'étude de cette complication des maladies chroniques.

Il ne faut pas remonter bien loin dans l'histoire de la médecine pour trouver le nom des auteurs qui ont rencontré la coagulation partielle du sang veineux chez des sujets cachectiques. Toutes les observations relatives à ce sujet viennent de nos contemporains et datent surtout de l'époque où l'anatomie pathologique est devenue la base des progrès de la science médicale.

Déjà Hunter signale, quoique fort légèrement, l'existence de la phlébite adhésive dans les veines crurales des phthisiques; mais cet auteur semble n'y attacher aucune importance; car il s'occupe principalement de la phlébite traumatique suppurative et des accidens qu'elle entraîne. Néanmoins, cette proposition fut reproduite par Abernethy et Travers; elle fut enfin publiée en France par M. Breschet dans sa traduction de Hogdson (MALAD. DES ART. ET DES VEINES). Ce chirurgien l'appuya sur trois nouveaux faits, l'un observé chez un phthisique, l'autre chez un scrofuleux rendu cachectique par suite des rapides progrès d'une carie vertébrale, et le troisième chez un individu qui, à la suite de la disparition d'un exanthème, tomba dans un état général adynamique fort grave.

M. Bouillaud, dans le mémoire si remarquable qu'il a publié sur l'oblitération veineuse aurait pu, d'après les observations qu'il possédait, résoudre la question qui m'occupe; mais il ne l'a pas fait. L'auteur voulait atteindre un but plus élevé et plus important; il voulait établir un rapport entre les oblitérations des veines et les hydropisies des membres; il y a complètement réussi. On trouve, dans ce mémoire, quatre exemples de coagulation sanguine veineuse des membres inférieurs survenue dans le cours de diverses maladies chroniques. Deux ont été observés chez des phthisiques, un chez une femme cancéreuse, et l'autre chez une personne qui avait à la fois un cancer du rein comprimant la veine cave inférieure, une pleurésie et une péritonite chroniques. Ce dernier fait doit être considéré comme exceptionnel, en raison de la compression de la veine-cave. Il est évident, qu'au défaut de la cachexie cancéreuse, cette compression aurait pu déterminer la coagulation du sang dans les veines des membres inférieurs.

M. Bouillaud rapporte ensuite deux exemples d'oblitération de la veine-porte chez des individus qui avaient des tubercules du foie; mais ce sont encore là des faits complexes dont il ne faut point parler si l'on ne veut obscurcir le sujet. Il est possible que cette oblitération soit le résultat de la cachexie tuberculeuse; mais il se peut faire également qu'elle ait été causée par une phlegmasie communiquée par le voisinage. Nous ne tiendrons pas compte de ces observations.

M. Rayer a aussi plus d'une fois observé l'oblitération des veines dans le cours des maladies chroniques, sans admettre toutefois comme aujourd'hui un rapport entre ces circonstances. Il est probable que son observation de *phlegmatia alba dolens* observé chez l'homme, et que rapportent tous ceux qui ont écrit sur la *phlegmatia dolens* des femmes en couches, vient d'un individu atteint d'une maladie chronique.

M. Andral a publié deux faits d'oblitération veineuse survenus, l'un chez un phthisique et l'autre chez une femme cancéreuse.

M. Cruveilhier, dans son étude approfondie de la phlébite adhésive, dit avoir observé des cas semblables développés soit chez des cancéreux, soit chez des phthisiques.

Deux de mes maîtres, MM. Piedagnel et Trousseau, en ont rencontré de nombreux exemples, le premier chez des phthisiques, le second chez des cancéreux, et, chose extraordinaire, toujours dans le carcinome de l'estomac. Enfin, s'il est vrai que beaucoup de médecins des hôpitaux connaissent cette complication, il faut dire qu'elle échappe au plus grand nombre, car le rapport qui la rattache aux cachexies et aux maladies chroniques n'a pas encore été déterminé jusqu'à ce jour.

Ce n'est pas tout, l'on trouve encore dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE plusieurs observations qui se rapportent à notre sujet. Elles sont au nombre de dix. Dans ces cas, l'oblitération veineuse s'est effectuée chez une femme dans un état de cachexie syphilitique fort avancé (Tessier), chez des phthisiques (Legendre, Livois, Tricon, Mercier, etc.), dans un cancer du rectum (Hervez), dans un cancer du foie (Bouchacourt), dans un cancer mésentérique (Vernois), dans un cancer utérin (Bidault), dans la carie vertébrale (Chassaignac), etc. Toutes ces

---

» Hippocrate a dit: *Alimentum et alimenti species unum et multa*: axiome répété par l'écho des siècles; qu'a-t-il de vrai? Galien, Oribase, Aetius, Beecher, Stahl, Lorry l'ont adopté. Stahl voit, dans le mucilage fermentescible, le radical des alimens; Lorry élargit le cadre bromatologique, en y faisant entrer toutes les substances qui, sans contenir primitivement ce mucilage, sont susceptibles d'en prendre le caractère par l'action de nos organes. L'antique doctrine de l'unité du principe alibile, combattue par Haller, a trouvé de nouveaux adversaires parmi les hygiénistes contemporains. S'applique-t-elle au chyle? mais ce produit représente l'aliment à l'état de division et en conserve les propriétés physiques et chimiques; aux substances alimentaires elles-mêmes? mais en théorie, la matière de nos organes et les pertes qu'elle fait, n'étant pas composées d'un seul principe, un seul ne suffit point pour l'accroître ou pour la réparer (Berzélius, Londe). En fait, l'aliment le plus simple renferme toujours trois élémens aux moins; oxygène, hydrogène et carbone; un grand nombre, alimens par excellence, contiennent en outre de l'azote, quelques-uns du soufre et du phosphore. L'association de ces élémens simples, en des proportions variables, donne naissance aux principes immédiats (albumine, fibrine, gélatine, caséum, amidon, gomme, etc.), qui, combinés à leur tour, forment des produits ou des organes, tels que les feuilles, les racines, les fruits, le tissu musculaire, etc. Les principes immédiats qui constituent les organes-alimens ne peuvent être séparés en plusieurs sortes de matières sans se résoudre en leurs élémens simples. Ainsi, les alimens apparaissent multiples et divers, et dans leurs principes immédiats et dans leur composition élémentaire.

» Et cependant, l'axiome d'Hippocrate a sa vérité physiologique et chimique: au point de vue physiologique, toutes les substances alimentaires ont un signe commun, savoir: la réaction spéciale de l'estomac; elles seules ont la propriété de provoquer activement la sécrétion du suc gastrique, fluide *sui generis* qui recèle une force dissolvante à laquelle ne se peut comparer aucune solution analogue, préparée dans nos laboratoires. Le principe actif de ce suc, pepsine (Swann et Muller) ou gasterase (Payen), ne manifeste son pouvoir que sur les matières propres à s'incorporer dans la trame organique; et par une réciprocité élective qui semble révéler dans l'estomac le siége d'un véritable instinct, ces matières seules font couler à la surface interne du viscère le menstrue spécifique qui est l'agent principal des digestions. A l'état de vacuité, l'estomac ne contient qu'un peu de mucus alcalin; sollicité par un agent mécanique ou chimique non alimentaire, il ne sécrète qu'un mucus mélangé à une faible quantité de suc gastrique, tandis qu'après l'ingestion des substances nutritives sa membrane interne rougit, se gonfle et verse avec abondance le fluide spécifique qui agit sur elle à la manière des fermens. Les expériences de M. Blondlot, répétées par M. Payen (*Acad. des Sc.*, séance du 2 oct. 1843), ont mis hors de doute le rapport intime et constant qui existe entre toute substance vraiment nutritive et ce mode d'action de l'estomac; d'où résulte une différence caractéristique entre les matières alimentaires et celles qui ne le sont point. Il y a plus: toutes les substances, dont la chymification exige l'intervention du suc gastrique, sont azotées et isomères, c'est-à-dire formées des mêmes élémens, en mêmes proportions, mais arrangés dans un ordre différent; elles semblent donc composer une même famille de produits, ou plutôt elles ne sont que les variétés d'un même produit, seul apte à provoquer la sécrétion et à mettre en jeu la vertu spéciale du suc

oblitérations avaient pour siége, la veine cave, les veines du bassin et les veines des membres inférieurs.

J'apporte enfin à l'appui de ma proposition les observations qui me sont personnelles et que j'ai recueillies, soit auprès de M. Trousseau, soit auprès de M. Rayer. Quatre de ces observations ont déjà été rapportées dans le mémoire sur la *phlegmatia dolens* des femmes en couches. Les autres que je vais énumérer sont : 1° trois femmes phthisiques arrivées à un état de marasme très avancé, qui eurent, dans le dernier mois de leur existence une ardeur douloureuse des membres inférieurs, causée par l'oblitération des veines de la jambe et de la cuisse. La coagulation du sang s'arrêtait de chaque côté au niveau des veines iliaques ; 2° un homme atteint de cancer encéphaloïde du foie, qui n'eut d'œdème que dans le membre inférieur gauche ; 3° une femme atteinte de néphrite calculeuse, avec destruction de la substance tubuleuse du rein droit et rétention de pus dans le bassinet, qui présenta cette oblitération dans les deux membres inférieurs ; les pièces furent présentées à la Société anatomique. 4° Une femme guérie d'une fièvre typhoïde, mais tombée dans cet état cachectique qui se rencontre quelquefois à la suite de cette affection, et dans lequel les malades éprouvent des accidens gastriques qui les empêchent de prendre aucune nourriture. Cette femme vomissait tout ce qu'on lui faisait prendre et les efforts qu'on tenta pour l'alimenter furent inutiles. Elle mourut au soixante-quatrième jour de la maladie après trois jours de souffrances très vives dans les jambes et surtout dans le mollet. Cette douleur, dont l'apparition fut bientôt suivie de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, reconnaissait pour cause une oblitération des veines profondes de la jambe s'élevant de chaque côté jusqu'à la partie moyenne des crurales. 5° Un jeune garçon qui portait une brûlure fort étendue de la partie postérieure du tronc. Ce malade dévoré par la fièvre de résorption et tombé dans un état de marasme complet, se plaignit vers le soir d'une assez vive douleur dans le mollet gauche, et dès le lendemain la jambe était œdématiée, la peau pâle, légèrement tendue, douloureuse sur le trajet des vaisseaux, conservait l'impression du doigt. Il avait une oblitération des veines profondes de la cuisse et de la jambe. 6° Une petite fille de 3 ans également brûlée dans toute la partie postérieure du dos et affaiblie par une suppuration abondante, qui eut l'œdème douloureux des deux membres inférieurs causé par la coagulation du sang dans les veines profondes de ces deux membres. 7° Une femme convalescente de pneumonie, saignée abondamment à trois reprises, et tombée dans un état d'anémie caractérisé par un fort bruit de souffle des carotides ; elle présenta aussi l'œdème douloureux de la jambe gauche, avec développement considérable des veines tégumentaires superficielles. — Ici il ne fut point fait d'autopsie. 8° Une femme atteinte de maladie du cœur qui succomba ayant une oblitération des veines profondes et superficielles de la jambe gauche. 9° Un homme également atteint d'une affection du cœur chez lequel il survint une oblitération de la veine-cave supérieure, des veines axillaires, jugulaires profondes, et des veines de la profondeur du membre supérieur jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras. Cette oblitération a été facile à constater en divers endroits, notamment au col, dans l'aisselle et au pli du bras, par la présence des veines engorgées et réduites à l'état de cordons douloureux. L'on vit chez cet individu paraître sur le col et sur le thorax un réseau de veines innombrables, agglomérées çà et là sous formes de masses vasculaires semblables à un tissu érectile, ailleurs variqueux, servant au rétablissement de la circulation collatérale. Le visage était livide, *complètement cyanosé*, de même que les membres supérieurs. Ces parties étaient infiltrées de sérosité et conservaient l'empreinte de la pression des doigts ; il y avait en outre un hydrothorax très abondant dans le côté gauche. La dyspnée était extrêmement forte et l'on crut un moment qu'elle pourrait faire périr le malade. Il existait une toux opiniâtre fort pénible, accompagnée d'une expectoration abondante, liquide, aérée, quelquefois unie à des filets de sang, mais sans hémophthisie caractérisée. Cet homme était divisé en deux parties, une supérieure livide et infiltrée et une inférieure parfaitement blanche sans traces d'hydropisie du tissu cellulaire ou du péritoine. Il resta cinq mois à l'hôpital, fut saigné trois fois par ordre de M. Rayer, eut plusieurs vésicatoires et sortit enfin dans un état assez satisfaisant. La cyanose avait disparu, ainsi que la suffusion séreuse des plèvres et du tissu cellulaire, mais il restait encore une légère teinte violacée du visage et une dyspnée qu'augmentait le moindre mouvement. 10° Enfin, une femme atteinte d'un cancer de l'utérus qui nous a successivement offert le tableau d'un œdème douloureux survenant dans chacun des membres inférieurs et supérieurs. Voici le résumé de cette observation.

Obs. — Marguerite Éléonore, âgée de 38 ans, depuis longtemps atteinte d'un cancer de l'utérus, éprouvait à chaque instant des pertes utérines qui la jetaient dans un état anémique fort grave. Déjà fort souffrante par suite des progrès de la maladie que je viens de nommer, elle eut encore à supporter les douleurs les plus vives causées par des oblitérations veineuses partielles, survenues d'abord dans la jambe droite, puis dans la jambe gauche, et successivement dans le bras droit, le bras du côté opposé et la profondeur du col.

Cette complication a présenté des particularités importantes à connaître. Un mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, elle avait ressenti dans le membre inférieur droit une douleur profonde assez vive, étendue dans le mollet et dans la cuisse, exaspérée par la pression des mains, et augmentée par la pression de la jambe sur le lit. Cette douleur fut bientôt suivie d'un œdème du pied et de la partie inférieure de la jambe. En même temps des veines, jusque-là non apparentes, se dessinèrent à la surface de la peau sans que le fond de ce tissu eut changé de couleur.

A quinze jours de distance, la malade éprouva un pareil accident dans le membre inférieur gauche.

Elle entra à l'hôpital de la Charité le 18 novembre 1845, et fut couchée au n° 54 de la salle St-Vincent, dans le service de M. Rayer.

Quelques jours après, elle se plaignit d'une douleur vague et d'un engourdissement qui avait pour siége l'avant-bras et le bras droit. La douleur était notablement augmentée par la pression, et en particulier par la pression sur le trajet des vaisseaux. Le membre n'était pas *gonflé*, il n'y avait point d'œdème *du tissu cellulaire superficiel*. La veine cubitale, la seule des grosses veines de l'avant-bras qui fut apparente, était forte, volumineuse et distendue par une matière un peu souple, facile à écraser à travers la peau, mais cependant assez consistante. Toute circulation était interrompue dans ce vaisseau. Sur le trajet des vaisseaux du pli du bras et sur le trajet des vaisseaux du bras, on sentait des cordons durs, qui représentaient autant de veines imperméables. On ne sentait plus rien dans l'aisselle et dans le col au niveau des jugulaires.

Quelques veines superficielles du bras restèrent perméables au sang ; celles des mains, fort distendues par le liquide, étaient également perméables et remplies de sang fluide.

La coloration de la peau, ou plutôt sa décoloration, suite de l'anémie, ne changea pas ; sa température ne fut pas modifiée autant que pouvait en juger la main de l'observateur ; sa sensibilité ne fut pas détruite, et le pouls conserva les mêmes caractères de faiblesse et de lenteur qu'il avait les jours précédens ; il resta le matin aux environs du chiffre 76 ; le soir il y avait, comme d'habitude, une légère accélération fébrile.

---

gastrique. Or, elles seules sont propres à se convertir en sang : *alimentum et alimenti species, unum et multæ.* »

» Que, si l'on étend la signification du mot aliment jusqu'aux substances employées à réparer les pertes que nous faisons par les excrétions, le principe hippocratique perd de sa justesse. En effet, chaque heure élimine de notre corps 1 gramme d'azote, tant par les poumons ou la peau que par les urines ; en outre, la respiration consomme par heure 10 à 15 grammes de charbon ou l'équivalent d'hydrogène ; les matières qui fournissent à ces deux genres de déperdition ne sont point identiques : l'une exige des substances azotées neutres, l'autre des matières grasses, amylacées ou sucrées ; celles-ci sont brûlées par la respiration, celles-là se sanguifient, et sont assimilées.

» On a essayé de classer les alimens, soit d'après leur composition chimique, soit d'après des analogies de texture et de provenance, soit enfin d'après l'influence qu'ils exercent sur l'organisme. A l'exemple de Tourtelle et de Haller, MM. Londe et Rostan ont formé des groupes fondés sur la considération des principes immédiats et rapprochés par une communauté de propriétés ; le dernier a proposé la classification suivante : 1° alimens sucrés, 2° amilacés ou farineux, 3° mucilagineux, 4° huileux, 5° fibrineux, 6° gélatineux, 7° gras, 8° butyro-caséeux ou caséeux. Celle de M. Londe s'éloigne peu de la précédente ; il admet huit groupes d'alimens : 1° fibrineux, 2° gélatineux, 3° albumineux ; 4° alimens où ces trois bases se trouvent en quantités à peu près égales (poissons), 5° féculens, 6° mucilagineux, 7° oléagino-féculens, 8° caséeux. Telle a été la marche rapide de la science, qu'il suffit aujourd'hui de citer ces classifications pour en montrer le vice ; les principes immédiats sont loin d'avoir tous une égale importance ; la qualité nutritive n'appartient qu'à ceux qui sont azotés ; aucun d'eux, même parmi ces derniers, s'il est pris isolément, ne peut entretenir la vie. M. Magendie distingue les alimens suivant, qu'ils contiennent beaucoup ou peu d'azote, ce qui revient à les partager en alimens nutritifs et en alimens peu nutritifs. Les recherches les plus récentes de la chimie ont conduit à envisager les alimens sous le rapport de leur destination physiologique et à les répartir en deux groupes, suivant qu'ils satisfont aux besoins de l'assimilation ou qu'ils représentent des produits combustibles que la respiration consomme. Cette division, indiquée par MM. Dumas et Boussingault (Statiq. chim., 1841), a été suivie par M. Liebig (1842), qui désigne les substances azotées sous le nom d'alimens plastiques, et les substances non azotées sous celui d'alimens respiratoires ; il range dans la première série les matières azotées neutres, animales et végétales ; et, dans la seconde, la graisse, l'amidon, la gomme, les sucres, la pectine, la bassorine, la bière, le vin, l'eau-de-vie, etc. N'est-il pas remarquable que dans leurs essais de classification bromatologique, des chimistes se soient préoccupés surtout du rôle physiologique des alimens, et les hygiénistes de leur composition chimique ; cependant, en hygiène, les substances alimentaires doivent être étudiées beaucoup moins dans leur constitution moléculaire que dans leur influence sur l'organisme, quoiqu'il existe probablement entre l'une et l'autre une relation intime. Cette considération nous porte à les distinguer en alimens complets et alimens incomplets. Les premiers, toujours caractérisés par la complexité de leur constitution, subviennent à toutes les fonctions d'hématose directe et indirecte, ils fournissent non seulement les élémens nécessaires au renouvellement ou à l'accroissement de la charpente osseuse, des solides mous

An bout de deux jours, l'avant-bras dont nous venons de parler était plus gros que l'antre; sa circonférence était plus considérable; il y avait gonflement général des tissus, mais pas d'infiltration séreuse appréciable; il n'y eut pas, je le répète, d'œdème du tissu cellulaire.

Un mois s'écoula, les choses étaient restées stationnaires; les veines distendues avaient diminué de volume, comme on pouvait s'en assurer par l'examen de la veine cubitale. On sentait à peine les vaisseaux veineux médians; mais, si ces veines étaient plus petites, elles étaient en revanche beaucoup plus dures et beaucoup plus résistantes à la pression.

Tout à coup, à cette époque, une vive douleur se fait sentir dans le côté gauche du col, dans l'aisselle et dans tout le membre supérieur gauche. On examine et l'on trouve encore coagulation du sang dans les veines jugulaires superficielles, dans la veine axillaire brachiale et jusque dans les veines de l'avant-bras. Ici l'on retrouve encore la veine cubitale distendue par le sang coagulé; elle se dessine sous la peau et la soulève en formant un énorme cordon, déjà résistant et fort douloureux.

Le membre n'est pas gonflé et il n'y a point d'œdème des tégumens. La couleur de la peau ne subit aucune atteinte; elle reste pâle, jaunâtre, décolorée comme précédemment.

Ce ne fut que huit jours après, lorsque les veines distendues par le sang avaient diminué de volume et s'étaient transformées en cordons endurcis, que l'œdème apparut.

Ainsi, dans l'espace de deux mois et demi à trois mois, cette femme eut des affections partielles du système veineux, d'abord dans les veines des membres inférieurs et successivement dans les veines des membres thoraciques et du cou. La coagulation du sang était aussi manifeste que possible, puisqu'il n'y eut pas d'œdème au commencement de la maladie et que, d'ailleurs, l'on sentait et l'on voyait les cordons énormes formés par les veines engorgées.

Il est presqu'incroyable qu'une affection aussi étendue du système veineux n'ait pas donné naissance à des troubles de la circulation plus graves que ceux que j'ai indiqués. L'œdème était peu considérable et n'est survenu d'une manière sensible qu'à une époque éloignée du début des accidens. La coloration de la peau n'a pas été modifiée comme il eût semblé qu'elle devait l'être, et c'est à peine si l'on voyait çà et là, à travers son tissu, des veines superficielles dilatées, suppléméntaires de celles qui avaient cessé d'admettre le sang dans leur intérieur.

C'est là, il faut en convenir, un fait extraordinaire et fort curieux. M. Rayer, comme moi, n'a pas pu se lasser, avec tout le talent d'investigation qu'on lui connaît, de l'étudier pendant longtemps et sous les points de vue les plus variés.

CHAPITRE II. — CARACTÈRES ANATOMIQUES.

Pour que chacun puisse complètement apprécier avec moi tout ce qui se rapporte à la coagulation du sang veineux dans les cachexies et dans les maladies chroniques, je vais étudier :

1° Le siége de l'altération ;

2° L'état du sang coagulé;

3° Les altérations des parois veineuses qui sont en rapport avec les caillots ;

4° Les altérations voisines, et en particulier celles des vaisseaux lymphatiques ;

5° L'état du tissu cellulaire et la disposition des veines collatérales non oblitérées ;

6° Enfin, l'état des viscères si souvent affectés dans le cours des maladies du système vasculaire à sang noir.

SIÉGE DE L'ALTÉRATION. La coagulation du sang est toujours partielle et ne peut avoir lieu que dans un nombre assez restreint de vaisseaux veineux, sous peine de déterminer une gêne si considérable de la circulation que la mort en serait la conséquence; or, c'est ce qui n'a point encore été observé.

Elle se manifeste dans les veines profondes des membres supérieurs et inférieurs, et de préférence toutefois dans les vaisseaux des membres pelviens. La coagulation est plus rare encore dans les veines du col et de la tête.

Cependant on l'y observe, ainsi qu'en témoigne un des faits rapportés dans le chapitre précédent, aussi bien que l'observation d'Abercrombie, où l'on trouve l'oblitération des sinus de la dure-mère chez un enfant cachectique et dévoré par la fièvre de suppuration causée par la carie de l'oreille interne. On l'a également rencontrée dans les artères pulmonaires et dans les veines du foie (MM. Bouillaud et Baron). Toutefois, comme ces cas ont été observés chez des individus qui avaient, outre leur état cachectique, une altération du poumon ou du foie, il est possible que la coagulation sanguine soit le résultat d'une phlegmasie communiquée de proche en proche, et ne puisse être expliquée par l'influence de l'état de cachexie où se trouvaient les individus. Je crois donc utile de mentionner ces faits, sans en tirer de conséquences applicables à la proposition que je développe en ce moment.

En résumé, la coagulation du sang a toujours lieu dans les membres inférieurs ; ce n'est que très rarement, et en quelque sorte par exception, qu'on l'observe dans les veines des membres supérieurs, du col, de la tête et des organes contenus dans l'intérieur du corps.

Sur le nombre des faits d'oblitération veineuse spontanée non puerpérale que j'ai étudiés, et qui s'élève au chiffre de 51, je trouve 44 exemples d'oblitération veineuse des membres pelviens, depuis la veine cave inférieure jusqu'aux veines tibiales, un exemple d'oblitération de la veine cave supérieure, des veines du cou et des bras, un exemple d'oblitération des veines du cou, des bras et des membres inférieurs à la fois, un autre d'obstruction des sinus de la dure-mère, deux dans lesquels l'obstruction avait pour siége l'artère pulmonaire, et deux enfin où elle existait dans les veines du foie.

La coagulation du sang s'accomplit toujours, sauf de rares exceptions, dans les veines profondes des membres. J'ai vu plusieurs de ces faits exceptionnels, et j'en ai rapporté un dans le chapitre précédent.

Lors de l'oblitération des veines profondes, ce sont les veines superficielles qui servent au passage du sang et suppléent à l'obstacle établi dans les voies de la circulation veineuse.

Quand l'oblitération existe à la fois dans ces deux espèces de veines, ce sont alors les vaisseaux de troisième ordre et les vaisseaux capillaires qui servent au rétablissement de la circulation collatérale. C'est là ce qui rend quelquefois la peau des membres toute livide et noirâtre, comme je dois l'indiquer plus loin. Il est rare que les veines superficielles soient seules occupées par les caillots; mais cela peut arriver, et alors on observe un œdème moins considérable dans le tissu cellulaire.

---

et des liquides organiques, mais encore les matériaux des sécrétions et des excrétions, et ceux de la combustion qui produit la chaleur animale; ils contiennent par conséquent les deux ordres de substances indiquées plus haut et des sels inorganiques. La nature nous en présente le type dans un certain nombre de produits, tels que la chair des animaux, les céréales où l'oiseau granivore trouve tous les matériaux de sa nutrition, la jument, tous les principes de son existence et ceux à l'aide desquels elle fabrique le lait, et ce lait lui-même, nourriture unique du poulain. Les alimens incomplets ne sustentent que quelques fonctions, et s'ils sont employés seuls, les autres fonctions, qui ne trouvent pas dans ce régime les matériaux nécessaires à leur activité, les empruntent à l'organisme lui même, d'où souffrance et maladie; d'où persistance des besoins qui correspondent aux fonctions non desservies régulièrement par une alimentation partielle; et par suite, dégoût, c'est-à dire répulsion instinctive pour des substances impropres à l'entretien total de la vie. Voilà pourquoi, comme nous le verrons plus loin, la fibrine, l'albumine, etc., données isolément, ne peuvent faire vivre longtemps un animal. Voilà pourquoi le sucre, la gomme, le beurre, donnés seuls ou alternativement, sont impropres, quoi qu'on ait dit, à l'entretien durable de la vie. La nature a donc elle-même établi l'ordre dans lequel il convient d'étudier les alimens; la matière nutritive va se renforçant et se compliquant du règne végétal au règne animal ; et, dans chacun d'eux, la série progressive se répète : nous suivrons cette gradation qui existe aussi pour les engrais : le fumier animal est plus actif que le fumier végétal, parce qu'il contient une combinaison plus complexe de principes, ce qui la rend plus décomposable; cette dernière condition dépend essentiellement de la complexité de composition chimique, puisque les élémens d'un corps tendent d'autant plus à se dissocier qu'ils sont plus multiples et moins homogènes : peut-on s'expliquer ainsi l'impuissance nutritive des substances simples? »

M. Michel Lévy a attaché, avec raison, une grande importance aux questions de l'alimentation envisagée dans sa mesure, dans sa qualité, etc. Après avoir étudié à fond les effets d'une nourriture insuffisante et ceux de l'inanition, il ajoute les réflexions suivantes sur *l'utilité et le danger de l'abstinence* ; on y reconnaîtra l'empreinte de l'expérience et la touche d'un praticien sage.

UTILITÉ ET DANGER DE L'ABSTINENCE.

« Les praticiens de tous les temps ont proclamé les avantages de l'abstinence comme moyen thérapeutique, et l'expérience de chaque jour confirme ce témoignage. Fernel déclare avoir guéri par la diète nombre de maladies graves que d'autres remèdes n'avaient pu vaincre. On connaît le mot de Desmoulins mourant : « Je laisse après moi deux grands médecins, la diète et l'eau. » Les partisans de la médecine expectante, de l'homéopathie et de tous les prétendus systèmes dont le fond est l'inaction de l'art, semblent s'être inspirés de cette parole; elle explique au moins leurs succès. L'abstinence convient merveilleusement dans les maladies très aiguës où les produits d'une réparation inopportune ne servent qu'à renforcer les conditions matérielles de la congestion ou de l'irritation fixée sur un ou plusieurs organes; elle n'est pas moins efficace pour la résorption des liquides épanchés, pour celle des produits anormaux, pour la fonte des engorgemens chroniques, etc. Nous avons signalé plus haut les faits qui sont le fon-

Le sang se coagule presque toujours dans un ordre de vaisseaux fort éloigné du lieu où réside la cause du mal qui détermine la cachexie chez les individus, de sorte qu'il n'y a point de rapport immédiat ni d'effet de voisinage entre l'oblitération veinense et l'organe malade. Ainsi, les artères pulmonaires ne sont jamais affectées dans la phthisie tuberculeuse; ce sont, au contraire, les veines des membres inférieurs, fort éloignées du poumon, qui, dans cette circonstance, viennent à s'oblitérer. Il en est de même pour le cancer de l'estomac, qui ne cause aucun désordre dans les veines voisines, et qui portera, par exemple, son action sur les veines du bras ou de la jambe.

Ce fait anatomique est important à connaître; il démontre au moins que la majeure partie des cas, la coagulation du sang noir qui a lieu dans le cours d'une maladie chronique, est en quelque sorte spontanée, qu'elle n'est pas le résultat de l'irritation transmise aux veines oblitérées par l'organe malade, car alors les caillots devraient s'étendre, sans intermédiaire, de l'endroit le plus éloigné de corps au point de départ de l'irritation. Ils devraient, par exemple, dans la phthisie, s'étendre des veines plantaires aux veines de la jambe, de la cuisse et de là aux environs du poumon ; or, cela n'a jamais été observé.

La communication entre les veines oblitérées et un nrgane malade est donc un fait exceptionuel, mais on le rencontre quelquefois. Ainsi, j'ai vu dans un cancer de l'utérus la coagulation s'étendre des veines hypogastriques et utérines aux veines de la partie inférieure de la jambe. Il est évident que dans ce cas il y avait eu irritation des veines du bassin, transmise aux vaisseaux de la cuisse et de la jambe correspondante.

Si la coagulation du sang dans les veines des membres n'a que rarement rapport avec les altérations d'un viscère, qui provoquent la fièvre hectique et la cachexie générale, il n'en est pas de même des oblitérations veineuses très peu étendues qui se font autour de l'organe malade.

Il est impossible de faire l'autopsie d'un cancer, en quelque point du corps que ce soit, sans trouver des caillots plus ou moins nombreux, et à tous les degrés de transformation dans les veines voisines. Cette particularité est même la cause d'une erreur assez généralement répandue. Au bout d'un certain temps, les caillots des veines subissent leur décoloration ordinaire, ils prennent un aspect grisâtre et sont quelquefois réduits en bouillie d'un gris blanchâtre, semblable à la couleur de la pulpe encéphalique, de sorte que l'on croit que le tissu encéphaloïde s'est développé de toutes pièces dans la veine. C'est, je le repète, une erreur; le cancer qui se trouve dans les veines n'y a pénétré qu'en détruisant leurs parois.

Au reste, le cancer n'est pas la seule affection qui détermine ainsi sur ses limites la formation de petits caillots veineux. On les trouve aussi dans le poumon des phthisiques autour des masses tuberculeuses. Ils sont très communs chez les vaches dans la pommelière, et M. Rayer a indiqué toutes leurs transformations avec le plus grand soin.

Voilà quant au siége des caillots. Leur étendue n'est pas moins variable. Tantôt ils occupent un seul des membres inférieurs et passent bientôt à l'autre en occupant la partie inférieure du tronc de la veine-cave; tantôt ils débutent des deux côtés successivement par la partie inférieure des jambes, gagnent la cuisse et s'arrêtent au pli de l'aîne sans atteindre jusqu'aux iliaques primitives. Ailleurs, ils s'observent dans les veines axillaires, toutes les veines du bras et de l'avant-bras, dans les veines du cou de la tête. Il y a, relativement à l'étendue des caillots, une disposition anatomique bien importante et bien curieuse à connaître. Elle est relative au facile rétablissement de la circulation collatérale. Les veines oblitérées sont, en effet, toujours des veines assez volumineuses, et l'oblitération s'arrête au niveau des veines de petit calibre. Dans la coagulation sanguine des membres inférieurs, l'obstacle cesse à la naissance des veines pédieuse ou plantaire : à la main, à la hauteur d'émergence des veines du métacarpe. Il résulte de cette perméabilité des moyennes et des petites veines, qu'elles peuvent, en raison de leurs rapports avec les capillaires artériels, continuer leurs fonctions et permettre à la circulation de s'accomplir encore, malgré des obstacles considérables. Sans cette disposition pathologique, et si l'oblitération s'étendait jusqu'aux capillaires veineux, il s'ensuivrait une stase dans les capillaires artériels, dans les artères, et bientôt aurait lieu la coagulation du sang rouge et la mortification des tissus.

Caillots. Le produit de la coagulation sanguine, c'est-à-dire les caillots, se présentent sous un aspect différent, et qui varie suivant l'époque plus ou moins reculée de leur formation. Ils doivent être examinés à toutes les périodes de leur existence.

Première époque. Ils sont d'abord entièrement formés par une matière noire, assez homogène, semblable à la matière des caillots du cœur produits au moment de l'agonie. On y trouve çà et là des fragmens de fibrine jaune et d'un gris blanchâtre. Ils s'écrasent sous les doigts avec une grande facilité ; leur consistance, analogue à celle de la gelée de groseille, est aussi celle des caillots noirâtres de l'organe central de la circulation.

Leur forme cylindrique et allongée est exactement celle des vaisseaux où ils se trouvent; seulement, au niveau des valvules veinenses, il existe souvent des renflemens considérables.

Ils n'adhèrent point *aux parois des veines*, qui, à ce moment, sont encore entièrement intactes. Il n'y a d'adhérence, entre les caillots et ces parois, qu'à une époque plus avancée de la maladie. C'est alors seulement que la tunique interne de ces vaisseaux se trouve affectée, comme nous le dirons plus loin.

Ainsi, et c'est là le point le plus important de l'histoire de la coagulation du sang veineux dans les maladies chroniques, cette coagulation s'opère en quelque sorte *spontanément* et sans le concours de la phlegmasie des parois veineuses, ainsi que le démontre l'absence d'agglutination au début de la maladie. S'il y a phlegmasie de la veine, elle n'est que consécutive et provoquée peut-être par la présence du caillot, d'où il en résulte les adhérences réciproques que nous retrouverons dans les coagulum un peu anciens.

D'après ces caractères anatomiques, vérifiés si souvent dans nos autopsies, où nous trouvions des caillots de tous les âges, formés ici de la veille, et là de huit jours, de quinze jours, d'un mois et même davantage, nous avons cru devoir tracer l'histoire de la coagulation du sang, plutôt qu'un tableau de la phlébite adhésive. La solidification du sang est ici le phénomène principal, et l'oblitération veinense par suite des adhérences, la phlébite adhésive en un mot, n'en est qu'un des phénomènes secondaires. Les parois des veines sont alors blanches, minces, transparentes, non ramollies, sans injection capillaire, tandis que plus tard elles doivent s'épaissir et prendre un peu l'apparence des tuniques artérielles.

---

dement très rationnel du traitement de Valsalva. Mais tout ceci s'éloigne de l'hygiène et nous laissons à d'autres le soin de préciser les proportions et la nature du régime dans la série des affections, soit aiguës, soit chroniques. Dans l'état physiologique, nous voyons que l'abstinence courageusement employée peut remédier à l'obésité, puisque la graisse est de tous les élémens organiques le plus prompt à disparaître et semble comme une provision de matière que l'organisme emmagasine pour sa dépense ultérieure. Le danger de l'abstinence est dans sa durée, dans sa disproportion avec les conditions d'âge, d'organisation individuelle, etc ; c'est par des pesées successives et comparées au poids initial des sujets qu'il importe d'en calculer les ravages; le degré de destruction des chairs musculaires permet d'en juger jusqu'à un certain point. L'alimentation insuffisante détermine, sauf pour la durée, identiquement les mêmes effets que l'abstinence absolue; dès qu'un individu reçoit moins que sa ration normale, la question d'inanitiation se soulève, et comme le dit avec une raison profonde M. Chossat, l'inanitiation complète n'est plus qu'une affaire de temps: aussi, soit dans le cours des maladies, soit aux approches de la convalescence, le médecin doit-il interroger souvent, par voie de tâtonnement le degré de tolérance de l'organisme pour la nourriture; comme il est un appétit trompeur qui ne mérite que refus et surveillance de la part du praticien, il y a aussi des états où le besoin de la réparation est réel, quoiqu'il manque pour ainsi dire de voix pour crier à l'oreille du médecin, quoique la sensation de l'appétit soit en retard ; l'alimentation très fractionnée pour la quantité, très atténuée pour la qualité, est un réactif délicat qu'il faut appliquer fréquemment à l'organisme malade, afin de saisir l'heure et le jour où l'abstinence doit cesser. Que dire des sévérités systématiques du régime, de ces famines nosocomiales qui marchent à la suite de certains médecins? « L'inanitiation est la cause de mort qui marche de front et en silence avec toute maladie dans laquelle l'alimentation n'est pas à l'etat normal. Elle arrive à son terme naturel, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard que la maladie qu'elle accompagne sourdement, et peut devenir ainsi maladie principale, là où elle n'avait d'abord été qu'épiphénomène (Chossat, p. 194). » Hippocrate, si constamment préoccupé des questions relatives au régime, avait dit : « Si les choses étaient aussi simples qu'il vient d'être dit, si toute nourriture forte incommodait, si toute nourriture faible accommodait et sustentait l'homme malade et l'homme sain, il n'y aurait pas de difficulté; car on ne courrait aucun danger à incliner toujours du côté d'une alimentation faible, mais on commettait une égale faute, une faute non moins malfaisante à l'homme, si on lui donnait une nourriture insuffisante et au-dessous de ses besoins; car l'abstinence peut beaucoup dans l'économie humaine, pour rendre faible, pour rendre malade, pour tuer (De l'ancien. méd., édit. Littré, t. 1, p. 589) »; et ailleurs : « il est honteux aussi de ne pas reconnaître qu'un malade est faible par inanition, et d'aggraver son etat par la diète. »

On sait combien l'hygiène a d'affinités avec la morale et l'économie politique; c'est là pour les écrivains de cette science un écueil plutôt qu'un avantage ; car ils en ont pris occasion de se produire en moralistes, en phrénologistes, en législateurs, et ils ont prodigué l'amplification littéraire dans des ouvrages destinés à l'instruction classique de la médecine. M. Michel Lévy, que ses études philosophiques et sa facilité littéraire semblaient incliner à ce genre de développement, a su au contraire s'en défendre avec un soin presque sévère. Jaloux de

Deuxième époque. A une époque plus avancée, et qui n'est pas encore bien éloignée du moment de leur formation, à partir du cinquième au huitième jour environ, les caillots perdent graduellement leur couleur et leur volume ; ils acquièrent de la consistance et ils s'agglutinent aux parois des veines.

La couleur noire disparaît çà et là, sur divers points de l'étendue des caillots, tantôt à leur surface, tantôt dans leur profondeur. La matière colorante est absorbée, et il reste de la fibrine rougeâtre, quelquefois tout à fait blanche. Mais, je le répète, ces modifications ne s'accomplissent jamais de la même manière et au même degré dans toute la longueur des caillots, il en résulte que, au bout d'un certain temps, la fibrine est encore ici d'un noir très foncé, et ailleurs d'un gris jaunâtre ou presque blanche. La décoloration ne se fait pas d'une manière plus égale dans toute l'épaisseur du caillot; tantôt elle commence par la circonférence, et tantôt par les parties centrales qui sont réduites à l'état de bouillie blanchâtre, semblable à du pus.

La diminution du volume des caillots est en rapport avec leur décoloration. La fibrine qui les compose perd à la fois sa matière colorante et sa sérosité. Ils ne remplissent plus entièrement la cavité des veines, comme on peut en juger facilement dans les autopsies. Au niveau du confluent des veines, là où les caillots restent le plus longtemps infiltrés, ils sont à la fois plus volumineux, plus mous, et plus foncés en couleur.

La consistance des caillots est très variable. A peu près nulle, mais égale dans tous les points, au moment de leur formation; semblable alors à celle de la gelée de groseilles écrasée, elle change d'une manière très notable en quelques jours. Elle augmente insensiblement à mesure que s'accomplit l'absorption de la matière colorante et de la sérosité. Elle est très différente à la surface des caillots, qui reste consistante, de ce qu'elle est au centre, qu'on trouve souvent ramolli, diffluent et formé par une bouillie épaisse d'un gris rougeâtre, semblable à du pus ensanglanté. Elle est plus considérable en certains points de la longueur des caillots, là, par exemple, où ils sont renfermés dans une veine qui ne reçoit pas de collatérales. Elle reste au contraire peu marquée et toujours plus faible au niveau des confluens veineux. Elle est enfin comparativement moindre, après un temps donné, dans les grosses veines que dans les petites.

Lorsque les caillots sont formés, et après plusieurs jours d'existence, ils contractent des adhérences plus ou moins étendues avec la tunique interne des veines. L'agglutination s'opère à l'aide d'un dépôt très mince de lymphe coagulable. Elle est plus ou moins solide. Dans quelques circonstances, elle est assez résistante pour que les tractions ne puissent détacher le coagulum sans en laisser une partie sur le vaisseau.

Les parois veineuses sont légèrement altérées. On n'y remarque ni rougeur, ni injection, ni ramollissement, ni adhérence avec les tissus voisins: elles sont manifestement épaissies et comme artérialisées. Cette transformation, quoique très évidente, peut échapper ; il faut, pour la saisir, nettoyer la veine et la mettre auprès d'une portion correspondante de la veine du membre opposé, si elle ne renferme pas de coagulum. Alors la différence de texture des deux vaisseaux est fort appréciable. Je viens tout récemment de renouveler cette observation, à la Charité, devant M. Rayer, sur les veines d'une femme morte avec une pyélite chronique, dans un état de cachexie profonde, et qui avait le sang coagulé dans les veines du membre inférieur. Au reste, cette altération des parois veineuses est la seule qui existe dans la maladie qui nous occupe, et il faut qu'elle soit secondaire à la coagulation du sang.

Il serait difficile de préciser au jour le jour l'état des transformations qui s'opèrent dans les caillots veineux et dans leurs enveloppes. Cela n'est même pas possible, et quoique j'aie observé sur ce sujet un plus grand nombre de faits que personne, je n'essaierai pas de limiter les phases de ces transformations. J'ai dû, relativement aux caractères anatomiques de la coagulation veineuse, parler d'une première période de quelques jours en entier consacrée à cette coagulation, sans mélange avec les altérations veineuses. J'ai dit, dans la seconde, qui a environ un ou deux mois de durée, les modifications de tissu survenues dans la veine, conjointement avec le travail intérieur opéré dans les caillots. Et je devrai, dans une troisième, poursuivre ces caillots jusqu'à leur disparition ; mais c'est là un travail auquel la mort des malades vient rapidement mettre un terme. Il est fort rare, en effet, d'observer, dans les circonstances où nous sommes, des caillots âgés de plus de deux mois. Néanmoins, nous allons parler de cette troisième période, où il sera question des efforts tentés par la nature en faveur du rétablissement de la circulation collatérale.

Troisième époque. Lorsque la coagulation veineuse est fort ancienne, les caillots, comme on a pu s'en assurer par quelques faits malheureusement trop rares, sont d'un blanc jaunâtre, très résistans, élastiques, quelquefois adhérens aux parois du vaisseau qui se trouve oblitéré, et quelquefois libres dans son intérieur, où ils sont en rapport avec la membrane interne, au moyen de petits filamens, derniers vestiges de capillaires de nouvelle formation qui ont fini par s'oblitérer. Les brides qui se forment entre les caillots et la membrane interne de la veine sont de même nature que les brides ou filamens qui existent entre deux séreuses contiguës. Or, celles-ci sont d'abord formées par un vaisseau capillaire de formation nouvelle, rempli de sang, que la pression fait mouvoir, et qu'ensuite elles se convertissent en bribe fibrineuse. C'est ce que l'on voit chaque jour dans la pleurésie et dans la péritonite, là où il y a des filamens de 2 à 7 ou 8 centimètres. Il en est de même à l'égard des brides qui attachent les caillots veineux aux parois des veines. Le phénomène n'est pas aussi appréciable, il s'accomplit dans un très petit espace; mais c'est là toute la différence.

Plus tard encore, et à une époque qu'il me serait impossible de déterminer, la fibrine des caillots, complètement décolorée, et passée à un état de dureté comparable à celle des cartilages (Commun. Bulletin de la Société anatomique), s'infiltre de sels calcaires, se pétrifie en divers endroits, et présente çà et là des plaques terreuses très dures, qu'on désigne sous le nom d'*ossification*, et que j'appelle *pétrification*.

Circulation collatérale. Le mécanisme de l'établissement de la circulation collatérale n'est point différent dans *l'oblitération veineuse des maladies chroniques*, de ce qu'il est dans *l'oblitération veineuse puerpérale*, c'est-à-dire dans la *phlegmatia alba dolens*. Les phénomènes en sont absolument les mêmes. Ils sont subordonnés au siége anatomique de l'oblitération.

Lorsque la coagulation existe dans les veines profondes des membres inférieurs, ce qui est le cas le plus fréquent, la circulation collatérale s'accomplit au moyen des grosses veines superficielles qui se dilatent et deviennent apparentes à travers la peau si elles ne le sont déjà. Le nombre

---

renfermer l'hygiène dans le domaine exclusif de la science médicale, il a supprimé de son livre les lieux communs de philosophie bâtarde. Dans le chapitre des *percepta* de l'hygiène privée, il se borne à l'examen de la réaction réciproque de l'encéphale et des autres organes ; dans l'hygiène publique, nous n'avons trouvé que deux petits articles où l'auteur aborde des questions connexes aux sciences sociales ; nos lecteurs nous sauront gré d'en mettre un sous leurs yeux; il indique les rapports de la politique avec l'hygiène publique.

RAPPORTS DE LA POLITIQUE AVEC L'HYGIÈNE PUBLIQUE.

« L'hygiène publique ne possède point les données nécessaires pour déterminer avec précision l'influence que la forme et la nature des gouvernemens exercent sur la constitution physique des peuples ; mais qui pourrait la nier? L'état politique modifie directement les conditions de leur existence matérielle: il règle l'espèce et la quotité des impôts; il favorise plus ou moins l'exploitation et la production du sol, la durée de la paix ou le retour des guerres; il décide les alliances et les répulsions entre nations, élargit ou resserre les débouchés du commerce, et par là contribue avec le climat, à fixer le champ et la direction des industries indigènes. Cette première série de résultats qui découlent de la politique ont une liaison certaine avec le progrès de la population et l'accroissement des moyens de subsistance. Le soin de la salubrité publique et la propagation des lumières sont en partie subordonnés à la forme des gouvernemens : là où la vie humaine est respectée, là où tous les intérêts ont le droit de se faire entendre, là où les chefs de l'état se préoccupent du bien-être et de l'amélioration des masses, on assiste à la destruction graduelle des foyers de maladie, des grandes causes de mortalité; on voit s'établir une police sanitaire qui veille sur la voie publique et jusque dans l'intérieur des habitations privées, qui dispute à la fraude l'aliment et la boisson des citoyens ; on voit se multiplier les refuges pour l'enfance, pour la vieillesse, pour les malades et les infirmes; se répandre parmi les classes inférieures les notions qui rectifient leur jugement, dissipent leurs préjugés, étendent la sphère de leurs aptitudes, infiltrent dans leurs esprits un principe d'ordre et de prévoyance, les aident à tirer un plus grand avantage de leur travail, et préparent ainsi leur ascension sociale. Il y a plus; la forme politique fait à l'homme ses devoirs sociaux ; ceux-ci le dirigent dans les actes de sa vie journalière, dans ses mœurs, dans ses habitudes ; ils agissent sur ses idées, sur ses passions qui à leur tour retentissent dans toutes les fonctions de l'organisme. La politique a ses passions violentes et subites; elle a aussi ses passions lentes et continues ; ceux qu'elles en a frappés au cœur ne digèrent, ne respirent, n'absorbent, ne sécrètent pas comme tout le monde; et sans parler ici de la surexcitation cérébrale qui est l'endémie des hautes régions du pouvoir, ni des vies qui s'usent dans la presse, à la tribune ou sur le seuil des grandeurs rêvées, n'est-il pas des formes de gouvernement qui stimulent toutes les facultés d'une nation, qui l'entraînent dans le flux et le reflux des affaires publiques, qui exaltent toutes les ambitions par le libre accès des emplois et des honneurs? N'en est-il pas d'autres qui tuent l'émulation, refoulent l'intelligence, compriment les passions les plus nobles et réduisent toute une population aux langueurs de la vie végétative? Les premières n'exercent-elles pas une influence tonique sur les masses, n'impriment-elles pas une impulsion forte et soutenue

et le volume de ces veines superficielles est en rapport avec la force de l'obstacle qui entrave la circulation veineuse profonde. Elles se dégorgent dans les veines superficielles du ventre, du thorax, et de là, au moyen des intercostales dans la veine azygos, comme j'en ai rapporté des exemples dans mon MÉMOIRE SUR LA PHLEGMATIA DOLENS. M. Bidault (BULL. DE LA SOCIÉTÉ ANAT.) en a également observé un exemple.

Quand la coagulation existe à la fois dans les veines profondes et dans les veines superficielles, ce sont les vaisseaux veineux de troisième ordre et jusqu'aux capillaires qui fonctionnent et se dessinent à la surface de la peau. J'en ai ailleurs rapporté un exemple fort remarquable, et je viens tout récemment d'en observer deux autres, un à Necker, dans le service de M. Delarroque, chez un jeune phthisique dont la cuisse gauche était violacée et toute couverte par un réseau veineux bien développé et dont les mailles étaient assez larges (M. Monneret remplaçait alors M. Delarroque), et l'autre, dans le service de M. Rayer, chez un homme atteint d'une affection organique du cœur. Celui ci eut une oblitération de la veine cave supérieure étendue aux axillaires, aux jugulaires profondes, aux humérales et arrivant jusqu'aux veines profondes de l'avant-bras. Il en devint tout violet dans la moitié supérieure du corps; la peau de cette partie était sillonnée principalement sur le thorax par des veines superficielles très volumineuses, et çà et là on trouvait des masses de capillaires dilatées, formant des plaques noirâtres de tissu analogue aux tissus veineux érectiles. C'est par l'intermédiaire de ces vaisseaux que la circulation, reportée vers les rameaux de la veine cave inférieure, a pu continuer de s'entretenir chez ce malade.

Tels sont les phénomènes que j'ai observés relativement à l'ampliation des veines collatérales d'un gros vaisseau veineux oblitéré; ils sont partout les mêmes et modifiés seulement par le lieu de la coagulation. Je ne m'en occuperai pas davantage.

ALTÉRATIONS SECONDAIRES DES ORGANES OU DES TISSUS PRODUITES PAR LA COAGULATION VEINEUSE. Le tissu qui souffre davantage de la coagulation du sang dans les veines, c'est le tissu cellulaire. On doit cette découverte à M. Bouilland qui a démontré que là où il y avait obstacle à la circulation veineuse, il y avait aussitôt tendance à l'infiltration du tissu cellulaire par la sérosité. Cette infiltration existe toujours, en effet, avec l'altération qui nous occupe. Elle s'observe tantôt dans les parties profondes et dans le tissu celluleux intermusculaire, tantôt dans les parties superficielles et sous la peau, tantôt enfin dans toutes ces parties à la fois. Elle est en rapport avec l'étendue de la coagulation du sang; et elle est d'autant plus considérable que cette coagulation s'étend à un plus grand nombre de veines importantes.

De l'infiltration du tissu cellulaire à la suffusion séreuse des cavités splanchniques, du péritoine ou des plèvres, il n'y a qu'un pas et qu'une différence de degré. L'ascite s'observe avec l'œdème des membres inférieurs et l'hydrothorax avec celui des membres supérieurs. L'un est très ordinaire; l'autre est très rare. Celui-ci fut observé chez le malade dont j'ai déjà parlé à propos du rétablissement de la circulation collatérale. Cet homme a eu pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital un œdème du poumon bien manifeste auquel succéda dans la plèvre gauche un hydrothorax des mieux caractérisés. Le liquide qui s'élevait jusque dans la fosse sous-épineuse finit par disparaître presque dans sa totalité.

Les ganglions lymphatiques voisins des veines oblitérées sont toujours rouges et gonflés, mais sans ramollissement ni suppuration. Les vaisseaux lymphatiques ne paraissent pas altérés.

Les viscères, à l'exception des poumons, ne subissent aucune influence fâcheuse de la coagulation du sang qui s'effectue dans les maladies chroniques. Mais l'œdème des poumons doit être rapportée à l'infiltration séreuse générale et n'est point à vrai dire une altération de cet organe.

Il n'existe donc, quant à présent, aucune altération viscérale bien démontrée comme étant secondaire à l'oblitération veineuse. Cela est important à préciser et à connaître. Nous voyons en effet, d'une part, la coagulation du sang veineux opérée sans trace de phlegmasie des veines et sans apparence de suppuration, et de l'autre les viscères exempts de ces altérations ou de ces foyers purulens si communs dans ce qu'on appelle vulgairement la phlébite.

Maintenant pour ce qui regarde les altérations viscérales qui sont l'origine de l'état général grave, de la fièvre hectique et des cachexies dans lesquelles la coagulation veineuse s'accomplit, il me suffira de les indiquer sans donner de détails sur chacune d'elles. Qu'importe en effet telle ou telle altération puisque nous devons la ramener à un état où elle détermine la cachexie et le marasme. Or le marasme et la cachexie sont partout les mêmes. On trouve en effet chez les individus qui succombent avec une coagulation du sang veineux, des cancers de l'estomac, du foie, de l'utérus, etc., les altérations de la phthisie tuberculeuse, les altérations du cœur, ainsi que nous en avons rapporté deux exemples, celles des reins, la suppuration de cet organe, de grandes plaies comme celles de larges brûlures qui amènent la résorption lente du pus, etc.

(La fin au prochain numéro.)

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

OBSERVATIONS SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉGNÉ PENDANT LES MOIS DE DÉCEMBRE 1841 ET DE JANVIER 1842 DANS LA CASERNE DU CORPS DE GENDARMERIE DE LA VILLE DE STOCKHOLM; par MAGNUS HUSS, professeur de la clinique médicale à l'École de médecine de Stockholm.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC SYMPTÔMES ABDOMINAUX PRÉDOMINANS; GUÉRISON.

OBS. VI. — P. Höegstrœm, 29 ans, constitution robuste, mais affaibli par les boissons alcooliques. Au service depuis sept ans, il avait précédemment plusieurs maladies. Le 23 décembre au matin, en rentrant d'une patrouille, il tomba malade sans malaise préalable, avec frissons, vomissemens, mal de tête, et, plus tard, vers le soir, diarrhée avec coliques. Comme on manquait de place à l'hôpital, il fut traité à la caserne jusqu'au 31, par conséquent jusqu'au 9e jour de sa maladie. Avant son arrivée, il avait eu une fièvre continue, avec peau sèche et rude, stupeur à partir du 3e jour, douleurs continuelles dans le ventre, et il avait été traité par des ventouses à la nuque, vomitifs, solution d'hydrochlorate d'ammoniaque, et, en dernier lieu, par l'acide hydrochlorique.

à toutes leurs fonctions, à toutes leurs puissances physiologiques, tandis que les secondes ralentissent le jeu de leurs organes et dépriment leur vitalité? Les nègres esclaves de nos colonies fournissent plus de décès que de naissances; la population noire de Saint-Domingue a presque doublé depuis son émancipation. Si la servitude et la liberté ont des conséquences si opposées, les institutions politiques qui tiennent plus ou moins de l'une ou de l'autre, produisent nécessairement une gradation d'effets intermédiaires. La différence de mortalité qu'on observe entre les latitudes méridionales et les latitudes septentrionales n'est probablement point le résultat d'une cause unique, le climat; la torpeur de la société et l'absence de stimulations politiques concourent à priver l'Oriental, même au sein des richesses, du ressort que possède l'Européen industrieux et libre: la vie humaine, a dit Scheu (1), acquiert plus de ténacité par les peines et les labeurs, pourvu que le travail ne soit pas de nature à briser le courage et paralyser la spontanéité. »

En tête de l'article POLICE BROMATOLOGIQUE, M. Michel Lévy a placé les réflexions suivantes:

POLICE BROMATOLOGIQUE.

« Nous traitons sous ce titre des altérations des alimens, des condimens et des boissons, ainsi que des établissemens où ils sont préparés et débités. Nous réunissons les altérations spontanées et les sophistications, parce que les unes et les autres influent sur la santé publique et prêtent également à la fraude; la vente d'un pain fait avec une farine avariée est un acte aussi répréhensible que celle d'un pain dans lequel entre quelques molécules d'alun. Jusqu'à présent ce sujet important est régi par des ordonnances de police: il n'a donné lieu qu'à des actes d'administration pour ainsi dire isolés et sans efficacité; ce qui le prouve, c'est la continuation des fraudes. Démasquée sur un point, l'industrie des corrupteurs de la nourriture publique se porte sur un autre objet; elle tire parti des progrès de la science, non pour le bien des masses, mais pour en perfectionner l'exploitation. Le problème odieux dont elle semble poursuivre la solution, c'est de vendre au prix le plus élevé le moins de matière nutritive possible. Se borne-t-elle à voler sur la quantité? — Non; elle dénature la composition des alimens et des boissons; elle y introduit des principes délétères, elle tripote des mélanges dangereux; et personne ne peut dire jusqu'où va le dommage irréparable qui en résulte pour la santé des classes les moins aisées et quelle part revient à la sophistication alimentaire dans la détérioration progressive de leur constitution, dans le nombre et la gravité de leurs maladies, dans leur mortalité si disproportionnée avec celle des classes supérieures par leur aisance, c'est-à-dire principalement par le prix qu'elles peuvent mettre au choix de leurs alimens. Nous signalons ici l'une des causes générales et permanentes qui agissent tous les jours et plus ou moins sourdement sur l'état sanitaire des populations. Quel sujet plus digne d'éveiller la sollicitude du législateur? Cependant il n'existe aucune loi spéciale sur la vente des substances alimentaires et condimentaires. Une falsification de la valeur de 5 centimes par jour dans la vente du pain, mul-

(1) UEBER DIE CHRONISCHEN KRANKHEITEN DES MÆNLICHEN ALTERS, I, p. 30.

A son arrivée, le 31 au matin, on remarque : expression du visage fatiguée, abattue, stupide; douleur accablante au-dessus du front, tintement aux oreilles, disposition à l'obscurcissement de la vue et à l'étourdissement de la tête; au moindre mouvement, sentiment de faiblesse excessive; pas de sommeil, et, lorsqu'il essaie de s'endormir, il déraisonne; complétement intelligible, mais répondant lentement et après réflexion. Le pouls, 100, faible, mais égal; le premier bruit du cœur court et non distinct. La langue un peu sèche, rouge viande aux coins et à la pointe, chargée de gris-brun au milieu; haleine infecte; le ventre un peu tendu, douloureux à la pression dans la région iléo-cœcale, et, à la même place, forts gargouillements. Quatre évacuations liquides, puantes, pendant la nuit précédente. La peau chaude à 35° au creux de l'estomac, sèche, rarement semée d'érythème typhoïde rouge clair; l'urine jaune clair, avec un nuage se précipitant au fond; ventouses avec 8 verres sur le ventre.

Prenez : Solution d'acide phosphorique, 3 gros.
Infusion d'ipécacuanha...... 1/2 gros sur 8 onces d'eau.
M. s. Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.
Eau de riz pour boisson.

Les 1er et 2 janvier, l'éruption devint un peu plus visible et plus abondante; la sensibilité et le gargouillement au ventre étaient diminués; mais la diarrhée et les autres symptômes s'étaient maintenus sans changement.

Les 3 et 4, la diarrhée cessa; le pouls s'éleva, mais devint plus lent; seulement 80; les dépôts sur la langue sont plus solubles.

Le 5, le malade prétend que, pendant la nuit et le matin, les besoins d'uriner, qui surviennent si fréquemment, ne lui laissent pas de tranquillité; son urine a déposé un sédiment abondant couleur de brique; elle rougit le papier de tournesol et a une odeur prononcée de violette.

Le 6, l'évacuation abondante d'urine a continué pendant toute la journée d'hier, mais elle a cependant été moindre que pendant la nuit.

Tous les symptômes de maladie, jusqu'à l'exanthème, sont passés; le malade se sent seulement faible, avec du tintement aux oreilles; il se plaint aussi de la faim. La convalescence, ainsi commencée après la crise d'évacuation urinaire, le 14e jour, a continué depuis sans accidens; de sorte que cet homme a quitté l'hôpital le 24 janvier en parfaite santé.

FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC SYMPTÔMES ABDOMINAUX PRÉDOMINANS; GUÉRISON.

Obs. VII. — J. Anderssen, 34 ans, d'un certain embonpoint, tempérament lymphatique, sanguin, en service depuis trois mois, avait joui précédemment d'une bonne santé. Le 21 décembre au soir, il commença à se sentir indisposé, fatigué et sans appétit, avec du gargouillement et des tranchées à l'estomac; il tombe malade le 24 au soir, avec une attaque de frisson, qui fut ensuite suivie de chaleur et de mal de tête; le jour suivant survinrent des douleurs d'estomac, des nausées, des tranchées et une violente diarrhée; il saigna un peu du nez. Il fut amené à l'hôpital le 28 au matin. Son état actuel fut constaté comme suit : face rouge, un peu gonflée, sclérotique un peu injectée; mal de tête pesant au-dessus du front et aux tempes; tintement aux oreilles; sensation de faiblesse, au point qu'il manque de tomber en arrière quand il essaie de se soulever dans le lit. La nuit a été sans sommeil; pas de délire; il peut s'expliquer, mais hébété. Le pouls plein, mou, ondulent, 100; les bruits du cœur normaux. La langue rouge viande avec les papilles gonflées à la pointe et au milieu; sur les côtés chargée de gris jaune; le goût est amer, l'haleine acide; l'abdomen est mou, un peu bouffi, indolent; plusieurs évacuations fluides, aussi bien dans le jour d'hier que pendant la nuit passée. La peau est chaude, sèche, semée partout d'érythème rouge clair. L'urine est jaune brun, acide, sans dépôt ni nuage. Une saignée fut ordonnée le matin; ventouses à la nuque pour le soir, et à l'intérieur :

Prenez : Acide hydrochlorique... 1 gros.
Infusion d'ipécacuanha. 8 onces.
M. s. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Le 28, l'état de congestion au cerveau est moindre; les autres phénomènes sont restés invariables. Le sang tiré (huit onces) a déposé un peu de sérum, mais sanguinolent, et un caillot qui n'a aucune consistence, sans indices de formation de couenne.

Le 29, sommeil inquiet, avec parler; le regard exprime une profonde stupeur; le pouls 104, commence à devenir faible; le premier bruit du cœur court; la diarrhée persiste, le ventre gargouillant.

Le 30, les forces s'affaissent; le malade tombe au pied du lit; la langue commence à devenir raide; — on ordonne de l'acide phosphorique avec ipécacuanha.

Le 31, le délire a eu lieu faiblement pendant la nuit; légers soubresauts de tendons; le pouls 112, faible et petit; le premier bruit du cœur très faible; la langue rouge-viande, luisante et sèche, ainsi qu'âpre; la diarrhée a diminué; l'érythème est en floraison, il a pris la couleur violette.

Le 1er janvier, pas de changement.

Le 2, *delirium mussitans* toute la nuit. Le matin sommeil profond mais calme; le pouls est pendant le sommeil 92, il s'est élevé; le premier bruit du cœur est redevenu perceptible; la peau est moins chaude et plus molle.

Le 4, le sommeil continua sans interruption jusqu'hier au soir, par conséquent 31 heures. Le malade s'explique parfaitement; pouls 84, assez plein, égal; les bruits du cœur faibles mais normaux, en rapport l'un avec l'autre; la langue rouge, dépouillée, mais molle et tendre; l'érythème en grande partie disparue. Pendant le sommeil, il n'y a eu ni sueur, ni augmentation d'évacuation d'urine, ni selle. Il ne se plaint que de faim et de faiblesse, ainsi que de bourdonnement aux oreilles. La convalescence est donc venue après le sommeil qui a commencé le 9e jour. De la disposition à la diarrhée est cependant restée encore, c'est pourquoi, après deux jours de repos de tous médicamens, on ordonna:

Prenez : Racine d'arnica incisé .... 2 gros.
Faites infuser pendant une heure avec eau bouillante, quant. suffis. pour rendre filtrée.......... 8 onces.
M. s. Deux cuillerées à bouche quatre fois par jour.

Le 19 janvier, il quitte l'hôpital.

FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC SYMPTÔMES ABDOMINAUX PRÉDOMINANS; GUÉRISON.

Obs. VIII. — J. Guingrem, 25 ans, d'une constitution forte et musculeuse, et d'un tempérament flegmatique, est au service depuis cinq années et demie. Pendant les huit dernières années, il n'avait jamais été alité par maladie. Il commença, le 26 décembre, à se sentir faible et en mauvaise disposition, avec le ventre relâché; il fut saisi le 28 au matin d'un tremblement de frisson suivi d'un sentiment de lassitude, de chaleur et de mal de tête; le jour suivant survint la diarrhée. Conduit à l'hôpital le 30 au matin, la face a sa couleur naturelle, mais elle exprime une profonde stupeur et *depressio virium*; les yeux sont fatigués, sans expression; propension à l'assoupissement; mal pesant audessus du front, bourdonnement aux oreilles et l'ouïe sourde; vertige; paroles marmottées pendant son sommeil. La langue est rouge, écorchée, un peu sèche et raide; l'haleine sent le pourri; le goût est âcre; le ventre est déprimé et gargouille fortement au côté droit, indolent; selle non consistante le matin. Pouls 80, égal, plus plein que faible; bruits du cœur normaux. La peau est chaude, sèche, avec un commencement d'éruption, de couleur rouge clair faible. Ventouses à la nuque, sinapismes aux mollets; à l'intérieur, l'acide hydrochlorique avec ipécacuanha.

Le 31, pas de changement.

Le 1er janvier, surdité complète; évacuation sans consistance avec bouillonnement au ventre; urine jaune-paille, sentant la violette, dépose un nuage qui surnage dans la partie fluide.

Le 2, les forces s'affaissent profondément; pouls 89, faible; le premier bruit du cœur court et faible; l'éruption apparente et plus foncée. (Acide phosphorique avec de l'ipécacuanha; cataplasme émollient sur l'abdomen.)

---

tipliée par le chiffre 500,000 qui représente les consommateurs peu aisés de Paris, donne par an une somme de 9,125,000 fr. (Chabrol) ! Croirait-on que de simples peines de police sont infligées aux auteurs d'une si énorme déprédation, des peines si légères qu'elles ne diminuent pas d'une nullé la somme annuelle de ces délits. Frustrer le pauvre d'une portion de l'aliment qu'il achète, et dont il attend la réparation de ses forces épuisées par le dur labeur de chaque jour, lui verser sous l'étiquette d'une boisson naturelle et stimulante, un liquide qui corrode sa muqueuse gastrique, altère son sang, stupéfie son système nerveux; mélanger d'une matière inerte ou nuisible le sel, cet unique condiment de l'indigence, n'est-ce donc pas là un de ces crimes qui appellent la vindicte et le mépris de la société ? — La prophylaxie ne peut venir ici que des lois : à quoi servent l'habileté des analyses et le catalogue des sophistications ? Quand la chimie a dévoilé l'un des artifices de ce Protée qu'on nomme la Fraude, il en invente un autre, et d'ailleurs le mal est fait; le pauvre a payé et n'a pas été nourri. Une loi sévère de répression est le seul remède à cet état de choses; encore ici l'hygiène publique et la morale se confondent : ce que l'une désire, l'autre l'ordonne. »

— Errata des Lois synthétiques du mouvement vital; par F.-Aug. Durand (de Lunel). Voy. le n° 14 de la Gazette Médicale.

Deuxième loi, ligne 7 : 2° l'oxigène de l'air est *altéré*; lisez *attiré*.

— ligne 11 : 4° de l'acide carbonique est éliminé, laissant encore par là de l'électricité *négative*; lisez : de l'acide carbonique est éliminé, laissant encore par là de l'électricité *positive* aux globules, puisqu'il emporte de l'électricité négative.

Cinquième loi, ligne 1 : d'un côté, une partie du conducteur nerveux s'étend entre les capillaires *de la veine-porte* dans le foie; lisez : d'un côté, une partie du conducteur nerveux s'étend entre les capillaires *de tout l'organisme et les capillaires de la veine-porte*.

Sixième loi, ligne 24 : en *remontant* des molécules nerveuses; lisez : en *rencontrant* des molécules nerveuses.

Neuvième loi, ligne 4 : quand cette tension existe par influence de même nom; lisez : quand cette tension existe, par influence de même nom.

Neuvième loi, ligne 3 du septième alinéa : par les anastomoses *spéciales* ganglionnaires; lisez par les anastomoses *spinales-ganglionnaires*.

Dixième loi, ligne 7 : l'attraction par l'intermédiaire des nerfs ne peut pas être souvent particularisée; lisez : l'attraction par l'intermédiaire des nerfs ne peut *ne* pas être souvent particularisée.

Dixième loi, ligne 1 du quatrième alinéa : *surtout* présente; lisez *partout*.

— ligne 13 — : impressions négatives *anormales*; lisez *normales*.

Les 3 et 4, pas de changement.

Le 5, la nuit a été agitée; le malade délire, surdité; pouls 60, intermittent, tous les 4 ou 5 pulsations; il est faible et petit. Le premier bruit du cœur est à peine perceptible à l'ouïe; on peut seulement le constater. La langue rouge-viande, sèche et raide; l'abdomen un peu tendu; l'érythème disparu. (Mucilage camphré, alterné avec le remède précédemment indiqué.)

Le 6, même état, même traitement.

Le 7, il commença pendant la nuit à transpirer; cette sueur a été particulièrement abondante le matin; elle continue pendant la visite avec propension au sommeil.

Le 8, la transpiration a continué jusqu'à hier vers midi. Bon sommeil pendant la nuit dernière; l'expression de stupeur du visage a disparu; la langue est molle et tendre, un peu rouge; le pouls 52, égal, assez plein; les bruits du cœur perceptibles quoique faibles; l'abdomen mou, indolent; pas de selle le dernier jour. La surdité continue; il se plaint de la faim. La convalescence est ainsi commencée après la crise de sueur le onzième jour. Sous l'usage de l'arnica avec la racine de calamus, la surdité disparut; les forces revinrent, et il sortit de l'hôpital le 19 janvier, bien rétabli, mais avec des forces faibles; le pouls se tint pendant la convalescence entre 80 et 64 pulsations par minute.

FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC SYMPTÔMES ABDOMINAUX PRÉDOMINANS; GUÉRISON.

Obs. IX. — P. Nilsson, âgé de 31 ans, forte constitution, tempérament lymphatique sanguin, a servi un an et demi, n'a jamais été malade pendant les huit dernières années. Après avoir fait patrouille et avoir été transpercé d'eau pendant la nuit du 15 au 16 décembre, il commença, quand il rentra au logis le matin, à sentir du frisson, au point qu'il tremblottait et que ses dents claquaient; comme il n'y avait pas de place à l'hôpital, il fut soigné à la caserne jusqu'au 21 au matin. Pendant tout le temps, il avait eu une fièvre continuelle, avec céphalalgie, faiblesse excessive, insomnie, mais pas de délire; selles en dévoiement avec tranchées. On lui avait donné un vomitif et une solution d'hydrochlorate d'ammoniaque.

Le 21, la face exprime une profonde stupeur; les yeux fatigués, avec la sclérotique un peu imprégnée de sang, et les pupilles dilatées; douleur pesante au-dessus des yeux; pas de sommeil pendant la nuit précédente; sentiment d'une faiblesse si excessive qu'il lui survient des étourdissemens au moindre mouvement, ce qui fait que le malade reste sans bouger sur le dos. Pouls 108, petit, faible, égal; le premier bruit du cœur faible et court. Le ventre enfoncé, particulièrement sensible à la pression autour du nombril et de la région iléo-cœcale; fortement gargouillant; plusieurs évacuations en dévoiement pendant la nuit; la langue sèche avec la pointe rouge-viande et les papilles gonflées, avec une épaisse couche grise à sa racine; l'haleine sentant le pourri. La peau sèche, rude, avec un érythème rouge foncé par tout le corps; çà et là jaillissent des sugillations brun-noir dont la grosseur varie depuis celle d'un grain de chenevis jusqu'à celle d'un petit haricot. Il se plaint de douleurs vives aux pieds et aux jambes. On ordonna de l'acide phosphorique avec de l'ipécacuanha et une compresse chaude de térébenthine sur l'abdomen et de l'eau de riz pour boisson.

Les 22, 23 et 24, pas de changement, ni dans les symptômes, ni dans le traitement.

Les 25 et 26, il tombe au pied du lit, commence à marmotter et à se parler à lui-même; la langue sèche, dure, chargée d'une croûte brune; diarrhée avec évacuations involontaires; pouls 100, excessivement faible et un peu inégal; le premier bruit du cœur à peine perceptible à l'ouïe, seulement reconnaissable. L'urine s'épanche involontairement. (Infusion d'ipécacuanha avec du sirop acidulé, alternant avec mucilage camphré.)

Le 27, même état; les pupilles sont fortement dilatées, et le soubresaut des tendons commence à se montrer. La même médecine est continuée pendant le jour; mais, pour le soir, on donne 1 grain d'opium et 1 grain de camphre.

Le 28, sommeil tranquille pendant la plus grande partie de la nuit; le délire et le soubresaut des tendons ont disparu; pouls 88, pas si faible, égal; le premier bruit du cœur distinct, mais faible et court. La croûte de la langue commence à se dissoudre dans les coins; la diarrhée a continué, mais le malade a exprimé le besoin d'aller à la garderobe. L'érythème reste encore, mais diminue; la peau est plus molle et moins chaude qu'auparavant. On continue le camphre et l'acide, avec l'ipécacuanha.

Les 29, 30 et 31, quoique l'état semble, du reste, invariablement le même, la langue est cependant devenue nette et tendre; l'érythème a disparu, et le malade a faim. On a cessé le camphre et donné en place du vin du Rhin, trois à quatre petits verres par jour.

Les 1er, 2 et 3 janvier, le mieux a continué; mais la diarrhée a persisté. On a ordonné une infusion de racine d'arnica, avec mucilage de gomme arabique.

Après ce jour, la convalescence a avancé sans accident, et le malade a quitté l'hôpital le 12 janvier, quoiqu'il n'eût pas encore recouvré complètement ses forces.

FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC SYMPTÔMES ABDOMINAUX PRÉDOMINANS; GUÉRISON.

Obs. X. — J. Lindstedt, âgé de 37 ans, faible, constitution délicate, tempérament lymphatique, au service depuis sept ans, soigné plusieurs fois à l'hôpital pour affections de poitrine. Après s'être senti, pendant le cours d'une semaine, faible et mal en train, avec des frissons qui, de temps en temps, apparaissaient, il tomba malade, sans accès de frissons, par étourdissemens, mal de tête et sentiment d'une faiblesse extrême et évacuations en dévoiement le 23 décembre au soir.

Le malade fut soigné à la caserne jusqu'au 30 au matin; on ordonna l'application de sangsues derrière les oreilles, un vomitif, *potio riveri*, et, en dernier lieu, l'hydrochlorate d'ammoniaque.

A son arrivée à l'hôpital, on remarqua : profonde stupeur; yeux fatigués, sans expression; étourdissement quand il essaie de remuer (aussi reste-t-il immobile, couché sur le dos); bourdonnement aux oreilles et sensation de pesanteur sur le front; il tient les yeux fermés et reste comme dans un état d'assoupissement; il se fait pourtant comprendre; pouls 80, faible, égal; les bruits du cœur faibles, tous deux parfaitement semblables l'un à l'autre; la langue est légèrement chargée de gris-jaune, molle; l'haleine sent le pourri; le ventre enfoncé, indolent; pas de selle pendant la nuit précédente; dans les deux poumons, indices physiques de la présence de tubercules crus; la peau molle, souple, moite, sans exanthème; l'urine jaune-paille, avec nuages, sent la violette. On ordonne de l'acide phosphorique.

Le 31, pas de changement, sinon plusieurs selles infectes en dévoiement, aussi bien pendant le jour que pendant la nuit.

Le 1er janvier, la diarrhée a continué; le malade s'affaisse dans le lit.

Jusqu'au 7 janvier au soir, l'état du malade continua, avec peu de variations; le pouls variait de 70 à 80, constamment faible et petit; la langue continua à être faible et molle; le ventre était un peu tendre; trois à quatre selles par jour; pas d'éruption à la peau, qui, la plupart du temps, s'est maintenue moite. Le soir de ce jour, survint une faible attaque de frisson, suivie de douleur dans la cuisse droite et la jambe.

Le 8 au matin, on a remarqué que les glandes lymphatiques, dans l'aîne droite, étaient gonflées et douloureuses; les vaisseaux lymphatiques du côté interne de la cuisse, en descendant jusqu'au jarret, étaient tendus comme des cordes, excessivement douloureux au toucher, et la peau au dessus rougie, comme si on l'avait frappée de verges; on sentait ces cordes comme des colliers de perles, avec des nœuds çà et là de la grosseur de pois; il en était aussi de même à partir du jarret, en descendant le mollet et autour du coude-pied. La nuit avait été agitée; la langue était, le matin, sèche; évacuation en dévoiement, avec le ventre tendu; le pouls 74; le premier bruit du cœur à peine perceptible à l'ouïe, seulement reconnaissable. Le camphre est administré avec l'acide phosphorique; des compresses chaudes de térébenthine sur l'abdomen, et des compresses d'eau-de-vie sur les cuisses et les jambes.

Le 10, les indices d'un abcès commencèrent à se montrer à la partie supérieure du mollet.

Après ce jour, survinrent successivement trente à quarante petits abcès dans la direction des vaisseaux lymphatiques, à partir du pied, en remontant jusqu'à l'aîne; l'état général s'améliora petit à petit, de sorte que toutes les fonctions revinrent à l'état normal. D'abord on administra du quinquina avec de l'acide sulfurique, et puis du fer.

Cependant, ce ne fut qu'au bout de quatre mois que fut établi un état de parfaite santé, aussi parfaite du moins que cela était possible avec la présence de tubercules aux poumons; cet homme ne quitta l'hôpital que le 3 avril.

De même que, dans l'exposition des cas qui appartenaient à la forme dans laquelle les symptômes cérébraux étaient prédominans, on s'en est tenu, dans le choix des cas qu'on vient d'exposer, et où prédominaient les symptômes abdominans, à cinq, qui, bien qu'en harmonie complète l'un avec l'autre, présentent cependant, surtout quant à leurs modes différens d'issue, des diversités qui méritent d'être observées. Ainsi se fait remarquer, dans le premier cas, le passage à la convalescence par une crise d'abondantes évacuations urinaires au 14e jour; dans le second cas, par un sommeil non interrompu de trente-quatre heures, commencé le 9e jour; dans le troisième, par transpiration le 11e jour; dans le quatrième cas, la convalescence s'est établie peu à peu par lysis, après le 17e jour, sans aucun phénomène de crise apparent; enfin, le 5e cas a montré cette singularité que, le 14e jour, s'est déclaré, après une légère attaque de frisson, un état inflammatoire dans les vaisseaux lymphatiques d'une des extrémités inférieures, et que, sans qu'aucune évacuation critique fût visible, la santé s'est peu à peu rétablie après cela, pendant que ces vaisseaux lymphatiques passaient à l'état de suppuration. Ainsi, tous les cas cités diffèrent, en ce qui concerne les phénomènes qui ont accompagné le passage de la maladie à la santé. Il n'a pas été possible de citer aucun cas qui se soit terminé par la mort, parce que tous les cas de cette forme ont atteint la guérison. En examinant les symptômes des cas qui viennent d'être cités, on peut avec raison se demander pourquoi les symptômes abdominaux étaient les prédominans, lorsque cependant ceux qui provenaient du système nerveux paraissaient se manifester d'une façon au moins égale. Il faut pour l'instant ajourner la réponse à cette question, parce que, plus loin, lorsque je résumerai les caractères qui ont distinctement signalé chacune des formes indiquées, je ferai aussi mention de ceux de ces caractères qui ont eu de l'affinité. Je ferai également mention des indications relatives aux divers remèdes ordonnés, etc., etc. — Je passe actuellement à l'exposition de quelques-uns des cas où les symptômes cérébraux et abdominaux se sont montrés plus significativement mêlés, et où il est souvent arrivé que ces deux groupes de symptômes différens aient alterné, tellement que, pendant une période de la maladie, c'étaient les uns, et que, pendant une autre période, c'étaient les autres qui se manifestaient avec une importance prédominante.

FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX ET ABDOMINAUX RÉUNIS; GUÉRISON.

Obs. XI. — C. W. Kjenstrom, 26 ans, fort, robuste constitution, tempérament sanguin, lymphatique, au service depuis 6 ans, constamment bonne santé. Il a commencé, le 19 décembre, à se sentir faible, abattu ; il a perdu l'appétit avec propension à la diarrhée; celle-ci persista avec des attaques de frisson apparaissant de temps à autre; il continua cependant à faire son service jusqu'au 28 au soir ; alors sa tête devint si lourde « qu'il ne pouvait la tenir droite.» Le lendemain 29, il fut amené à l'hôpital; on nota : face rouge-flambant, gonflée; sclérotique imprégnée de sang; disposition au délire pendant la nuit; douleur sur le front avec battemens aux tempes; l'expression de l'œil vivace et les pupilles dilatées ; pouls 100, égal, plein, mou ; bruits de cœur normaux; langue chargée au milieu avec les coins et la pointe rouge-viande, sèche; abdomen tendre, fortement sensible à la pression dans la région du nombril et du côté droit; selles en dévoiement, précédées de tranchées et de troubles dans les intestins ; 40 inspirations; le son de la respiration rauque, mêlé de rares sons catarrhaux; toux sèche; la peau molle et moite. On ordonna une saignée; ensuite ventouses à huit verres sur l'abdomen en même temps qu'à l'intérieur l'acide hydrochlorique. Le sang tiré la veille du bras, 8 onces, avait formé un caillot flasque, sans indice de couenne, peu de sérum. La nuit avait été agitée, sans sommeil; le ventre moins tendre et moins sensible; la diarrhée continuait.

Le 31, l'éruption de couleur foncée commence à s'étendre; cinq selles en dévoiement pendant la nuit ; l'abdomen indolent, mais excessivement gargouillant. On joint à l'acide hydrochlorique l'infusion d'ipécacuanha.

Le 1er janvier, pas de changement.

Le 2, il a commencé hier le soir à délirer plus violemment que pendant les nuits précédentes ; ce délire a duré toute la nuit, ainsi qu'aujourd'hui à la visite; la face continue à être flamboyante, gonflée et la sclérotique vivement injectée ; le pouls 112, égal, mou, commence à devenir faible; le premier bruit du cœur un peu court; la langue sans changement ; huit selles, pendant la dernière journée. (Acide phosphorique avec ipécacuanha, ventouses à la nuque avec six verres, vésicatoire sur le côté intérieur de la cuisse.)

Les 3, 4 et 5, le délire a été plus tranquille ; le pouls 112, faible et petit; le premier bruit du cœur à peine sensible à l'ouïe; les lèvres chargées d'une croûte brune; la langue partout écorchée, sèche et dure; l'abdomen indolent, gargouillant, six à huit selles chaque jour ; toux avec sputum visqueux, écumeux, érythème disparu, peau sèche, chauve; urine rare, jaune-brun. Mucilage camphré ajouté à ce qui a été dit.

Le 9, le délire a cessé; la langue commence à devenir molle, moins rouge ; la diarrhée persiste; la toux plus pénible; râle sibilant partout dans les poumons.

Prenez : Décoction de racine de Sénéga ... 1/2 once.
Eau ... 6 onces.
Mucilage camphré ... 6
Vin d'ipécacuanha ... 2 gros.
M. S. deux cueillerées à bouche toutes les deux heures.

11. Après ce jour, l'état commença à s'améliorer manifestement, sans phénomènes critiques; sous l'influence d'une infusion de la racine d'arnica avec sirop de Sénéga, tout revint peu à peu à l'état normal, tellement que le malade quitta l'établissement le 2 février complètement rendu à la santé.

FIÈVRE TYPHOÏDE, AVEC RÉUNION DE SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX ET ABDOMINAUX; GUÉRISON.

Obs. XII. — A. Petterson, âgé de 32 ans, constitution ordinaire, a servi quatre ans. Pendant tout ce temps, il n'a jamais été malade. Sans malaise préalable, il fut saisi, le 19 décembre au matin, d'une violente secousse, de frissons, suivis aussitôt de délire, ce qui fit qu'on le conduisit aussitôt à l'hôpital : face fortement enflée, rouge; mal de tête au-dessus du front; il répond d'une manière inintelligible et délire de telle sorte qu'il veut constamment se lever; pouls 88, plein, mou; bruits du cœur normaux ; la langue, chargée de blanc, molle, plate et tendre; le ventre tendu, fortement sensible au côté droit; deux selles en dévoiement le matin; la peau chaude et sèche. Ventouses à quatre verres à la nuque, et à huit verres sur l'abdomen; lavement salin ; acide hydrochlorique.

Le 20, pas de changement; l'urine brun-foncé, rare.

Le 21, abondant saignement de nez le matin ; après quoi le mal de tête diminue ; la face est moins rouge et le malade reste tranquille; commencement d'éruption rouge-clair.

Le 22 et le 23, la langue rouge dans les coins; l'abdomen mou et indolent; quatre à sept selles en dévoiement par jour; le pouls 100, faible ; les bruits du cœur faibles, le premier court ; érythème complètement sorti, plus foncé. Acide phosphorique, avec ipécacuanha.

Le 24, à partir de ce jour, le délire a été persistant, tantôt plus violent, tantôt plus tranquille; le pouls, pendant ce temps, était d'environ 112, faible et irrégulier ; la diarrhée et l'urine s'évacuent involontairement.

Cet état continua jusqu'au 27 après minuit, moment où le malade s'endormit tout d'un coup rapidement, au milieu d'un délire plus violent. Le sommeil continua près de quarante-huit heures, après quoi le malade s'éveilla avec une intelligence complète. Pendant ce sommeil, il n'y eut ni sueur, ni augmentation d'évacuation urinaire, ni selles; l'érythème disparut pendant ce temps. Après ce sommeil, le mieux s'établit, et, après l'usage d'infusion de fleurs d'arnica avec racine de calmus, la convalescence avança sans troubles, tellement que le malade quitta l'établissement dans le milieu de janvier, complètement revenu à la santé.

FIÈVRE TYPHOÏDE, AVEC SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX ET ABDOMINAUX RÉUNIS; GUÉRISON.

Obs. XIII. — J. Jacobsson, âgé de 24 ans, fort, constitution trapue, au service depuis trois ans et demi, bonne santé. Il commença à se sentir fatigué, mal en train et sans appétit le 13 décembre, ce qui continua en augmentant jusqu'au 14 au matin; alors plusieurs faibles attaques de frissons survinrent, se succédèrent et furent suivies de fièvre et de mal de tête, ce qui força le malade à se mettre au lit. Il prit, avant son arrivée à l'hôpital, un vomitif et des laxatifs, ainsi que l'hydrochlorate d'ammoniaque.

Arrivé à l'hôpital le 19 au matin, le malade était dans l'état suivant : face enflée, violet-rouge; le blanc des yeux imprégné de sang; il évite la lumière; mal de tête avec battemens et fort bourdonnement aux oreilles; le malade est couché sur le dos, avec les yeux fermés; pupilles normales; sentiment de fatigue et de brisement; pouls 88, plein, mou; bruits du cœur normaux; langue chargée de gris-blanc, avec les coins rouges, molle; le ventre n'est pas très tendu, gargouille du côté droit et est, au même endroit, excessivement sensible à la pression; plusieurs selles en dévoiement pendant la nuit précédente; la peau sèche, chaude. Ventouses à quatre verres à la nuque, et à huit verres sur le ventre; acide hydrochlorique et ipécacuanha à l'intérieur.

Le 21, un érythème rouge-flamme a fait éruption pendant la nuit; l'urine est jaune-clair, transparente, rougit le papier de tournesol.

Le 22, la crainte de la lumière s'est dissipée; le pouls 94, faible; le premier bruit du cœur faible et court; la langue un peu sèche; la diarrhée continue, mais il n'existe plus de sensibilité au côté droit. Acide phosphorique, avec ipécacuanha.

Le 24, après minuit, le malade commença à transpirer, après avoir été précédemment, le soir, plus agité et s'être retourné dans son lit. En outre de la sueur, survint bientôt une augmentation d'évacuation d'urine qui fut si abondante, que le malade lui-même dit qu'il avait lâché de l'eau si longtemps, qu'il croyait que cela ne finirait jamais. L'urine était très chargée d'eau, rendant rouge le papier de tournesol; elle ne déposait ni sédiment, ni nuage; elle avait une forte odeur de violette. Une sueur modérée, ainsi que d'abondantes évacuations urinaires se maintinrent, quoique en diminuant, pendant le jour, après quoi l'état s'améliora, et le malade se trouva, le 25, en complète convalescence; des taches restèrent après l'érythème. Pourtant après l'usage d'infusion de valériane, le mieux se soutint; il quitta l'hôpital comme bien portant au commencement de janvier.

Pour éviter des développemens inutiles, il n'est pas rendu compte d'un plus grand nombre de cas de cette forme, avec réunion des symptômes cérébraux et abdominaux, parce que le surplus des cas principaux est assez semblable aux cas cités, avec cette variété seulement que tel cas a traîné en longueur plus que tel autre, ou qu'il s'est présenté telle circonstance de peu d'importance ; toutefois, il faut comparer ici ce qui sera encore cité plus loin sous la rubrique des variétés. Le premier des cas cités a passé à la guérison par lysis après le 14e jour; dans le second cas, un sommeil persistant de 48 heures a marqué le passage à la convalescence, et dans le troisième, la crise s'est manifestée aussi bien par augmentation d'évacuations urinaires que par transpiration. Aucun des cas qui ont présenté cette forme n'a passé à l'état de mort; aussi est-il impossible de signaler aucun phénomène d'autopsie.

Après avoir cité les treize comptes-rendus qui précèdent comme démonstration, en partie de la marche de l'épidémie en général, en partie des groupes différens de symptômes qu'il m'a semblé exact de partager en trois formes, je passe à l'exposition de quelques remarques auxquelles le tout peut donner lieu.

J'ai dit précédemment que le corps de gendarmerie s'élevait à 250 hommes, tous, à peu d'exceptions près, entre 20 et 40 ans; dont 64 hommes, par conséquent le quart, sont tombés malades dans le cours de six semaines. L'épidémie a donc été assez grave, quant au nombre des malades, et elle l'aurait sans aucun doute été encore plus si l'on n'avait pas aussitôt opéré de changement aux circonstances défavorables existant dans la caserne, qui avaient précédé l'apparition de l'épidémie, et qui ont été citées plus haut. En outre, ce qui a dû encore efficacement contribuer à arrêter l'épidémie, c'est que les malades n'étaient pas soignés à la caserne; qu'au contraire on les en retira le plus vite possible, et qu'ainsi ils furent mis hors de toute communication avec ceux qui n'avaient pas encore été attaqués. Comme cela est ordinaire dans les épidémies qui se présentent dans l'intérieur de localités circonscrites et peu spacieuses, et qui défendent pour ainsi dire l'accès à tout autre maladie, de même ici, pendant tout le temps où cette épidémie a régné, il n'y a eu que deux cas d'autres affections, une pneumonie et un rhumatisme aigu. Toutefois, les miasmes formés dans la caserne exercèrent aussi leur influence sur ceux qui ne furent pas complètement malades; de telle sorte que beaucoup d'entre eux eurent les prodrômes ordinaires; mais, après avoir eu recours à une saignée et à un vomitif, ces prodrômes cédaient et la maladie ne ve-

nait pas jusqu'à se déclarer. Dans un nombre de cas assez grand, il arriva même qu'elle sembla se déclarer par des accès de frisson; mais le malade se rétablissait au bout de deux ou trois jours, sans qu'il y eût à cela d'autre suite. Ces cas peuvent, à bon droit, être appelés des formes abortives de l'épidémie régnante; ici la maladie était avortée, parce que l'organisme avait la force de résister à l'influence des miasmes, de telle sorte que, quoique l'organisme eût déjà subi cette influence, il pouvait cependant l'éliminer sans que les phases complètes de la maladie fussent nécessaires pour produire cette élimination.

Parmi les points sur lesquels je veux attirer particulièrement l'attention, je m'attacherais d'abord à rendre compte de l'apparition et de la marche différentes des diverses formes à l'égard des symptômes et de leur manière de se grouper.

De la première forme se sont presentés 22 cas; de la seconde, 12; de la troisième, 30. Le nombre le plus grand est donc celui de la forme où les symptômes cérébraux et abdominaux étaient réunis, et, le plus petit nombre celui de la forme où il y avait prédominance des symptômes abdominaux. Cette circonstance, que les trois formes se sont simultanément dessinées sous une influence épidémique complètement uniforme, montre d'une manière significative et irrécusable que cette maladie, quelque différens que fussent les aspects sous lesquels les symptômes se présentaient à l'observation extérieure, n'est cependant au fond et dans son essence intime qu'une et la même; les diversités dans l'assemblage des symptômes m'ont semblé principalement se fonder sur les différences de constitution, de tempérament et des habitudes dans la manière de vivre; il ne faut pas oublier que des différences peuvent aussi être produites par la diversité des âges, des saisons, des influences préalables qui ont pu agir sur le corps et sur l'âme, etc., etc. Mais ces circonstances-là ne peuvent être prises qu'en peu ou en aucune considération dans l'épidémie dont il est ici question. Il faut donc se rappeler que, bien que j'aie exposé précédemment les récits de maladies distinguées d'après trois assemblages de symptômes, la maladie n'en est pas moins admise et considérée par moi comme une et la même, et que je n'en regarde les formes différentes que comme des variétés diverses.

(La suite prochainement.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 AVRIL.

TOXICOLOGIE.

MM. Flandin et Danger adressent une lettre dont nous extrayons les passages suivans :

Sur la parole d'un journal, M. Orfila nous reproche d'avoir attaqué à faux un rapport fait en justice, et qui lui était commun avec MM. Pelletier et Chevallier. S'il eût attendu la publication de notre mémoire, M. Orfila aurait vu qu'il n'y est nullement fait allusion au rapport dont il parle, mais seulement à des expériences à la suite desquelles deux chimistes, sur de fausses indications de la pile de Smithson, avaient cru un instant à l'existence du mercure dans une liqueur ou dans un rob qui n'en contenait pas. L'erreur, du reste, disions-nous, avait été réparée, et « dès lors le précepte donnée ne pas s'en tenir au changement de couleur de la lame d'or pour prononcer sur l'existence du mercure, mais d'exiger, sous forme de globule, la réduction du métal dans un tube. ».

Si M. Orfila eût connu ces paroles, qui sont celles de notre mémoire, il se fût abstenu sans doute de réclamer la priorité d'une idée que nous n'avons pas songé à lui ravir, l'idée de volatiliser dans un tube le mercure appliqué sur la lame d'or de la pile de Smithson.

En rappelant qu'il a publié un « travail dans lequel il a fait connaître les diverses causes d'erreur auxquelles pouvait donner lieu l'emploi de cette pile, ainsi que les précautions qu'il importait de prendre pour éviter les erreurs, » M. Orfila nous atteste implicitement que l'erreur dont nous avons parlé avait été commise non loin de lui. Mais, on peut s'en assurer par la lecture de notre mémoire, nous n'avons rien dit qui dût donner à penser qu'une pareille erreur ait été consignée dans un rapport d'experts, et surtout qu'elle ait entraîné une condamnation judiciaire, deux choses que l'on nous a fait dire à notre grand regret et à notre plus grande surprise.

Selon l'auteur de la seconde lettre, nous avons, d'une part, donné comme un fait nouveau, en 1842, la concentration des poisons dans le foie, fait annoncé par M. Orfila dès l'année 1840. Nous le demanderons aux savans qui ont pris intérêt à ces questions, de quelle date est l'expression dont on veut bien se servir aujourd'hui : concentration des poisons dans le foie? Elle est postérieure à celle de l'expression : localisation des poisons, par laquelle nous croyons avoir, les premiers, appelé l'attention des physiologistes sur un phénomène singulier et inattendu, à savoir : que les poisons n'étaient pas portés également partout, que l'émétique ne restait pas dans les poumons, que le cuivre n'apparaissait pas dans le liquide de la sécrétion rénale, etc. Pour se rendre raison des causes qui faisaient trouver dans le foie plus de poison qu'ailleurs, M. Orfila invoquait tantôt la plus grande vascularité de l'organe, tantôt la nature de ses fonctions comme appareil de sécrétion. De notre côté, antérieurement à tout autre, nous croyons avoir montré par l'expérience que le transport des poisons dans le foie était direct, qu'il était opéré particulièrement par la veine-porte. Or, n'était-ce pas là des opinions assez nouvelles pour mériter d'être signalées aux physiologistes?

D'autre part, l'auteur de la seconde lettre regarde comme inexactes plusieurs propositions qu'il dit avoir été soutenues par nous, à savoir :

« Que, sans contenir d'arsenic, certaines taches peuvent offrir les caractères physiques, et la plupart des réactions chimiques des véritables taches arsenicales. »

L'Académie a prononcé sur ce point; il est donc inutile de nous défendre ici nous-mêmes.

Les auteurs se défendent d'avoir énoncé d'une manière aussi absolue qu'on le leur a fait dire : que les terrains des cimetières ne contiennent pas d'arsenic; que les animaux empoisonnés n'urinent point; et qu'on ne retrouve point de poisons dans le sang des animaux empoisonnés. Ils ont dit, relativement aux urines : « que, dans les empoisonnemens *aigus* par l'arsenic, d'ordinaire les animaux n'urinaient point; » et, en ce qui concerne le sang, ils ont dit seulement « qu'on ne trouvait pas, dans le sang, *certains poisons*, tels que le cuivre et le plomb; il en est différemment pour l'arsenic, etc. »

Enfin, disent-ils en terminant, l'auteur de la seconde lettre proteste également contre cette assertion que, « dans les expertises judiciaires, il est préférable de fractionner les matières, et qu'il suffit, par exemple, d'opérer sur 100 grammes d'un foie pour constater la présence d'un poison. »

Oui, selon nous, dans les expertises judiciaires, il est utile de fractionner les matières, et, dans les cas ordinaires, il suffit d'opérer sur 100 grammes de foie pour constater la présence d'un poison. Des procès récens nous ont prouvé qu'à cet égard nos assertions n'avaient rien de trop hardi, et nous les maintenons. Il est bien entendu, du reste, que si l'on ne trouvait rien sur 100 grammes, il faudrait opérer sur 200, sur 500, ou même sur 1000.

SUR LES COURANS GALVANIQUES MUSCULAIRES.

M. Matteucci communique l'extrait d'un mémoire qu'il vient de terminer sur le courant musculaire et sur le courant propre. Afin de compléter tout ce qui est relatif au courant musculaire, il commence par dire qu'il a obtenu très distinctement les signes de tension au condensateur, aux deux extrémités de ses piles musculaires. De même il a obtenu les signes de *décomposition électrochimique* par le courant musculaire. Ce qui l'a particulièrement intéressé dans ces nouvelles recherches, c'était l'étude beaucoup plus complète de la relation qui existe entre l'intensité et la durée, après la mort, du courant musculaire d'une part, et l'activité de la respiration et de la circulation sanguine, la température du milieu dans lequel l'animal vit, son rang dans l'échelle animale, de l'autre. Il a soumis à l'expérience, tous les jours, pendant cinq mois, un certain nombre de grenouilles prises dans le même étang. Une partie de ces grenouilles étaient immédiatement tuées, pour en mesurer le courant musculaire. Une autre partie était placée à la température de l'air extérieur, dans un appareil à l'aide duquel il pouvait savoir la quantité d'acide carbonique émise par une grenouille, en un temps donné. Enfin, un certain nombre de ces mêmes grenouilles étaient placées dans un ambiant dont la température était constamment à + 16°. Il a opéré ainsi sur des grenouilles qui avaient vécu depuis — 4° jusqu'à + 16°. Le résultat d'un aussi grand nombre d'expériences ne lui laisse pas le moindre doute sur cette conclusion : l'intensité du courant musculaire est proportionnelle à l'activité de la respiration. Il a également opéré sur des grenouilles, conservées, pendant un temps plus ou moins long, dans l'eau *privée d'air*, et qui étaient, par là, dans un état plus ou moins prononcé d'asphyxie.

En opérant sur plusieurs animaux à sang chaud, il a vérifié d'une manière plus complète qu'il ne l'avait fait jusqu'ici, le résultat auquel il était déjà parvenu, c'est-à-dire que l'intensité du courant musculaire est proportionnel au rang de l'animal dans la série des êtres, tandis que la durée de ce courant, après la mort, varie dans un rapport opposé. Il a voulu étudier l'influence des différens gaz sur l'intensité et la durée du courant musculaire. Il a opéré dans l'air atmosphérique, dans l'oxygène, dans l'air très raréfié, dans l'acide carbonique, dans l'hydrogène. Dans ces différens milieux, la pile musculaire a fonctionné également, soit pour l'intensité, soit pour la durée.

Les résultats les plus curieux auxquels l'auteur est parvenu, dans ces derniers travaux, sont relatifs au courant propre de la grenouille. Je puis affirmer maintenant, dit M. Matteucci, que ce courant n'est pas exclusif de la grenouille, mais bien de tous les muscles de tous les animaux, pourvu que ces muscles présentent à leurs extrémités une terminaison tendineuse inégale. Tous les muscles qui ont, d'un côté, l'extrémité tendineuse plus resserrée, plus condensée que de l'autre, donnent le courant dirigé dans le muscle de l'extrémité tendineuse à la surface du muscle. Il a vérifié ce résultat sur tous les muscles de la grenouille, de ses membres supérieurs et de ses membres inférieurs, sur des masses musculaires du pigeon, du lapin et du chien.

D'après ces expériences, M. Matteucci n'hésite pas à regarder le courant propre ou du tendon à la surface du muscle, comme le cas le plus simple du courant musculaire. Les fibres tendineuses se continuent avec les fibres musculaires, tandis que la gaîne musculaire ne fait qu'envelopper les seules fibres musculaires. Ce résultat est rendu encore plus probable lorsqu'on se rappelle que les mêmes lois régissent le courant propre et le courant musculaire.

FONCTIONS DU PANCRÉAS.

M. Bouchardat présente un Mémoire fait en commun avec M. Sandras, intitulé : Des fonctions du pancréas et de son influence dans la digestion. C'est la suite des recherches que MM. Bouchardat et Sandras ont entreprises sur les liquides situés dans l'appareil digestif qui contiennent un principe qui agit comme la diastase et dont ils ont annoncé l'existence dans un précédent Mémoire. Des faits que les auteurs exposent dans leur travail, on peut conclure : que le pancréas est l'organe qui chez les animaux vivant de fécule, est principalement chargé de secréter le liquide (suc pancréatique), qui contient le principe (diastase) propre à dissoudre ces alimens, et à permettre leur absorption et leur utilisation dans l'économie vivante.

Ce serait mal comprendre notre pensée, disent les auteurs, que de dire que le pancréas fournit exclusivement le liquide contenant la diastase. Les observations de Leushe sur la salive sont exactes; ce liquide partage cette propriété avec le suc pancréatique. Ainsi se trouvent confirmées les prévisions de Galien sur la nature du pancréas.

Chez les animaux où les auteurs ont plus particulièrement étudié la digestion de la fécule crue, les oiseaux et les rongeurs granivores, la salive joue un rôle extrêmement secondaire; c'est le suc pancréatique qui est presque exclusivement destiné à la dissoudre.

Dans les recherches sur la digestion, auxquelles ils travaillent depuis plusieurs années, ils se sont particulièrement préoccupés de faire des expériences et d'en déduire des conséquences légitimes. Par la force de ces expériences ils ont été ainsi conduits à rejeter complétement la théorie de la digestion qui règne dans les écoles.

Tous les alimens ne se convertissent pas en chyle, comme on le répète partout encore. Leurs expériences leur ont prouvé que la digestion des substances protéiques et gélatineuses (fibrine, albumine, caséum, gluten, gélatine, etc.) s'effectuait *principalement* dans l'estomac: que ces alimens dissous étaient immédiatement absorbés dans cet organe et de là transportés dans le sang; c'est la *digestion stomacale*: que les matières grasses liquéfiées par la température du corps de l'animal, émulsionnées par la bile, étaient puisées dans les intestins par les chylifères; c'est la *digestion intestinale*: que la dissolution des matières féculentes, s'opérant à l'aide d'un principe agissant comme la diastase, secrété principalement par le pancréas, commence dans l'estomac, mais s'accomplit surtout dans les intestins, et que le liquide qui en résulte est absorbé non par les chylifères, mais en partie par les vaisseaux de l'estomac et en plus grande partie par les plus fines ramifications de la veine porte; c'est *la digestion mixte*.

ARSENIC DANS LES POUDRES DE COBALT.

M. Briffaud communique une note sur l'existence de l'arsenic dans les poudres bleues de Cobalt, connues sous le nom d'azur.

Dans la visite annuelle faite à Paris dans les établissemens des confiseurs, M. Chevallier ayant su que quelques-uns de ces industriels faisaient usage du bleu d'azur pour saupoudrer certains fruits afin de leur donner l'aspect velouté, conçut la crainte que ce bleu ne contînt une substance toxique. Il engagea l'auteur à examiner un certain nombre d'échantillons de ces bleus pris dans le commerce. C'est le résultat de ce travail qu'il fait connaître aujourd'hui.

Il résulte des recherches et des expériences auxquelles M. Briffaud s'est livré à cet égard :

1° Que les poudres bleues du commerce connues sous le nom d'azur, contiennent des quantités pondérables d'arsenic qu'il est facile d'isoler par un simple lavage à l'eau.

2° Que la présence d'un produit arsénical soluble dans des poudres obtenues par calcination et par des lavages présente quelque intérêt.

3° Que ces poudres ne doivent pas être employées par les confiseurs non plus que dans les divers usages économiques.

NATURELS DE L'AMÉRIQUE DU NORD.

M. Catlin prévient l'Académie que les douze naturels de l'Amérique du Nord (Montagnes Rocheuses) présentés à Londres, vont venir à Paris, où ils ne séjourneront que quelques jours. Il désire qu'ils soient présentés à une commission de l'Académie afin de pouvoir en étudier *les caractères anthropologiques*.

Le bureau désigne MM. Serres, de Blainville et Flourens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

PROCÈS-VERBAL.

Après une rectification réclamée par M. Ferrus, le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Rochoux demande la parole à l'occasion du procès-verbal. On m'a taxé, dit-il, dans la dernière séance de matérialisme; c'est à tort. On confond le matérialisme avec la doctrine unitaire; il y a cependant entre les matérialistes et les unitaires une différence immense. M. Rochoux s'attache à démontrer cette différence; mais nous ne saisissons pas bien ses argumens.

PESTE.

M. Hamont adresse une lettre en réponse à celle qu'a écrite, il y a quelque temps, M. Aubert-Roche, sur la peste. Après quelques rectifications relatives à des assertions de M. Aubert, M. Hamont termine sa lettre en ces termes :

Des cas de peste se sont montrés sur des gardes de santé à l'arrivée de bâtimens infectés.—Faut-il, quoi qu'il en soit, débarquer marchandises et hommes, sains ou malades, au milieu des populations? Je ne le pense pas; je crois indispensable de placer le tout, pendant quelques jours, au grand air, afin de dissiper les foyers d'infection. Mais pour effectuer cette opération, il faut des lieux exprès, qu'on nommera comme on voudra, peu importe.

M. Aubert-Roche demande, en y comprenant le temps de voyage, douze ou treize jours quand il y a patente brute. — J'en demande quinze, pour faire comme l'Angleterre, voyage compris.

L'Angleterre n'a point supprimé ses quarantaines; elle a dit : tout bâtiment qui aura mis *au moins* quinze jours à faire sa traversée sera mis en libre pratique; mais tout bâtiment qui aura eu des cas de peste en route, subira une quarantaine dont la durée sera fixée par l'intendance sanitaire.

Quoi qu'il en soit de cette polémique, M. Aubert-Roche a toutes mes sympathies pour l'appel qu'il a fait à son pays. — Un des premiers, il a signalé combien notre commerce se trouvait lésé par l'Angleterre. Il est de toute nécessité de remédier à un pareil état de choses. — Une réforme des lois sanitaires est urgente; tous, nous devons la désirer.

CORRESPONDANCE.

RAPPORTS DE L'ÉTENDUE DU CERVEAU AVEC L'INTELLIGENCE.

M. Baillarger, candidat à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie, lit un travail ayant pour titre : De l'étendue de la surface du cerveau et de ses rapports avec le développement de l'intelligence.

Pour mesurer l'étendue de la surface du cerveau, M. Baillarger déplisse cet organe par un procédé différent de celui qu'employait Gall. Au lieu de dilater peu à peu l'hémisphère, en tiraillant avec les doits la substance cérébrale, il enlève graduellement, par une dissection longue et minutieuse, presque toute la substance blanche.

Quand le cerveau a été peu à peu réduit à une très faible épaisseur, la membrane hémisphérique se déplisse pour ainsi dire d'elle-même.

Ce déplissement n'est pas complet, non plus que celui qu'on obtient par le procédé de Gall; mais il est suffisant pour qu'on puisse étaler l'hémisphère et le mouler très exactement avec du plâtre.

L'étendue de surface de ce moule, égale à celle du cerveau, est obtenue au moyen d'un tissu très mince, qu'on fait pénétrer partout, en remplissant peu à peu le moule avec de la terre glaise.

Il ne reste plus ensuite que des opérations mathématiques très simples pour avoir l'étendue exacte de la surface du cerveau.

M. Baillarger a trouvé, pour le cerveau de l'homme, une moyenne de 1,700 centimètres carrés.

La mesure de l'étendue de la surface du cerveau de plusieurs animaux a été obtenue de la même manière.

Dans une seconde partie de son travail, M. Baillarger examine la question physiologique, et démontre qu'on a commis une grave erreur en disant que le degré de développement de l'intelligence était en raison de l'étendue des surfaces cérébrales. De deux choses l'une, en effet : ou bien on considère l'étendue des surfaces cérébrales d'une manière absolue; ou bien, au contraire, on tient compte du volume relatif des différens cerveaux.

Dans le premier cas, la proposition est impossible à soutenir, car le cerveau du chien, par exemple, a bien moins de surface que celui du mouton.

Dans le second cas, il est tout aussi impossible de chercher le rapport qu'on a prétendu exister.

M. Baillarger prouve que, relativement au volume, le cerveau du lapin, par exemple, a deux fois et demie plus d'étendue de surface que celui de l'homme, qui, sous ce rapport, se trouve tout à fait au bas de l'échelle animale.

Pour qu'il en fût autrement, il faudrait des circonvolutions bien plus nombreuses et bien plus profondes. Le cerveau, en effet, subit cette loi mathématique, que les volumes des corps sont entre eux comme les cubes de leurs diamètres, tandis que les surfaces sont entre elles comme les carrés de ces diamètres.

Il en résulte que les cerveaux les plus volumineux n'ont relativement qu'une très petite surface.

Il n'y a que le cervelet qui, pour l'étendue de sa surface, puisse lutter avec le cerveau des mammifères inférieurs.

L'erreur qu'on a commise tient à ce qu'on a jugé de l'étendue relative des surfaces, en ne tenant compte que du nombre et de la saillie des circonvolutions; ce qui ne saurait être exact pour des cerveaux de volumes différens.

M. Baillarger termine par les conclusions suivantes :

1° Le cerveau peut être déplissé presque complètement en enlevant peu à peu la substance blanche.

2° L'étendue de la surface du cerveau ainsi déplissé est de 1,700 centimètres carrés.

3° Le cerveau de l'homme, relativement à son volume, a beaucoup moins d'étendue de surface que celui des mammifères inférieurs.

4° On ne peut, sans erreur grave, juger de l'étendue relative de la surface de plusieurs cerveaux de volumes différens, en ne tenant compte que du nombre et de l'étendue des circonvolutions.

5° Le degré de développement de l'intelligence, loin d'être en raison directe de l'étendue relative de la surface du cerveau, semble plutôt être en raison inverse.

— M. Roux lit un long travail sur une affection particulière du système osseux.

EXTRACTION D'UN CORPS ÉTRANGER DE LA VESSIE.

M. Leroy-d'Etiolles met sous les yeux de l'Académie un fragment de sonde en gomme, de gros calibre, long de 7 centim., qu'il a extrait par l'urètre, sans incision, de la vessie d'un vieux prêtre habitant les Batignolles. Ce débris de sonde était là depuis trois mois, et déjà sa surface était recouverte d'incrustations que les mors de l'instrument ont détachées et qu'il a fallu retirer avec un brise-pierre à coiller.

M. Leroy-d'Etiolles démontre ensuite le mécanisme et l'action de l'un des instrumens dont il se sert pour extraire les corps de cette nature. Sa disposition est telle que la sonde saisie en travers se trouve pliée, les extrémités tournées en arrière, puis coupée en deux tronçons dont l'un retombe dans la vessie et l'autre, retenu et placé dans la direction de l'urètre, suit le mouvemeut de sortie de l'instrument. Quand les sondes ou les bougies sont d'un petit volume, elles peuvent être retirées pliées en double sans être coupées.

M. Leroy-d'Etiolles rappelle à cette occasion le fait de l'extraction, par l'urètre d'une jeune femme, d'un manche de moutardier en buis, long de 9 cent., qu'il a pratiquée l'année dernière après l'avoir brisé, sans qu'il en soit résulté le moindre accident.

La séance est levée à quatre heures et demie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE TUMEUR SQUIRREUSE DE LA BASE DU CERVELET; communiquée par M. Frestel, D. M. P.

Obs.—Le nommé ..., sergent d'infanterie, homme d'un tempérament sanguin, fort, bien musclé, vint à l'hôpital de Saint-Lô pour des douleurs de tête qui troublaient son sommeil et l'empêchaient de continuer son service. Cet homme, interrogé sur ses antécédens, dit que ses parens jouissaient d'une bonne santé, que lui-même n'avait point été malade, que jamais il ne s'était alité. Il raconte qu'il y a 18 mois à peu près il ressentit dans sa tête des douleurs aiguës, lancinantes, disparaissant quelquefois tout d'un coup pour se reproduire l'instant d'après; plus vives la nuit que le jour. Ces douleurs n'ont été précédées ni de vertiges, ni de délire, ni de fièvre; en un mot, la première qu'il éprouva *produisit sur lui l'effet d'un coup de canon*. Leur intensité était telle, qu'il fut forcé d'entrer à l'hôpital, dont il sortit au bout de quelques mois pour reprendre ses occupations.

Il y a 8 mois, il contracta des chancres dont il fut guéri sans traitement mercuriel. Pendant le cours de ce traitement, il fut repris de quelques douleurs revenant à des époques variées; ces douleurs ne l'empêchèrent pas cependant de sortir de l'hôpital après quelques mois de séjour.

Le calme dont il jouissait dura 5 mois environ. Ce fut alors que, forcé par le retour de ses souffrances d'abandonner son service de sergent instructeur, il entra à l'hospice de Saint-Lô. A cette époque, son facies, quoique pâle, était bon; son embonpoint n'avait pas diminué. Il se plaignait de douleurs violentes dont le siége était surtout rapporté par lui à la région occipitale, et dont le summum d'acuité avait lieu la nuit. Mon père, connaissant ses antécédens, le soumit à l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce médicament, ses douleurs se calmèrent; mais, au bout de 8 jours elles avaient repris toute leur intensité. Malgré cela, on continua le traitement pendant un septenaire environ. A cette époque, la sensation douloureuse ayant pris le type intermittent, on songea à une névralgie occipitale. Le sulfate de quinine fut employé; son action se borna à suspendre seulement pendant quelques jours les douleurs, qui, ayant reparu, furent traitées cette fois par des applications narcotiques, par de larges vésicatoires appliqués sur le cuir chevelu. Cette médication fut la seule dont l'effet fut durable; les douleurs étaient moins fortes.

Ce fut à cette période de la maladie que je vis le malade. Je constatai que les douleurs étaient bornées à la région occipitale, plus vives la nuit que le jour; que, pendant la durée des accès, la connaissance n'était nullement troublée. L'articulation des sens était embarrassée; la parole était lente et traînante.

L'ouïe était naturelle; la vue était bonne. La peau n'avait jamais présenté de taches d'aucune nature; seulement sa coloration était légèrement jaunâtre. Les membres n'étaient le siége ni de douleurs, ni de fourmillemens, etc.

Cet homme se levait tous les jours, allait seul aux lieux, n'éprouvait dans la station ni vertiges, ni tremblemens. Son appétit, quoique diminué, était convenable. Aucun phénomène du côté des organes abdominaux ne fut noté. Tout d'un coup, sans que les infirmiers eussent reconnu, par l'intensité de ses plaintes, qu'il se trouvât plus mal, il mourut sans secousse, sans agonie.

Après le délai voulu, j'en fis l'autopsie. L'étude des cavités pectorale et abdominale ne présenta rien d'anormal. Le crâne étant enlevé, ses membranes parurent injectées; cette injection tenait probablement à la position déclive dans laquelle la tête se trouvait placée. Les circonvolutions n'étaient point affaissées; au moment où j'enlevai le cerveau une assez grande quantité de sérosité s'écoula. Coupant par tranches horizontales les hémisphères cérébraux, je pus constater, ainsi que M. le docteur Terreur, à la bienveillance duquel je devais de pouvoir faire ces recherches, que leur substance était normale.

Seulement nous trouvâmes les ventricules remplis d'une assez grande quantité de sérosité limpide et légèrement safranée.

L'examen du cervelet, nous fit voir toute la partie gauche de cet organe déformée, augmentée de volume, présentant sur sa surface supérieure de petites éminences maxillaires très prononcées. La partie inférieure et postérieure donnait naissance à une tumeur du volume d'une grosse noix portée sur un pédoncule très apparent. La partie droite était en partie saine; seulement un peu au-delà de la ligne médiane, on pouvait reconnaître quelques prolongemens de la production pathologique, production qui, au toucher, était dure, résistante, d'un aspect lardacé et qui, à la section, nous fit voir la disposition et les caractères assignés par les auteurs à un tissu squirreux.

Cet homme avait donc un cancer du cervelet, et cependant pendant la vie, il n'avait présenté aucun symptôme du côté des extrémités inférieures. J'interrogeai ses camarades sur son caractère; il était tranquille, gai, pas plus enclin au plaisirs vénériens que ces derniers; en un mot, il n'avait donné lieu à aucune remarque qui pût fixer l'attention sur les fonctions dévolues au cervelet. Parmi les considérations que cette observation pourrait me fournir, je ferai seulement remarquer que sa maladie avait débuté tout d'un coup, qu'aucun phénomène inflammatoire ne l'avait précédée; que les mouvemens n'avaient jamais été troublés dans l'intervalle des douleurs, puisque le malade était sergent instructeur et par conséquent forcé à la précision dans ses actes. Une remarque aussi intéressante est celle qui est relative à l'influence malheureusement momentanée, que les médications employées ont eue sur sa maladie, maladie dont nous ne trouvons ici aucune cause productrice, si ce n'est ce *quid ignotum* sous l'influence duquel se produit l'affection cancéreuse et qui fait le désespoir de la science.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ SUR LA GASTRALGIE ET LES ENTÉRALGIES, OU MALADIES NERVEUSES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS; par le docteur Barras. Quatrième édition, revue, corrigée et augmentée. Tome Ier, 730 pages in-8°. — Paris, 1844. Chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.

L'ouvrage dont nous annonçons ici la quatrième édition est du petit nombre de ceux qui ont résisté à la lutte dans laquelle tant d'autres ont disparu, avec les systèmes sur lesquels ils s'appuyaient ou qu'ils étaient destinés à étayer. Non seulement l'ouvrage de M. Barras est arrivé, en moins de vingt ans, à sa quatrième édition; mais, pour celui qui examine avec attention ces quatre apparitions successives du même ouvrage, il est impossible de méconnaître l'identité la plus complète dans les doctrines et les opinions que l'auteur y a émises, au lieu de ces changemens de systèmes, de ces abjurations de doctrines à l'aide desquels d'autres ouvrages de la même époque, mais en petit nombre, peuvent être reproduits de nos jours avec quelques chances de succès. L'œuvre de M. Barras n'a rien éprouvé de semblable, et les seules modifications apportées à chaque édition ont eu pour but, non d'abandonner les théories et les vues générales qui dominaient dans la première édition, mais de les appuyer, de les développer et de les compléter, s'il est possible. Avant d'examiner ces modifications et de rechercher si l'auteur a réellement reproduit, dans son travail, les améliorations ou les progrès que la science a pu faire dans cette direction, disons quelques mots de la manière dont l'ouvrage est disposé.

Le Traité de la gastralgie, qui ne comprenait, lors de la première et de la seconde édition, qu'un seul volume reçut, en 1838, un supplément qui, en 1839, fut publié comme le second volume, et auquel celui que nous avons en main doit servir de pendant, sous le titre peu exact de tome premier de la quatrième édition, en sorte que ces deux volumes, au lieu de former un seul ouvrage sur le même sujet, offrent réellement deux ouvrages distincts, et contenant chacun des matières différentes. C'est ainsi que nous retrouvons, dans chaque volume, d'abord des histoires particulières, puis l'étiologie, le diagnostic, le traitement, etc., mais avec des matériaux différens; aussi, pour connaître toutes les recherches de l'auteur sur ces différens points, il est indispensable de les étudier dans chacun des deux volumes. Nous pensons que M. Barras fera bien, à l'époque d'une nouvelle édition, de remanier tous ces matériaux, et de les disposer dans l'ordre habituel, pour que le lecteur ne soit point obligé de passer à chaque instant d'un volume à un autre, et de suivre exactement l'ordre dans lequel ces divers matériaux sont arrivés à la connaissance de l'auteur.

Les changemens qui ont été opérés depuis dans la première édition (1827) du Traité des gastralgies, dans la partie de la science à laquelle

appartiennent ces maladies, ont été peu nombreux, et même, pour la plupart, peu importans; et il est vrai de dire cependant que si, depuis cette époque, la science a peu gagné dans cette direction, elle a pénétré plus avant dans l'esprit des masses, et que les erreurs introduites par la doctrine de Broussais ont en partie disparu, faisant place à des croyances différentes, ou au doute, qui vaut encore mieux que l'erreur. En même temps, le langage médical se réformait, et on prenait l'habitude de n'employer les mots *gastralgie* et *entéralgie* que dans les cas où la sensibilité de l'estomac était excitée jusqu'à la douleur, sans lésion ni autre état morbide qui pût l'expliquer, dans les cas de névralgies réelles de l'estomac ou des intestins, comme au reste l'indiquait la signification étymologique de ces expressions. Nous regrettons que M. Barras n'ait pas suivi le mouvement dans cette direction, et qu'il ait continué, même dans l'édition que nous avons sous les yeux, à réunir, sous le nom de gastralgie, non seulement la névralgie, mais toutes les névroses de cet organe, telles que cardialgie, la gastrodinie, le vomissement spasmodique, et surtout quelques affections du même organe, qui, pour n'être pas de nature inflammatoire, ou, pour ne pas dépendre de lésions matérielles appréciables, à nos sens, ne doivent pas pour cela être nécessairement comprises dans la classe des névroses, sous peine de faire de cette classe le réceptacle de toutes les inconnues pathologiques; ainsi, le pyrosis, la boulimie, l'anorexie dans lesquels il ne paraît pas que la douleur frappe primitivement les nerfs sensitifs de l'estomac.

Lors de la publication de la première édition du Traité de gastralgie, c'était déjà un grand progrès que d'avoir établi que les affections de l'estomac n'étaient pas toutes inflammatoires ou organiques; mais depuis la science s'est consolidée, et on a cherché et indiqué des distinctions qui permettent de reconnaître parmi ces maladies qui ne sont ni inflammatoires ni organiques des affections de nature différente. Ce travail que nous aurions désiré de voir faire à M. Barras qui, plus que tout autre, avait des matériaux à sa disposition et se trouvait dans les conditions les plus favorables à son exécution, est réclamé par la science et nous semble tout à fait dans la direction des études anatomiques qui ont pris une si grande et si juste prépondérance. Cette étude serait doublement utile sous les deux points de vue de la science et de la pratique.

Déjà, lorsque nous rendions compte de la publication, par M. Barras, du Supplément au Traité de la gastralgie, nous avons appelé l'attention de l'auteur sur la fréquence des cas où la gastralgie est compliquée par les accidens de *l'irritation spinale*, et dans la seconde édition de ce même supplément l'auteur rapportait un cas de ce genre, sous le nom de *névralgie rachidienne*; nous regrettons de n'en pas trouver d'autres dans le volume que nous avons en main, car l'étude simultanée de ces deux affections nous semble devoir amener d'utiles résultats.

Les causes de la gastralgie, comme celles de toutes les névroses, ont jusqu'ici échappé aux recherches des hommes de l'art qui n'ont pu apprécier que quelques-unes des conditions dans lesquelles ces accidens morbides se présentent le plus souvent, et sur ce point comme sur la théorie des névroses la science ne paraît pas avoir fait de nouveaux progrès. M. Barras se borne à peu près à répéter, dans la quatrième édition, ce qu'il avait dit dans la première sur ces deux points, cherchant à rameuer le mode d'action de toutes les causes des névroses gastriques à la débilitation et à la stimulation, mais sans entrer dans de nouveaux développemens sur cette question si importante et sur laquelle tant de matériaux ont pu être recueillis pendant le règne des antiphlogistiques.

L'article consacré au traitement a subi également peu de modifications; quelques points ont été traités avec plus de détails et l'auteur a, quand il l'a pu, confirmé sa propre expérience par celle des praticiens qui ont publié les résultats de leurs recherches; ce que nous avons dit des différens états morbides, compris par M. Barras sous le nom de gastralgie, a dû suffire pour faire pressentir que le nombre des médications utiles dans le traitement de ces affections doit être également considérable. Aussi ne doit-on pas être étonné de voir les moyens les plus variés réussir dans des cas désignés sous le même nom, mais appartenant en réalité à des états morbides différens.

Outre les observations particulières qui occupent la première moitié du volume au nombre de 83, l'auteur cite souvent dans son récit d'autres cas recueillis par d'autres observateurs ou par lui-même, ce qui ajoute, il est certain, à l'intérêt de son travail, mais ralentit l'attention. Nous approuvons donc sans aucune restriction le résumé général de son traité que lui-même a présenté à la fin du volume et en quelques pages, et dans lequel il rappelle sommairement, sans discussion ni développement, les points les plus importans. Aussi, en quittant cette nouvelle édition du Traité sur les gastralgies et les entéralgies, croyons-nous devoir déclarer non seulement qu'elle est supérieure aux précédentes, mais que le travail de M. Barras est encore le plus complet et le plus pratique que nous possédions dans notre langue sur les affections de l'estomac qui ne sont ni inflammatoires ni organiques.

Manuel de petite chirurgie; par M. Jamain. Un vol. grand in-18 de 612 pages. — Paris, 1844. Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Ce livre traite des parties les plus élémentaires, les plus *manuelles* de la chirurgie: il ne les considère qu'au point de vue utile, mais restreint de l'application, il est écrit principalement pour les élèves; cette triple condition, si elle dispensait l'auteur d'efforts d'invention et de recherches d'érudition, exigeait en revanche de lui une patience extrême pour colliger les données d'origine si diverse qui composent un ouvrage de cette nature, et une clarté parfaite dans leur exposition. M. Jamain paraît avoir compris comme nous les qualités auxquelles le but spécial de son livre demandait que tout fût sacrifié. Partout l'abondance des détails et la lucidité des descriptions rend l'objet aussi saisissable pour le médecin novice qu'aisément reconnaissable pour le praticien instruit qui ne voudrait, dans cette lecture, que raviver des souvenirs d'ancienne date. C'est un mérite que nous nous plaisons à reconnaître parce qu'il était ici le plus important et parce que nous savons tout ce qu'il a pû en coûter de peine à l'auteur pour le réaliser.

Quelque simple en effet que paraisse dans son plan une œuvre de cette espèce, un Manuel de petite chirurgie exige, on peut le dire, sinon plus de connaissances, du moins, bien certainement, un plus grand nombre de connaissances différentes qu'un traité complet de chirurgie. Son cadre embrassant la confection des onguens, pommades, emplâtres, cataplasmes, etc., suppose nécessairement des notions précises en chimie, en botanique, en pharmacie. La cautérisation au fer rouge, l'électro-puncture seraient-elles bien comprises et bien exécutées par un praticien ignorant en physique? Quant aux incisions, ponctions, vésicatoires, saignées, mouchetures, etc., il est trop évident que pour en préciser l'indication, en régler le manuel, en prévoir les suites, l'auteur devra être à la fois chirurgien adroit et médecin éclairé. Ainsi, la petite chirurgie, si bornée pour celui qui l'applique, a, pour qui veut l'enseigner convenablement, une sphère si étendue, des connexions tellement multipliées qu'elle touche de la manière la plus directe à toutes les branches des sciences médicales. De même que toutes les spécialités, si elle mérite ce nom ce n'est donc point parce que des notions spéciales suffisent à son étude, c'est parce que celles-ci doivent alors se surajouter aux idées plus générales qui constituent le fond obligé de toute éducation médicale.

Une autre difficulté de ce genre de travail est l'ordre à introduire dans les divers matériaux qui y doivent trouver place. Quelle similitude établir, et partant quel arrangement proposer entre les plumasseaux, les ponctions d'abcès et les sinapismes, entre la description d'un cataplasme, les règles à suivre dans la saignée et l'application d'un bandage? Forcé quelquefois par la nature du sujet de traiter de certains points qui lui sont absolument étrangers, d'omettre dans presque chaque chapitre des développemens qui se présentent naturellement à l'esprit, d'être tantôt incomplet, tantôt prolixe à l'excès, l'auteur fait sagement de ne pas prétendre ici au mérite d'une classification irréprochable, et de se s'en remettre, sous ce rapport, un peu à l'usage et beaucoup au précepte, si important lorsqu'il s'agit de traités élémentaires, de procéder du simple au composé. Nous citerons cependant, comme le plus méthodique parmi ceux qui nous sont connus, le mode de classification choisi par M. Jamain. Dans une première partie intitulée: *Des pansemens*, il fait connaître les instrumens, les pièces de linge, les topiques dont on fait usage en chirurgie, puis il décrit les bandages les plus usités en indiquant toujours la manière de les placer et le but qu'on se propose d'obtenir dans leur application. Le second chapitre consacré aux *opérations de petite chirurgie*, comprend la vésication, la cautérisation, la rubéfaction, le moxa, les ponctions, la vaccination, le séton, les incisions, la saignée, les ventouses, etc., etc. Enfin, dans une troisième partie, l'auteur a voulu donner aux élèves une idée sommaire de *certaines maladies dont les pansemens sont ordinairement du ressort de la petite chirurgie*; les abcès, les plaies, les brûlures, les ulcères, les fractures etc., ont été rangés dans cette catégorie qui du reste laissait, on le conçoit, beaucoup à l'arbitraire pour la manière dont il convenait de la remplir.

En comparant ce livre à ceux qui existaient avant lui dans la science, et notamment au Traité de petite chirurgie de M. Bourgery, nous avons trouvé dans le Manuel de M. Jamain plusieurs articles que ne contient

pas le premier ouvrage. C'est surtout dans la dernière partie que ces additions sont nombreuses; et pour n'en citer qu'un exemple, nous mentionnerons seulement le chapitre fort étendu qui concerne l'application des appareils de fractures. Une circonstance particulière motivait ces développemens; M. Jamain nous apprend qu'il a principalement écrit pour les élèves qui se préparent an concours de l'externat. Or, le programme de ce concours, tel que nous le connaissons par nous-mêmes, est bien certainement le plus vague et le plus élastiq.e des programmes. Il porte à la fois sur la préparation des topiques, l'application des bandages, les petites opérations et les maladies qu'on est convenu d'appeler *simples*. Aussi concevons-nous parfaitement que pour mettre son cadre en rapport avec celui de ce concours, pour prémunir autant que possible les candidats contre toute surprise, l'auteur ait dû multiplier à l'excès les excursions qu'il a faites dans le domaine de la pathologie.

Si nous semblons ici excuser ces adjonctions au lieu de les approuver sans réserve, c'est qu'effectivement elles ne nous ont pas paru avoir pu toujours être opérées sans quelques inconvéniens. Forcé de regagner sur chaque question l'espace pris par ces nouveaux sujets qui se rattachent moins directement à la petite chirurgie, l'auteur a nécessairement dû retrancher çà et là quelques détails, superflus à coup sûr pour le praticien instruit, mais bien précieux pour l'élève qui vient chercher dans cette lecture des règles capables de lui tenir lieu d'expérience. Parmi les passages où la clarté de la description nous a semblé souffrir un peu de cette brièveté extrême, nous pourrions citer le chapitre de la compression où nous avons cherché inutilement des règles particulières pour établir la compression permanente du sein et celle des testicules, opérations difficiles et qu'il serait certainement imprudent de laisser à l'élève la faculté d'improviser d'inspiration. Relativement à l'électro-puncture, M. Jamain dit seulement qu'après avoir « enfoncé deux aiguilles, on fait communiquer chaque pôle de la pile avec chacune d'elles. » En décrivant le bandage inamovible de M. Seutin, l'une des plus précieuses acquisitions de la chirurgie contemporaine, il se contente pour toute indication sur la manière de préparer la solution amylacée de ces quelques mots : « Il suffit de recouvrir les bandes d'une couche d'amidon pour qu'elles possèdent après la dessication une dureté convenable. » Bien évidemment, ces renseignemens ne peuvent suffire à l'élève; appelé à appliquer, il ajoutera nécessairement quelque chose de son chef. Rencontrera-t-il toujours juste? Et n'eût-il pas mieux valu lui épargner, même au prix de quelques longueurs, ces mécomptes qui peuvent porter tant de préjudice au début de la carrière médicale?

Nous n'insistons pas sur ces observations, d'abord parce qu'elles n'ont en elles-mêmes que peu de gravité, puis parce que le titre de MANUEL donné à ce livre fournit à l'auteur une justification bien suffisante contre nos légers reproches. Nous n'examinerons pas non plus *à fond* les matières qui composent le troisième chapitre. S'il y a dans cette partie de l'ouvrage, beaucoup de choses inutiles, si toutes les choses absolument utiles n'y ont pas trouvé place, si une foule de questions sont posées sans être discutées ou résolues sans avoir à côté d'elles leur démonstration, la faute n'en est point à l'auteur; elle n'en est pas non plus au plan qu'il a adopté. La nature de cet ouvrage doit seule en demeurer responsable; car c'est elle qui a nécessité ees descriptions de maladies faites dans l'unique but de rendre plus intelligible l'exécution du pansement qui leur convient; c'est elle qui a fait à l'auteur un devoir de passer légèrement sur une foule de points qui malgré leur importance réelle eussent été de vrais hors d'œuvre, des superfluités blâmables dans un ouvrage destiné à former la main plutôt que l'esprit. Cela n'empêche pas que, partout où il y avait à se prononcer entre plusieurs systèmes de pansemens, pour ou contre telle ou telle innovation, M. Jamain ne montre un jugement exercé et un tact que l'on reconnait avec plaisir développé par la connaissance pratique du sujet. Nous citerons pour exemple sa pratique modérée mais fort judicieuse des procédés de pansement simplifiés, proposés par M. Mayor.

Malgré notre désir de renoncer ici à toute critique de fond, nous ne pouvons nous empêcher d'en adresser une à l'auteur. En recevant un ouvrage de petite chirurgie, les yeux vont naturellement chercher l'article *saignée*; car il n'est pas, je crois, un seul praticien qui n'éprouve un certain plaisir à se rappeler l'émotion avec laquelle il lisait et relisait autrefois les préceptes sur la phlébotomie avant de les avoir mis à exécution. Voici comment M. Jamain décrit le dernier temps, le plus délicat de cette opération : « Lorsque la veine est ouverte, on retire l'instrument en faisant exécuter à la lame un mouvement de bascule, de telle sorte que la pointe soit portée en haut et le talon en bas; c'est ce temps qui est appelé *temps d'élévation*. Il faut faire attention à ne pas élever sa lancette trop brusquement, mais bien couper en sciant » (p. 259). Nous nous inscrivons formellement contre ce précepte de faire un temps d'élévation, et nous parlons d'autant plus librement que ce même conseil étant répété dans tous les traités classiques, notre remarque n'a aucun caractère personnel et ne saurait être interprétée d'une manière défavorable à M. Jamain. Malgré cet accord respectable de toutes les autorités, nous persistons à dire que le temps *d'élévation*, qui exige en effet un mouvement de scie, rend l'opération plus douloureuse et plus longue. Dans la plupart des cas, on peut agrandir l'ouverture par le procédé suivant beaucoup plus expéditif. La lancette une fois plongée dans la veine, le chirurgien l'incline simplement vers celle des lèvres de la petite plaie qui est la plus éloignée de lui. Ceci s'obtient par un mouvement du poignet exactement opposé à celui qui est recommandé pour faire *l'élévation*; et si on a le soin de retirer *en même temps* la lancette de la veine, l'incision se trouve ainsi agrandie sans que le malade ait pu, dans une section si rapide, s'apercevoir de deux temps distincts : sans doute ces précautions servent plus à la réputation du chirurgien qu'aux intérêts du malade, car le peu de douleur qu'elles lui épargnent serait facilement supporté; mais personne ne pensera que ce soit là un motif pour les omettre dans la pratique.

Nous ne terminerons point sans profiter d'une occasion qui nous est offerte dans ce même chapitre, d'adresser à l'auteur une observation entièrement différente de la précédente. Il avertit expressément le médecin des dangers que le voisinage de l'artère humérale donne aux saignées pratiquées sur la veine médiane basilique : « Aussi, dit-il, ne faut-il jamais la saigner à moins qu'elle ne soit assez éloignée de l'artère pour que l'on puisse porter la lancette sans danger, lorsqu'elle forme avec elle, par exemple, un angle qui se rapproche de l'angle droit; mais toutes les fois que ces vaisseaux sont parallèles, qu'ils se croisent très obliquement, la saignée doit être considérée comme impraticable; et s'il n'y avait pas d'autre vaisseau apparent, il vaudrait mieux ne pas pratiquer la saignée. » (p. 263.) La proscription que ces derniers mots expriment pourra paraître trop sévère; mais on la jugera tout autrement si l'on songe à la gravité des accidens qui résultent si fréquemment de son infraction. L'autorité de Dupuytren confirmerait au besoin cette règle; elle la rendrait même plus rigoureuse encore; car le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait l'habitude de défendre formellement aux élèves de son service de saigner la médecine basilique; et cette défense, nous nous le rappelons fort bien, il la répétait une fois au moins chaque année dans ses cliniques, afin que les élèves nouvellement reçus ne pussent pas, sur un sujet aussi important, prétexter d'ignorance.

CHIRURGIE OCULAIRE, OU TRAITÉ DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES QUI SE PRATIQUENT SUR L'ŒIL ET SES ANNEXES; ouvrage contenant la pratique opératoire de F. Jægen et d'A. Rosas; par M. Ch. Deval. — Paris, 1844. Un vol. in-8°, avec 6 planches. Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Chaque science semble avoir son règne et chaque branche de l'art son temps de vogue. Aujourd'hui c'est le tour de l'ophthalmologie; en peu d'années, cette spécialité a pris une grande faveur et donné lieu à une foule de publications recommandables. Dès 1838, dans nos colonnes, un chirurgien, ophthalmologiste distingué lui-même, M. Pétrequin, annonçait cette tendance : « La France, disait-il, qui peut se glorifier d'avoir créé l'ophthalmologie moderne, reçoit tous les jours le reproche de négliger cette branche des sciences médicales. Le temps s'approche où cette accusation, si elle a été motivée, doit cesser de l'être : on oublie à tort les travaux importans que ce siècle y a vu naître; on oublie qu'à Paris, à Strasbourg, à Lyon, etc., on a fondé des secours et des conférences d'oculistique où la jeunesse médicale puise des notions précieuses qui vont éclairer la médecine française dans les provinces comme dans la capitale. » (Voy. GAZ. MÉD. 1838, n° 30). A cette heure, cet ensemble d'efforts porte ses fruits, et si l'étude des maladies des yeux n'est pas également répandue chez tous les praticiens, il est vrai de dire qu'elle compte un grand nombre d'hommes de mérite qui s'en occupent avec succès tant parmi les chirurgiens que parmi les spécialistes.

Le livre de M. Deval est écrit dans un but d'application pratique. Il en a puisé les élémens dans les cliniques qu'il a longtemps fréquentées en France, en Angleterre et en Allemagne; et si cet ouvrage a été rédigé en grande partie à Vienne, il est facile de voir qu'il n'a pas échappé à l'influence de Paris et de reconnaître que les travaux français y ont une grande part.

Ce traité de chirurgie oculaire se divise en deux livres : l'un est consacré aux opérations que l'on pratique sur le globe de l'œil, 12, chaque cha-

pitre de médecine opératoire est précédé d'un *précis pathologique* qui fixe dans l'esprit du lecteur les souvenirs nécessaires pour bien comprendre la description des procédés. L'auteur passe ainsi en revue la cataracte, la pupille artificielle, le staphylôme, le ptérygion; il s'occupe de la ponction et de l'extirpation de l'œil et termine par les notions relatives à la prothèse oculaire.

Le chapitre sur la cataracte est le plus développé, préférence bien justifiée par l'importance du sujet au point de vue chirurgical. Entre autres problèmes qu'il soulève et discute, il a abordé la question de la curabilité de la cataracte sans opération chirurgicale; et cela n'est point hors de propos, aujourd'hui qu'on n'a pas craint de multiplier les annonces et les affiches pour proclamer la guérison de cette affection par un traitement purement médical. Cette espèce d'industrie n'est point nouvelle; elle est déjà blâmée par maître-Jan, qui appelle ces prétendus guérisseurs, « des charlatans qui n'ont aucune teinture de médecine ni de chirurgie..., et cependant ils exagèrent impunément les vertus de leur soi-disant secret pour guérir les cataractes, et trompent ainsi le public. » Si la multiplicité des agens proposés atteste assez l'impuissance des ressources exclusivement médicinales contre l'affection qui nous occupe, il faut cependant reconnaître qu'il est une circonstance dans laquelle l'efficacité des médicamens ne saurait être mise en doute; c'est lorsque l'opacité dépend d'une inflammation de la capsule antérieure et ne porte dans tout le système lenticulaire que sur cette seule membrane. Vous distinguez alors derrière la pupille, dit M. Deval, en vous aidant de la loupe, une surface dépolie comme du verre mis en contact avec la laine, et çà et là des tâches plus marquées. D'autres tissus, l'iris surtout, participent presque constamment à la lésion du sac capsulaire, et un épanchement albumineux peut créer des adhérences entre les deux membranes. Il n'est pas rare que des médications bien combinées fassent alors disparaître, sans opération, et l'inflammation et son produit, de la même manière qu'il est possible de triompher d'une opacité cornéale dont une kératite a été le point de départ; mais il faut en général attaquer la maladie dès le début; car l'obscurcissement peut rapidement dégénérer en une cataracte incurable.

On s'est beaucoup occupé de produire sur le cadavre des cataractes artificielles destinées à faciliter les exercices à cette opération. M. Deval propose le moyen suivant, qu'il a expérimenté avec M. Hinard, pharmacien à Argenteuil. Il consiste à faire passer à l'aide d'une aiguille à travers la chambre postérieure, un fil dont une extrémité est imbibée d'acide sulfurique étendu d'eau, lequel fil laisse déposer le liquide sur le cristallin pendant qu'on le tire d'un côté à l'autre.

M. Deval a encore discuté une foule de questions dont nous ne citerons que les suivantes : doit-on opérer quand un œil est cataracté et l'autre sain? Il répond par la négative, d'après cet adage, *primùm non nocere*, qui, comme le dit Boyer, doit être le premier précepte de l'art. Il ne croit pas, quand la maladie est confirmée d'un côté, et seulement commençante de l'autre, que l'opération puisse arrêter son développement dans ce dernier. Il ne veut pas non plus qu'on opère les deux yeux le même jour. Nous cessons d'être de son avis quand il regarde comme inutile de faire subir un traitement préparatoire; et nous ne croyons pas davantage qu'il soit inutile d'employer préalablement les mydriatiques, soit dans l'abaissement, soit surtout dans l'extraction, pour favoriser le passage du cristallin à travers l'orifice pupillaire agrandi. L'auteur a-t-il raison de les proscrire d'après cette seule considération, que la pupille se contracte au moment où l'humeur aqueuse s'écoule? Il est bien évident que les difficultés de l'extraction de la lentille sont notablement diminuées par l'emploi préalable de la belladone, de la jusquiame ou du datura, et que ce serait bénévolement s'exposer à laisser l'opération inachevée, que de se priver du secours de ces puissans moyens.

Le chapitre de la pupille artificielle est traité avec les mêmes détails que celui de la cataracte; on peut dire que ce sont les deux plus importans du livre. A propos des ulcérations et dénudations de la cornée, l'auteur rappelle que l'eau végéto-minérale n'est pas toujours employée d'une façon rationnelle. On a remarqué qu'il se dépose alors des cristaux d'acétate de plomb, et cette inadvertance expose à produire une cicatrice indélébile. — La première section du livre se termine par des considérations sur l'extirpation du globe et sur la prothèse oculaire, qui seront lues avec intérêt et profit.

Le second livre est consacré aux opérations qu'on pratique sur les annexes de l'œil; il est précédé de considérations anatomiques, où nous avons remarqué la proposition suivante, au sujet du jeu des muscles obliques : « Je vois dans ces dissidences un enseignement pratique important, c'est qu'on court grand risque de se fourvoyer et de nuire plutôt que de soulager en taillant imprudemment des organes dont l'intervention dans les phénomènes physiologiques et morbides est encore loin d'être appréciée d'une manière rigoureuse. » On comprendra que nous arrêter ici à critiquer de pareilles allégations serait aussi superflu qu'inopportun en ce moment. — On trouvera des détails nouveaux dans les chapitres sur l'ectropion, le trichiasis, l'entropion, la blépharoptose et surtout la blépharoplastie.

En somme, l'ouvrage que nous analysons renferme plusieurs procédés nouveaux de Rhodes, de Jæger, de Broch, de Dieffenbach, d'Adams; et les cent quarante-cinq figures contenues dans les six planches qui l'accompagnent, offrent au lecteur l'avantage de lui représenter dans leurs dimensions réelles plusieurs instrumens qui n'étaient figurés nulle part.

Ce n'est pas que ce traité ne pût prêter encore à quelques critiques. Ainsi, nous ne partageons point l'avis de l'auteur, lorsqu'il dit qu'il n'aurait pas hésité à pratiquer la pupille artificielle dans les circonstances où MM. Pétrequin et Cunier ont imaginé de créer un *strabisme artificiel*, dans le but de déplacer l'axe visuel et de ramener par là vers le centre de l'ouverture des paupières la portion de cornée restée diaphane. M. Serre, de Montpellier, a eu aussi à se louer de cette méthode, et l'on ne peut nier que ce ne soit là une extension ingénieuse et profitable de la myotomie oculaire. En résumé, cependant, le cadre de M. Deval est large, et on doit le féliciter d'avoir songé à consacrer un traité spécial aux manœuvres opératoires les plus avantageuses dans l'exercice des opérations d'ophthalmologie. Son œuvre est soigneusement travaillée, et, avec l'esprit qui a présidé à sa rédaction, nous ne craignons pas de présager qu'à une seconde édition, ce livre laissera peu de prise à la critique,

VARIÉTÉS.

— Cours de clinique et de pathologie générale des aliénations mentales, avec applications a la médecine légale et aux établissemens d'aliénés; par M. Falret, médecin en chef de la première section des aliénées de l'hospice de la Salpêtrière.

Ce Cours a commencé à la Salpêtrière le mardi 8 avril; il continuera les mardi et samedi de chaque semaine, la clinique à neuf heures du matin et l'enseignement théorique à dix heures et demie.

On ne peut trop recommander l'enseignement de M. Falret aux médecins qui veulent compléter leurs études par des connaissances solides et approfondies sur les maladies mentales. Plus préoccupé de l'observation des faits que de l'histoire des théories, M. Falret s'attache surtout à mettre son auditoire à même de voir et de bien voir ce qu'il y a de plus sûr, de plus réel, et par conséquent de plus indispensable à connaître dans l'étude si difficile de l'aliénation mentale.

— Traité des maladies des articulations; par M. A. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Lyon, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de la même ville, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

Deux beaux volumes in-8°, accompagnés d'un atlas de 16 planches contenant 58 dessins. Prix : 25 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Et à Londres, chez H. Baillière, libraire, 219, Regent-Street.

— Trois mémoires sur l'action nerveuse, par F. Aug. Durand (de Lunel), médecin des hôpitaux militaires :

1° Recherches sur la qualité électrique du sang;
2° Lois synthétiques du mouvement vital (avec planche);
3° Lois synthétiques des mouvemens morbides;

(Isolés ou unis à la Nouvelle théorie de l'action nerveuse, du même auteur.)

Brochure in-8°. — Prix des trois mémoires : 1 fr. 75 c.

A Paris, chez J. B. Baillière.

— Nouveau mode d'exploration de l'urèthre a l'état normal et a l'état pathologique; par J. J. Cazenave, médecin à Bordeaux. — Brochure in-8°.

Paris, chez J. B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.
Bordeaux, chez l'auteur, rues des Fossés-de-l'Intendance, 45.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 17. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 26 AVRIL 1845.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA COAGULATION DU SANG VEINEUX DANS LES CACHEXIES ET DANS LES MALADIES CHRONIQUES (deuxième partie du MÉMOIRE SUR LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS); par E. Bouchut, docteur en médecine, interne, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine (prix Montyon), membre titulaire de la Société anatomique.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

CHAPITRE III. — SYMPTÔMES.

L'oblitération spontanée des veines d'une partie du corps, ou d'un membre, qui survient dans le cours d'une cachexie, n'est qu'une complication de cet état morbide. Elle est accompagnée de symptômes entièrement indépendans de la maladie chronique préexistante. Ainsi, l'infiltration séreuse du membre dont les veines sont oblitérées est le résultat de l'obstacle apporté à la circulation plutôt que la conséquence de l'état de débilité où le cancer et la phthisie tuberculeuse ont jeté le malade. C'est là une hydropisie active, comme le dit M. Bouillaud, plutôt qu'une hydropisie passive.

Les symptômes de l'oblitération veineuse non puerpérale sont entièrement locaux ; car cette complication n'a, en général, aucun fâcheux retentissement dans l'organisme.

Ils sont subordonnés au siége anatomique de la coagulation du sang, et sont en rapport avec les fonctions de l'organe où cet accident se manifeste. Il est évident que les symptômes de la coagulation du sang veineux de la profondeur des membres sont différens de la coagulation du sang de la veine-porte ou de l'artère pulmonaire. C'est un fait sur lequel il est inutile d'insister.

L'oblitération des veines des membres étant le signe le plus ordinaire, je dirai même le plus constant, qui nous révèle l'influence des cachexies sur la coagulation du sang veineux, nous en ferons un type parfaitement reconnaissable aux symptômes que nous allons indiquer. Viendront ensuite les diverses formes de la manifestation de cette influence, mises en regard des symptômes qui les caractérisent.

L'oblitération des veines d'un membre qui survient chez un sujet atteint d'une affection chronique est très facile à reconnaître. Le malade éprouve dans l'une des jambes, ordinairement dans le mollet, quelquefois dans la cuisse ou bien dans l'un des membres supérieurs, une douleur plus ou moins aiguë, considérablement augmentée par la pression des doigts. Cette douleur existe principalement sur le trajet des vaisseaux veineux. A la jambe, elle se propage, de bas en haut, vers la cuisse, ou, au contraire, de haut en bas, d'après le point de départ de la coagulation dans les parties inférieures ou supérieures du membre. Au bras, elle se propage en général, et d'après le petit nombre des cas que j'ai observés, de la racine du membre à son extrémité. Elle est quelquefois si violente, que toute

Feuilleton.

IMPRESSIONS MÉDICALES D'UN VOYAGE EN ITALIE.

LA RIVIÈRE DE GÊNES.

(Deuxième série.)

On appelle, en Italie, du nom de rivière, la surface du terrain qui borde la mer. La rivière de Gênes, surtout, a une grande renommée ; car elle se développe sur une longueur très considérable, et avec des conditions topographiques qui la rendent une des routes agréables et des plus fréquentées de l'Italie. Cette route, qui suit le littoral dans toutes ses sinuosités, ne commence pas à Gênes pour se terminer à Nice ou même à Hyères, cette petite ville française qui rappelle la campagne de Naples et de Sorrente par sa végétation : le point de départ est à quelques lieues de Lucques ; et de là, elle serpente à travers les accidens du terrain et les criques ou les ports du rivage jusqu'à Gênes, à travers la Spezia et Chiavari, pour se continuer jusqu'à la frontière de France par Savone, Albenga, et cette principauté de Monaco, qui certainement vaut mieux que sa réputation. Le chemin de la rivière se dessine donc dans toute l'ampleur du golfe de Gênes. Dans certains endroits, il se développe sur une surface assez large. On voit, d'un côté, de belles cultures, de rians villages et les montagnes au fond du tableau, et de l'autre, la vaste mer qui s'étend jusqu'à la rive africaine. Mais dans les passages, où la terre fait en quelque sorte défaut à la route, le chemin est tracé sur la base de la montagne, et se perd même quelquefois sous les flancs du rocher. Ce nom de la Corniche, qu'on a donné aussi à cette fameuse rivière de Gênes, est certainement bien mérité, puisque souvent la voiture chemine sur un étroit rebord de la roche, placé à quelques centaines de pieds au dessus du niveau de la mer.

Ceci est la partie pittoresque de ce chemin, qui couvre de son étendue tout le grand arc de cercle du golfe de Gênes ; mais c'est surtout sous le point de vue médical qu'il mérite d'être étudié. Depuis les montagnes qui couvrent Nice jusqu'aux approches de Lucques, le chemin de la rivière est protégé par la chaîne des Apennins. C'est un contrefort naturel qui abrite le rivage du golfe contre le souffle des vents septentrionaux, et fixe sur cette étroite surface de terre la tiède influence des vents du Midi. La vue de la campagne met bientôt le voyageur à même de comprendre combien cette disposition est favorable à l'élévation de la température. Dans les plaines du Milanais, on ne rencontre pas l'oranger ; sous le ciel même de Florence, on cherche vainement cet arbre magnifique, qui couvre les collines des environs de Naples et les campagnes de l'extrémité méridionale de l'Italie. Mais sur les rives du golfe de Gênes, l'oranger reparaît ; le palmier même se montre de temps en temps, comme pour témoigner de la douceur du climat, et prouver son analogie avec celui des bords de la mer Tyrrhé-

pression devient insupportable; le poids de la jambe, qui comprime le mollet sur le plan du lit, est la cause des plus vives souffrances et arrache des cris aux malades. C'est ce que j'avais déjà vu dans un cas de *phlegmatia dolens* puerpérale, c'est ce que j'ai observé sur la personne dont nous avons parlé précédemment, et qui, atteinte d'une fièvre typhoïde, éprouva secondairement les accidens de la coagulation sanguine veineuse.

Peu après l'apparition de la douleur, c'est-à-dire à la fin dn premier ou dn second jour, l'œdème dn tissu cellulaire devient apparent et se manifeste, soit au pied et à la jambe, soit à la main, suivant le siége de la coagulation dn sang. Il est ordinairement en rapport avec l'étendue de l'oblitération veineuse, et il est d'autant plus marqué qu'il y a plus de veines importantes devenues imperméables au sang. Il existe toujours dans les cas d'obstruction des veines profondes; il est plus considérable quand les veines superficielles sont en même temps compromises. Il ne manque que lorsqu'il y a seulement oblitération de quelques veines snperficielles; car alors l'obstacle de la circulation n'est pas suffisant pour le déterminer.

Alors seulement la main trouve quelquefois, sur le trajet des vaisseaux, des cordes douloureuses, encore peu résistantes, formées par les veines engorgées. Ces cordes sont très apparentes lors de l'affection des veines superficielles, de la saphène et de la cubitale, par exemple; elles sont plus difficiles à saisir dans le cas d'oblitération des veines profondes, et ne peuvent être reconnues qu'à l'endroit où ces veines sont assez rapprochées des tégumens, comme au pli de l'aîne pour la crurale, et au pli du bras pour les médianes céphalique et basilique, et dans le creux sus-claviculaire pour les veines du cou.

La peau reste ordinairement pâle et blanche, comme dans la *phlegmatia alba dolens* puerpérale. Elle n'est colorée en rouge ou en noir que dans des cas exceptionnels, lorsque l'oblitération est étendue à la fois aux veines profondes et à un grand nombre de veines superficielles. Cela se conçoit: cette couleur est le résultat de la congestion des petites veines sous-cutanées et des capillaires de la peau, qui sont devenues la voie de retour du sang veineux. Dans les cas ordinaires, la peau reste blanche; elle est seulement sillonnée par des marbrures bleuâtres qui correspondent à des veines superficielles dilatées, Sa température se conserve au degré ordinaire. Sa sensibilité n'est point modifiée, comme on pourrait le croire, en raison de la douleur que cause la pression des doigts; car cette douleur vient des parties profondes plutôt que de la superficie dn membre, et la peau n'y est pour rien. Ce tissu n'a rien perdu de sa faculté de sentir, il conserve son impressionnabilité naturelle.

La fièvre observée chez la plupart des malades cachectiques qui présentent cette complication n'est pas le résultat de la coagulation dn sang. Elle existe antérieurement à ce phénomène et n'est pas notablement augmentée par sa présence. Elle est causée par l'évolution de certains produits tuberculeux ou autres, qui, développés dans les organes, les détruisent peu à peu et plongent les individus dans un état de marasme plus ou moins prononcé.

Ainsi, la fièvre qui accompagne l'oblitération des veines de la jambe chez un phthisique ou chez un cancéreux est antérieure à cet accident et se rapporte plutôt aux besoins de l'organe affecté de tubercule ou de cancer qu'à la coagulation du sang veineux.

Tels sont les symptômes de l'oblitération veineuse des membres dans le cours des maladies chroniques. Ils ne présentent que de légères différences en plus ou en moins, d'après l'étendue de l'altération. Ils sont donc, pour les cas ordinaires, aussi faciles à connaître qu'à bien apprécier. Ils sont communs à l'oblitération des veines des membres supérieurs et inférieurs et des veines du cou.

Lorsque l'accident a lieu, par extraordinaire, dans les veines des organes intérieurs, les symptômes sont entièrement modifiés. Dans le fait d'*oblitération de la veine-cave supérieure* que j'ai rapporté, le malade avait une dyspnée très intense jointe à l'œdème du poumon et à un hydrothorax abondant; la moitié supérieure dn corps, la tête et les bras étaient fortement cyanosés; tout le tissu cellulaire de ces parties était le siége d'une infiltration considérable. L'*oblitération de l'artère pulmonaire* est caractérisée par la dyspnée, l'œdème dn poumon et l'apoplexie pulmonaire dont l'hémoptysie est le principal symptôme. L'*oblitération de la veine-porte* est signalée par l'épanchement de la sérosité dans la cavité péritonéale, et l'oblitération des veines mesaraiques par l'infiltration sanguine des parois de l'intestin, l'exhalation dn sang à la surface de la muqueuse et par les déjections alvines sanguinolentes. J'en ai rapporté un exemple observé dans des circonstances un peu différentes de celles dont il est ici question, chez une femme récemment accouchée, bien portante d'ailleurs, et délivrée dans le cours d'une épidémie de fièvre puerpérale. (Voir le MÉMOIRE SUR LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS.)

Comme on le voit, les symptômes de l'oblitération veineuse spontanée non puerpérale sont fort semblables à ceux de l'oblitération veineuse des femmes en couches. L'altération est la même, les symptômes se ressemblent, la marche et la terminaison se confondent, comme nous le verrons plus loin. C'est la même maladie, dont les causes sont différentes; c'est la *phlegmatia alba dolens*, dont l'existence est liée, ici, à l'état puerpéral, et ailleurs à l'état de cachexie déterminée par une maladie chronique.

Il est inutile d'indiquer les symptômes des affections dans le cours desquelles paraît la complication qui nous occupe. Ils sont aussi variés que le sont ces maladies elles-mêmes. Cela nous obligerait à parler des symptômes de la phthisie pulmonaire, du cancer de l'estomac, de l'utérus, etc.; mais ce sont des détails entièrement étrangers à notre sujet.

CHAPITRE IV. — MARCHE; TERMINAISON.

La manifestation dn rapport qui existe entre les maladies chroniques et la coagulation du sang est toujours la même; c'est partout l'oblitération des vaisseaux veineux. Nous venons d'en étudier les caractères anatomiques et les symptômes.

Il n'y a de variable dans ce fait que le siége de l'oblitération; elle a ordinairement lieu dans les veines des membres inférieurs, mais quelquefois aussi dans celles des membres thoraciques, dans les veines du col et des viscères.

Comme nous l'avons vu cette différence de siége entraîne aussi une différence de symptômes; leur marche doit donc être décrite à part pour chacune des variétés importantes de coagulation sanguine.

Nous ferons dans ce chapitre comme dans celui qui le précède: nous parlerons d'abord de la marche des symptômes dans le cas le plus communément observé, c'est-à-dire dans le cas d'oblitération veineuse des membres inférieurs.

L'accident se manifeste tantôt sur un membre tantôt sur l'autre, et fort souvent sur les deux à la fois. Une douleur plus ou moins vive annonce l'existence du mal et le siége de la coagulation. Elle apparaît subitement

---

nienne. Ainsi, le voyageur, qui de France va dans la Péninsule, trouve pour ainsi dire l'Italie dès qu'il a gravi la montagne de Nice et que sa voiture roule sur cette corniche de l'Apennin, gracieusement suspendue sur les flots. Celui qui, après avoir parcouru les vallées fertiles de Sorrente et les heureuses campagnes de Salerne et de Naples, a regretté de ne plus les voir en voyageant à travers les plaines du Milanais, celui-là peut se croire, sans de trop grands efforts d'imagination, sous le ciel napolitain, en suivant le chemin de la rivière. Il ne faudrait cependant pas s'exagérer les conditions du climat de la Ligurie. On aurait tort de croire que le voisinage de l'Apennin ne produit que des avantages; les montagnes, si efficaces contre l'invasion des vents, et qui contribuent si puissamment, suivant la manière dont elles sont placées, à l'élévation de la température, ont aussi leurs inconvéniens, surtout quand elles se distinguent par leur hauteur. Ainsi, elles contribuent pour une grande part, dans certaines circonstances déterminées, à la formation des orages; et en hiver, leurs sommets couverts de neiges entretiennent dans l'air ambiant un degré de température qui n'est en rapport ni avec la latitude, ni avec la physionomie toute méridionale du pays. Le littoral de la Ligurie, qu'il est si agréable et si doux de parcourir par une molle journée de printemps, n'est donc pas à l'abri des vicissitudes atmosphériques. Ces transitions brusques, qui font subir au climat une sorte de métamorphose et succéder violemment, par exemple, un grand froid à une chaleur intense, ne sont pas rares, surtout dans le passage de l'hiver à l'été ou de l'été à l'hiver. Cependant il y a, le long de cette côte, des parties où la température est moins sujette à cette transition. Depuis les environs de Lucques jusqu'à l'extrémité de la courbe de l'autre côté de Gênes se trouvent des villages ou des villes placés au pied des montagnes, construits au fond d'un petit port, où ces inconvéniens ne forment qu'un des caractères très secondaires de la constitution atmosphérique des lieux. Il est nécessaire de nous en occuper un instant, avant de jeter un coup-d'œil général sur le climat de Gênes.

La Spezia, qui est située entre Gênes et Lucques, est peut-être l'une des villes du littoral dont la situation présente le plus d'avantages sous le rapport hygiénique. Assise au fond d'un port qui est protégé par la terre du côté de l'Orient et de l'Occident, et garanti au Nord par la chaîne de l'Apennin, elle reçoit directement la chaude influence des vents méridionaux. Comme les montagnes sont assez éloignées de ses murs et laissent entre eux et leur base une vallée très étendue, la Spezia est à l'abri des inconvéniens qui se font remarquer dans les localités du golfe où ces avantages topographiques n'existent pas. C'est à cause de cette disposition, si peu importante en apparence, que la température n'y subit pas de grandes variations, de brusques alternatives. Le passage d'une saison à une autre s'y fait sans ces violentes secousses qui ont toujours leur contre coup dans les conditions de santé de la population. L'hiver et l'été y sont tempérés; et il est rare que le thermomètre y descende très bas ou y monte très haut. La Spezia est certainement une de ces villes si rares, même en Italie, où les poitrines délicates trouvent le climat qui convient le mieux, ou à l'affection qui se prépare, ou à celle qui poursuit chaque jour son œuvre de destruction. En allant de la Spezia à Gênes, il y a d'autres localités, comme Chiavari, par exemple, qui réclament l'attention du médecin; mais, après avoir franchi la ville qui donne son nom au golfe, on trouve de nombreux termes de comparaison avec le climat et avec l'heureuse situation de la Spezia. C'est d'abord Savone, puis One-

dans le mollet pour s'élever à la cuisse sur le trajet des vaisseaux, ou, au contraire, de la cuisse elle descend à la jambe, en suivant absolument la marche de l'oblitération veineuse.

Vingt-quatre ou quarante-huit heures après, survient un œdème du membre, plus considérable autour des malléoles que partout ailleurs. Les choses restent ainsi stationnaires pendant plusieurs jours; la douleur, le gonflement, l'œdème du membre persistent, et l'on voit à sa surface se dessiner quelques-unes de ces veines superficielles ordinairement peu apparentes qui indiquent l'obstacle au cours du sang et servent au rétablissement de la circulation collatérale. Puis, selon la durée de la vie des malades qui est plus ou moins gravement compromise par la maladie chronique préexistante, on observe à un plus haut degré le développement de la circulation veineuse superficielle, la disparition de la douleur à la pression et successivement la disparition de l'œdème.

La douleur cesse en général vers le douzième ou le quinzième jour; l'infiltration séreuse persiste beaucoup plus longtemps et met au moins un à deux mois à disparaître. La promptitude de sa disparition est en rapport avec le peu d'étendue de l'altération veineuse et avec l'ampliation rapide des veines collatérales.

Ces phénomènes se passent dans l'un ou dans l'autre des membres pelviens et souvent sur tous les deux à la fois. Dans certaines circonstances, la coagulation se fait successivement dans chacun des membres inférieurs et il arrive deux choses: ou bien la coagulation sanguine dont le point de départ est dans les veines du mollet, ainsi qu'on en peut juger par le siége de la douleur, s'étend aux veines de la cuisse, du bassin et par l'angle de réunion des iliaques primitives, gagne les veines du membre opposé, en cheminant de haut en bas, ou bien, au contraire, limitée aux veines de l'une des jambes, elle se manifeste en même temps dans la jambe du côté opposé sans passer par le tronc des iliaques. C'est alors la même influence inconnue qui agit à la fois dans l'un et dans l'autre de ces membres et détermine de chaque côté l'oblitération des veines situées dans leur profondeur.

Des phénomènes semblables à ceux que je viens d'indiquer accompagnent la coagulation sanguine veineuse des membres supérieurs. C'est encore ici une question de temps nécessaire au rétablissement de la circulation collatérale. Il en est de même à l'égard de l'oblitération de la veine-cave supérieure et des veines des viscères. Nous avons indiqué leurs principaux symptômes dans le chapitre précédent.

L'oblitération des veines des membres et du cou, abstraction faite de la gravité des maladies dans le cours desquelles elle survient, n'entraîne point d'accidens graves. Elle ne se termine jamais par suppuration ni par des abcès qui pourraient devenir la source d'une infection purulente. On n'a jamais observé à la suite de cette complication les accidens de résorption qui accompagnent la phlébite ordinaire; c'est là ce qui sépare complètement l'une de l'autre ces deux affections des veines et doit empêcher d'établir entre elles le moindre rapprochement. Une fois que la coagulation du sang est opérée, les caillots subissent les transformations dont nous avons parlé, ils passent à l'état de cordons durs, fibrineux, qui n'ont d'autre inconvénient que d'empêcher la circulation de se rétablir dans les veines malades. Toutefois, si les malades pouvaient vivre assez longtemps, on verrait ici, comme dans la *phlegmatia alba dolens*, les veines oblitérées redevenir incomplètement perméables, en divers points de leur étendue. Cela n'a pas été observé dans l'oblitération veineuse des maladies chroniques à cause de la mort trop rapide des individus.

CHAPITRE V. — DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'oblitération veineuse non puerpérale se retrace très fidèlement et d'une manière très absolue dans l'aphorisme que je vais indiquer.

« A la dernière période des maladies chroniques, lorsqu'il survient »tout à coup dans un membre une douleur profonde, bientôt accompa»gnée de l'œdème du tissu cellulaire, c'est que le sang s'est coagulé dans »les veines de ce membre. »

PRONOSTIC.

Il y a deux questions fort distinctes et bien essentielles à débattre dans le pronostic que nous avons à porter. La première qui est la moins importante se rapporte à la gravité intrinsèque et absolue de l'oblitération des veines et aux conséquences qu'elle peut avoir. La seconde, au contraire, ne se rapporte pas au fait matériel, mais bien à la manifestation elle-même, c'est-à-dire au rapport qui existe entre la coagulation du sang veineux et une maladie chronique quelconque. Ici, comme on le voit, c'est un ordre d'idées bien différent; nous laissons le côté anatomique de la question pour nous préoccuper de l'importance qu'elle peut avoir en pathologie.

1° L'oblitération des veines qui survient dans le cours d'une maladie chronique est, en général, une complication qui n'a aucune gravité par elle-même et qui n'est point suivie de phénomènes de réaction générale. Quelques jours suffisent pour la disparition des accidens. Une ou plusieurs veines importantes sont oblitérées; mille autres, dans le voisinage, se dilatent et suppléent à celles qui ne fonctionnent plus.

L'oblitération des veines, dans la circonstance où nous sommes, n'a de gravité que par le siége qu'elle occupe. Il est très fâcheux qu'elle existe dans les veines d'un viscère important comme le poumon et le cœur dont elle gêne inévitablement les fonctions. Mais ces faits sont excessivement rares, et c'est à peine si l'on doit en tenir compte. Dans les cas ordinaires, lors de l'oblitération des veines des membres, la maladie n'a aucune importance. On voit même des personnes, comme celles dont j'ai parlé, qui ont cette oblitération dans les veines profondes des quatre membres et de la tête, à la fois sans présenter d'autres symptômes qu'une légère douleur locale et une infiltration peu considérable du tissu cellulaire.

2° Si l'on veut, au contraire, considérer la gravité de l'oblitération veineuse relativement à la maladie chronique dans le cours de laquelle elle se montre, alors il faut dire que c'est toujours une complication excessivement sérieuse. Elle indique, en général, une mort prochaine et se rapproche en cela du muguet qui survient à la fin des maladies chroniques de l'adulte. Il est rare que les malades échappent aux conséquences de ce pronostic. La plupart meurent au bout de quelques jours; un petit nombre se débat plus vivement et ne tarde pas à succomber, quelques-uns seulement paraissent se rétablir, mais c'est lorsque l'altération organique qui les rend malades n'est pas encore très avancée dans son développement.

Quoiqu'il en soit, on peut dire que la coagulation du sang veineux n'arrive dans le cours des maladies chroniques que pour en signaler la dernière période ou la terminaison fatale.

---

glia, et quelques autres localités plus ou moins populeuses, s'étalant au bord de la mer et séparées de la chaîne apennine par un amphithéâtre de fécondes vallées. Toutefois, la ville qui mérite le plus de détails, sous le rapport de son importance hygiénique, c'est une cité des plus humbles, qui fait partie du plus pauvre de tous les états. Cette cité, ou plutôt ce grand village, se nomme Mentone, et forme la seconde capitale de la principauté de Monaco.

La campagne qui entoure Mentone est ravissante; car elle est cultivée avec le plus grand soin et il n'y a pas de coin de terre qui ne paie un tribut à son propriétaire. C'est Mentone qui produit le plus de ces fruits qui prennent un si beau développement sous le ciel de Naples et au fond des vallées montueuses de Sorrente. Les citrons, les limons surtout, y parviennent à une grosseur extrêmement considérable; et on peut juger autant par la beauté que l'abondance de ces fruits, des qualités particulières du climat. Mentone a derrière lui les montagnes du col de Tende; mais cette barrière est assez éloignée pour que la campagne puisse se développer au loin au milieu des accidens montueux qui forment, s'il m'est permis de m'exprimer ainsi, les derniers anneaux de la chaîne apennine. La topographie seule de la ville et des alentours serait une raison suffisante pour expliquer la salubrité de l'air. La culture qui a atteint dans ce pays un développement considérable est une cause de plus de la production et de l'entretien de cette condition hygiénique. Il n'y a d'ailleurs qu'à voir les habitans pour juger des qualités du climat. La gaîté si commune, si inhérente au tempérament chez les populations méridionales, semble surtout résulter ici de ce sentiment de bien-être qu'on éprouve lorsque les fonctions et les forces sont dans l'état le plus satisfaisant. En Italie, dans les campagnes de Naples, et jusques dans le désert qui entoure Rome, on trouve le rire sur le visage de pauvres paysans amaigris par la fièvre et la misère. Mais chez eux c'est en quelque sorte le résultat d'une organisation physiologique dont la sensibilité se manifeste par ce jeu tout instinctif de la physionomie. Chez les individus dont nous parlons, la joie est tout au contraire en parfaite harmonie avec la santé. On voit que l'une est le symptôme direct de l'autre. Cependant, malgré tous ses avantages, Mentone avait été négligée, oubliée même par les médecins qui se sont occupés de topographie hygiénénique. Comment recommander en effet cette petite ville de l'état de Monaco à ces malades élégans qui négligent les soins les plus impérieux pour ne rien sacrifier des plaisirs et des émotions d'un voyage en Italie? Un médecin avait ordonné à un malade qui avait choisi lui-même le ciel de Naples, d'aller demeurer quelques milles plus loin, dans une petite villa de la montagne de Castellamare; le malade s'échappait tous les jours pour aller flâner quelques heures au Corso. Combien de ces phthisiques de complexion nerveuse à qui le climat de Pise pourrait être si favorable à la première période du développement de l'affection quittent ce lieu salutaire pour aller se montrer à Florence dans les allées des Cascines ou dans une loge à la Pergola? Mais quelque empire que les préjugés, la mode ou l'amour de la dissipation aient sur les malades, ce n'est pas une raison pour fermer les yeux aux avantages hygiéniques que présentent quelques coins isolés et solitaires de l'Italie. Lorsque le médecin a le bonheur de les découvrir, son devoir l'oblige à les faire connaître. Notre art a des ressources trop bornées, trop insuffisantes pour ne pas s'empresser à mettre tout à profit.

Après avoir parlé de Mentone, comme on vient de le voir, c'est-à-dire de ma-

ÉTIOLOGIE.

Les causes réelles de l'oblitération veineuse spontanée sont fort obscures. Il n'est pas suffisant de dire que le phénomène se développe dans le cours de telle ou telle maladie, car cela ne démontre rien; il faut dire par exemple pourquoi et en vertu de quelle disposition générale il se développe. Or, le seul travail capable de jeter quelques lumières sur ce sujet n'a pas été entrepris. Aucune analyse du sang ne fait connaître la composition de ce liquide lors de sa coagulation dans les maladies chroniques. Il est cependant certain que c'est là ce qu'il faudrait connaître pour déterminer les causes du phénomène qui nous occupe.

Mais si notre ignorance est grande en pareille matière, il ne faut point nous décourager. Si les rapports qui existent entre la coagulation du sang veineux et les maladies chroniques sont inconnus, du moins leur existence est démontrée; c'est déjà quelque chose, c'est un acheminement vers une solution plus satisfaisante.

L'état où se trouve un individu en proie à une affection chronique quelconque est donc la cause de la coagulation du sang veineux. Que cette affection chronique soit accompagnée d'un état fébrile, ou qu'elle ne le soit pas, peu importe; cependant celles qui sont accompagnées de fièvre paraissent favoriser davantage le développement de la maladie. La phthisie pulmonaire doit être placée au premier rang; viennent ensuite les cancers de l'utérus, de l'estomac et du foie, les affections scrofuleuses des os accompagnées de fièvre hectique, comme le mal de Pott, et les tumeurs blanches, les grandes plaies, dans lesquelles il y a résorption lente des matériaux de la suppuration, comme dans les brûlures étendues. Je rappellerai ici les deux faits que j'ai observés : l'un est relatif à l'oblitération des veines du membre inférieur gauche, survenue chez un jeune malade qui avait une brûlure de toute la partie postérieure du tronc; et l'autre l'oblitération des veines des deux membres, développée dans des circonstances pareilles et chez une petite fille de 3 ans. Le premier de ces faits a été pris dans le service de M. Lenoir, à l'hôpital Necker; et le second dans le service de M. Trousseau. Parmi les maladies chroniques fébriles qui semblent avoir encore quelque influence sur la coagulation du sang veineux, je citerai les maladies du rein; car j'en ai vu un exemple chez M. Rayer, la fièvre typhoïde guérie, mais passée à cet état fâcheux et rare où les malades conservent de la fièvre et tombent dans un marasme d'où ils ne peuvent plus se relever.

Dans les affections chroniques non fébriles, cette complication est fort rare; néanmoins, elle s'observe quelquefois dans les maladies organiques du cœur, et j'en ai rapporté deux exemples; dans l'anémie qui résulte de saignées trop abondantes, pratiquées pour un très bon motif d'ailleurs, dans le cours d'une maladie, etc.

Dans tous ces cas, l'oblitération veineuse résulte de la disposition générale des individus, et s'accomplit toujours dans un endroit éloigné de l'organe malade.

Nous avons éloigné à dessein de notre tableau, et comme étrangers à notre sujet, les exemples d'oblitération veineuse développée au voisinage d'une partie enflammée; car c'eût été introduire dans la question un élément capable de l'obscurcir. Ici l'oblitération est causée par une phlegmasie communiquée de proche en proche, et là, au contraire, elle se développe sans cause appréciable. Nous n'avons voulu parler que de la phlébite adhésive spontanée, nullement de la phlébite adhésive que cause l'inflammation d'un tissu voisin. C'est pour cette raison que, dans notre travail, et en particulier dans ce chapitre consacré à l'étiologie, je n'ai point parlé de la coagulation du sang qui se fait à chaque instant autour des altérations pathologiques de nos organes et aux environs des veines variqueuses. C'est pour cela que nous n'avons point parlé du travail de M. Ribes. Chez les malades qui ont des varices aux jambes, l'obstacle à la circulation, comme la phlegmasie si fréquente du tissu cellulaire qui environne les veines dilatées, sont les causes toutes locales de cette coagulation partielle. On pourrait en dire autant à l'égard de certains exemples d'oblitération de la veine-porte dans le cancer du foie et des veines du bassin dans le cancer de l'utérus.

En résumé, nulle circonstance extérieure, nulle cause locale ne peuvent rendre compte de la phlébite adhésive des maladies chroniques. La coagulation du sang veineux tient uniquement à l'état général des individus.

TRAITEMENT.

Chacun comprendra sans doute comme moi les devoirs imposés au médecin par cette complication de la dernière période des maladies chroniques. Nous savons maintenant qu'elle n'a par elle-même aucune gravité; il n'est par conséquent pas nécessaire de lui opposer une médication énergique. Ce serait d'ailleurs un expédient fâcheux; car, en pareille circonstance, ce qu'on pourrait méditer contre l'affection locale serait assurément nuisible à l'affection générale.

Je conseille donc, d'une manière générale, de proscrire du traitement de cette maladie les saignées, les sangsues et les applications de vésicatoires volans. S'il est des cas particuliers dans lesquels une de ces médications doive être mise en usage, je les indiquerai plus loin.

Pour le moment, sachons bien qu'il n'y a rien à faire d'actif contre l'oblitération veineuse des cachexies et des maladies chroniques. Il faut examiner le malade avec soin, calculer le degré de force qui lui reste, apprécier sa résistance vitale, et connaître parfaitement bien tous les symptômes qu'il éprouve pour apporter un adoucissement à ses souffrances. On ne peut toujours guérir les malades; c'est déjà faire beaucoup que d'arriver à pouvoir les soulager.

Dans l'oblitération des veines des membres, il faut calculer la douleur locale à l'aide de fomentations émollientes et narcotiques, envelopper les membres avec de la flanelle, pour les tenir à un degré de température propre à faciliter la circulation collatérale, et donner à l'intérieur des potions gommeuses opiacées, si l'état général en autorise la prescription.

Cette pratique est la plus sage et la plus convenable; c'est aussi celle qui sera le plus souvent suivie, en raison de la fréquence même du siége de la coagulation du sang dans les veines des membres inférieurs. Elle doit être également employée lors de l'affection veineuse des membres supérieurs. Mais il faut la modifier en présence des cas exceptionnels, comme l'oblitération de la veine-cave supérieure, de l'artère pulmonaire, etc. Il est évident alors qu'il faut se laisser guider par les symptômes qu'on observe. Ainsi, lorsque chez un homme assez fort, comme celui dont nous avons rapporté l'histoire, il existe, avec l'oblitération de la veine-cave supérieure et des veines qui en dépendent, une congestion cérébrale violente et une cyanose complète, il faut recourir à l'emploi de la saignée. C'est aussi ce que M. Rayer a fait avec avantage. Lorsqu'il

---

nière à rendre justice aux précieux avantages que présente son climat, on s'attend peut-être à lire une appréciation aussi favorable du climat de Gênes. Généralement cette ville jouit d'une certaine renommée hygiénique. On ne se borne pas dans quelques publications sérieuses sur l'Italie à la mettre sur le rang des villes les plus salubres de la péninsule, on va même jusqu'à parler de l'influence particulière de l'air qu'on y respire et des avantages que les tempéramens nerveux et débiles, et même les poitrines délicates peuvent en retirer. Sans doute le climat de Gênes est salubre; mais il ne l'est pas pour toutes les constitutions et surtout pour certaines maladies. Celles de la poitrine doivent redouter le climat de Gênes au lieu de le rechercher. Loin d'y recouvrer la guérison, les personnes affectées d'un commencement de phthisie ou d'une maladie chronique des organes pulmonaires y trouveraient plutôt l'aggravation de leurs souffrances et même un dénouement fatal.

Gênes est construite sur le penchant de la montagne qui fait partie de la chaîne de l'Apennin. Les rues basses touchent au port, et les supérieures occupent des rampes superposées et presque parallèles entre elles. Les communications se font par des ruelles étroites qui courent sur les flancs de la montagne et qu'on gravit à grand'peine, lorsqu'au lieu de faire un détour on prend le chemin de la ligne droite. Cette disposition, qui a quelque analogie avec la partie de Naples comprise depuis le fort Saint-Elme jusqu'au quartier de Chiaja, favorise parfaitement l'écoulement des eaux. Les grandes rues, qui sont pratiquées horizontalement sur le penchant de la montagne, sont rarement souillées par la boue; les ruelles leur servent de canal d'écoulement quand les pluies abondantes des orages font déborder les ruisseaux, et la mer a bientôt reçu ce tribut grossi dans son cours par toutes les immondices qu'il a entraînées à son passage. D'un autre côté, ces ruelles si étroites et surtout si sales qui frappent la vue et affectent si désagréablement l'odorat à Naples sont généralement assez propres à Gênes, et leur nombre ne l'emporte pas de beaucoup sur celui des rues larges et bien tenues. Aussi l'air circule facilement dans toutes les parties de la ville, et si le ciel est quelquefois saturé d'eau, la ville ne garde pas longtemps cette influence hygrométrique. Pour peu que les nuages soient écartés par le vent et qu'un air sec et frais se fasse sentir pendant quelques heures, le pavé est essuyé et il ne reste plus rien d'une condition atmosphérique qui vient à peine de s'effacer.

La ville est trop dans la montagne pour qu'elle n'éprouve pas les atteintes du vent du nord. C'est, du reste, le vent du beau temps. C'est lui qui chasse les nuages poussés par les vents de mer. Mais s'il a un avantage, celui de dévoiler le soleil en hiver et d'amender pendant quelques heures de la journée les rigueurs de la température, il est très froid; car il passe sur des sommets couverts de neige. Il amène donc les gelées et toutes les conséquences ordinaires des climats plus septentrionaux. En été, ce même vent produit des effets contraires par le même moyen. En chassant les nuages qui sont amoncelés sur l'horizon par les vents méridionaux, il dépouille le ciel de ce voile de vapeur qui empêchait l'action directe des rayons solaires, et la chaleur atteint un très haut degré d'intensité. D'autres vents ont aussi une très grande influence sur le ciel de Gênes. Le mistral (nord-ouest) souffle en hiver et en automne, avec une force extraordinaire et fait subir au corps une impression de froid qu'on est étonné de ressentir dans une ville située sur les bords de la Méditerranée. En continuant à

existe en même temps un hydrothorax abondant qui gêne les fonctions du poumon, il n'est qu'un moyen convenable à mettre en usage pour faciliter la résorption du liquide épanché, c'est la vésication de la peau du thorax au niveau du côté affecté.

La saignée trouve encore son application, et son application très utile, dans l'oblitération de l'artère pulmonaire, pour combattre l'hémoptysie, qui en est la conséquence, et qui est le résultat de l'apoplexie du poumon. Ce serait une grande faute que de ne pas y recourir en pareille circonstance; car de tels accidens demandent à être combattus par une médication énergique.

Toutefois, je le répète en terminant, ces lésions sont très rares; néanmoins, comme elles ont été observées et qu'elles peuvent encore se reproduire, j'ai cru devoir indiquer sommairement la médication qu'il faut employer pour les combattre. Dans la presque totalité des cas, ces moyens sont inutiles; on se trouve dirigé par le siége anatomique de la maladie, et on ne met en usage que ceux que j'ai indiqués contre l'oblitération veineuse des membres inférieurs.

CHIRURGIE PRATIQUE.

RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE (extrait d'un travail adressé à l'Académie royale de médecine, le 21 septembre 1844); par le docteur L.-AUGUSTE MERCIER.

(Suite. — Voir les numéros 6, 10 et 14.)

CAUSES DE RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE.

D'après ce que j'ai dit précédemment, il est évident que toutes les causes capables d'ulcérer ou d'enflammer l'urèthre peuvent, par cela même, y déterminer des rétrécissemens. Toutefois je ne m'étendrai pas sur ces causes qui sont généralement connues; je dirai seulement, en peu de mots, que le virus blennorrhagique, pour être la plus fréquente, n'est pas la seule, et que bien d'autres produisent les mêmes effets, telles que le coït avec certaines femmes affectées de flueurs blanches, les excès de masturbation, certains vices généraux qui, venant s'ajouter aux causes locales, les rendent plus actives et plus rebelles, je veux parler des vices dartreux, scrofuleux, etc., dont M. Civiale a nié à tort l'influence. (MAL. DES ORG. GÉN. ET URIN., t. I, p. 151.)

Ajoutons à cela les chancres, surtout pour les rétrécissemens du méat, les contusions, principalement celles qui ouvrent aux urines une voie pour se répandre dans le tissu spongieux, cette manœuvre au moyen de laquelle certains individus croient se guérir d'une chaude-pisse cordée et qui, en redressant la verge, déchire l'urèthre, toute opération qui intéresse les parois de ce canal, notamment dans sa région spongieuse, et surtout encore si la cicatrisation tarde beaucoup à se faire, le séjour de corps étrangers introduits par lubricité ou comme moyen de traitement, le passage de calculs ou fragmens de calculs volumineux ou garnis d'aspérités, les fausses routes, etc.

Toutefois, par ce que des causes autres que la blennorrhagie peuvent amener des rétrécissemens de l'urèthre, on aurait tort de nier, comme l'a fait J. Hunter, l'influence de celle-ci dans leur production (ŒUV., t. II, p. 299). Certainement la blennorrhagie en est la cause la plus ordinaire; mais ce n'est que comme inflammation et non pas par une action spécifique; aussi tout ce qui peut provoquer une inflammation du canal, peut amener le même résultat. Rien donc d'étonnant que Hunter en ait rencontré vers la portion membraneuse d'un sujet de 19 ans, qui en était atteint depuis huit années et dont la constitution était *scrofuleuse*, les lèvres épaisses, les yeux malades et l'une des cornées opaques. (Loc. cit.)

Le même auteur a encore fait une autre objection : « On ne voit jamais, dit-il, les rétrécissemens se former pendant la durée de l'inflammation vénérienne, ni même dans les premiers temps qui suivent sa cessation. On a vu s'écouler trente et quelquefois quarante ans entre la guérison d'une gonorrhée et le début d'un rétrécissement. (*Ibid.*) »

Nous avons déjà vu que loin d'être une objection, cette circonstance s'accorde merveilleusement avec ce que j'ai dit sur la pathogénie de cette affection : si elle consistait en un dépôt de fausses membranes, en un engorgement inflammatoire des tissus, en une congestion vasculaire, c'est au plus fort de l'inflammation que les effets du rétrécissement devraient se faire le plus sentir; mais non, c'est un effet consécutif, un effet pour ainsi dire de la guérison.

Nous verrons d'ailleurs plus loin que souvent un rétrécissement arrive à une très grande étroitesse sans amener de dérangemens bien marqués, et que ce serait une grande erreur que de faire dater le début du mal du jour où les malades ont commencé à s'en plaindre, ou même à s'en apercevoir.

SIGNES DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE.

Peut-on, dans quelques circonstances, prévoir la formation d'un rétrécissement de l'urèthre?

D'après ce que j'ai dit, on peut le prédire presque à coup sûr quand le canal a été intéressé par une plaie contuse ou par une plaie simple qui a suppuré pendant longtemps.

Mais il n'en est pas de même à la suite d'une inflammation vénérienne ou spontanée.

D'abord cette inflammation, et beaucoup s'en faut, n'est pas inévitablement suivie de coarctation; ensuite, ni sa durée, ni son intensité ne peuvent servir de base rigoureuse à nos présomptions.

En général cependant lorsqu'une blennorrhagie se prolonge pendant longtemps, accompagnée d'un écoulement abondant, on a fort à craindre un rétrécissement de l'urèthre; tandis que les inflammations qui ne sont pas ou presque pas accompagnées de suintement sont plutôt suivies de valvule au col de la vessie; néanmoins je ne donne pas cela comme une règle absolue.

D'un autre côté, quand une inflammation s'étend au-delà de la muqueuse et qu'elle envahit le tissu spongieux, on doit encore redouter un rétrécissement. Toutefois cette affection n'est pas aussi fréquente après la chaude-pisse cordée que ce que je viens de dire pourrait porter à le croire, peut-être parce que l'inflammation du tissu spongieux s'accompagne alors de phénomènes tels qu'on néglige rarement les moyens d'y mettre un terme le plus promptement possible.

Mais lorsque la phlegmasie du tissu spongieux est très bornée, elle n'a

---

décrire minutieusement toutes ces influences, il en sortirait aussitôt cette conclusion, que Gênes, bien que cachée pour ainsi dire dans une enceinte de montagnes, n'est à l'abri d'aucun des grands mouvemens de l'atmosphère. Or, avec de telles conditions, il est impossible que le climat ne présente pas ces variations multipliées, ces transitions subites qui agissent avec tant de puissance sur l'économie. Rien ne prouve mieux, puisque d'ailleurs les différences thermométriques sont si grandes sous ce ciel, de l'hiver à l'été, que le chiffre élevé d'affections de poitrine, de rhumatismes, d'hémoptysies que constatent les statistiques locales. Un seul vent peut-être, le vent d'ouest vient répandre une douce influence sur la ville. C'est au printemps qu'il commence à souffler, et c'est lui qui, pendant la belle saison, est la brise fraîche qui tempère ou éteint l'intensité de la chaleur. L'homme qui travaille courbé sur la terre, dans les chaudes vallées de la montagne, ou celui qui divise péniblement avec sa rame les eaux tièdes du golfe, relèvent la tête et accueillent avec bonheur le souffle de ce vent bien aimé. Les *ponenteli*, c'est-à-dire tous les vents qui viennent de l'occident, sont les délices de Gênes pendant les ardeurs caniculaires du mois de juillet. Malheureusement, ce zéphir de la Ligurie abdique son influence après les mois de l'été. En hiver, il se transforme, et, lorsqu'il règne, il amène le froid et les nuages de pluie.

Malgré tous ces inconvéniens, modifiés par quelques avantages, le climat de Gênes permet la culture des mêmes richesses végétales qui couvrent les croupes montagneuses de la campagne de Naples et les admirables vallées de Sorrente. Les montagnes renferment dans leurs profondeurs des surfaces plus ou moins abritées des vents et quelquefois disposées de manière à absorber toute la chaleur solaire, où les plantes les plus méridionales peuvent atteindre leur plus bel accroissement. Il est donc tout naturel que là, comme dans certaines parties du golfe ligurien et dans les états de Naples, les orangers et les citronniers y donnent de beaux produits. Seulement, quand les hivers sont rigoureux, ils déciment cruellement ces précieuses plantations, et celui de 1820 est, parmi tant d'autres, un exemple qui ne s'est pas encore effacé du souvenir des Génois. Par opposition à cette mortalité par le froid, il y a aussi pendant les ardeurs de l'été une mortalité par le chaud qui détruit en très peu de temps les espérances du cultivateur. Ce fléau est amené par un vent méridional chaud et humide qui chasse devant lui un léger brouillard dont les atteintes flétrissent ou désorganisent les frêles pousses des plantes. Le mois de juin est la saison pendant laquelle ce vent si pernicieux vient frapper les récoltes. A cette époque, la vigne est en fleurs, et c'est elle qui a le plus à souffrir de l'invasion du fléau. On n'a pas dit, que je sache, du moins avec quelques détails, quelle était l'influence que l'économie éprouvait pendant le règne de ce vent désastreux. Ce brouillard délétère, qui s'étend sur les campagnes et laisse partout des traces de son passage, doit agir avec une intensité plus ou moins considérable sur la sensibilité des habitans. Des influences de cette nature ne doivent-elles pas produire surtout ces maladies de caractère adynamique ou ataxique qui se développent ou au commencement de l'été ou pendant la saison d'automne? Gênes, malgré sa salubrité, n'est pas plus exempte de ces affections que la plupart des villes des pays méridionaux. Malheureusement, l'analyse chimique n'a pas pu vérifier encore les causes et en manifester la présence dans le fluide atmosphérique, avec ses procédés. Mais il y a des phénomènes qui s'éclairent mutuellement par

pas les mêmes effets. Il n'est pas rare effectivement d'observer pendant le cours d'une blennorrhagie, une petite tumeur dure et assez sensible sur le trajet de l'urèthre; mais comme elle a peu d'étendue, elle ne gêne pas sensiblement pendant l'érection et les malades ne s'en occupent que fort peu. L'inflammation poursuit donc sa marche, et l'oblitération, la suppuration même des aréoles peuvent s'ensuivre. C'est ainsi que se forment ces petits abcès qui s'ouvrent tantôt extérieurement, tantôt et plus souvent du côté du canal. Il paraît qu'on en observe souvent de ce genre chez les jeunes filles à l'hôpital du Midi, et que quand ils sont vidés et qu'ils s'effacent, il se forme à leur place une bride ou une dépression. (Vidal, PATH. EX., t. V, p. 319.)

Comment se font ces inflammations partielles? c'est ce qu'il serait, je crois, difficile de dire; cependant il est à croire qu'elles ont pour point de départ une de ces lacunes qui s'enfoncent quelquefois profondément dans les parois de l'urèthre. On conçoit en effet que le travail morbide envahisse alors les aréoles adjacentes jusqu'à une certaine distance et qu'il en résulte les engorgemens plus ou moins circonscrits qu'on sent extérieurement. J'ai communiqué mes craintes à plusieurs malades qui se trouvaient dans ce cas, et j'ai vu, au moins une fois, mes prévisions se réaliser; quant aux autres, je n'en ai pas entendu parler. Est-ce à dire pour cela qu'il n'en a pas été ainsi? nullement; car il pourrait se faire que ces malades se fussent adressés ailleurs, ou bien que le rétrécissement ne fût pas encore arrivé, au moment où je parle, à un degré assez avancé pour devenir sensible. D'ailleurs ces engorgemens circonscrits se résolvent quelquefois à temps, et d'autres fois ils se bornent à produire ces rétrécissemens partiels, ces petites brides qui, lorsque rien ne les complique, ne gênent pas notablement le cours de l'urine.

En résumé, lorsqu'un engorgement inflammatoire a occupé pendant un certain temps une partie plus ou moins étendue du tissu spongieux, ou lorsqu'une chaude-pisse se prolonge pendant longtemps, ou se reproduit à chaque instant et pour la moindre cause, on doit craindre la formation d'un ou de plusieurs rétrécissemens. Dans le premier cas, l'altération est au siége de l'engorgement; dans le second, elle occupe presque toujours le point d'union de la portion membraneuse avec le bulbe.

On peut encore prévoir un rétrécissement, quand un chancre se forme à portée de la vue dans le canal, ou, qu'extérieur au canal, il finit par l'envahir.

Quoiqu'il en soit, ce n'est ordinairement que lorsqu'il survient des dérangemens fonctionnels qu'on est consulté. Or, ces dérangemens peuvent avoir lieu du côté de l'excrétion urinaire ou de l'émission du sperme.

DÉRANGEMENS DE L'EXCRÉTION URINAIRE.

On dit généralement qu'à mesure que le rétrécissement devient plus étroit, le passage de l'urine devient plus difficile, que celle-ci ne forme plus qu'un filet de plus en plus fin, aplati, bifurqué, entortillé, qu'elle finit par ne sortir que goutte à goutte, et en partie seulement, de telle sorte que la vessie ne se vidant jamais complètement, les besoins d'uriner se font sentir à chaque instant, jusqu'à ce qu'enfin l'excrétion urinaire se trouve complètement suspendue.

Ce tableau est vrai dans beaucoup de cas; mais on s'exposerait à de graves et nombreuses erreurs si l'on y ajoutait une confiance trop aveugle. Il n'est pas rare, en effet, de voir l'urine sortir avec force et par un jet assez volumineux, quoiqu'une bougie d'un très faible calibre ne puisse franchir la coarctation; et, d'un autre côté, il est moins rare encore de voir des individus qui n'urinent qu'avec peine, goutte à goutte, qui même sont pris à chaque instant de rétention d'urine, et chez lesquels, malgré cela, on introduit sans difficulté des instrumens assez volumineux. Bien plus, il en est qui, loin d'être pris de rétention d'urine, sont affectés d'une incontinence habituelle.

Ceci exige que j'entre dans quelques considérations assez étendues; mais on sera, j'espère, dédommagé de la peine de les lire par l'importance des indications pratiques qui en découlent.

Frappé des différences que, toutes choses étant supposées aussi égales que possibles, le jet présente suivant les individus, et, à différentes époques, chez le même individu, Hunter en avait conclu que ces différences sont l'effet d'un spasme; il dit même avoir observé qu'alors le canal est irritable et très douloureux lorsqu'on introduit une bougie. (ŒUV., t. II, p. 327.) Mais, où se produit ce spasme? « L'examen du sujet, dit-il, nous mène à cette conclusion, qu'il est difficile de croire que le spasme ait son siége dans le rétrécissement même qu'on ne peut guère supposer capable de contraction. On pourrait donc naturellement le rapporter à la partie saine de l'urèthre, en admettant qu'il soit déterminé par l'obstacle que rencontre l'écoulement de l'urine. Si cette manière de voir est juste, on doit supposer que la contraction s'effectue dans la partie qui est située derrière le rétrécissement, puisque c'est la seule partie qui soit dilatée par l'urine. L'urèthre étant alors très irritable, cette partie peut se contracter assez pour arrêter complètement le jet d'urine; mais quelques circonstances qui se présentent dans la pratique fournissent des raisons de croire que les rétrécissemens eux-mêmes sont susceptibles de se contracter. » (Ibid.)

Quelles sont donc ces raisons assez puissantes pour faire subitement passer un esprit comme celui de Hunter, d'une proposition à une autre évidemment contraire?

Les voici: « On trouve, en effet, que les bougies ont été serrées par le rétrécissement lorsqu'elles sont restées quelque temps dans l'urèthre, et, ce qui prouve encore cette assertion, c'est que le rétrécissement, tantôt s'oppose au passage de la bougie, et tantôt la laisse pénétrer. » (Ibid.)

Voyons jusqu'à quel point ces raisons sont péremptoires.

En premier lieu, si Hunter veut dire que les bougies sont plus serrées lorsqu'elles sont restées quelque temps en place, il a émis une opinion fausse relativement à la majorité des faits, et une interprétation inexacte de quelques exceptions. Chacun sait qu'une bougie est bien plus libre le lendemain que le jour même de son introduction. Elle peut causer plus de douleur; mais elle n'est pas plus serrée: on sait même qu'il suffit quelquefois de la fixer au-devant du rétrécissement pour franchir le lendemain ce qui n'avait pu l'être immédiatement.

Mais j'ai parlé d'exceptions; voici en quoi elles consistent:

Quelquefois, dans des cas de rétrécissement très dur, la bougie, et c'est surtout de celles de cire qu'il s'agit, est encore très serrée au bout d'une demi-heure, une heure, et parfois même elle l'est plus qu'au moment de l'introduction. Mais qu'on la laisse plus longtemps, et l'on verra cet état de constriction s'affaiblir peu à peu. C'est qu'il tient moins au resserrement du rétrécissement qu'à ce que le tissu de la bougie s'est gonflé par l'humidité plus vite que le rétrécissement ne s'est laissé distendre; mais

---

leur concomitance. Il est probable qu'on est arrivé plus souvent à la vérité en suivant cette méthode d'induction qu'en employant ces moyens matériels d'analyse, qui ont du moins le précieux avantage de faire toucher du doigt ce que l'esprit pouvait seulement supposer.

D'après le coup-d'œil que nous venons de jeter sur le climat de Gênes, on voit qu'il ne mérite pas trop la préférence du malade et la confiance du médecin. Il faut avoir un corps sain et une grande force de résistance pour ne pas recevoir le contre-coup de ces transitions brusques de l'état de l'air et de la température qui se répètent dans presque toutes les saisons. Il y a cependant une époque de l'année que le voyageur ou le malade doivent choisir, au moins le second, pour visiter Gênes: c'est celle pendant laquelle soufflent les *Ponentelli*, ces vents de l'Occident dont nous avons décrit l'hygiénique influence. A cette époque, le lieu d'habitation qu'il faut choisir pour jouir le mieux possible des avantages du climat, c'est cette partie de la ville qui s'étend depuis la place de l'Annunziata jusqu'aux maisons de campagne qui garnissent la côte à partir du palais et des jardins Doria. Il y a une promenade, l'Acqua Sola, qui est située sur une plate-forme, à l'extrémité orientale de la cité, dans le voisinage de ce fameux hospice des fous, dont la réputation comme édifice est assez connue, et a le privilége exclusif d'attirer les promeneurs. Il est vrai qu'on jouit, de cette terrasse élevée, d'un magnifique point de vue sur la campagne, l'Apennin et l'admirable plage bleue de la Méditerranée. Mais ce n'est pas là que se trouve la meilleure place pour respirer les brises rafraîchissantes qui viennent de l'Occident pendant les ardeurs de l'été. Les Génois n'ont pensé qu'au merveilleux diorama qui se développe sous les yeux des promeneurs, du haut de l'Acqua-Sola: ils ont fermé l'oreille aux conseils de l'hygiène.

Parlerai-je, avant de finir, de la population génoise? Le type caractéristique est très confus; il manque absolument de précision. Il a quelque chose de la physionomie des Italiens, mais il est aussi altéré, aussi méconnaissable que le langage dans la bouche des indigènes. La ressemblance par le corps et par cette belle langue italienne qu'on parle si bien à Sienne et à Rome, fait également défaut chez le Génois. Quant à l'empreinte que le climat a fait contracter aux habitans, elle est très reconnaissable. Ainsi les femmes de Gênes présentent ou ce caractère de sensibilité vive, ou cet embonpoint lymphatique qui décèle l'absence de la force et l'instabilité de la santé. Les hommes se font rarement remarquer par cette vigoureuse musculature qui se rencontre même dans certaines parties de l'Italie méridionale; ils ont plutôt une grande activité, une remarquable puissance nerveuse, ce qui ne surprend pas si on s'arrête un moment sur le rôle que Gêne a joué dans l'histoire, depuis sa fondation. C'est d'ailleurs ce tempérament particulier qui est l'apanage de l'habitant des lieux où sévissent des changemens brusques et répétés dans les conditions générales de l'atmosphère. Le système nerveux continuellement mis en jeu par le mouvement incessant du milieu qui l'impressionne, acquiert un état de surexcitation qui est tout au profit de l'activité du corps et même du travail de l'esprit. Le bien consiste à pouvoir résister à cette fatigue exagérée des organes; ceux qui manquent d'une énergie suffisante sont condamnés à souffrir jusqu'à ce que cette lame de la sensibilité nerveuse ait entièrement usé le fourreau.

ED. C.

ce gonflement atteindra plus tôt ses limites que la dilatabilité du tissu induré, et alors la bougie deviendra libre.

Si Hunter a voulu dire simplement que les bougies, lorsqu'elles sont restées quelque temps en place, offrent souvent des empreintes, des espèces d'étranglement qu'elles n'auraient pas présentées immédiatement, il a dit vrai; mais je ne vois rien là qui milite en faveur de son opinion.

Lorsqu'une bougie de cire a pénétré de force à travers un rétrécissement dur et calleux, il y a lutte, pour ainsi dire : la cire, en perdant de sa consistance, cède à la compression, et le tissu se gonfle davantage en avant et en arrière qu'au niveau même de la constriction. Voilà, par conséquent, deux raisons pour expliquer les empreintes dont il s'agit, sans avoir besoin d'admettre un spasme des rétrécissemens.

Quant à ce second argument : « Le rétrécissement tantôt s'oppose au passage de la bougie et tantôt le laisse pénétrer, » il faudrait, avant d'en tirer les conséquences auxquelles notre auteur est arrivé, être bien sûr que le fait n'est pas susceptible d'une autre interprétation, ainsi que je l'ai déjà fait voir précédemment (voy. p. 85). Hunter ne dit pas s'il a observé ce phénomène dans toutes les parties de l'urèthre. Quant à moi, je l'ai souvent rencontré, mais c'était dans des cas où la coarctation existait à l'union du bulbe et de la portion membraneuse, là on le canal change brusquement de direction et où il est environné de muscles; et comme ces cas sont les plus fréquens sans comparaison, c'en était probablement de ce genre qui ont servi de base à la remarque de Hunter.

Pour ce qui concerne le jet urinaire, voici ce qui me semble résulter de mes observations.

Lorsqu'un rétrécissement existe sans complications, il peut arriver à un degré très avancé sans diminuer sensiblement le jet de l'urine. A mesure que l'obstacle devient plus prononcé, la vessie s'hypertrophie, acquiert plus de force, les muscles abdominaux font plus d'efforts et l'urine est par conséquent poussée avec plus d'énergie. Si elle passe par un filet plus fin *à travers le rétrécissement*, elle le fait avec plus de rapidité; il y a, du moins en partie, compensation, et comme ces changemens se sont opérés avec lenteur et graduellement, souvent le malade n'en a pas conscience.

Cependant, quand un rétrécissement est très étroit un nouvel élément vient compliquer le diagnostic. L'effort que l'urine fait derrière l'obstacle distend douloureusement les parois de l'urèthre, surtout si elles ne sont pas soutenues par les tissus ambians, à la région spongieuse, par exemple. Remarquons, en effet, quelle douleur on éprouve si, pendant qu'on urine, on presse sur le canal de manière à intercepter, même incomplètement, le cours du liquide. Il est certain que la rupture de l'urèthre ne tarderait pas à survenir si cette distension durait quelque temps et se répétait trop souvent. Aussi, dans les cas de rétrécissement, comme dans ceux d'uréthrite (voy. p. 88), notre instinct veille-t-il presque toujours à ce que l'urine n'arrive pas à l'obstacle avec trop de précipitation, mais peu à peu et en proportion de la facilité avec laquelle elle pourra le franchir. C'est le faisceau constricteur du col de la vessie que la nature met alors en jeu; souvent même elle dépasse le but et le spasme qu'elle y détermine est tel que l'urine se trouve complètement arrêtée.

Mais si la stricture est la cause de ce spasme, il est évident qu'en dilatant le premier on fera disparaître le second. Voilà, sans doute, pourquoi M. Civiale, qui a vu ce qu'il appelle *névralgie* du col de la vessie naître sous l'influence de très faibles rétrécissemens du méat urinaire, l'a vu disparaître immédiatement après que le débridement eût été opéré. « J'en ai rencontré, dit-il, beaucoup d'exemples, et j'avoue que je n'ai pas admis sans quelque hésitation l'influence d'une cause qui ne me paraissait d'abord n'avoir aucune portée; mais je n'avais fait qu'inciser le méat urinaire et introduire quelques bougies, afin d'empêcher la petite plaie de se réunir immédiatement; néanmoins je voyais tous les accidens disparaître. En se multipliant, les faits dissipèrent mes doutes, et le résultat s'offre assez constamment aujourd'hui pour qu'il me soit permis de l'annoncer comme certain. » (MAL. DES ORG. GÉN. URIN., t. II, p. 40). On voit maintenant que ce qui paraît une énigme à M. Civiale est un fait très simple, et l'on comprend que si les *très faibles* rétrécissemens eussent été hors de la portée de la vue, on aurait pu supposer, pour expliquer les accidens dont ils étaient accompagnés, qu'ils se contractaient spasmodiquement.

Le succès n'est cependant pas toujours aussi immédiat, aussi certain qu'on pourrait le croire d'après le passage que je viens de citer, et cela a lieu surtout dans certains cas où une cause pathologique s'ajoute au désordre fonctionnel. Souvent, en effet, l'inflammation qui a provoqué la formation du rétrécissement persiste dans la partie profonde du canal, ou bien celui-ci, à chaque instant distendu, irrité par l'urine, s'enflamme, s'il ne l'était pas déjà, et la contracture du faisceau constricteur du col de la vessie se produit sous cette influence.

Dans ces cas, ce n'est souvent que quand l'inflammation a disparu que cette contracture se dissipe complètement. Dernièrement encore, j'eus occasion de m'en assurer.

Un jeune médecin des plus distingués s'est adressé à moi, frappé des faits dont j'avais entretenu la Société anatomique dont il était l'un des dignitaires. Il y a deux ans, je ne lui avais trouvé qu'une inflammation chronique de la région prostatique, avec suintement habituel, et je lui avais fait une cautérisation superficielle qui avait eu les plus heureux effets. Il fut ainsi pendant quelque temps tranquille; mais, il y a quelques mois, il s'aperçut d'une difficulté à uriner qui l'inquiéta et pour laquelle il me consulta de nouveau. Je lui trouvai deux rétrécissemens, l'un à peu de distance du méat, l'autre à la courbure du canal, et une sensibilité encore assez vive de la région prostatique. J'avais largement dilaté ces deux rétrécissemens, et cependant il survint pendant quelque temps encore des rétentions brusques d'urine. Ce n'est qu'à mesure que l'inflammation diminua que l'état normal se rétablit.

Dans ce cas, les phénomènes spasmodiques étaient on ne peut plus marqués. Plusieurs fois mes bougies se sont arrêtées brusquement à l'entrée de la portion membraneuse, et il m'a suffi de les courber vers la pointe pour les faire pénétrer sans difficulté. La saillie du bord postérieur du col de la vessie était également très perceptible, et le malade disait sentir lui-même parfaitement que c'était là que l'urine se trouvait arrêtée.

M. Béniqué parle d'un malade affecté d'un écoulement chronique rebelle et d'un rétrécissement dans lequel il fit passer, sans la moindre difficulté, une bougie très souple de 3 millim. « A peine, dit-il, un léger frottement m'indiqua-t-il le moment où elle franchissait l'obstacle. Le lendemain j'appris avec surprise que le malade ne pouvait plus uriner. Il fit devant moi des efforts inutiles; la verge se gonflait, la vessie était pleine de liquide, mais il n'en sortait pas une goutte. Cependant la bougie pénétra dans la vessie aussi facilement que la veille; je la retirai et le malade évacua près d'un litre d'urine. » (OBS. SUR LE TRAIT. DES RÉTR.

AU RÉDACTEUR. — LETTRE DE M. JULES BARSE A L'ACADÉMIE DES SCIENCES, SUR LES TRAVAUX DE M. FLANDIN.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous communiquer une lettre que je viens d'adresser à l'Académie des sciences, en réponse à celle de MM. Flandin et Danger. Mon but, en vous priant d'insérer cette lettre *in extenso* dans la GAZETTE MÉDICALE, est d'appeler l'attention de vos lecteurs sur certaines pratiques qui tendent à s'établir dans la discussion scientifique. De tout temps, les équivoques, les faux fuyans ont été la ressource des mauvaises causes et des mauvais esprits; mais à aucune époque ces ressources n'avaient été organisées en système, et jamais surtout elles n'avaient obtenu le succès qu'elles obtiennent aujourd'hui. Il appartient à la GAZETTE MÉDICALE de favoriser les efforts de ceux qui veulent extirper d'aussi regrettables moyens, et ramener les habitudes de bonne foi et de loyauté scientifiques, sans lesquelles il n'y a pas de discussion possible. J'espère donc, Monsieur, que vous voudrez bien accorder place à ma lettre dans votre prochain numéro.

Agréez, Monsieur, etc.

LETTRE DE M. JULES BARSE A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Monsieur le président,

La Cour d'assises de la Meuse prononce en ce moment sur la culpabilité de Marie Wattier, accusée d'empoisonnement. L'analyse du cadavre de l'une des victimes a fourni aux experts une certaine quantité de *cuivre métallique*.

Si la justice eût appelé ceux des chimistes qui, comme M. Flandin, nient l'existence de ce métal dans l'économie de l'homme qui a succombé à une mort naturelle, Marie Wattier aurait vu ce cuivre se dresser contre elle en un *corps de délit*.

Mais la justice, ayant confié l'expertise à MM. Devergie, Lesueur et moi, la découverte de ce cuivre devra être sans importance contre cette accusée, car nous avons déclaré, en honneur et conscience, qu'il existe dans des proportions semblables chez des individus non empoisonnés.

Telle est la cause grave pour laquelle j'ai cru devoir adresser une protestation énergique contre M. Flandin, quand j'ai vu ce médecin s'appuyer de l'autorité de l'Académie pour des doctrines que je crois erronées. Il n'y a point *ici de question personnelle*; il y a danger imminent pour la société, jusqu'à ce que la commission nommée veuille bien apprendre à la magistrature, qui de M. Flandin ou de moi entraîne la justice dans des fautes irréparables; car, lorsque l'un de nous tend à faire condamner, l'autre tend à faire absoudre.

de l'urèthre, p. 38, 1845.) Il est évident que la bougie avait aggravé l'inflammation et que c'est sous cette influence que le spasme du col vésical s'était manifesté; déjà des phénomènes analogues avaient eu lieu à la suite de quelques cautérisations.

Ajoutons enfin que, quelquefois même, lorsque le spasme du sphincter a duré trop longtemps, surtout si cette anse musculaire a été elle-même le siége d'un travail inflammatoire, sa contracture se change en une véritable rétraction, et que la valvule au moyen de laquelle elle ferme la vessie dans l'état naturel, devient permanente. J'en ai cité des exemples constatés par l'autopsie (voy. p. 217), et tout récemment, les nombreux élèves qui suivent la clinique de M. A. Bérard ont pu voir, au n° 20 de la salle St-Gabriel, un homme de 36 ans, qui, après avoir été traité, à plusieurs reprises et pendant plusieurs mois, d'un rétrécissement de l'urèthre, n'urinait que par un filet extrêmement fin, et quelquefois même était pris d'ischurie, bien qu'un cathéter de 7 ou 8 millimètres pût facilement franchir le point rétréci. J'ai reconnu, à l'aide de ma sonde exploratrice, une valvule vésico-uréthrale que des circonstances indépendantes de ma volonté et de celle du chef de service ne me permirent pas d'opérer.

C'est à cette complication fréquente que doivent très probablement être rapportés des phénomènes particuliers qu'on ne pouvait expliquer, et qu'on attribuait par cela même au spasme du point rétréci ou à toute autre cause. M. Civiale parle de plusieurs malades qui avaient été, ou scarifiés, ou cautérisés, et qui ne pouvaient uriner, quoique leur urèthre admît sans difficulté une sonde de gros calibre, et il attribue cette circonstance singulière à ce que les méthodes employées, ayant fait perdre aux parois toute leur souplesse, les avaient ainsi rendues impropres à remplir leurs fonctions. (Mal. des org. gén.-urin., t. i, p. 282.) Mais, est-ce qu'un canal, fût-il métallique comme les parois d'une sonde, ne laisse pas toujours passer un liquide, du moment que son calibre et sa direction le permettent? Si M. Civiale eût observé avec un peu moins de prévention, il aurait certainement rencontré pareil phénomène après la dilatation, comme j'en citais tout à l'heure un exemple.

Des faits analogues se sont également présentés à M. Amussat; mais il en donne une autre explication : « Un phénomène assez curieux, dit-il, et qui surprend beaucoup les malades, c'est que le jet de l'urine continue à être très fin, quoiqu'on introduise dans leur canal des sondes de plusieurs lignes de diamètre. » (Leçons, etc., p. 112.) Il explique ce phénomène par une bride qui se laisse déprimer d'avant en arrière par la sonde, tandis que l'urine qui vient de la vessie la soulève d'arrière en avant. Mais il faudrait, pour cela, que la valvule eût la disposition et la souplesse des valvules des veines, et je ne sache pas que l'anatomie pathologique en ait jamais offert de ce genre.

Une circonstance qui a fait croire au spasme des rétrécissemens de l'urèthre, c'est la difficulté qui survient quelquefois dans l'émission urinaire, pendant les accès de fièvre intermittente qui compliquent parfois cette maladie. (Bullet. soc. anat., 1836, p. 266.) Mais je suis persuadé que c'est au col de la vessie, et non pas au niveau du rétrécissement, que doit être cherchée la cause de cette aggravation. Je ne sais si l'on a vu l'ischurie survenir dans des accès de fièvre intermittente sans rétrécissement uréthral; mais j'ai été obligé de sonder un individu qui fut pris de spasme du col de la vessie pendant qu'il était affecté de colique de plomb. L'observation de ce malade a été recueillie et publiée par M. Tanquerel-des-Planches. (Mal. de plomb, t. i, p. 456.)

Hunter se base encore sur une autre raison pour admettre le spasme des rétrécissemens : « Les cas qui nous occupent, dit-il, présentent quelquefois une circonstance singulière : c'est que lorsqu'il survient une gonorrhée ou tout autre écoulement de pus par l'urèthre, on qu'un suintement habituel augmente d'intensité, le canal devient libre. (Loc. cit.) » Mais, sans révoquer en doute l'exactitude des deux observations citées par le célèbre chirurgien anglais, je me contenterai de rappeler que, dans bien des cas, il suffit d'introduire une bougie dans la partie antérieure du canal pour faire cesser une rétention d'urine due au spasme du col de la vessie, soit qu'elle fasse cesser ce spasme par une sorte de révulsion, soit qu'il en résulte une stimulation de la vessie capable de vaincre la résistance. Remarquons d'ailleurs que, si les faits observés par Hunter avaient la signification qu'il leur suppose, les rétrécissemens devraient être d'autant moins sujets au spasme qu'ils sont plus enflammés; or, il a dit précédemment, et à la même page, que, dans les cas où le rétrécissement s'accompagne de spasme, le canal est irritable, très douloureux, et que souvent il ne peut pas supporter une bougie.

Quelquefois, mais beaucoup plus rarement, ce n'est pas un spasme, mais un état précisément contraire, une sorte de fatigue, de relâchement, que le rétrécissement détermine dans le sphincter du col de la vessie : celui-ci laisse écouler l'urine goutte à goutte. Quelles sont les conditions qui favorisent cet état? Je ne sache pas qu'elles aient été recherchées par qui que ce soit, et il me serait difficile de les dire. J'ai observé ce phénomène dans deux cas où le rétrécissement siégeait au méat même, dans un autre où il se trouvait à la courbure du canal, et dans un quatrième où l'urèthre offrait cinq ou six rétrécissemens, depuis la portion membraneuse jusqu'à la fosse naviculaire.

L'un des deux premiers malades était un vieillard de 64 ans : son rétrécissement avait un centimètre et demi; son canal était largement ulcéré par derrière, et la portion sus-montanale de la prostate offrait une cavité arrondie de 6 à 7 millimètres, tapissée par une membrane lisse et remplie d'une sorte de pus crémeux qui sortait du verumontanum quand on pressait au dessus. La prostate n'était pas engorgée.

Quand au second malade, affecté d'incontinence, c'était encore un vieillard, qui mourut en 1838, à la Charité, d'une pneumonie. Son rétrécissement ne consistait qu'en une bride mince occupant le méat lui-même. Le canal, à l'exception peut-être d'un peu de dilatation, ne présentait aucune lésion. La prostate était saine.

Dans le troisième cas, qui avait encore un vieillard pour sujet, on ne put, pendant vingt-cinq ans, faire pénétrer une sonde dans la vessie, pour une raison que j'exposerai plus loin. La prostate et l'orifice vésico-uréthral ne présentaient rien de remarquable.

Enfin, le quatrième malade, qui a 55 ans environ et paraît jouir d'une santé robuste, avait d'abord, pendant nombre d'années, éprouvé de la dysurie, et ce n'était que depuis deux ans qu'il était affecté d'incontinence continuelle. Je l'ai guéri par la dilatation de ses rétrécissemens, et, chose remarquable, qui prouve qu'il n'y avait pas d'altération organique du col de la vessie, et que les contractions du sphincter n'étaient pas annulées par un gonflement de la prostate, comme Fabre l'a supposé (Mal. vén., 4e édit., p. 93), l'incontinence cessa immédiatement après la première tentative que je fis pour introduire une bougie, bien que les rétrécisse-

---

J'ai signalé une première série de dix erreurs dans les travaux de M. Flandin. Dans sa réponse à mes observations, M. Flandin garde le silence sur les unes : c'est admettre qu'elles ne sont point contestées; il me réfute sur les autres en déclarant que j'ai mal interprété ses écrits. La question exige une prompte réplique : on juge à *Saint-Mihiel*, pendant que nous discutons ici.

Premier point. — « M. Barse regarde comme inexactes, dit M. Flandin, plusieurs propositions *qu'il dit* avoir été soutenues par nous, à savoir :

» 1° Qu'il n'existe pas de *cuivre* à l'état *normal* dans les organes de l'homme: » nous persistons dans cette opinion, en *suppliant* qu'on ne confonde jamais » les deux expressions, cuivre *normal* et cuivre *accidentel*. »

Si l'on admet la *supplique* de M. Flandin, on devra donc refuser de croire à l'existence du cuivre normal, tandis qu'il faudra admettre l'existence du cuivre accidentel? Tel est, si je ne me trompe, le sens que M. Flandin désire voir donner à ses écrits.

Or, pour M. Flandin, *il y a deux ans*, c'était une seule et même chose, et il n'admettait pas plus l'un que l'autre, comme le prouve ce qui suit (j'extrais ce passage d'un rapport de M. Flandin, en Cour d'assises, et publié par lui-même) :

« Le 14 août 1843, dans un travail qui lui est commun avec deux élèves du laboratoire de M. Orfila, M. Barse annonce à l'Académie des sciences, *à notre grand étonnement*, qu'il avait trouvé, non pas, il est vrai, du cuivre et du » plomb *normal*, mais du cuivre et du plomb *accidentel* dans les organes » d'individus non empoisonnés, M. Barse changeait le *mot*, mais il ne changeait » pas la *chose!*

» S'il existait des poisons dans nos organes à l'état sain, il n'y aurait pas de » toxicologie, et nous ne devrions pas être ici! » (Compte-rendu du procès Ponchon, page 115 de la Revue scientifique.)

J'attends donc que M. Flandin explique à l'Académie ce qu'il entend aujourd'hui par ces deux dénominations, s'il trouve qu'en changeant le mot on change la chose.

Deuxième point. — J'ai reproché à M. Flandin de s'être attribué la découverte de la *localisation* ou de la *concentration* (je tiens à ne pas jouer sur des mots) des poisons dans le foie, tandis que M. Orfila avait annoncé ce fait dès l'année 1840. A cela M. Flandin répond qu'il *croit* avoir montré, par l'expérience, que le transport des poisons dans le foie était direct, qu'il était opéré particulièrement par la *veine-porte*.

Je ne trouve dans les comptes-rendus de l'Académie, ni dans les publications de M. Flandin, l'énoncé d'aucune expérience qui vienne à l'appui de son assertion. La transmission des poisons par la *veine-porte* n'y est même pas signalée avant 1844.

Je lis au contraire, dans une lettre adressée par M. Orfila à la commission de l'Institut, le 6 juillet 1842, cette phrase :

« Le foie, en effet, reçoit le premier, à l'aide des vaisseaux qui forment la » *veine-porte*, la presque totalité de la substance toxique. »

mens profonds fassent assez étroits et assez durs pour exiger des tentatives quotidiennes et prolongées, pendant huit jours au moins.

Quand un rétrécissement s'accompagne d'une désorganisation du col de la vessie, l'incontinence s'explique facilement; mais il n'en est pas ainsi dans ces derniers cas. Ils prouvent d'ailleurs, comparés avec d'autres où des rétrécissemens bien moins prononcés sont à chaque instant compliqués de rétention, que celle-ci serait beaucoup plus rarement causée par ce genre d'obstacle, s'il ne s'y en venait joindre un autre de nature différente.

Ils me rappellent ce que j'ai signalé au sujet des valvules musculaires du col de la vessie (Rech. sur une cause, etc., p. 58), que beaucoup de ceux qui en étaient affectés avaient éprouvé, dès leur enfance, des symptômes annonçant, ou bien une saillie, ou bien une irritabilité trop grandes du faisceau constricteur du col de la vessie. Ne pourrait-il pas se faire que, chez d'autres sujets, il existât des conditions précisément inverses? En admettant une faiblesse congénitale, on concevrait pourquoi, au lieu de lutter contre l'effort de l'urine, ce faisceau cède au contraire. Remarquons en outre que, dans trois des quatre cas que je viens de citer, il s'agissait d'hommes très avancés en âge.

Ce que je viens de dire relativement au rôle que je fais jouer au col de la vessie, dans la production de la rétention d'urine qui complique les rétrécissemens uréthraux, recevra de nouvelles démonstrations dans le paragraphe suivant; mais, avant de terminer celui-ci, il ne sera peut-être pas inutile de dire que je n'exclus nullement les effets qui pourraient résulter de l'arrêt de graviers, de sang coagulé, de mucus et autres matières concrètes derrière l'obstacle. L'inertie consécutive de la vessie a aussi une influence sur laquelle je ne reviendrai pas. (Voyez mes Rech. sur une cause, etc., p. 133.) On conçoit que deux rétrécissemens tout à fait semblables auraient des résultats différens si la vessie avait des degrés différens d'énergie.

DÉRANGEMENS DES FONCTIONS DE L'APPAREIL GÉNITAL.

Les rétrécissemens de l'urèthre portent le trouble dans les fonctions de l'appareil génital de plusieurs manières.

Si une grande étendue de la portion spongieuse est condensée par suite du travail morbide qui a oblitéré les aréoles de son tissu, l'urèthre ne peut plus s'allonger comme les corps caverneux lorsqu'ils entrent en érection, et la verge reste courbée en bas, à la manière d'un arc dont la corde est tendue. Cet état rend nécessairement le coït plus ou moins difficile.

En second lieu, si le rétrécissement gêne le cours de l'urine, à plus forte raison doit-il gêner celui du sperme, liquide beaucoup plus épais, beaucoup moins abondant, lancé avec moins de force que le premier. A. Lacuna avait déjà observé ce phénomène dans ce qu'il appelait les caroncules de l'urèthre. (Methodus cognoscendi, etc., fol. 13, verso.) Il paraît, malgré cela, qu'on n'a pas fait grande attention à cette remarque, jusqu'à l'époque où Petit publia un travail sur ce sujet. (Mém. de l'Acad. de chir., t. I.) Comment donc expliquer ce silence des auteurs? Le voici, selon moi.

Il n'est pas rare de rencontrer des sujets chez lesquels le sperme ne sort qu'en bavant et même par un suintement lent et prolongé; mais, autant la rétention complète d'urine est fréquente, autant la rétention complète du sperme est rare. C'est un fait dont je me suis assuré il y a déjà longtemps, et notamment chez le nommé Penot, couché, au commencement de janvier 1845, au n° 23 du service de M. A. Bérard. Ce malade me dit, en présence du professeur et de ses élèves, que, pris d'une rétention d'urine presque complète, au point d'être obligé de s'arcbouter contre les murs pour pisser, il éjaculait cependant avec facilité. Il pense même qu'il ne restait pas de sperme dans son canal, car il ne tachait jamais sa chemise. Il avait un rétrécissement très étroit à la courbure de l'urèthre, et d'autres moins avancés dans les 5 cent. antérieurs du canal. Il ne venait donc pas à l'appui de l'opinion de Fabre, qui supposait qu'alors le rétrécissement se trouve au delà du verumontanum. (Mal. vén., 4e édit., p. 94.)

M. Civiale a remarqué que, momentanément, le malade urine avec moins de peine après le coït. (Mal. org. gén.-urin., t. I, p. 137.) Un malade, que j'ai observé, en même temps que le précédent, dans le service de M. A. Bérard, nous a fait la même confidence. Comme le premier effet du contact de l'urine sur le sperme est de donner à celui-ci plus de consistance, ce phénomène parait d'abord difficile à comprendre, et M. Civiale l'a jugé tel, car il ajoute que cette amélioration n'est qu'apparente. Mais je rappellerai qu'il se présente fréquemment dans les affections spasmodiques du col de la vessie sans rétrécissement: j'y ai insisté beaucoup, et j'ai même rapporté un cas où la mort et l'autopsie avaient eu lieu. (Rech. sur une cause, etc., p. 118.)

Je me crois donc autorisé à penser que les remarques que je viens de faire prouvent encore en faveur de mon opinion relativement au rôle du col de la vessie dans les cas de rétrécissement, et il est probable que, si l'éjaculation favorise quelquefois momentanément le cours de l'urine, c'est en faisant cesser le spasme musculaire.

Avant de quitter ce sujet, je dois établir une distinction qui n'a pas été faite, que je sache. En général, un rétrécissement existant dans la partie antérieure du canal gêne beaucoup plus l'éjaculation, toutes choses égales d'ailleurs, qu'une coarctation des parties profondes; le sperme paraît même alors, contrairement à ce que je disais il n'y a qu'un instant, s'échapper moins facilement que l'urine. La raison de cette différence est bien simple: quand le rétrécissement se trouve près du méat, le sperme qui ne sort jamais qu'en petite quantité proportionnellement à l'urine, trouve derrière l'obstacle un espace suffisant pour se loger, et il y reste pour peu qu'il éprouve de difficulté à sortir. Il n'en est pas de même dans les rétrécissemens profonds; il faut qu'il sorte ou qu'il reflue dans la vessie.

Dans quelques cas, il se produit une véritable incontinence de sperme par suite de la dilatation des conduits éjaculateurs. D'autres fois, l'inflammation de la partie profonde de l'urèthre se propage aux organes génitaux, et c'est par l'effet d'une altération qui en résulte dans les propriétés du liquide fécondant, que la faculté d'engendrer se trouve amoindrie ou détruite. Une simple inflammation de la région prostatique, sans rétrécissement, peut avoir les mêmes conséquences.

SIGNES PHYSIQUES DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE.

Les signes fonctionnels ne suffisent pas pour indiquer la présence d'un rétrécissement et à plus forte raison n'indiquent-ils pas où il siége, quel est son degré d'étroitesse, sa forme, sa longueur, s'il y en a plusieurs, etc. D'un autre côté, tout ce qu'on a dit sur certaines nodosités ou indurations qu'on sent à l'extérieur, sur la tumeur que forme l'accumulation de

---

M. Orfila entendait parler des cas où le poison est introduit dans le canal digestif.

Mais, sans m'arrêter ici à une question de priorité, si j'examine le fond, je maintiens que, pour renverser la théorie de l'absorption de M. Magendie, M. Flandin n'articule que des idées vagues tout à fait conjecturales, et qui sont en opposition avec les faits les mieux avérés. Qui ne sait, pour ne citer qu'un seul exemple, que les animaux sont gravement empoisonnés par suite de l'introduction sous la peau des cuisses, ou dans la cavité des plèvres d'un grand nombre de substances vénéneuses? Admettez, comme M. Flandin le faisait en 1841, que les poisons ne se trouvent pas dans le sang des vaisseaux qui avoisinent les cuisses ou les plèvres, et qu'il est pris par les vaisseaux de la *veine-porte*, pour être transmis au foie, vous arrivez à une conséquence physiologique monstrueuse, et qui dès-lors ne sera admise par personne.

Troisième point. — J'ai reproché à M. Flandin, et je viens de le répéter dans le paragraphe qui précède, d'avoir nié l'existence des poisons dans le sang des animaux empoisonnés. A cela, il répond :

« Nous n'avons pas émis une proposition aussi *formellement absolue*; nous » avons dit qu'on ne trouvait pas dans le sang *certains* poisons, tels que le » cuivre et le plomb, nous savons qu'on y retrouve l'arsenic et l'antimoine. »

Voici textuellement ce qu'avait dit M. Flandin, dans son mémoire (voy. t. XVIII des Comptes-rendus, p. 173):

« *Lorsqu'un composé métallique* a été introduit dans l'estomac ou appliqué » sous la peau, c'est particulièrement dans le foie que l'analyse le fait découvrir. *Quel que soit* le moment où l'on saigne l'animal durant les phases di- » verses de l'empoisonnement, *on ne retrouve pas* l'élément toxique dans le » sang.

» On ne l'y retrouve même pas *sensiblement*, lorsqu'après la mort ou recueille » *toute la masse* de ce liquide pour la soumettre à l'analyse. »

Quatrième point.—J'ai reproché à M. Flandin d'avoir avancé, contrairement à l'expérience, que les animaux empoisonnés par l'arsenic n'urinent pas; M. Flandin répond:

« Dans les empoisonnemens aigus par l'arsenic, d'*ordinaire* les animaux » n'urinent point. »

Citons encore le texte du mémoire adressé le 23 mars 1841 à l'Académie de médecine par M. Flandin:

« Une remarque que nous avons faite, dit-il, c'est que dans les cas d'empoi- » sonnement aigu, soit que le poison ait été appliqué sous la peau ou qu'il ait été » introduit dans le tube digestif, les *animaux n'urinent pas* et qu'après leur » mort on retrouve la vessie vide et contractée. » (Voy. le mémoire déposé aux » archives de l'Académie royale de médecine.)

Si cette contradiction ne suffisait pas pour montrer combien est inexacte l'assertion primitive de M. Flandin, nous citerions les expériences 10 et 11 du rapport de la commission de l'Institut, dans lesquelles ces commissaires disent avoir vu M. Orfila retirer de l'arsenic de 100 grammes d'urine trouvée dans la vessie de chiens empoisonnés d'une manière aiguë. Nous citerions encore le travail fait postérieurement par M. Delafond, approuvé par l'Académie de médecine,

l'urine derrière la coarctation, etc., est trop peu constant pour être de quelque valeur. Comment d'ailleurs pourrait-on mettre ces signes à profit dans les cas si communs où le rétrécissement existe à la courbure du canal?

Tous les auteurs s'accordent à dire que l'exploration par l'urèthre est la seule qui mérite confiance; mais ils s'en sont occupés avec des degrés d'attention très différens, suivant le mode de traitement que chacun d'eux adoptait d'une manière exclusive. Qu'on compare l'ouvrage de Boyer et celui de Ducamp, et l'on verra que si, pour le premier, il suffit d'une bougie ou d'une sonde, il faut, au contraire, pour l'autre, un grand nombre d'instrumens plus ou moins compliqués. Je ne décrirai pas ces moyens que tous les praticiens connaissent; je passerai immédiatement à ceux que je préfère habituellement.

On doit commencer par s'assurer de l'*existence* et du *siége* du rétrécissement.

Pour cela, je me sers d'une bougie creuse et cylindrique de 3 millim. de diamètre, sans yeux, graduée sur l'une de ses faces et terminée à son extrémité vésicale par un renflement olivaire de 6 millim. environ (1).

Cet instrument a plusieurs avantages sur la sonde. Si celle-ci est métallique, elle fatigue le canal, et la courbure sur laquelle celui-ci se moule ne permet pas de savoir d'une manière précise à quelle distance du méat urinaire se trouve la coarctation.

Si la sonde est élastique et qu'on la munisse d'un mandrin, les inconvéniens sont les mêmes que dans le cas précédent. Si on ne la garnit pas d'un mandrin, comme elle a besoin nécessairement d'avoir un certain volume pour accuser la moindre diminution de calibre du canal, elle a une rigidité qui ne lui permet pas de s'engager avec facilité dans la portion ascendante de l'urèthre. Dans tous les cas, il en résulte de la douleur et une difficulté qu'on pourrait prendre et qu'on prend souvent à tort pour un signe de rétrécissement. J'ai vu un certain nombre de malades et notamment un médecin anglais, chez lesquels on avait cru à un rétrécissement de la courbure de l'urèthre et chez qui j'ai pu immédiatement faire passer une bougie olivaire à renflement volumineux.

Celle-ci a en effet plusieurs avantages : 1° le volume de son renflement accuse la moindre coarctation; 2° ce renflement s'arrête au devant du lien rétréci sans pénétrer dans son intérieur, de sorte qu'on est sûr que l'altération pathologique commence là où se trouve arrêtée l'extrémité de l'instrument; 3° le faible volume de la tige lui donne toute la flexibilité nécessaire pour se prêter aux sinuosités du canal; 4° dans le cas où le méat serait plus étroit que le reste du canal, comme on l'observe si souvent, la tige n'est pas serrée comme le serait une sonde volumineuse dont le calibre serait le même dans toute son étendue, et on perçoit par conséquent d'une manière plus distincte les obstacles rencontrés par le renflement terminal; 5° pendant l'exploration, ce renflement est plus facile à sentir par le périnée ou même par le rectum que ne le serait l'extrémité d'une sonde qui aurait partout le même volume; 6° dans le cas où, pendant que cet instrument est dans le canal, on jugerait à propos de lui imprimer une certaine courbure, comme cela est quelquefois nécessaire pour l'engager dans la portion membraneuse, il suffirait d'introduire dans son intérieur un fil d'argent de longueur convenable et courbé près de son extrémité; comme la tige de cette bougie est peu volumineuse, elle se moule facilement sur le fil métallique qu'on introduit dans son intérieur; cependant, comme malgré sa flexibilité elle offre toujours une légère résistance qui tend à redresser ce fil, il est bon de donner à celui-ci une courbure un peu plus forte que celle qu'on veut imprimer à la bougie. Celle-ci prend alors la courbure convenable et le fil d'argent ne lui donne pas assez de raideur pour blesser le canal (1).

Ainsi donc, on prend une bougie terminée par un renflement aussi gros que peut l'admettre le méat urinaire, qui est, comme on le sait, la partie la plus étroite du canal; puis, faisant poser le malade debout devant soi et de la main gauche mettant la verge dans une position perpendiculaire à l'axe du tronc, la tenant ferme, mais sans la tirer de manière à en produire l'allongement, on introduit et on pousse l'instrument avec lenteur, jusqu'à ce qu'il rencontre un obstacle. On voit alors, par les degrés marqués sur la tige, à quelle profondeur il a pénétré, puis, avec le doigt promené à la face inférieure de la verge et sur le périnée, on recherche à quel endroit correspond le renflement olivaire. Cela fait, on pousse la bougie avec plus de force, pour bien s'assurer que l'obstacle est insurmontable, et même, si le renflement était arrivé dans la partie la plus reculée du bulbe, il serait bien d'imprimer, comme je l'ai dit, à l'aide d'un fil d'argent, une courbure à l'extrémité de la bougie exploratrice, pour bien s'assurer que la difficulté ne provient pas seulement de ce que le canal présente en ce point un angle trop prononcé.

Toutes ces précautions prises, si l'on ne pénètre pas plus avant, on en conclut qu'il existe un rétrécissement à la profondeur et dans la région du canal qui ont été notée *avant* de presser sur la bougie.

Je dis *avant*, parce que cette pression fait souvent fuir le rétrécissement à une profondeur de plusieurs centimètres et qu'il ne revient pas toujours immédiatement à sa place. En outre, l'instrument pourrait fléchir et contribuer ainsi à rendre l'erreur plus grave.

Je ne m'arrêterai pas davantage sur le diagnostic, parce que je ne ferais que répéter ce qu'on trouve dans tous les traités de chirurgie, ou même ce que j'ai dit dans mes précédens ouvrages.

Nous nous assurons, par les manœuvres que je viens de décrire, qu'il existe un rétrécissement; c'est là ce qui nous importe pour le moment. Il resterait encore à savoir quelle est son étroitesse, sa résistance, sa forme, son étendue, s'il y en a d'autres derrière lui, etc.; mais, d'une part, tout cela ne peut se reconnaître que lorsque le rétrécissement, que nous supposons bien constaté, a été franchi; et, d'autre part, quelques-unes de ces notions ne deviennent indispensables qu'en tant qu'on se décide pour certains modes spéciaux de traitement. En conséquence, je n'exposerai les ex-

(1) Des tiges métalliques minces et flexibles terminées par une sphère plus ou moins volumineuse également en métal, sont depuis longtemps en usage en Angleterre. C'est M. Ségalas qui, le premier en France, en a senti les avantages. Cependant je préfère, en général, celles à tige de gomme élastique.

(1) Fondé sur ce motif, j'ai déjà donné le conseil de courber des sondes très souples, à l'aide d'un simple fil métallique, pour franchir les déviations de la région prostatique de l'urèthre, et, d'un autre côté, j'ai le premier fait sentir combien sont utiles alors des sondes ayant une courbure très brusque et un bec de 12 à 16 mill. seulement de longueur. (RECH. SUR LES MAL. URIN., etc., p. 315.— RECH. SUR UNE CAUSE, etc., p. 189.) M. Leroy-d'Etiolles, en exposant, sans me citer, les avantages de ses sondes flexibles *crochues* (GAZ. MÉD., 1845, p. 231), m'a donc tout simplement fait encore un nouvel *emprunt*.

---

dans lequel on voit, entre autres faits, les chevaux empoisonnés d'une manière aiguë, donner, celui-ci de l'urine arsénicale au bout de cinq heures et demie; celui-là au bout de trois heures et demie; d'autres 4, 6 ou 7 heures après le commencement de l'expérience, et la quantité totale d'urine fournie par l'un de ces animaux pendant l'empoisonnement s'élever jusqu'à 3 litres et demie; il en est de même pour les chiens aux proportions d'urine près.

CINQUIÈME POINT. — J'ai reproché à M. Flandin d'avoir prétendu à tort qu'il y eut des taches qui présentent les caractères physiques et chimiques de l'arsenic, et j'ai annoncé que les deux Académies avaient fait justice de l'erreur de M. Flandin. Au lieu de répondre, le médecin déplace la question, il dit :

« Que l'Académie a prononcé sur ce point et qu'elle a *proscrit complètement* » la méthode des taches. »

Rien n'est plus inexact; il n'y a nulle part dans le travail de la commission un seul mot qui se rapporte à une pareille proscription. Loin de là, l'Académie verra, par les citations qui vont suivre, que dans ce rapport, à chaque instant, la commission conclut à l'existence de l'arsenic, *uniquement* d'après les taches obtenues, ou à l'absence de ce métal quand les taches ne se montraient pas.

Première citation, p. 1096, de ce rapport :

« Les sept expériences pour déterminer le degré de sensibilité du procédé de » Marsh ont été faites par la méthode des *taches* : il résulte évidemment de » ces expériences que les *taches* ne se montrent pas mieux avec de grandes quan- » tités de liquides qu'avec de petites quantités et qu'il y a avantage à opérer sur » des liqueurs concentrées; ces *taches* sont alors beaucoup plus fortes; mais » elles se manifestent pendant moins longtemps. »

Deuxième citation, p. 1101. Les expériences pour la recherche de l'arsenic dans le corps de l'homme à l'état normal ont été faites par la méthode des *taches*.

MM. les commissaires n'en ont pas fait une seule par un autre procédé pour trancher cette grave question.

Troisième citation, p. 1035. Ici la commission va plus loin :

« Pour recueillir des *taches*, nous conseillons aux *experts* de se servir de » soucoupes de porcelaine qui n'aient pas de vernis plombeux. »

Quatrième citation, p. 1103, article Conclusions.

« On peut mettre le feu au gaz qui sort de l'appareil et essayer de recueillir » des *taches* sur une soucoupe de porcelaine. »

Que si les citations qui précèdent paraissent insuffisantes à M. Flandin et qu'il persistât à soutenir que la méthode des taches est proscrite, nous demanderions pourquoi, dans le procès *Lacoste*, M. Flandin a signé un rapport dans lequel, après avoir dit qu'il avait recueilli des *taches*, qu'il présentait au tribunal, il conclut en ces termes :

« A l'ensemble des différens caractères fournis par ces taches, il était impos- » sible de ne pas reconnaître l'arsenic. »

(Rapport inséré dans la GAZETTE DES TRIBUNAUX, le 15 juillet 1844.)

SIXIÈME ET DERNIER POINT. — J'ai reproché à M. Flandin d'avoir soutenu contre toute raison qu'il est préférable d'opérer sur *cent* grammes d'un foie pour

plorations propres à les acquérir qu'à mesure qu'elles deviendront possibles et nécessaires.

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

1. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1844, janvier, février et mars 1845 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Du galvanisme appliqué au traitement de l'amaurose*; par M. Finella. (Deux cas de guérison. L'auteur applique les deux aiguilles sur la cornée ou sur les cornées des deux yeux, quand l'un et l'autre sont amaurotiques. Il n'a pas remarqué qu'il en résultât d'opacité par la suite.) 2° *Lettre sur la fièvre de Norwège*; par M. le professeur Retzius. 3° *De la nature des mouvemens de l'iris*; par M. Guarini. 4° *Des mémoires et des discussions qu'on aentendues au congrès de médecine de Milan*; par M. Freschi. (Voy. le compte-rendu de ces travaux dans la Gaz. Méd., 1844, p. 713 et 813.) 5° *Cas de tumeur fongueuse de l'oreillette gauche du cœur*; par M. Finella. 6° *Observation d'entérite iliaque*; par M. Giro. (Invagination de 8 pouces d'intestin grêle; mort.) 7° *Cas de péritonite diffuse mortelle, causée par une ulcération avec perforation de l'appendice vermiforme du cæcum*; par M. de Vecchi. (Le malade avait une affection chronique du foie. A l'autopsie, on trouva plusieurs calculs biliaires dans le canal cystique. Il n'y en avait cependant aucun dans la cavité de l'appendice cœcal ni à son voisinage.) 8° *Quelques considérations d'anatomie pathologique médicale*; par M. Dubini. (Réflexions détachées sur plusieurs maladies ou altérations; travail qu'il serait aussi difficile d'abréger que d'analyser.) 9° *Sur l'état de la fibrine du sang dans les maladies inflammatoires*; par M. Polli. 10° *De la créosote comme cause de l'empoisonnement produit par les viandes enfumées*; par M. Lussana. (Dans ce travail plein d'érudition, l'auteur établit par l'observation des symptômes, par la comparaison des lésions cadavériques et par l'analyse chimique que la créosote est la cause des accidens observés en semblable circonstance.) 11° *De l'emploi de l'achilléine dans les fièvres intermittentes*; par M. Puppi.

DE LA NATURE DES MOUVEMENS DE L'IRIS; par M. GUARINI.

Les mouvemens de l'iris sont-ils le résultat de la contraction de fibres musculaires? Sont-ils l'effet d'une turgescence vasculaire, d'une sorte d'érection du tissu de cette membrane? M. Guarini, sans repousser aucune de ces deux explications, cherche à les concilier. L'iris, selon lui, est une membrane à la fois vasculaire et musculeuse. En effet, on ne saurait par le simple éréthisme vasculaire se rendre compte de l'extrême rapidité de ses mouvemens. Un organe érectile exige un certain temps pour entrer en érection; et il ne passe point à cet état avec la promptitude de l'éclair, comme cela s'observe pour la pupille. Des mouvemens aussi instantanés ne peuvent évidemment s'effectuer que par le jeu de fibres musculaires. D'un autre côté, les organes formés de tissu érectile peuvent bien parcourir les divers degrés qui séparent la flaccidité de la turgescence, mais on ne les voit point passer sans interruption d'une extrême à l'autre, puis revenir brusquement à leur première situation pour reprendre non moins vite la seconde. Or, toutes ces variations s'observent pour les mouvemens de la pupille. Troisièmement, pour les organes érectiles, leur repos est l'état de relâchement; et nous voyons au contraire que l'état passif, le repos de la pupille est une extension tenant le milieu entre la dilatation et la contraction. Enfin, telle est encore la position (extension moyenne) dans laquelle on trouve la pupille sur le cadavre, à l'inverse des organes érectiles que la mort laisse au contraire dans une flaccidité complète.

M. Guarini ne nie pas pour cela la part que la turgescence des vaisseaux iridiens prend à la production des mouvemens pupillaires; seulement à ses yeux ce n'est là qu'une influence accessoire et secondaire. Voici comment il l'explique : tous les organes érectiles de l'économie sont entourés de muscles ou de fibres contractiles dont la contraction, en pressant sur les veines dont ces organes sont principalement composés, y détermine une stase sanguine momentanée, sans les comprimer toutefois assez fortement pour empêcher le sang artériel d'y aborder. Dans l'iris, les vaisseaux étant entrelacés avec les fibres circulaires qui opèrent le resserrement de la pupille, on comprend que lorsque ces fibres viennent à se contracter, elles ne le peuvent faire sans arrêter le sang dans les vaisseaux; stagnation qui concourt à augmenter le resserrement pupillaire.

M. Guarini admet donc dans la structure de l'iris les deux ordres de fibres circulaires et rayonnées; les premières qui font resserrer, les secondes qui font dilater la pupille. Les circulaires reçoivent leur influence motrice des filets de la quatrième paire qui sortent du ganglion ophthalmique; les fibres rayonnées sont animées par les ramuscules qui, nés des paires spinales cervicales supérieures, pénètrent dans le premier ganglion du grand sympathique, et entrent ensuite dans l'orbite, unis à la sixième paire. Les expériences suivantes tendent à établir cette distribution spéciale de tels ou tels nerfs à tel ou tel ordre de fibres.

Si, comme l'a fait le professeur Valentin, on coupe sur un animal vivant la troisième paire, la pupille se dilate; elle se resserre au contraire si l'on enlève le premier ganglion du grand sympathique.

M. Guarini ayant vu que la pupille est dilatée chez les animaux tués par la strychnine imagina d'utiliser ce fait pour la détermination des sources nerveuses où l'iris puise ses diverses influences motrices. Ayant extirpé sur un animal le ganglion cervical supérieur et produit ainsi le resserrement de la pupille, il administra la strychnine. La pupille du côté opéré ne se dilata qu'un peu parce que les filets de la troisième paire restés sans antagonistes tendaient avec avantage à opérer son resserrement. Dans l'œil du côté non opéré, on vit, au contraire, la pupille énormément dilatée comme cela a lieu dans les empoisonnemens par la strychnine.

Autre expérience. Si, sur un cadavre encore irritable, on pique la troisième paire ou le ganglion ophthalmique, la pupille se resserre quoique lentement et ne se dilate plus.

Si sur un animal vivant on met à découvert le ganglion cervical supérieur, qu'on tue ensuite l'animal, puis qu'on irrite la troisième paire, on observera le resserrement de la pupille, resserrement qui disparaîtra en irritant le ganglion cervical. « Ceci, ajoute l'auteur, prouve invinciblement l'existence de fibres musculaires dans l'iris, car le tissu musculaire est le seul qui ait la propriété de se contracter après la mort sous l'in-

---

résoudre la question de la présence des poisons. Voici le texte de son mémoire :

« Après la mort, c'est dans le tube intestinal et dans le foie exclusivement » qu'on retrouve le cuivre absorbé. 48 à 60 grammes de ce viscère *suffisent* » pour acquérir juridiquement la preuve d'un empoisonnement. » (Page 157 du tome 17 des Comptes-rendus.)

Et à la page 1040 du tome 14, M. Flandin dit :

« Qu'une expertise médico-légale soit demandée dans une localité qui manque d'hommes habitués aux recherches toxicologiques, il *suffira* aux magis- » trats instructeurs de faire préparer par un pharmacien *telle* ou *telle partie* » du *cadavre*, sur lequel il s'agit de trouver le poison et d'envoyer la matière » ainsi préparée à des chimistes de profession. »

Eh bien! à la suite d'un texte aussi clair, qu'ajoute aujourd'hui M. Flandin comme *sous-entendu*?

« Il est *bien entendu* que si l'on ne trouve rien sur cent grammes, il faudra » opérer sur *deux cents*, sur *cinq cents* et même sur *mille*. »

Je le demande à tout homme de raison, est-il possible de proposer une manière de procéder plus désastreuse?

« Fractionnez, fractionnez tout d'abord, s'écrie M. Flandin, puis si vous ne » trouvez rien en petit, vous chercherez en grand! »

Et M. Flandin ne s'aperçoit pas qu'il fait user la matière en tentatives successivement infructueuses!

« Cherchez sur mille si vous ne trouvez pas sur cinq cents, » s'écrie M. Flandin, « vous, experts, à qui j'ai conseillé d'anéantir la masse, en agissant succes- » sivement sur 48, 60, 100, 200 et 500 grammes. »

En vérité, il n'y a qu'une manière de qualifier cette doctrine, c'est une manifeste et dangereuse absurdité!

Je suis, Monsieur le Président, etc.

JULES BARSE.

Pendant la lecture de cette lettre, M. Arago a cru devoir interrompre M. le Secrétaire chargé de la correspondance, pour faire à M. Flandin et à moi l'honneur de prendre part un instant à ce débat.

Je ne devais pas espérer qu'un sujet aussi éloigné des graves occupations de ce savant lui parût assez important pour le favoriser d'un examen exceptionnel.

Quelle que soit ma confusion de dérober encore un des instans de l'illustre M. Arago, je me permettrai de le prier d'examiner s'il n'y a point une erreur involontaire dans les paroles qu'il a bien voulu prononcer à cette occasion. Voici le fait :

Je reproche à M. Flandin d'avoir dit à tort que « l'Académie a proscrit la méthode des taches, » et je prouve que cette proscription n'existe pas, en rappelant que les quatorze expériences faites par l'Académie pour savoir s'il y avait ou non de l'arsenic normal sont *uniquement* fondées sur la méthode des taches.

A ce passage, M. Arago a objecté ceci : « M. Barse fait une erreur en allé- » guant que M. Flandin ait avancé que c'est dans son rapport que la commission » a proscrit la méthode des taches. »

fluence des irritations mécaniques ou dynamiques. Et je défie bien ceux qui admettent l'éréthisme vasculaire comme seule cause des mouvemens de la pupille, de produire sur le cadavre l'érection du pénis ou du clytoris avec les moyens qui déterminent les mouvemens de l'iris d'une manière aussi prononcée. »

En résumé, d'après M. Guarini, le resserrement de la pupille dépend non seulement de la contraction des fibres circulaires, mais encore de la stase sanguine que cette contraction détermine, comme nous l'avons expliqué, dans les veines de l'iris. La réalité de l'influence de cette seconde cause est mise hors de doute par l'observation suivante.

En essayant sur un cadavre encore irritable d'amener au moyen des stimulations les plus énergiques de la troisième paire, le resserrement de la pupille, on ne parvient jamais à rendre cette ouverture aussi étroite que sur le vivant, parce que la circulation n'ayant plus lieu, le sang n'est pas retenu dans les vaisseaux, de manière à donner, comme durant la vie, le dernier degré d'étroitesse à l'orifice pupillaire. Tout au contraire, il paraîtrait que la dilatation de la pupille se fait par le seul effet de la contraction des fibres rayonnées; car l'agrandissement de l'ouverture qu'on obtient sur le cadavre en irritant le ganglion cervical supérieur est tout aussi considérable que celui qui suit chez le vivant l'application de la belladone.

SUR L'ÉTAT DE LA FIBRINE DU SANG DANS LES MALADIES INFLAMMATOIRES; par M. POLLI.

M. Polli, dont nous avons déjà fait connaître un travail remarquable sur le sang (voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 304), poursuit aujourd'hui ses recherches qui se distinguent par l'originalité des aperçus non moins que par la solidité de la méthode.

La fibrine est entièrement liquide dans le sang en circulation, et elle se maintient encore un même état pendant quelque temps hors de l'organisme. Le sang se coagule toujours ou, du moins, peut toujours se coaguler avant de subir la putréfaction; ceux qui ont cru avoir observé un sang incoagulable s'y sont pris trop tôt ou trop tard pour le juger tel, ou bien ils ont négligé de tenir compte de certaines conditions extérieures qui s'opposaient dans ce cas à la coagulation. « J'ai longtemps cherché, dit M. Polli, de ces sangs dissous, incoagulables, comme les appellent certains pathologistes; mais je n'ai pu en trouver un seul qui, abandonné à lui-même pendant un temps suffisant, et convenablement protégé contre les influences extérieures destructives, ne finît par se coaguler avant de passer à la putréfaction. J'ai même plus d'une fois fait coaguler du sang que j'avais retiré encore liquide des veines d'un cadavre trente-six ou quarante-huit heures après la mort. Et je dirai, en passant, à ce sujet que la rigidité et la résolution cadavériques me semblent dépendre dans tous les cas du caillot fibrineux ou formé, ou retardé, ou déjà redissous dans les vaisseaux capillaires du sujet. »

L'inflammation donne lieu à trois modifications principales de la fibrine du sang, savoir : l'augmentation de sa quantité, sa résistance plus grande à la coagulation; enfin sa raréfaction moléculaire. M. Polli (à l'exemple des chimistes qui distinguent ainsi entre elles les substances isomériques, ou celles qui conservent la même composition quoique leurs propriétés soient différentes) propose de nommer la seconde de ces trois modifications *bradifibrine* et la troisième *parafibrine*. L'augmentation de quantité de la fibrine et sa lenteur à se coaguler étant deux effets assez générale-ment connus de l'inflammation, nous parlerons surtout ici du troisième, c'est-à-dire de sa raréfaction moléculaire ou *parafibrine*.

Il est d'observation vulgaire qu'un liquide dans lequel on fait dissoudre un corps solide spécifiquement plus pesant que lui, acquiert une densité plus considérable. Eh bien! la fibrine coagulée, qui est spécifiquement plus pesante que le sérum, puisqu'elle tombe au fond, quand elle est à l'état liquide dans le sang, sous l'influence d'une phlogose intense, diminue la densité de ce fluide, en sorte que le sérum dans lequel elle se trouve est spécifiquement plus léger que le même sérum qui a été dépouillé de fibrine. En d'autres termes, la fibrine, dans cet état particulier de liquidité, produit une telle raréfaction des principes du sang et surtout de son sérum, qu'elle le rend spécifiquement plus léger quand il est défibriné. L'expérience suivante, l'une de celles que l'auteur a répétées en grand nombre, prouve cette particularité.

EXP. — Une femme, grosse de plus de huit mois, fut prise d'une violente pleuro-pneumonie, pour laquelle plusieurs saignées furent pratiquées. Le sang de la première marquait à l'aréomètre 6,1 au moment de son extraction de la veine, et 6,3 après avoir été défibriné. A la sixième saignée, il marqua 5,4, soit en sortant de la veine, soit après sa défibrination. A la huitième et dernière, le sang marqua d'abord 4,5, puis 4,6, après avoir perdu sa fibrine.

Il semblerait naturel de conclure des faits précédens que la fibrine du sang peut, dans des conditions morbides, acquérir une densité moindre ou se raréfier; que la fibrine ainsi modifiée communique sa ténuité à la masse sanguine dans laquelle elle se trouve; qu'enfin, dans cet état, la fibrine est pour le moins plus tenue ou moins dense que l'albumine du sérum. Mais une telle conclusion serait trop générale, car la fibrine chez un individu atteint de phlogose ne prend ni toujours, ni dans toutes les parties du corps, ce caractère. La *parafibrine* n'est qu'un des modes selon lesquels la fibrine peut exister par le fait de l'inflammation. Tandis qu'à un premier degré il y a simplement augmentation dans la quantité de cette substance, qu'à un degré plus intense de phlegmasie il se produit de la *bradifibrine*, la formation de parafibrine a lieu dans le degré le plus élevé du *processus* inflammatoire, ou du moins (et c'est une réserve importante) dans le plus élevé de ceux qui sont encore susceptibles de résolution complète, qui sont par conséquent au-dessous de la suppuration et de la gangrène.

Voici maintenant quelques-uns des caractères auxquels on peut distinguer la parafibrine. Elle se coagule en général très lentement. Sa coagulation se fait par filamens si déliés, si transparens et rares qu'ils sont à peine visibles à l'œil nu, et que, regardés avec la sérosité qui y est retenue, ils constituent une masse d'aspect plutôt gélatineux que fibrineux et coriace. La trame délicate que cette espèce de fibrine forme en s'agglomérant pourrait être comparée au réseau cellulaire qui donne une sorte de consistance au blanc d'œuf, ou à celle de l'humeur vitrée, si ce n'est qu'elle est plus consistante. Le sérum recueilli dans les bulles des vésicatoires ou dans celles des brûlures est riche en parafibrine. Il suffit pour la séparer de laisser séjourner ce sérum dans un vase pendant un peu de temps. En décantant alors le liquide, on voit passer un coagulum gélatiniforme, lequel, au bout de 12 ou de 24 heures, se convertit en une membranule fibreuse qui descend au fond du vase.

Lorsque, avec la *parafibrine*, le sang contient une certaine quantité de fibrine ordinaire, ou de *bradifibrine*, leur coagulation s'accomplit non seulement à des époques diverses, mais aussi avec une apparence parti-

Si l'Académie s'est occupée des taches et de leur proscription ailleurs que dans le travail de la commission dont je parle, il est évident que l'erreur signalée par l'honorable M. Arago a été commise par moi. Mais si nulle part l'Académie ne s'est occupée de cette question en dehors de l'unique travail de la commission, je ne crois pas blâmable d'avoir appliqué les paroles *ambiguës* de M. Flandin au seul cas où l'Académie a pris une délibération.

Or, quoiqu'en ait pu dire M. Flandin pour induire en erreur M. Arago, je ne trouve aucun vote de la savante compagnie autre que le vote par lequel elle a sanctionné le rapport de la commission, qui me sert de preuve, rapport qui, loin de proscrire les taches, constate que la commission s'en est constamment servie et conseille de s'en servir.

M. Flandin eut un premier tort fort grave en osant alléguer que l'Académie a proscrit les taches, et il vient d'avoir un tort encore plus grave en égarant l'esprit éminent du savant dont l'Académie s'honore.

Que M. Flandin, pour se défendre, vienne dire maintenant que dans le sein de l'Académie il ait été individuellement question des taches, que prouverait-il? Une parole individuelle, prononcée dans une séance quelconque, par un membre quelconque de la docte compagnie, pourrait-elle, en effet, altérer en rien la valeur des résultats d'un vote général?

M. Flandin n'a qu'à se réfugier dans de pareils argumens, s'il veut prouver qu'après avoir commis des erreurs contre la science, il commet des erreurs contre le bon sens.

J. B.

— ANNUAIRE DES SCIENCES MÉDICALES (première année : 1845), contenant : les lois sur la médecine et la pharmacie, les adresses du personnel médical de Paris, les Académies des sciences et de médecine, les Facultés des sciences et de médecine, les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les hôpitaux civils et militaires, les maisons de santé, une notice nécrologique, les nouvelles formules et préparations thérapeutiques, une notice bibliographique, une foule de renseignemens utiles aux personnes s'occupant de l'art de guérir, et enfin des articles et revues scientifiques;

Par MM. BOUILLAUD, professeur à la Faculté de médecine et membre de l'Académie royale de médecine, etc.;

DUBOIS (d'Amiens), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire de l'Académie royale de médecine, etc.;

DUCHESNE-DUPARC, D. M. P., professeur particulier de pathologie cutanée, ancien interne d'Alibert à l'hôpital St-Louis, etc.;

TROUSSEAU, D. M. P., professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Necker, etc.

Un vol. in-18 de 755 pages. Prix : 1 fr.

Paris, à la librairie de Gabriel de Gonet, rue de La Harpe, 93 (passage d'Harcourt);

Et à l'imprimerie de Lacour et Comp., rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 33.

culière pour chacune de ces substances. Ainsi l'on voit d'abord se former des filamens de fibrine qui sont blancs, opaques, semblables à un réseau à larges mailles et à direction ordinairement rayonnée vers le centre. Parmi ces filamens on voit se coaguler plus tard la parafibrine, gélatineuse et transparente.

Ces trois modifications spécifiées de la fibrine peuvent exister dans le sang indépendamment l'une de l'autre, comme elles peuvent aussi se rencontrer toutes les trois en proportions diverses dans le même sang.

Ces notions expliquent un phénomène pathologique important, je veux dire la transudation fibrineuse ou plastique et la transudation séro-fibrineuse, qui semblent constituer l'issue de la plupart des inflammations des membranes. On ignorait jusqu'à présent le mécanisme selon lequel s'opèrent ces dépôts ou extravasations; mais puisqu'il est démontré que, sous l'influence de la phlogose, la fibrine, ou du moins une partie de la fibrine du sang devient plus ténue que le sérum lui-même, on comprend aisément qu'elle puisse passer à travers les parois des vaisseaux sanguins avec plus de facilité que tout autre des principes du sang; on comprend encore qu'une fois sortie du système circulatoire, elle se rassemble en s'étalant en fausses membranes ou en se précipitant au fond des liquides épanchés; on comprend enfin que ces diverses mutations, de même que la formation de la parafibrine, ne s'accomplissent que sous l'empire d'un certain degré de travail phlegmasique, que nous avons précédemment indiqué. Ce degré est, nous l'avons dit, plus élevé que celui nécessaire pour la production de la bradifibrine; plusieurs considérations du moins portent à le penser. Ainsi: 1° la parafibrine se trouve dans le sang des premières saignées, plus souvent dans celles du milieu, et très rarement dans celles qu'on fait pendant le cours d'une phlegmasie violente. Elle accompagne donc la malad e au moment où celle-ci est le plus intense et disparaît avant la formation de la bradifibrine et bien avant l'augmentation simple de la fibrine normale; 2° la parafibrine s'obtient à la surface des vésicatoires et des brûlures, non pas quand le derme sous-jacent est pâle, mais quand il est rouge et irrité au point de fournir un peu plus tard du pus. La sérosité, la parafibrine, le pus, tel est donc l'ordre régulier des produits qu'exhale alors successivement le derme, à mesure que l'irritation y devient de plus en plus prononcée et intense.

La parafibrine est-elle une fibrine de nouvelle formation, produit immédiat de la phlogose, ou n'est-elle qu'une modification de la fibrine existant déjà dans le sang? Le fait de son existence sur les surfaces vésiquées porterait à la regarder comme une modification de la fibrine naturelle dans les points qu'occupe l'inflammation. Néanmoins l'auteur avoue que cette question n'est point résolue à ses yeux et que de nouvelles recherches sont nécessaires pour arriver à une solution définitive.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de novembre et décembre 1844 contiennent: 1° *Mémoire sur la manière de concilier les doctrines des humoristes avec celles qui représentent le solidisme le plus pur*; par M. Versari. 2° *Résultats obtenus de l'emploi du sulfate de quinine dans la cure du rhumatisme articulaire et d'autres affections membraneuses de la nature rhumatismale, à la clinique médicale de Bologne*; par M. G. Terzi. (Les quatorze observations que l'auteur rapporte sont extrêmement succinctes et se bornent presque à signaler le diagnostic de la maladie, la dose du remède et la guérison, laquelle a été un fait à peu près constant. Le sel a été donné à la quantité quotidienne de 4 à 15 décigr. Dans un seul cas, il a été porté à 16 décigr.)

III. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA SOCIETA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO.

Les numéros de novembre, décembre 1844, janvier, février et mars 1845, renferment les travaux originaux suivans: 1° *Deux cas de luxation en avant de l'humérus, compliquée de fracture du col chirurgical de cet os*; par M. Peyrani. 2° *Cas de fibro-chondrite pelvienne, causée par un accouchement laborieux et amenée à résolution complète, au moyen de la méthode antiphlogistique*; par M. Pedermonte. (Rien de bien digne d'intérêt.) 3° *Cas de notéomyélite aiguë suivie d'amaurose*; par M. Pescetto. (Myélite produite, chez un homme robuste, par un refroidissement après un excès de travail; guérison par les saignées locales et générales.) 4° *Observations sur le turentisme*; par M. Gazzo. 5° *De la cause prochaine de la nostalgie*; par M. Alciati. (La première cause du mal, d'après l'auteur, est une lésion des parties périphériques antérieure et supérieure des lobes antérieurs du cerveau. Peu à peu les lobes cérébraux participent, dans toute leur étendue, à cette lésion.) 6° *Histoire d'une péripneumonie, avec prédominance phlébitique, menée à guérison*; par M. Frisetti. (Ce titre signifie simplement qu'il se développa une phlébite sur des veines qui avaient été saignées durant la maladie.) 7° *Cas pratiques*; par M. Aurelio Silvano. (1° ramollissement rouge de la moelle après une commotion violente résultant d'une chute sur le dos; 2° rachialgie lombaire devenue mortelle par suite de son extension rapide au cerveau; 3° commotion cérébrale suivie de fièvre périodique.) 8° *Essai historique et critique sur une forme de fièvre typhoïde qui régna épidémiquement dans la Ligurie, pendant les années 1842 et 1844*; par M. Granara. 9° *Sciatique chronique guérie au moyen de cinq applications de moxa*; par M. Cravera. (La névralgie datait de deux ans et était survenue après une chute de cheval, où la hanche avait porté contre le sol. On appliqua d'abord deux moxas à la fois, l'un vers le point où le nerf sciatique sort du bassin, l'autre sur la tête du péroné. Les douleurs, loin de diminuer, s'exaspérèrent plutôt, au contraire. Néanmoins, un troisième moxa fut mis entre l'ischion et le grand trochanter, et le soulagement commença. Deux autres moxas, successivement placés dans le même lien, achevèrent la cure.) 10° *De l'extirpation des polypes au moyen de la compression immédiate continue faite à l'aide d'une pince particulière*; par M. Malinverni. 11° *Observations pratiques sur l'utilité de l'acétate de morphine*; par M. Bertini. (L'auteur cite plusieurs cas de maladies conduites à parfaite guérison par l'emploi seul de l'acétate de morphine, ce sont: une colique spasmodique, une hystérie grave, deux névralgies de la face et deux dysenteries.) 12° *Observation d'hémiplégie intermittente*; par M. Freschi. 13° *Recherches sur les corps où l'on rencontre l'iode*; par M. Cantù.

DEUX CAS DE LUXATION EN AVANT DE L'HUMÉRUS COMPLIQUÉE DE FRACTURE DU COL CHIRURGICAL DE CET OS; par M. PEYRANI.

Ce travail, publié sous forme de lettre adressée à M. Riberi, contient deux nouveaux exemples de l'application des idées de ce chirurgien, au sujet du traitement des fractures du col huméral compliquées de luxation, idées que nous avons déjà exposées et appréciées il y a deux ans. (Voy. GAZ. MÉD., 1843, p. 496.) L'importance du sujet et le peu d'attention qu'a paru exciter parmi nous le mémoire de M. Riberi nous engagent à y revenir encore. Voici les circonstances principales des faits observés par M. Peyrani.

OBS. I. — Une femme, âgée de 71 ans, tomba, le 25 septembre 1840, d'une échelle sur le poignet, puis sur l'épaule gauche. M. Peyrani l'ayant examinée une demi-heure environ après l'accident, constata les symptômes suivans: tuméfaction et ecchymose de toute l'épaule. La sphéricité normale de cette partie n'existe plus; l'acromion fait saillie, puis immédiatement au dessous de lui, on voit un enfoncement prononcé. En appuyant la main sur cette dépression, on sent un vide correspondant à la cavité glénoïde. On peut distinguer deux éminences osseuses, l'une plus prononcée et arrondie, à la partie antérieure de l'articulation, l'autre dans le creux axillaire, irrégulière et plus petite que la précédente. Le bras est évidemment raccourci. Les mouvemens imprimés au bras font sentir l'extrémité supérieure du fragment inférieur, qui paraît correspondre au bord axillaire de l'omoplate. La crépitation se fait percevoir pendant ces mouvemens. Fourmillement et stupeur de tout le membre. L'avant-bras est dans la demi-flexion sur le bras.

La comparaison de ces divers signes ne laissant aucun doute sur la co-existence d'une luxation de l'humérus et d'une fracture de son col chirurgical, M. Peyrani balança dans son esprit la valeur et l'opportunité des moyens qui se présentaient à employer en pareille circonstance. La réduction de la tête luxée ne pouvait guère être espérée, faute d'une prise suffisante sur un fragment aussi court. La pression directement exercée sur la tête, pour arriver à ce but, échoua, comme on l'avait prévu; d'ailleurs, extrêmement fatigante pour la malade, cette tentative ne dut pas être continuée, vu qu'avec elle on risquait d'augmenter la forte contusion déjà existante. L'auteur se décida en conséquence à favoriser, d'après le conseil de M. Riberi, la formation d'une pseudarthrose entre les fragmens. Pour cela, il se borna à maintenir, sur le bras tenu écarté du corps, des applications résolutives. Dès le jour suivant, un gonflement énorme envahit l'épaule. Cinq saignées, une copieuse application de sangsues et une diète rigoureuse, nécessitées pour modérer la réaction tant locale que générale.

Vers le milieu d'octobre, on commença à permettre quelques alimens.

Le 28 du même mois, on fit, sur l'épaule et le bras jusqu'alors tenus immobiles, quelques frictions résolutives. On imprima aussi quelques mouvemens au membre; et comme ils ne causèrent aucune douleur, on continua tous les jours à exercer la mobilité. Malgré la persistance de ces manœuvres, on n'avait encore rien ou presque rien obtenu au bout de deux mois. Cependant, à force de persévérance, on gagna peu à peu du terrain; au septième mois, la malade exécutait une rotation bornée, pouvait porter la main au menton et vaquer à quelques travaux chez elle.

Quatre ans se sont aujourd'hui écoulés depuis l'accident; l'épaule a presque sa conformation naturelle; le petit fragment huméral est immobile et sensiblement atrophié; les mouvemens d'élévation du bras sont très faciles, à moins que la malade ne veuille soulever un poids considérable; les mouvemens rotatoires sont libres et le champ de la rotation très étendu.

OBS. II. — (Ce second cas est rapporté par M. Peyrani beaucoup plus succinctement.) Le 27 août 1842, l'auteur fut appelé auprès d'une jeune fille de 10 ans, qui venait de se faire, en tombant d'un charriot, une forte contusion à l'épaule gauche. En l'examinant, il trouva tous les signes d'une luxation antérieure ou sous-claviculaire de la tête de l'humérus, avec une fracture du col de cet os. Sans essayer de réduire ni la luxation, ni la fracture, il prescrivit d'abord une saignée, qui fut répétée le lendemain, des applications d'eau végéto-minérale, le repos absolu et une diète sévère.

Au bout de trente jours, l'inflammation étant dissipée, il commença à imprimer des mouvemens au bras.

Au cinquième mois, la petite malade pouvait élever la main jusqu'à la bouche; au sixième, elle la portait librement à la tête, ainsi que dans tous les sens.

Aujourd'hui, après deux ans, les mouvemens sont libres et très étendus, bien qu'elle ne puisse sans difficulté soulever des corps lourds. Vu la maigreur de la malade, on sent distinctement que l'extrémité supérieure du fragment inférieur est hypertrophiée, et qu'elle appuie au dessous de la cavité glénoïde et au devant du bord axillaire de l'omoplate.

— Nous n'avons pas à reproduire ici le jugement que nous crûmes devoir porter en 1843 sur cette méthode de traitement, à l'occasion du travail où elle fut proposée par M. Riberi. (Voy. GAZ. MÉD., loc. cit.) Mais nous devons dire seulement que rien, dans les deux observations précédentes, ne nous engage à modifier l'opinion que nous avions alors avancée. L'établissement d'une pseudarthrose nous paraît toujours devoir être un pis-aller auquel le chirurgien prudent n'aura recours qu'après avoir constaté l'impuissance d'autres moyens plus rationnels, tels que la réduction de la luxation. Remarquons, à ce sujet, que la première observation de M. Peyrani n'est point un exemple d'application rigoureuse de la méthode de M. Riberi; car l'auteur exprime formellement qu'il chercha d'abord à réduire la tête humérale, et ce ne fut qu'après avoir échoué dans cette tentative qu'il prit le parti de provoquer une fausse articulation. On peut aussi dire que, chez une femme de 74 ans, cette pratique était peut-être, sinon la meilleure, au moins très excusable; car, à quoi bon se piquer de restituer à la partie l'harmonie entière de ses formes et toute la liberté de ses mouvemens. Le lecteur remarquera cependant la violence des accidens inflammatoires qui se sont déclarés chez cette malade, quoiqu'on n'eût fait que des efforts très modérés (vraisemblablement même trop modérés, à notre sens) de réduction; ces accidens, selon nous, ont été l'effet de l'irritation que les extrémités osseuses non réduites exerçaient sur les parties molles voisines.

Mais si quelques circonstances plaident, dans la première observation, en faveur de la conduite tenue par M. Peyrani, nous ne saurions donner la même approbation aux principes de l'application desquels la seconde offre l'exemple. Chez une jeune fille de 10 ans, remplacer pour toute la vie l'articulation normale du bras par une pseudarthrose irrégulière, imposer cet échange volontairement, sans avoir même tenté la réduction qui, à cet âge, est souvent si facile, quoiqu'on se trouvât au moment même de l'accident et dans les circonstances les plus favorables, ce n'est, nous osons le dire, avoir agi ni dans l'intérêt de la malade, ni selon les inspirations rationnelles d'une science qui est, avant tout, conservatrice! Certes, nous ne voulons point dissimuler que la réduction, avec de telles complications, s'obtient fort difficilement; mais qu'en coûtait-il d'essayer?

OBSERVATIONS SUR LE TARENTISME; par M. GAZZO.

L'auteur a eu souvent occasion d'observer les effets de cette maladie, dans l'espace de cinq années qu'il a pratiqué dans l'Albissole, province de Savona, la tarentule (*aranea tarantula*) étant très commune dans ce pays. Il n'a jamais vu la maladie que pendant les mois de juin, juillet et août, ce qui lui semble prouver que cette araignée n'est venimeuse que durant les plus fortes chaleurs de l'été. Les paysans sont le plus exposés à ses morsures, qui ont ordinairement lieu au milieu de leurs travaux, lorsque, par exemple, ils coupent le foin ou cueillent de l'herbe. Quand la maladie est abandonnée à elle-même, elle augmente pendant trois jours au point de simuler l'apparence de l'affection la plus grave, du choléra ou du tétanos. A partir du quatrième jour, elle décroît et se termine toujours favorablement au quatorzième ou au quinzième. Les symptômes les plus constans sont les suivans: respiration anxieuse, toux convulsive, voix agitée, rauque et ténue, cardialgie, vomiturition, contractions des muscles abdominaux, suppression de la sécrétion urinaire, constipation, crampes et spasmes des membres supérieurs et inférieurs, froid glacial et sueur visqueuse sur tout le corps, cuisson et douleur très vives dans la partie mordue, douleurs répandues partout le corps et convulsions.

La maladie comprend deux périodes successives bien distinctes: la période algide et la période de réaction. Dans la première, on emploie les stimulans diffusibles; mais il faut avoir soin de les cesser dès les premiers indices de réaction, de peur de déterminer quelque congestion cérébrale ou pulmonaire. Si la réaction est modérée, la nature suffit habituellement pour terminer la maladie, et elle le fait au moyen d'évacuations alvines abondantes, de flux d'urine, de sueurs copieuses ou d'une éruption miliaire. Dans le cas contraire, on administrera quelques antispasmodiques, sans négliger les diaphorétiques et les purgatifs salins, qui, donnés en temps opportun, pourront mettre la nature sur la voie d'une crise salutaire.

L'auteur, d'après ce qu'il a observé, juge inutile l'application de l'ammoniaque sur le lieu de la morsure. Le virus de la tarentule, dit-il, est tellement subtil et présente d'ailleurs si peu de danger pour la partie blessée, qu'il ne laisserait pas à cette médication locale le temps de produire son effet, et que celui-ci serait d'ailleurs tout à fait superflu.

Aucun des malades qu'il a vus ne lui a offert l'exemple de cette passion pour la musique et la danse que quelques auteurs regardent comme un des symptômes constans de la maladie et comme conduisant à son remède le plus sûr. Une seule de ses malades, femme de 32 ans, lui dit qu'au milieu des plus violens paroxismes de ses souffrances, lorsqu'elle entendait le son des cloches ou les chansons des villageois, elle était obligée de faire un violent effort sur elle-même pour se contenir, et que si elle n'eût craint de passer pour folle, elle se serait volontiers mise à danser, tant il lui semblait alors que cet exercice lui eût procuré du soulagement. M. Gazzo se propose d'étudier dorénavant l'influence de la musique et de la danse chez les nouveaux malades qui se présenteront à son observation.

DE L'EXTIRPATION DES POLYPES AU MOYEN DE LA COMPRESSION IMMÉDIATE CONTINUE, FAITE A L'AIDE D'UNE PINCE PARTICULIÈRE; par M. MALINVERNI.

L'auteur ayant entrepris d'arracher un polype des fosses nasales avec les pinces usitées ordinairement pour cette opération éprouva une résistance qui l'empêcha d'insister avec plus de force pour achever l'extraction extemporanément. Sans lâcher la prise, il eut alors l'idée de réunir les deux mors de la pince serrés l'un contre l'autre, au moyen d'un ruban passé dans leurs anneaux et fixé ensuite par ses extrémités à la tête de la malade. L'instrument fut ainsi laissé en place; et le matin du 3e jour, en exerçant sur lui de légères tractions, il entraîna le polype au dehors. Une récidive s'étant manifestée dans la même narine au bout de quarante jours, M. Malinverni ne jugea pas à propos d'employer un autre procédé que celui qui lui avait précédemment réussi. Seulement, afin d'en rendre l'application plus facile et surtout plus commode pour la malade, il fit construire une pince à mors plus fins, à dentelures plus profondes, à manches plus courts. Il fit aussi percer les manches, près des anneaux, d'un trou propre à recevoir une vis à pression pour rapprocher les branches graduellement l'une de l'autre. La seconde opération réussit aussi bien que la première. La vis fut très utile pour serrer de nouveau le polype, à mesure qu'en se flétrissant il tendait à échapper à l'action compressive de la pince.

M. Malinverni propose d'étendre le même mode de traitement aux polypes des autres parties du corps. Il le considère comme préférable, d'une manière générale, aux autres agens de la médecine opératoire, la ligature, l'excision, l'arrachement simple. C'est une sorte de ligature, selon lui, mais bien plus facile à appliquer que celle faite avec l'anse de fil.

— Tout en approuvant la conduite tenue par M. Malinverni dans le cas particulier qui lui suggéra la première idée de ce moyen, nous ne pensons pas que son instrument puisse légitimement aspirer à rendre les mêmes services et à partager la même faveur que la ligature. La grande objection contre son emploi est qu'il ne comprimera le plus souvent que le corps du polype, tandis que la ligature embrasse et détruit son pédicule même, circonstance qui exposerait les opérés par ce procédé aux chances très probables d'une récidive. Nous ne voulons pas invoquer, à l'appui de cette objection, l'exemple de la malade chez laquelle M. Malinverni fut forcé de pratiquer une seconde fois l'opération; car l'imminence d'une récidive à la suite de l'arrachement ainsi effectué est un fait qui n'a besoin que d'être exprimé pour qu'on l'admette. En résumé, cette méthode, qui du reste est renouvelée, par l'auteur, de Ch. Bell, ne peut prétendre à un rang honorable que parmi les ressources auxquelles on fait appel en cas d'urgence, ou dans des circonstances exceptionnelles.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 AVRIL.

ANATOMIE PATHOLOGIE DE LA SURDITÉ.

M. PAPPENHEIM présente à l'Académie un mémoire contenant la suite de ses

observations sur l'anatomie pathologique de la surdité. Outre les changemens survenus dans les nerfs, les tissus muqueux et osseux, deux phénomènes lui semblent de nature à devoir être signalés : la présence du cholestéarin et les résidus pathologiques qui se trouvent autour des grandes cellules qu'il a découvertes en 1837, dans le labyrinthe membraneux. C'est comme conséquence d'une inflammation qu'il a trouvé le cholestéarin dans le conduit extérieur, dans la caisse du tympan et même dans les membranes du labyrinthe.

Quant aux grandes cellules, dont l'influence sur la propagation du son est connue de tout le monde, mais n'a encore été étudiée par personne, il est à remarquer qu'elles sont plus ou moins entourées de cristaux de carbonate de chaux ; et c'est dans le plus ou moins que repose souvent le seul changement qu'on trouve dans la surdité.

Le résultat anatomique n'est pas d'accord avec l'opinion admise jusqu'ici que les cristaux devraient favoriser la propagation du son.

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES OBSERVÉS EN S'ÉLEVANT A UNE CERTAINE HAUTEUR DANS LES ALPES.

M. LE PILEUR communique un mémoire sur ce sujet. On sait que les phénomènes qui ont été observés le plus généralement par les voyageurs sont : l'accélération du pouls, l'anhélation, une fatigue des membres inférieurs se dissipant rapidement lorsque l'on cesse de monter, la nécessité de faire des haltes fréquentes, à intervalles égaux et plus ou moins rapprochés. Suivant la hauteur où l'on est parvenu, et suivant les individus, la diminution notable ou même l'abolition de l'appétit, le mal de cœur, les nausées, le vomissement, en un mot un état analogue au mal de mer.

L'auteur expose, dans ce mémoire, les effets physiologiques qu'il a observés sur lui-même et sur ses compagnons, dans le voyage au Mont-Blanc qu'il a fait en août 1844, avec MM. Bravais et Martins. Nous extrayons de ce volumineux journal, tenu jour par jour et heure par heure, quelques-unes des propositions relatives aux principales fonctions. Relativement au pouls, l'auteur a constaté que le rapport d'accélération entre Paris et la cime du Mont-Blanc (4811 m.) est en moyenne 0,75 (le nombre à la cime étant pris pour l'unité); entre Chamonny et la cime, ce rapport est 0,68. Des observations faites, il résulte que l'accélération du pouls, à mesure qu'on s'élève, n'a pas lieu en proportion de la diminution de pression atmosphérique. Le mouvement musculaire paraît être la condition essentielle du développement à un certain degré de quelques-uns des phénomènes observés. En effet, lorsqu'on gravit les montagnes à cheval ou qu'on s'élève en ballon (MM. Biot et Gay-Lussac), on n'observe qu'un peu d'anhélation et l'accélération du pouls, même à la hauteur de 6997 m. (M. Gay-Lussac), c'est-à-dire beaucoup plus haut qu'on ne s'est jamais élevé sur les montagnes. D'autre part, l'anorexie, le mal de cœur et les autres symptômes analogues à ceux du mal de mer tiennent surtout à la raréfaction de l'air et à la dilatation des gaz intestinaux, sous une moindre pression.

En résumé, parmi les phénomènes divers qui peuvent se produire lorsqu'on s'élève sur les montagnes, et notamment dans les Alpes, les uns paraissent tenir en propre à l'élévation, ce sont : l'accélération du pouls, la perte d'appétit, et, dans quelques cas, la somnolence ; les autres résultent de la complication de l'élévation et du mouvement, ce sont : la fatigue particulière de certains muscles des jambes, la gêne dans la respiration, les battemens dans les carotides, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le préfet de la Seine prie l'Académie de vouloir nommer une commission chargée de procéder à une enquête sur les dangers de l'emploi du seigle ergoté.

— M. SÉGUR-DUPEYRON écrit pour annoncer qu'il avait inexactement rapporté un fait de développemet de la peste sur un bâtiment après dix-sept jours de date du départ d'un lieu infecté. C'est le septième jour que ce développement a eu lieu.

— M. LE PRÉSIDENT tire au sort le nom des membres qui se présenteront chez le roi à l'occasion de sa fête. Le sort désigne MM. Récamier, Dupuy, Moreau, Patissier, Marjolin, Capuron, Cruveilhier, Jolly, Baudelocque, Réveillé-Parise et Nacquart.

SUR LA SANTÉ DES OUVRIERS EN TABAC.

M. MÉLIER fit, en son nom et au nom de M. Loiseleur-Delongchamps, un rapport sur un document officiel adressé à l'Académie par le ministre de l'agriculture et du commerce, touchant la santé des ouvriers employés dans les manufactures de tabac.

Après quelques considérations sur l'influence des professions en général dont l'étude présente encore tant d'inconnues malgré les progrès de l'hygiène, M. Mélier fait remarquer la divergence d'opinion qui existe parmi les médecins à l'égard de la fabrication du tabac. Lisez en effet les auteurs, lisez Rammazini, rien, selon lui, de plus dangereux que cette fabrication ; entendez au contraire Parent Du Châtelet, rien de plus complètement innocent. Entre ces opinions extrêmes, où se trouve la vérité ? L'organisation parfaite de l'administration des tabacs donne, pour résoudre cette question intéressante, des facilités que peu d'industries présentent au même degré. Depuis la culture de la plante et le choix de ses espèces, depuis le nombre des feuilles qu'il faut, selon les terrains, laisser à sa tige jusqu'au dernier achèvement du produit, tout y est soumis au calcul de la science, non moins qu'aux données de l'expérience. Qu'il suffise de rappeler, pour donner une idée de l'esprit qui y préside, que l'administration des tabacs, rangée maintenant dans les carrières savantes, se recrute aux mêmes sources que les ponts-et-chaussées, c'est-à-dire parmi les élèves de l'École Polytechnique.

Des médecins sont attachés à ces manufactures. Outre le soin des malades, ils ont aujourd'hui la mission de consigner chaque année, dans des rapports circonstanciés, les remarques qu'ils pourraient avoir faites sur la santé des ouvriers, sur les maladies observées dans les fabriques, et sur les particularités que ces maladies auraient présentées. Excellente mesure, dit M. Mélier, qui témoigne du zèle trop souvent méconnu de l'administration pour les intérêts qui lui sont confiés, et que l'on aimerait à voir adoptée dans tous les établissemens qui occupent beaucoup d'ouvriers. Ce serait le meilleur moyen de réunir sur l'influence des professions des renseignemens précis, renseignemens que l'hygiène saurait mettre à profit, et que pourrait consulter le législateur lui-même.

Le document adressé à l'Académie de médecine est le résumé des observations faites par les médecins de dix manufactures de tabac, pendant l'année 1842 ; il est dû aux soins de M. le vicomte Siméon, directeur-général de l'administration des tabacs, qui a désiré lui-même que l'Académie de médecine fût chargée de l'examiner.

Les questions qu'il soulève se rapportent aux ateliers et à leur tenue, aux maladies et aux accidens observés dans l'année, aux effets du tabac sur les ouvriers. C'est surtout à ce dernier point que s'attache M. Mélier dans son rapport. Selon le document qu'il a eu à examiner, le tabac ne produirait que rarement des effets sensibles sur les ouvriers ; deux ateliers seulement, celui où l'on fait fermenter le tabac à priser et celui de la dessiccation du tabac à fumer, auraient sur les ouvriers une certaine influence. On va plus loin : on est porté à regarder la fabrication du tabac comme un préservatif ou même comme un remède dans certains cas et dans certaines maladies, dans la phthisie en particulier.

On sent toute l'importance de pareilles questions, de la dernière surtout. L'administraration des tabacs ne pouvait la laisser passer sans examen. Pour la résoudre, M. Mélier a visité nombre de fois la manufacture de tabac de Paris, la plus importante de toutes, et il en expose sommairement les travaux afin d'en mieux faire apprécier les effets.

Envisagés au point de vue de l'hygiène, ces travaux peuvent être divisés en plusieurs catégories, selon l'état de la plante, selon surtout qu'ils s'exercent avant ou après qu'elle a été soumise à la fermentation et à la chaleur, deux conditions qui en développent singulièrement l'activité. Chemin faisant, M. Mélier signale les améliorations considérables qui ont été successivement introduites dans la fabrication du tabac. La vapeur y remplace presque partout la main des hommes, qui sont ainsi soustraits à beaucoup d'inconvéniens qui existaient autrefois.

Malgré ces améliorations, il s'en faut de beaucoup, selon M. Mélier, que la fabrication du tabac soit complétement exempte de toute action sur les ouvriers ; à vrai dire, on ne concevrait guère qu'elle pût être sans inconvénient, quand on songe à la composition de la plante et au principe si énergique qu'elle contient, la *nicotine*, poison des plus violens. Beaucoup d'ouvriers en ressentent les effets : effets primitifs caractérisés par une céphalalgie plus ou moins intense, accompagnée de mal de cœur et de nausées, perte de l'appétit et du sommeil, diarrhée ; ils durent de huit à quinze jours, et disparaissent ordinairement ; effets consécutifs se révélant par une altération particulière du teint qui prend une nuance grise. Ce dernier effet ne s'observe que sur un petit nombre d'ouvriers, après un temps assez long et seulement dans certains ateliers. M. Mélier suppose qu'il se lie à un état particulier du sang dû à l'absorption des principes du tabac, et il appuie cette idée de plusieurs considérations. Il a fait analyser par M. Félix Boudet l'urine, et tout porte à croire qu'elle contient de la nicotine.

Tout en signalant ainsi les effets du tabac sur les ouvriers, effets qui se sont manifestés même sur les plantes, M. Mélier a soin d'ajouter qu'ils sont loin d'être aussi graves qu'on le croyait autrefois. N'exagérons rien, dit-il, l'action du tabac sur les ouvriers, bien que réelle, n'est pas telle qu'il faille voir dans sa fabrication une chose éminemment nuisible et dangereuse ; ce n'est rien de comparable, par exemple, au plomb ou au mercure ; il n'en résulte ni coliques violentes, ni paralysie, ni tremblement, comme de la part de ces métaux ; il n'y a même pas, à bien dire, de maladie déterminée ; mais il y a des effets physiologiques bien certains, et tels qu'on devait les attendre de la substance dont il s'agit, et d'après ses propriétés connues.

Est-il vrai qu'à côté des inconvéniens que produit la fabrication du tabac, il y ait, comme compensation quelques effets salutaires ? M. Mélier fait observer qu'il n'y aurait rien de surprenant ni de contradictoire à ce qu'il en fût ainsi. La plupart de nos agens thérapeutiques ne doivent-ils pas aux mêmes élémens et les vertus salutaires qui les font rechercher, et les propriétés toxiques qui les rendent redoutables ? Il paraît certain que les émanations du tabac sont quelquefois salutaires. Les ouvriers sont persuadés de leur efficacité contre les douleurs rhumatismales ; sont-ils pris de ces douleurs après un refroidissement, ils ne connaissent pas de meilleur remède qu'un bon somme sur un tas de tabac. M. Mélier cite à ce propos, et à l'appui du fait, une série d'observations qui lui ont été communiquées par M. le docteur Berthelot, et desquelles il résulte que des cataplasmes de farine de graine de lin délayée dans une décoction de tabac, calment promptement les douleurs du rhumatisme et amènent, en moyenne, une guérison aussi prompte que la plupart des méthodes de traitement généralement employées contre cette maladie.

Le travail du tabac paraît être propre à préserver des fièvres intermittentes ; il aurait eu également pour effet de préserver des atteintes de certaines épidémies ; c'est ainsi qu'à Tonneins la suette aurait épargné presque complètement les ouvriers du tabac : il préserve de la gale.

Préserverait-il de la phthisie, pourrait-il en ralentir la marche et la guérir, comme on l'a dit ? Tout en louant les médecins qui ont cru entrevoir une si belle espérance de l'avoir signalée, parce qu'on ne doit rien négliger de ce qui semble pouvoir donner prise sur une maladie aussi funeste, M. Mélier ne croit guère

que l'on puisse avoir une aussi bonne opinion du tabac. Il n'a vu aucun fait qui l'appuie; il en a vu de contraires.

M. le rapporteur termine en proposant de répondre au ministre :

1° Que l'Académie, après s'être fait rendre compte du travail qui lui a été adressé sur le service médical des manufactures de tabac, ne peut qu'applaudir à la bonne direction hygiénique de ces établissemens et aux sages précautions qui y sont observées pour préserver autant que possible la santé des ouvriers de toute atteinte.

2° Que l'Académie applaudit en particulier à la mesure par suite de laquelle les médecins doivent tenir note de leurs observations et en faire l'objet de rapports annuels.

3° Que cette mesure, bien observée, donnera le moyen d'apprécier au juste, et mieux qu'on n'avait pu le faire jusqu'à présent la véritable influence du tabac sur la santé de ceux qui le travaillent, et pourra ainsi fournir des données utiles à l'hygiène, et peut-être même à la thérapeutique.

4° Que, quant aux questions qui se trouvent soulevées dans le document à l'égard de la phthisie et de quelques autres maladies, elles ne peuvent être considérées, dans l'état actuel des choses, que comme de simples aperçus, et qu'il convient d'attendre de nouvelles observations, des faits concluans, pour émettre une opinion quelconque sur ces questions.

5° Et enfin, que l'Académie recevra avec intérêt et gratitude toutes les données qui pourront lui être adressées à l'avenir, et qu'elle mettra tous ses soins à les examiner.

La lecture de ce rapport qui a duré une heure et demie a été suivie de marques unanimes d'approbation. Des applaudissemens se font entendre sur plusieurs bancs.

M. Villermé : Je propose que le remarquable rapport que nous venons d'entendre soit inséré dans les Mémoires de l'Académie. (De toutes parts : Appuyé! appuyé!) Après avoir payé un juste tribut d'éloges au beau travail de M. le rapporteur, je me permettrai quelques observations. Il me semble que M. Mélier n'a pas assez insisté sur les effets de la haute température à laquelle sont soumis les ouvriers des manufactures de tabac. J'aurais désiré aussi qu'on indiquât, dans le rapport, la proportion des hommes et des femmes employés dans ces établissemens, afin d'apprécier dans quelles proportions les maladies sévissent sur les deux sexes ; enfin, l'influence des émanations du tabac sur la fonction menstruelle me paraît de nature à devoir être signalée.

M. Mélier rappelle les passages de son rapport qui ont trait à chacune des questions que vient de soulever M. Villermé, et fait voir que toutes ces questions ont été traitées avec les développemens qu'elles méritaient.

M. Moreau : Nous avons trop rarement occasion d'entendre d'aussi bons rapports, pour que je n'appuie de toutes mes forces la proposition de M. Villermé. J'adresserai à M. Mélier une seule question : On a beaucoup parlé de l'influence du tabac sur quelques maladies intermittentes ; a-t-on signalé en particulier l'influence de cette substance sur les maladies de la peau ? On sait que le tabac a été expérimenté avec quelques succès, à ce qu'il paraît, à l'hôpital St-Louis, contre ces affections.

M. Mélier : Dans la crainte de fatiguer l'attention de l'Académie, j'ai omis quelques passages du rapport, et en particulier celui qui a trait à l'influence en question ; mais les faits qui y sont relatifs sont consignés dans le rapport ; il y est dit que les maladies de la peau, et la gale en particulier, sont très rares dans ces établissemens.

M. Moreau : Mais a-t-on constaté si des sujets entrés dans les manufactures de tabac avec la gale y ont guéri spontanément ?

M. Mélier : Cette expérience n'a pu être faite ; car on ne reçoit jamais dans les manufactures des sujets atteints de gale.

M. Villeneuve : On a cité le fait d'une accouchée chez laquelle les eaux de l'amnios exhalaient l'odeur du tabac. S'est-on assuré, dans ce cas, par l'analyse chimique, de la présence de la nicotine dans les humeurs ?

M. Mélier : Le fait auquel M. Villeneuve fait allusion s'est passé à la clinique d'accouchement de Strasbourg. Je ne sache pas qu'on ait constaté la présence de la nicotine dans les eaux de l'amnios ; mais on conçoit que cette odeur puisse exister sans que l'analyse chimique révèle la présence de cette substance.

M. Gérardin : A-t-on introduit dans toutes les manufactures de tabac les machines dont on fait usage actuellement à Paris ? C'est important à savoir, car si toutes les manufactures ne sont pas sur le même pied, il est évident que les observations que l'on ferait dans chacune d'elles ne seraient point comparables entre elles et qu'elles n'auraient plus par conséquent le même intérêt. Quant aux effets des émanations du tabac, pour les bien apprécier il faut comparer ce que l'on observe depuis qu'on fait usage des machines avec ce qui avait lieu avant leur introduction. Il n'y a pas à cet égard de comparaison possible entre les anciennes fabriques et les fabriques actuelles. Les ouvriers dans les anciennes fabriques présentaient un aspect déplorable, et ils éprouvaient des accidens extrêmement graves qu'on n'observe plus aujourd'hui. Cela tient à ce que le travail le plus pénible et qui exposait le plus les ouvriers à l'action des émanations, la mouture du tabac, est faite à l'aide des machines. M. Mélier a très bien vu, à mon avis, l'origine de la coloration particulière que présentent les ouvriers ; cette coloration n'est pas comme on pourrait le croire au premier aspect un signe d'affection du foie ou des organes digestifs, mais une véritable pénétration du derme par les molécules colorantes du tabac, c'est un véritable changement de couleur du derme comparable à celle qui résulte de l'action du nitrate d'argent. M. le rapporteur a émis sur ce sujet des considérations physiologiques pleines d'intérêt et je partage entièrement son opinion à cet égard.

M. Ségalas : M. le rapporteur a signalé l'influence du tabac sur les urines ; a-t-il constaté si cette influence s'exerce sur la quantité seulement des urines ou sur ses qualités ?

M. Chevallier demande qu'on adoucisse l'expression de quelques réflexions critiques adressées à Parent-Duchâtelet. Il désirerait, en outre, que le rapporteur insistât davantage sur un point qui lui paraît un peu négligé, c'est celui qui est relatif à l'acclimatement des ouvriers dans les fabriques. On sait que les ouvriers cérusiens, par exemple, ne s'acclimatent jamais.

M. Gaultier de Claubry : J'ignore si l'on a considéré le tabac comme pouvant avoir quelque influence sur les fièvres intermittentes ; mais voici un fait qui tendrait à démontrer que cette influence est au moins fort douteuse. En 1830, par suite de travaux considérables qui furent faits dans les environs du Gros-Caillou, il se forma de grandes masses d'eau, qui donnèrent naissance à des fièvres intermittentes dans la population de ce quartier, et en particulier parmi les ouvriers de la manufacture de tabac. Ces fièvres intermittentes ne cessèrent qu'après le dessèchement des mares. Il ne paraît pas, dans ce cas au moins, que les émanations de tabac aient eu la moindre influence salutaire sur le développement des fièvres d'accès.

M. Castel : Demander si les émanations du tabac peuvent être nuisibles, c'est demander si les stimulans ont une action sur l'économie : cette action ne saurait un instant être douteuse ; l'abondance des urines, par exemple, observée chez les ouvriers des manufactures de tabac est produite par le tabac comme elle le serait par tout autre stimulant.

On a dit que le tabac pouvait contribuer à la guérison de la phthisie : on ne peut émettre aucune proposition absolue à cet égard ; il faut tenir compte de la nature de la phthisie ; il est certain que, s'il s'agit d'une phthisie dépendante d'une cause asthénique, de la phthisie scrofuleuse, par exemple, le tabac pourra être utile ; mais il en sera tout autrement si la phthisie est produite par une cause irritante ; le tabac, dans ce cas, serait contraire.

M. Londe désirerait qu'on adjoignit une sixième conclusion pour exprimer que, malgré les améliorations introduites dans les manufactures, la fabrication du tabac entraîne encore des inconvéniens pour la santé des ouvriers. D'après les conclusions telles qu'elles sont rédigées, on semblerait dire que cette fabrication est tout à fait dépourvue d'inconvéniens, ce qui n'est pas exact.

M. Delens : La question de l'influence des émanations du tabac sur la santé des ouvriers se rattache naturellement à la question du mode d'action thérapeutique du tabac sur l'économie. Il est difficile, dans des considérations sur l'action générale du tabac, de faire abstraction de l'action spéciale de cet agent sur l'économie lorsqu'il est administré à l'intérieur comme médicament. Or, la science possède là-dessus des faits qu'il eût été peut-être utile de consulter. J'aurais désiré que M. le rapporteur donnât plus de développemens à cette question.

M. Desportes trouve que M. le rapporteur n'a pas assez insisté sur le phénomène de la coloration particulière des ouvriers en tabac, coloration qui devrait, suivant lui, être attribuée à une affection du foie, à laquelle ils sont très sujets. Il a eu occasion d'ouvrir le corps de quelques-uns de ces ouvriers, et il a trouvé le foie plus ou moins altéré et la vésicule biliaire presque vide et ne contenant qu'une très petite quantité de bile jaune, très peu colorée.

M. Lagier : Il a été question dans le rapport d'ophthalmies observées sur les ouvriers des manufactures de tabac ; mais je n'ai pas entendu parler de l'amaurose. Cet oubli est d'autant plus regrettable qu'il est question dans plusieurs traités d'ophthalmologie d'amauroses qui auraient été produites par le tabac à fumer. Il serait intéressant de savoir, comme renseignement, si dans les fabriques on n'a point observé d'exemples de semblables amauroses.

M. Rochoux : M. Chevallier, en parlant de l'acclimatement, a dit qu'il y avait de certaines émanations auxquelles les ouvriers ne s'acclimataient jamais ; il a cité les fabriques de céruse. Je ferai remarquer à cette occasion qu'il faut distinguer les poisons minéraux d'avec les poisons végétaux. On s'acclimate à ces derniers, mais jamais aux poisons minéraux.

Relativement à la phthisie, on a dit que cette maladie était susceptible de guérison ; cela n'est pas exact. On ne guérit jamais des productions morbides telles que le tubercule, le cancer, etc.

M. Fontan (membre correspondant) appelle l'attention de l'Académie sur une circonstance dont il n'a pas été, suivant lui, suffisamment tenu compte dans le rapport, c'est la nature des gaz qui s'exhalent des fabriques de tabac. Celui qui domine est l'ammoniaque. La connaissance de ce fait est importante, non seulement en ce qu'elle met en évidence une source spéciale de maladies, mais encore en ce qu'elle peut mettre sur la voie d'une industrie qui consisterait à utiliser les produits des émanations des manufactures de tabac.

— La parole est réservée à M. Mélier dans la prochaine séance pour répliquer.

La séance est levée à cinq heures et demie.

— De l'hydrothérapie et de son application au traitement de quelques maladies chroniques ; par le docteur Lubanski, directeur de l'Institut hydrothérapique de Pont-à-Mousson (Meurthe). — In-8° de 76 p. Prix : 2 fr.

Paris, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

INFLUENCE DES MANUFACTURES DE TABAC SUR LES OUVRIERS. — APPAREIL INAMOVIBLE.

Une discussion intéressante a été soulevée à l'Académie de médecine sur l'influence hygiénique des manufactures de tabac. Soulevée par un très bon rapport de M. Mélier, cette question était trop étendue, trop complexe et aussi trop spéciale pour être résolue du premier coup. On a pu voir néanmoins de combien d'élémens divers elle se compose, à combien de recherches approfondies elle devrait donner lieu, et à quelle diversité de résultats elle peut conduire. Sans vouloir diminuer en rien le mérite du rapport ni du succès qu'il a obtenu, il est impossible de méconnaître cependant qu'on n'est arrivé à aucune solution. M. Mélier a groupé, avec un certain ordre, et divisé avec une certaine méthode les faits observés et à observer; mais, en y regardant de près, c'est un cadre bien plus qu'un travail qu'il a présenté; et ce cadre lui-même aurait besoin d'être complété dans certains points, élargi et modifié dans plusieurs autres. Quelle que soit cependant l'insuffisance de ce document au point de vue des vérités établies, on ne peut méconnaître qu'il a creusé la question, qu'il a mis en lumière les principales difficultés, et, à ce titre, on ne peut trop féliciter l'auteur : l'Académie de médecine n'entend pas assez souvent des rapports élaborés avec ce soin et cette connaissance des faits qui lui donnent l'aspect d'un travail original. Disons d'abord les faits mis en lumière par M. Mélier : nous indiquerons ensuite ceux qu'il a négligés.

Les ouvriers soumis aux émanations du tabac éprouvent deux sortes d'effets; les uns primitifs : céphalalgie, mal de cœur et nausées, perte d'appétit et de sommeil, diarrhée; les autres consécutifs, consistant dans une espèce de cachexie révélée par une altération particulière du teint, qui prend une couleur grise. Ce double résultat serait dû au principe actif du tabac, à la nicotine.

Par compensation, les émanations du tabac exerceraient une salutaire influence contre le rhumatisme, les fièvres intermittentes, contre la gale, contre certaines épidémies, la suette, par exemple, etc.

Tels seraient les résultats des recherches auxquelles M. Mélier s'est livré, à l'occasion d'un document adressé à l'Académie par M. le ministre de l'agriculture et du commerce. En acceptant la question comme M. Mélier l'a posée, c'est-à-dire la recherche des influences morbides et salutaires du tabac, il eût été à désirer qu'on en eût précisé un peu plus rigoureusement les élémens. Quels sont les principes actifs et nuisibles du tabac? quels

Feuilleton.

VARIA.

— Que les médecins seuls fassent de la médecine; est-il un principe plus clair, plus juste et, j'ose le dire, plus profitable à l'humanité? Croirait-on néanmoins qu'il n'en est pas de plus ouvertement, de plus scandaleusement violé que celui-là. Quels foudres de la justice tomberaient sur l'audacieux qui se dirait prêtre ou magistrat, qui en usurperait les fonctions sans en avoir le caractère? N'a-t-on pas vu un jeune homme condamné à deux mois de prison, pour avoir *osé* mettre une robe d'avocat, sans être sur le tableau? Mais un individu vend des drogues, des médicamens, donne des consultations; il trompe, il vole, il empoisonne le public avec une persistance odieuse, une détestable habileté, et peu de personnes y trouvent à redire; si, par hasard, il est poursuivi judiciairement, on le condamne à 15 fr. d'amende, maximum 50 fr. et six jours de prison; et le *condamné* est ravi, c'est pour lui une excellente et fructueuse réclame. Eh bien! quiconque connaît les hommes et les choses de notre époque, quiconque a su *tâter le pouls de notre siècle*, de cette société pressée, murée dans son égoïsme, jugera qu'il en doit être ainsi. Il y a une fatalité logique qui fait que les choses portent avec elles leurs conséquences et avec elles aussi leur expiation. Mais dans ce tohu-bohu que deviennent les projets d'organisation médicale? ils sont dûment enregistrés au bureau des décès législatifs.

— Si l'on vous renfermait dans une prison, en ne vous permettant qu'un *seul* livre de médecine, lequel choisiriez-vous? Le cas est plus embarrassant qu'on ne croit. Chaque auteur, pris même parmi les bons, se recommande non seulement par sa doctrine, mais par des qualités qui ne sont qu'à lui; il y faut donc une inclination particulière de la part du lecteur, une sorte d'attraction spéciale. Quant à moi mon choix est fait, mais je ne le dirai pas, quoique l'auteur soit mort depuis longtemps; mon cher confrère, faites-en autant, croyez moi; il n'est pas toujours bon de faire connaître l'objet de ses prédilections : il en est des alimens de l'esprit, comme de ceux du corps. « Dis-moi ce que tu manges, je te dirai qui tu es. » Dis-moi l'auteur que tu préfères, j'aurai la mesure de ton goût, de ton esprit, de ton savoir, je saurai te connaître *intùs et in cute.* » Tu ressembles, dit Goëthe, à l'esprit que tu comprends. Relisons donc notre auteur favori, mais n'en disons rien, c'est le plus sûr appui de notre amour-propre.

— On se plaint que la presse produit sans cesse et sans relâche, qu'on fait trop de livres, que cette maladie chronique n'a ni crise ni fin. Il y a du vrai dans cette remarque, les livres abondent; les ouvrages sont rares. Toutefois il ne faut pas en faire un crime à notre époque; encore sur ce point, il n'y a rien de nouveau. Nos devanciers nous ont laissé à cet égard des modèles complets et le *cacoëthes scribendi* les possédait tout aussi bien que nous. Sans parler de

sont les gaz que produisent la fermentation, la caléfaction? quels sont ceux qu'exhalent les ouvriers? en un mot, quel est l'*air* des ateliers? L'air, la cause dans laquelle se résume cette triple source d'émanations, n'agit pas seulement comme la nicotine, comme l'ammoniac, comme les gaz expirés, mais comme ces divers élémens combinés entre eux, et avec les élémens normaux de l'air; d'où une résultante, qui se modifie elle-même de tous les produits et de toute la puissance de l'organisme. On voit que le premier terme, que le facteur du problème n'était pas très facile à déterminer; il devait l'être pourtant, à moins qu'on ne se tînt dans l'empirisme le plus pur. Or, aucune analyse un peu rigoureuse et instituée en vue de cette étude n'a été faite; on s'est servi des données vagues de la science; on a pris la nicotine comme seul principe actif, sans se demander si la diversité des résultats ne tenait pas à la diversité des élémens de la cause. Quant aux effets produits, ils ont été convenablement formulés dans leurs caractères les plus immédiats. Il était de notion vulgaire que la première influence du tabac, c'est la céphalalgie, les nausées, le vomissement, la diarrhée: il n'est pas un fumeur qui ne sache cela; peut-être eût-il été possible d'aller plus loin. Il n'en est pas de même de la coloration particulière du teint des ouvriers: c'est un fait assez nettement posé, caractérisé; seulement, comment M. Mélier ne s'est-il pas demandé si cette particularité cachectique des ouvriers soumis aux émanations du tabac ne se rencontre pas, jusqu'à un certain point, chez les personnes qui font un grand usage, un abus de la pipe? Il y a longtemps que nous l'avions remarqué; bien plus, nous avions noté que dans certaines maladies, cette condition de fumeur exagéré n'est pas sans influence. De même que les effets immédiats de l'atmosphère des manufactures de tabac répètent, jusqu'à un certain point, ceux qu'on éprouve généralement la première fois qu'on fume, de même la cachexie des ouvriers employés au tabac se révèle, jusqu'à un certain point, chez un grand nombre de fumeurs. Mais tout cela n'est encore que le détail et l'accessoire, et à ce point de vue un eût désiré quelques preuves, quelques expériences de plus; il n'eût pas été moins utile de rechercher avec plus de précision si la phthisie est réellement modifiée par les émanations du tabac. Un des médecins les plus instruits de l'Alsace, M. le docteur Ruef, a entonné cette opinion d'un assez grand nombre de faits; ils valaient la peine d'être examinés. Mais une question bien plus importante n'a pas été agitée ni même soulevée par M. Mélier; les manufactures de tabac exercent-elles une influence sur la longévité? de quel genre de maladie meurent les ouvriers employés dans ces manufactures? Cette question touche à celle de la longévité et des maladies propres aux fumeurs. On voit que le cadre tracé par M. Mélier est loin de comprendre tous les termes de l'intéressant problème qu'il a abordé. On ne doit pas lui en faire un reproche: un rapport n'est pas un ouvrage spécial; il faudrait plus de faits, plus d'études, plus de temps, pour arriver à quelque chose de positif, de sûr, de définitif.

Cependant, quelle voie féconde en résultats de toute espèce! L'étude des agens spéciaux, déterminés, sur l'économie, est à nos yeux la bonne et seule voie d'étude pour la pathologie. Ce n'est pas en examinant les lésions anatomiques, les tissus enflammés, durcis, ramollis, rouges, gris ou noirs, qu'on peut arriver à quelque chose de vraiment scientifique. Procédons des causes connues aux effets qu'elles peuvent produire; voilà, selon nous, le moyen de constituer la science: de substituer à toutes les entités, à toutes les fictions de la pathologie ontologique, les réalités étiologiques expérimentales. On marche dans cette voie instinctivement; mais peut-être n'est-il pas inutile d'en faire ressortir les avantages et d'en montrer la perspective: c'est ce que M. Mélier aurait peut-être fait utilement. Quoi qu'il en soit, il faut le féliciter du soin avec lequel il a rédigé son rapport, et du bon exemple qu'il a donné à ceux qui n'en font point de pareil, ou qui n'en font pas du tout.

— Nous avons eu occasion de constater tout récemment à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles quelques perfectionnemens nouveaux, quelques applications nouvelles du bandage amidonné. Disons d'abord que l'emploi de cet appareil constitue réellement une méthode très générale avec ses indications, ses moyens, ses applications et ses résultats. Quand on considère la chose de loin et dans son apparence la plus matérielle et la plus extérieure, on ne voit qu'un bandage plus ou moins analogue à ce qui avait été fait précédemment. C'est ce qui explique les prétentions, la contradiction de ceux qui, dans toute invention nouvelle, ne voient qu'une répétition de ce qui avait été fait. Mais sous l'enveloppe matérielle, derrière la construction où sont employés quelques vieux débris, il y a la pensée, l'intention, l'idée neuve qui caractérise l'invention, qui la vivifie, la féconde et lui donne une portée et des applications auxquelles personne n'avait songé. C'est ce qui est arrivé à la méthode *amovo-inamovible* de M. Seutin. Nous sommes d'autant plus heureux d'appliquer les réflexions qui précèdent à cette méthode, qu'elle trouve encore des personnes qui la confondent illégitimement avec ce qui n'est pas elle, et des contradicteurs qui la repoussent sous le prétexte des inconvéniens qui ne sont pas davantage de son fait. Il faut distinguer, a dit M. Seutin avec beaucoup de raison, ce qui tient au procédé de ce qui tient à la méthode. Le procédé matériel avait été plus ou moins réalisé; la méthode point. Or celle-ci consiste surtout, outre une construction plus précise, plus facile, plus légère de l'appareil amidonné, dans le fait de l'*amovo-inamovibilité*, qui fait jouir en même temps de tous les avantages de chacune des méthodes amovible et inamovible, sans exposer à aucun des accidens inséparables de l'usage exclusif de l'une d'elles. Au moyen de l'amovo-inamovibilité, le pansement des plaies qui compliquent les fractures est rendu facile et exécutable sans changement de bandage et sans relâchement de pièces; les membres peuvent être placés dans toutes les positions, les malades remués, transportés sans inconvénient; mais un avantage incontestable et inappréciable, c'est la faculté qu'ont les malades atteints des fractures les plus graves, de prendre de l'exercice, de se promener, d'aller au grand air, à partir du troisième au quatrième jour de l'application de l'appareil. Nous avons vu des sujets atteints de fractures comminutives de la cuisse ou de la jambe se promener quelques jours après l'accident. C'est là un fait certain et presque sans exception. Ajoutons que, dans le plus grand nombre de cas, le résultat final est la guérison, et la mort la très rare exception. Or, qu'on se rappelle quel était l'état de la science il y a vingt ans; fallait-il, dans les cas de fractures comminutives ou compliquées, amputer ou conserver le membre? la question était rendue insoluble par l'identité des résultats dans les deux cas: la mort presque constante des malades. La révolution opérée par la méthode amovo-inamovible n'est plus douteuse pour personne; à elle seule ce grand progrès.

Parmi les perfectionnemens dont nous avons été témoin, nous citerons le *compressomètre* imaginé par M. Seutin, pour s'assurer du degré de gonflement ou de retrait des parties contenues. Cette addition consiste

---

Galien, d'Avicenne et de tant d'autres auteurs très verbeux de l'antiquité, Fréd. Hoffmann n'a pas fait moins, je crois, de deux cents ouvrages, grands et petits. Les œuvres de Stahl sont très volumineuses; Van Swieten a écrit onze volumes de commentaires sur les aphorismes de Boërhaave; Schneider a publié sept gros volumes sur la membrane muqueuse nasale et le coryza. Lotichius, cet auteur si singulier par son commentaire sur Pétrone, en ce qui regarde la médecine (1), a écrit un volume sur les inconvéniens du fromage (2). En 1796, un médecin, nommé Bellegingue, a publié un ouvrage en deux volumes sur *la philosophie de la chaleur*, dans lequel il attribue uniquement à la température élevée les crimes de 93. Si je voulais continuer ces recherches, je ferais un catalogue immense de cet objet. Ce catalogue peut d'abord effrayer, mais qu'on se rassure, le temps, ce grand justicier, arrive armé de sa faux; dès lors sans pitié, sans miséricorde, il fauche l'inutile, le plat, l'ennuyeux, le médiocre, le superflu, l'insignifiant, le chimérique, le superficiel, etc., tout ce qui n'est pas creusé jusqu'aux sources de la vérité, tout ce qui est sans valeur réelle, tout ce qui manque d'idées et d'une forte expression de ces idées; en un mot, tout ce qui n'a pas ce cachet de puissance qui fait vivre les œuvres de l'esprit. Alors que reste-t-il? quelques ouvrages qui, toujours utiles, toujours lumineux, flottent pendant des siècles sur le gouffre de l'oubli.

(1) IN PETRONII SATYRICON COMMENTARII, SIVE EXCURSUS MEDICO PHILOSOPHICI, TRIBUS LIBELLIS RECENS ADORNATI. Francfurt, 1629.

(2) DE CASEI NEQUITIA, TRACTATUS MEDICO-PHILOLOGICUS. Francfurt, 1643.

— On a dit que la littérature était l'expression des mœurs du siècle, proposition très contestable assurément. Quelques-uns prétendent que l'*annonce* était cette expression d'une manière plus positive; une pareille assertion me semble mieux fondée que l'autre. Il y a des gens qui ne lisent jamais les annonces d'un journal, ils ont grand tort; dans cette lecture faite avec discernement et réflexion, ils puiseraient une infinité de vérités qu'ils ne trouveront certainement pas dans les autres pages du journal. Ce n'est pas qu'autrefois il n'y eût aussi des annonces et une manière de se faire connaître; chacun avait son entregent, ses petites ruses, son moyen à effet. Ménage nous apprend qu'un médecin de Nevers qui s'appelait Lucas avait fait graver sur sa porte ces mots célèbres: *Lucas, medicus, salutat vos*. On sait que le chirurgien Blégny fit du temps de Louis XIV un cours sur les perruques, ce qui augmenta beaucoup sa réputation. Mais quelle disette, quelle pauvreté de moyens en comparaison des annonces dont fourmillent nos journaux! Quelques-unes sont utiles et importantes, mais le compte en est bientôt fait; puis dans les autres quel cours plus complet d'audace, de mensonges, de rouerie, de platitudes, de corruption? En ce qui concerne la médecine, la sagesse n'a rien de mieux à offrir pour prouver l'imbécile crédulité des hommes. Que serait la science, quels immenses bienfaits recueillerait la société, si la centième partie des annonces que l'on fait avec un aplomb des plus effrontés se réalisait? Malheureusement il n'en est rien; en effet, que trouve-t-on au-dessous de la pompe des paroles et des promesses? un pot de sale orviétan. Le spécifique phénix, le polymorbifuge, le clysoir *artésien*, les dépuratifs sous toutes les formes, etc., ne guérissent pas plus que les autres moyens. Mais l'essentiel est de flatter les préjugés, de provoquer l'espérance,

dans un ruban de fil large, laissé entre le membre et la coque du bandage, lequel, dépassant ses deux extrémités, peut être tiré à volonté et montrer, par son degré de résistance le degré de pression du bandage. M. Seutin a recours en outre à la percussion comme moyen d'apprécier le degré de retrait des parties. Suivant que la compression est trop forte ou trop faible, il divise la coque et fait ce qu'il appelle des valves qu'il ouvre et ferme à volonté et autant de fois que l'état des parties l'exige. Une autre amélioration, c'est la traction continue des membres fracturés pendant et jusqu'après la dessiccation du bandage; moyennant cette précaution, M. Seutin prévient les déplacemens et les raccourcissemens consécutifs, si difficiles à éviter dans les fractures du col du fémur et du tiers moyen de la cuisse. Nous avons été témoin de plusieurs exemples de guérison très remarquables de ces deux espèces de fractures sans raccourcissement ni déplacement aucun.

Au nombre des applications nouvelles et heureuses de la méthode de M. Seutin, nous citerons les coxalgies et autres affections analogues des jointures, aiguës ou chroniques. Ces applications méritent d'être encouragées au double point de vue de la contention parfaite qu'elles réalisent et de l'exercice salutaire qu'elles permettent. A quelque point de vue qu'on se place, quelque doctrine qu'on professe sur la nature et les complications de ces maladies, on ne saurait contester les avantages des deux résultats produits par cette nouvelle application du bandage amidonné, ou mieux de la méthode amovo-inamovible.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LE SYSTÈME NERVEUX SPLANCHNIQUE; premier mémoire, lu à l'Académie des sciences, séance du 7 avril 1845; par M. J.-M. BOURGERY.

Par opposition au système nerveux cérébro-spinal ou de la vie animale, bien défini par les organes qu'il renferme, je crois pouvoir appeler du nom de *système nerveux splanchnique*, l'ensemble des appareils nerveux de la vie organique. Ayant fait depuis longtemps des recherches sur les organes si nombreux qui le composent, je demande à l'Académie la permission de lui en soumettre les résultats.

Le système nerveux splanchnique me paraît se composer de cinq sortes de parties.

1° *Les nerfs viscéraux* et *organiques* quelconques, base fondamentale du système nerveux splanchnique, comme l'ont pressenti des premiers Bichat et Gall, les nerfs viscéraux tous différens d'aspect, de nombre, de forme, et même jusqu'à un certain point, de distribution périphérique, constituent, pour des fonctions spéciales, autant d'appareils distincts qu'il existe d'organes particuliers et de tissus généraux.

2° Les amas ganglionnaires réputés centres généraux d'incitation et d'harmonisation d'un groupe d'organes voisins, et, en général, auxiliaires fonctionnels les uns des autres. Nous verrons plus tard ces centres ganglionnaires en nombre pareil à celui des groupes d'organes fonctionnels, s'offrir au nombre de quatre, un pour chaque grande cavité splanchnique.

3° *Les plexus extra-viscéraux* ou les chaînes de communication intermédiaires des organes d'un même groupe entre eux et avec les amas ou centres ganglionnaires, et de ceux-ci les uns avec les autres.

4° Les deux chaînes longitudinales de communication avec l'extrémité centrale des nerfs, ou proprement les deux cordons, parallèles à l'axe cérébro-spinal, connus sous le nom de *grand sympathique*. Dans l'opinion de la plupart des anatomo-physiologistes de nos jours, qui font remonter les rameaux de communication des ganglions intervertébraux jusque dans l'épaisseur de la moelle et de son prolongement céphalique, les deux cordons du grand sympathique s'offriraient comme la chaîne des anastomoses du système nerveux splanchnique avec les centres nerveux cérébro-spinaux, à la fois moyen d'harmonisation des deux systèmes nerveux et source nouvelle d'incitation pour tous les organes splanchniques. Au grand sympathique s'adjoignent le pneumo-gastrique, le trijumeau, et même jusqu'à un certain degré le phrénique, qui en anatomie, plus encore qu'en physiologie, en paraissent les auxiliaires sous de nombreux rapports.

5° Enfin la dernière partie du système nerveux splanchnique se compose des anastomoses des nerfs ganglionnaires avec les extrémités périphériques des cérébro-spinaux. Ces anastomoses que j'ai poursuivies partout, constituent bien une disposition générale, mais, jusqu'à présent du moins, ne me paraissent pas constituer un système continu. Elles sont partielles d'un nerf à un autre, sans filet de liaison direct qui les unisse avec les nerfs voisins, et ne constitueraient pas, à l'extrémité périphérique, comme les cordons du grand sympathique, à l'extrémité centrale, une chaîne continue entre des nerfs de zônes différentes, à moins que, par une hypothèse impossible à vérifier, on admette que cette chaîne soit formée aux limites de l'infiniment petit, par les anastomoses mutuelles des surfaces nerveuses périphériques dans l'intimité des tissus.

A ces cinq divisions principales du système nerveux splanchnique, j'ajouterai comme annexes supplémentaires;

6° Des recherches sur les nerfs des membranes séreuses et synoviales. Ces nerfs, dont on n'avait pu encore constater l'existence, sont cependant en nombre immense; leur caractère spécial et les relations qu'ils établissent, par leurs origines sur tous les points, entre les divers plexus extra-viscéraux, expliquent l'action immense et si funeste des membranes séreuses en pathologie, tant par leurs maladies propres que par l'enchaînement et les complications qu'elles déterminent dans les affections viscérales.

7° Un dernier complément, encore inaperçu des anatomistes, consiste dans l'interposition sur certains points, des nerfs cérébro-spinaux, principalement le trijumeau et le pneumo-gastrique, de ganglions et de nerfs gris qui donnent la raison de ces similitudes fonctionnelles signalées par les physiologistes, entre les nerfs et le grand sympathique.

J'ai dû commencer par établir cette classification qui trace provisoirement la série des mémoires que j'ai à faire connaître sur le système nerveux splanchnique. Le premier, qui va suivre, a pour objet l'extrémité céphalique du grand sympathique.

Mais avant d'entrer dans l'exposé de ces recherches, je dois déclarer qu'une large part en appartient à M. Ludovic Hirschfeld, mon préparateur, pour le zèle et l'habileté qu'il a mis à me seconder. Dans ces travaux, comme dans tous ceux qui concernent le système nerveux, M. Ludovic,

---

de piquer la curiosité du public et de captiver son attention. J'ai lu un article sur les biberons Darbo signé T. T.; l'un annonce qu'il a une maison de santé, bien délicieux pour *les dames mélancoliques*, l'autre est un professeur de bonheur, demeurant au troisième au-dessus de l'entresol: les Béarnaises passent devant sa maison, etc., etc.; mais l'annonce par excellence, le fin du fin de l'annonce, c'est celle d'une certaine pommade dont l'étiquette en deux mots renferme des promesses prestigieuses, la voici : TOUJOURS VIERGE! On ne saurait croire l'immense effet de ces deux mots, si simples en apparence, mais qui disent tant de choses. Certes une rapide fortune devait combler les vœux de l'heureux inventeur. Malheureusement M. le procureur du roi a trouvé le procédé plus que singulier et l'annonce a disparu. C'est dommage. *Toujours vierge!!* Allons! charlatans de haut et bas étage; vendeurs de drogues à tout venant, dignes entremetteurs de promesses fallacieuses, d'ignobles tricheries, d'assertions ridicules, de talens saltimbanques, d'ultra faussetés, d'infâme exploitation du public, vous qui cherchez si bien de l'or sous ce fumier, trouvez une annonce comparable à celle que j'ai citée, et je vous promets en peu de temps une opulence de premier banquier.

— *Quid humanius, vel hominis dignius proferre potest, quam aliorum malis commoveri perinde ac si sua essent?* (PRÆCEPTA, Mead, *Præfat.*) Que de fois j'ai réfléchi, médité, commenté ces admirables paroles de Mead, le médecin et l'ami du grand Newton! Que de choses elles renferment sur la dignité, sur la grandeur et la magnificence de notre art! Mais, pour bien en pénétrer le sens élevé, qu'on se garde de rester dans l'ornière de la pratique, dans les vulgaires coutumes de la profession. Il faut de la sensibilité, un certain feu vital dans l'âme; il faut entretenir, aviver ce qu'il y a de plus sacré en nous, ce qui nous fait vivre de la véritable vie, celle du cœur et de l'intelligence.

— En vérité, je vous le dis, le style est un ennemi perfide qui se venge toujours du mépris qu'on fait de lui. Et par style, nous devons entendre la pensée, la réflexion, une sorte d'énergie mesurée, c'est-à-dire que le fond ne manque point à la forme. Pour bien écrire, il faut que l'esprit et la plume aillent ensemble et soient au même diapason. La rhétorique, c'est-à-dire des phrases enluminées de bel esprit et de prétention, est le pire moyen à employer : il y manque toujours le souffle de l'âme, autrement dit le goût, le jugement, la conviction, la vérité.

— Un bon livre est en germe dans une bonne idée; cherchez-la.

— Quelquefois, je me figure l'embarras du futur historien de la médecine, quand il parviendra à notre époque. Qu'en pensera-t-il? qu'en dira-t-il? Comment fera-t-il pour en suivre la trace ou le sillon dans la marche de la science? A dire vrai, il est très difficile de signaler ce qui n'a pas de caractère. Nous n'avons en effet, surtout ici, au sein même du mouvement scientifique, ni doctrine évidente, ni école prononcée, ni vérités formelles et axiomatiques. S'agiter, se remuer, déplacer, transformer, changer les mots, cela s'appelle *progrès*. On recueille des faits, on dessine des groupes de symptômes, on examine les altérations organiques, c'est bien; mais concluez donc; avec tant de prémisses,

qui allie à une grande dextérité la vue la plus perçante, m'a été fort utile. Ses yeux, qui font l'office de loupes de 4 à 5 diamètres, lui permettent de faire du premier coup, avec une précision qui serait impossible à d'autres, des préparations d'une extrême délicatesse, dont le microscope vient facilement reconnaître et compléter les détails.

MÉMOIRE SUR L'EXTRÉMITÉ CÉPHALIQUE DU GRAND SYMPATHIQUE DANS L'HOMME ET QUELQUES ANIMAUX MAMMIFÈRES.

C'est assurément au double point de vue de la physiologie et de la médecine, l'une des questions les plus intéressantes que celle de la disposition affectée à l'extrémité céphalique du grand sympathique, soit qu'on la considère alternativement comme terminaison des centres ganglionnaires splanchniques vers les centres encéphaliques ou comme origine des seconds vers les premiers. Aussi est-ce l'un des sujets qui ont le plus excité les recherches et les efforts d'imagination des anatomo-physiologistes. Le grand sympathique commence-t-il réellement à la sixième paire céphalique comme on l'a cru longtemps? ou bien est-il en communication avec le corps pituitaire? En quel nombre et comment se font ses anastomoses avec les nerfs céphaliques? De toutes ces questions restées jusqu'à présent indécises et de plusieurs autres imprévues, l'observation directe va nous donner, pour l'ensemble et les détails, une solution claire, plus simple et beaucoup plus complète que tout ce qu'avaient entrevu ou supposé les anatomistes.

Le grand sympathique, dont le cordon de continuité est simple de chaque côté, dans toute la longueur des deux grandes cavités thoracique et abdomino-pelvienne, se bifurque avec les artères à son extrémité cervico-céphalique.

A partir du ganglion cervical inférieur, le cordon ascendant du grand sympathique se divise en deux courans nerveux, l'un antérieur ou *carotidien* et l'autre postérieur ou *vertébral*. Comme on l'observe dans toute l'étendue du système nerveux splanchnique, les deux courans nerveux céphaliques affectent, en général, par leurs divisions, la même distribution que les artères carotide et vertébrale qui leur servent de conducteurs.

1° CHAINE VERTÉBRALE DU GRAND SYMPATHIQUE.

La chaîne nerveuse vertébrale du grand sympathique est microscopique, ce qui explique, à son égard, le silence des auteurs; car le petit nombre de ceux qui y ont songé n'ont fait que la mentionner, plutôt par analogie que par suite de l'observation directe de quelques rares filamens à peine perceptibles à l'œil nu.

Cette chaîne se compose de deux parties bien distinctes. On sait que du ganglion cervical inférieur ou de son cordon ascendant, procèdent 2 à 3 rameaux de 1 à 2 millimètres de diamètre, qui entre dans le canal vertébral avec l'artère du même nom. Je ne ferai que rappeler, concernant ces rameaux, les particularités, bien visibles à l'œil nu, signalées déjà par divers anatomistes : 1° leur jonction en un plexus d'où procèdent les filets d'anastomoses avec les nerfs destinés au plexus brachial à leur sortie des trous de conjugaison; 2° la coexistence, pour chacun de ces derniers, d'un petit ganglion inter-vertébral; 3° l'anastomose de leurs filets avec le plexus vertébral; en un réseau commun auquel s'adjoignent d'autres filets émanés du ganglion cervical moyen et des rameaux de l'artère sous-clavière. C'est la réunion de ces caractères qui avait fait reconnaître à Neubaer, dans ces rameaux du canal vertébral, la continuation, pour la moitié inférieure, ou les quatre dernières zones cervicales, du cordon dorsal du grand sympathique, dont, suivant le même anatomiste, les quatre premières seraient représentées par autant de branches groupées dans le seul ganglion cervical supérieur, amplifié et très alongé pour des fonctions multiples.

Cette première partie aujourd'hui bien connue de la chaîne nerveuse vertébrale étant mise à part, l'objet que je me propose ici particulièrement est de faire connaître le système nerveux microscopique encore inobservé du courant artériel vertébro-basilaire, qui conduit par ces artères au cervelet et à la masse postérieure du cerveau.

En étudiant sous le microscope, à des grossissemens gradués, de cinq à vingt diamètres, les artères vertébrales, le tronc basilaire et leurs divisions, dont la première gangue celluleuse a été d'abord soigneusement enlevée, après une immersion prolongée dans l'eau acidulée avec un 150e à 1/200e environ d'acide azotique, voici ce que l'on y observe.

Des ganglions intervertébraux et du plexus vertébral émanent des filets très fins qui, d'abord, de 1/2 à 1/3 de millimètre de grosseur, dégradent bientôt par leurs subdivisions et leurs anastomoses à un diamètre beaucoup plus faible. Ces filets si déliés forment autour de l'artère vertébrale un plexus microscopique qui remonte avec ce vaisseau dans le crâne. Dans ce trajet il est renforcé par quelques filets beaucoup plus gros (1/2 à 1/3 de millim.), émanés du cordon carotidien cervical du grand sympathique, du ganglion cervical supérieur et d'un petit plexus ootuple que forme ce ganglion avec les quatre derniers nerfs céphaliques, les deux premiers cervicaux et même un filet du phrénique.

Considérée dans son ensemble, la chaîne nerveuse vertébro-basilaire semble former, dans le système nerveux splanchnique, un petit appareil particulier d'un caractère bien différent de celui des autres nerfs *intra-viscéraux*. Quoique microscopique dans ses dimensions, il constitue, par le mélange plexiforme de ses ganglions et de ses rameaux, et l'aspect noueux et irrégulier de ses filets et de leurs anastomoses, un véritable type du système nerveux ganglionnaire *extra-viscéral*. Pour en donner une idée précise, il suffit de décrire succinctement le fragment vu par sa face osseuse, de la jonction des artères vertébrales et cérébelleuses inférieures avec le tronc basilaire, dont j'ai joint à ce mémoire le dessin microscopique grossi à douze diamètres.

Sur les artères vertébrales on voit arriver les grands rameaux de liaison et les chaînes des petits plexus intermédiaires qui remontent de chaque canal vertébral. Entre les deux artères vertébrales est situé un ganglion principal. Il en émerge latéralement et vers l'angle supérieur de nombreux rameaux dont les uns se répandent de chaque côté, sur les artères vertébrales, et les autres remontent sur le tronc basilaire. D'autres ganglions secondaires et tertiaires se présentent en grand nombre; plusieurs existent sur le tronc basilaire. Mais invariablement il s'en présente à l'origine des artères, comme si chacun d'eux commandait avec l'artère une petite circonscription nerveuse partielle. Le ganglion des artères vertébrales a un millième de diamètre. Le plus grand de ceux du tronc basilaire simule une petite chaîne de 2 millim. 1/2; les autres et ceux des artères cérébelleuses offrent de 5 à 6/10e de millimètre. En-

---

ne sauriez-vous arriver aux conséquences? Le fatras technique et scolastique ne constitue pas essentiellement la science, il faut monter à la région des idées, des principes; disserter, peser, mesurer, planter une borne dans le champ infini des découvertes, serait-ce donc l'actualité de notre époque? Et pourtant il y a une immense instruction; une chaude poursuite du vrai, du bon, de l'utile. Mais le creuset manque : de là point de produit net. Toujours est-il que le pauvre historien à venir des annales médicales sera fort embarrassé de placer notre époque dans un cadre quelconque, d'autant plus que les théories, les doctrines, les principes généraux sont anéantis par l'empirisme ou passés au fil du scalpel. Autrefois, on a pu dire : l'hippocratisme, le galenisme, l'humorisme, l'animisme, le brownisme et même le physiologisme; mais que dira-t-on de notre médecine? Le *cadavérisme*, c'est l'étiquette convenable et forcée. L'absurde empirisme, ce désolant *peut-être*, si chers aux philosophes et aux médecins sceptiques, s'infusent partout Point d'*oseur*, point d'audacieux, nulle part ce grand spectacle d'une doctrine aux prises avec son idée et d'une idée aux prises avec son époque. On a beau regarder, écouter, s'informer, aucun signe de cette fermentation spontanée, incessante, évolutive, d'une methode future, éclairant et ralliant les esprits, indiquant une voie commune, posant de fortes et solides assises. On ne voit pas même surgir de grandes erreurs, de ces erreurs grandioses qui finissent par indiquer la vérité. Chacun confiné, rangé dans sa petite sphère, s'agite, fouille, cherche, sans suite, sans liaison, faisant de l'accessoire le principal. Où va la science? où est-elle? Encore une fois, je plains le futur historien de la médecine. Notre époque sera certainement la période pejorative de ses annales. Tout ce qu'il peut faire sera de la marquer du signe des juges romains : N. L. *Non liquet.*

— Jean-Maurice Hoffmann assure que l'hydropisie est le *déluge du microcosme*; un médecin appelle le nez le *promontoire* de la face. Voilà des expressions étranges, extrêmes, réprouvées par le bon sens et le bon goût, précisément parce qu'on a voulu trop exprimer. Est-ce à dire néanmoins qu'il soit nécessaire de tomber dans le trivial à force d'être simple? Non, sans doute. La clarté et la grâce du style, la justesse et la force des expressions, l'élégance des tournures, la variété des mouvemens sont acquises au style médical, comme à celui de toute autre science. Mais il faut y ajouter une sobriété forte et expressive, point difficile et important. *L'art est long, la vie est courte, l'expérience trompeuse, le jugement difficile*, voilà une sentence sculptée pour l'éternité. Galien ne croit pas qu'il y ait *une syllabe* de trop dans les écrits d'Hippocrate, et Hippocrate passait pour un des plus grands écrivains de l'antiquité.

— Les grandes découvertes ont besoin d'être jugées, appréciées par le temps dans les plus minces, dans les petits détails, c'est-à-dire dans les applications diverses qu'on en fait; leur utilité démontrée n'est qu'à ce prix. Watt n'a pas tout dit, ni tout expliqué sur la puissance de la vapeur. La vaccine en est aussi un exemple dans notre art. Que de choses nous savons, inconnues à Jenner lui-même! Les bons observateurs praticiens venus après lui ont vu ce qu'il n'avait qu'entrevu ou complètement ignoré. Demandez ce qui en est à notre honorable et savant confrère M. Bousquet Personne, à mon sens, n'a vu avec plus de pénétration, plus de justesse, de mesure, d'exactitude et moins d'illusion que lui, la puissance, l'énergie ou l'insuffisance de la vaccine. N'est-ce pas là rendre un véritable service à la science? Inventer, c'est trouver la mine, c'est découvrir

fin, il n'est pas jusqu'aux artérioles rachidiennes dont le cercle d'origine ne soit marqué par un petit magma ganglionnaire en croissant, d'où procèdent les filamens nerveux.

Tous ces ganglions sont unis par une chaîne sans fin de gros rameaux qui se lient entre eux par des canevas de petits plexus anastomotiques remplissant leurs intervalles. Le volume de ces rameaux dégrade de 1/5 de millim. pour les plus gros, à 1/10 ou 1/15 pour les moyens, et successivement 1/20, 1/30, 1/50 et encore bien au delà pour les plus fins. A 1/100 de millim. et au dessous, les fibriles nerveuses forment, au second plan, une toile nerveuse très serrée qui appartient en propre au tissu de chaque artère, tandis que les plexus ganglionnaires, beaucoup plus forts du premier plan, semblent former plus particulièrement la chaîne splanchnique cérébelleuse et cérébrale postérieure dont l'artère ne serait que le conducteur.

J'ai dit que tous ces réseaux nerveux de premier plan, ganglions, filets et filamens, offraient, par leur aspect, le type des formes auxquelles on reconnaît les nerfs ganglionnaires. Toutefois, ils se distinguent des autres par leur couleur d'un blanc d'argent, leur solidité apparente et la netteté de leurs contours, caractères très différens de la couleur rougeâtre, de la mollesse de tissu et des contours indécis de la plupart des nerfs splanchniques, et, en particulier, de ceux du système nerveux carotidien.

A partir du tronc basilaire, qui se présente ici comme l'anastomose médiane des deux moitiés vertébrales de l'extrémité céphalique du grand sympathique, la gaîne nerveuse d'enveloppe se continue avec les mêmes caractères sur les artères cérébelleuses, à la bifurcation du tronc basilaire en artères cérébrales postérieures, et successivement sur toutes les subdivisions, avec une diminution graduelle dans le volume des filamens et des ganglionicules. Enfin, à la naissance des artères communicantes postérieures, de pareils prolongemens accompagnant ces artères, vont former, sur les carotides, la jonction des deux systèmes nerveux vasculaires encéphaliques, antérieur et postérieur. A demi-longueur de l'artère communicante, deux ou trois filets qui s'en dégagent de chaque côté vont s'adjoindre aux filamens dont se compose la tige pituitaire.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE.

DE LA CAUTÉRISATION DIRECTE DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE ; par M. le docteur LEROY-D'ETIOLLES.

Cette méthode n'est pas nouvelle ; Ambroise Paré la pratiquait parfois avec ses bougies *embouties* d'une pâte escarotique ; Loiseau se servait d'un tube ouvert à ses deux extrémités pour faire arriver le caustique sur l'obstacle, et il en fit l'essai sur Henri IV, donnant ainsi un éclatant démenti à l'*experimentum in animâ vili*. Wiseman, François Roncali, puis plus tard Hunter la pratiquèrent avec un porte-crayon, recouvert d'une gaîne, auquel Evrard Home substitua la bougie armée qui succomba sous les attaques motivées de Ducamp et de ses continuateurs. Mais ce ne fut pas seulement sur le procédé de Home que frappa la réprobation, la méthode elle-même en fut atteinte, et aujourd'hui chacun se croit obligé de déverser un blâme sur la cautérisation directe.

Je conçois que, dans le cas où la coarctation livre passage aux instrumens, alors que l'on peut choisir, unn seulement entre les divers modes d'application des caustiques, mais entre les différentes méthodes de traitement, je conçois, dis-je, que la cautérisation directe ne se présente pas sous les couleurs les plus favorables, et que l'exemple de Hunter et de Home, qui l'employaient comme méthode générale, ne soit pas suivi. Mais il n'en est plus de même lorsque le rétrécissement, perméable encore à l'urine, est infranchissable pour les bougies, les sondes et les instrumens ; lorsque la pression soutenue exercée par une bougie ou une sonde est demeurée inefficace ; alors le choix n'existe plus qu'entre le cathétérisme forcé, la ponction de la vessie et la cautérisation d'avant en arrière ; or, entre ces trois méthodes, je donne sans hésitation la préférence à la dernière, et je crois que beaucoup de médecins seront de mon avis.

Cependant la cautérisation directe doit être faite suivant certaines conditions pour être exempte des dangers qu'on lui attribue, et pour qu'elle ait chance de réussite. Il faut qu'elle attaque bien centralement et de front l'obstacle, laissant intactes les autres parties de l'urètre, double effet que ne produit ni la bougie armée qui cautérise toute la longueur du canal en avant des rétrécissemens, ni le porte-crayon à gaîne de Wiseman et Hunter, lequel, rigide et presque droit, agit plus particulièrement par sa direction naturelle sur le fond du bulbe et la paroi inférieure de l'urètre. Aucun instrument ne remplissant les conditions voulues, j'ai fait exécuter celui que l'on voit représenté dans les fig. 1, 2, 3. Il est courbe, parce que la plupart des angusties sont, situées à la courbure de l'urètre et au dessus de l'excavation du bulbe ; il est flexible, pour ne pas violenter le canal ; il est aussi volumineux que l'urètre peut l'admettre, afin que le caustique agisse sur le centre de l'obstacle et ne puisse pas dévier : peu importe, avec cette dernière condition, que la saillie des tissus par laquelle le canal est rétréci soit circulaire ou latérale ; est-elle circulaire ; l'ouverture se trouvera élargie uniformément ; est-elle latérale ; le tissu exubérant se présente à l'action du caustique qui le détruit.

Le porte-caustique direct est formé d'un tube en gomme à courbure fixe aux deux extrémités duquel sont des viroles, l'une externe en argent, l'autre urétrale en platine. Un obturateur K K, fig. 2, sert à boucher l'ouverture du tube pendant qu'il chemine dans la partie de l'urètre antérieure au rétrécissement. Le tube étant arrivé à l'obstacle, on retire l'obturateur, et, à sa place, on introduit le caustique. Il est contenu dans une sorte de cupule en platine *c*, portée par une tige dont une portion, formée des mailles d'une chaîne à la Vaucanson *v*, a toute la flexibilité désirable pour ne point changer la direction du tube conducteur. Cette cupule se charge en l'approchant d'une bougie, et laissant tomber dans sa cavité une, deux ou trois gouttes de nitrate d'argent au moment où ce sel entre en fusion ; l'on s'assure, avant de l'introduire dans le tube, qu'il adhère fortement à la capsule. Je ne sens autant que possible de porte-caustique volumineux, et je viens d'en dire la raison ; si pourtant l'étroitesse du méat urinaire, si un rétrécissement dans la portion spongieuse s'opposent à son passage, je dilate l'un et je débride l'autre ; toutefois, il arrive que la dureté du tissu de ces premières angusties, ou bien que la sensibilité du malade ne permettent pas d'obtenir un élargissement suffisant pour faire arriver jusqu'à l'obstacle un gros porte-caustique, et qu'il

---

l'or ; mais estimer la valeur réelle, appliquer, perfectionner, c'est mettre l'or en circulation, c'est être utile à tous.

— Par un caprice de la déesse aux grelots, le magnétisme a obtenu la faveur des gens du monde. Cela doit être ; ils aiment le bizarre, l'extraordinaire, le merveilleux. Ils ont un faible pour tout ce qui tient à l'imagination, à ses conceptions folles et vaines, mais singulières, grandioses et brillantes. Toutefois, parmi eux se trouvent des hommes d'un sens droit qui ne s'en laissent imposer ni par le fracas, ni par les promesses, ni par les assurances de miracles. Dans une société où le magnétisme était en grande faveur, on faisait admirer à un monsieur de cette trempe les étonnans phénomènes de la clairvoyance instinctive et les prodiges qui en sont la suite ; tout cela est bel et bon, dit notre homme ; mais j'attends que toutes ces merveilles aient accouché d'une *utilité*. Voilà justement le problème et le voilà dans toute sa force et sa difficulté.

— Le *bon médecin* est instruit ; possédant une foule de connaissances, de méthodes curatives les plus employées, il s'en tient à l'autorité des maîtres et aux opinions de son temps ; il étudie, il examine, il croit et adopte.

Le *grand médecin* sait aussi ; mais il juge les hommes et les doctrines ; il étudie, doute et cherche. Il y a en lui un pressentiment secret d'importantes découvertes ; il se place fièrement en face du but, et il dit : J'y arriverai. Un vif rayon de la vérité médicale l'illumine et le transporte. Parfois il prend ses propres conceptions pour des réalités ; parfois aussi, dans les hautes régions, il saisit des principes féconds qui justifient les audaces de son jugement.

Le *bon médecin* est toujours un peu en arrière, le *grand médecin* toujours un peu en avant.

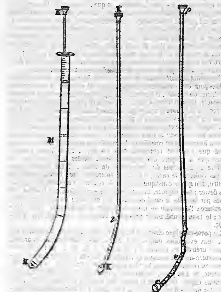
Le *bon médecin* a horreur de l'hypothèse ; c'est pour lui une témérité presque criminelle. Il s'en rapporte à ce qu'on a dit, fait et écrit avant lui, à ce qu'on appelle l'observation, l'expérience. Il voit juste, mais il ne voit pas loin ; il marche bien, mais ne s'élève jamais ; il tombe parfois et jamais de haut. Sa chute n'a point de retentissement.

Le *grand médecin* ne craint pas les hypothèses, il les juge ; il en fait lui-même, parce qu'il tâche de voir au-delà du connu. Doué d'une merveilleuse et inépuisable fécondité de vues, il saisit des rapports de phénomènes qui échappent à d'autres ; il s'élève à de puissantes généralisations. Il n'est pas donné à tout le monde de concevoir d'abord l'ampleur de sa magnifique intelligence, et c'est là une des épines de sa vie ; aussi la glorieuse épithète de *grand* ne lui est donnée que dans la génération suivante.

Le *bon médecin* est prudent, méticuleux ; il ne hasarde rien. Toute méthode nouvelle lui est suspecte, il attend que les autres l'aient employée. Dans sa pratique, on reconnaît toute l'application et la sévérité du bon sens. Il a un jugement sûr, un tact exercé, un esprit droit, sinon étendu ; il manque d'audace, de force et d'unité.

Le *grand médecin* a une profondeur, une rapidité d'aperçus, qui lui font aussitôt appercevoir le point de la difficulté. Il ne pèche que par excès, c'est le péché de la force. Il prend de plein vol une bonne ou une fausse direction, car le jet de son inspiration est puissant, original. Souvent aussi, il atteint et frappe le but ; parfois il le dépasse, il tombe dans un brillant et solennel non sens. Son

faille en employer d'une moindre dimension : il importe alors de bien se rappeler la position du rétrécissement relativement à la direction naturelle de l'urètre, et de diriger le caustique sur le centre de l'angustie.



J'ai une grande répugnance pour la cautérisation dans la portion spongieuse et érectile de l'urètre, à cause de la dégénérescence fibreuse accompagnée de turgescence qu'elle y produit presque toujours; toutefois lorsque les choses en sont arrivées au point où nous les prenons en ce moment, lorsque l'urètre est fermé pour les bougies les plus déliées, lorsque le tissu fibreux existe déjà, et que par conséquent on n'a pas à craindre de le produire, il ne serait pas déraisonnable de chercher à rétablir le passage par la cautérisation directe même dans la région spongieuse; toutefois le cas est rare, car dans cette régioo oo voit rarement ces déviations brusques en zig-zag, formées par des saillies alteroes qui laissent filtrer l'urine et refusent le passage aux bougies; le resserremeot s'y produit presque toujours uniformément et circulairement; aussi lorsque les bougies capillaires ne peuvent le franchir, il est rare qu'il n'y ait pas rétention d'urine.

La cautérisation directe peut se pratiquer dans la région spongieuse avec l'un des instrumens courbes représentés plus haut, car leur élasticité permet que leur courbure s'efface. Lorsque l'urètre est le siége d'un écoulement, il faut, avant de présenter le caustique, introduire jusqu'à l'obstacle, à travers la canule conductrice, un petit morceau d'éponge fixé sur une tige en baleine ou une bougie.

Joignons maintenant les exemples aux préceptes.

Obs. I. — M. K...; négociant à Marseille, vint me consulter en 1832, pour uo rétrécissement dont l'origine remontait à une vingtaine d'années; plusieurs chirurgiens à Marseille, à Lyoo, à Paris, avaient tenté de passer des sondes et des bougies sans y pouvoir parvenir; je ne fus pas plus heureux dans plusieurs essais : je pris alors le parti de fixer une bougie en contact avec l'obstacle, situé à 16 centimètres de profondeur. Au bout de quinze jours n'ayant fait aucuo progrès, je discontinuai l'emploi de ce moyen, et je pratiquai la cautérisation directe avec un porte-caustique antérograde, fig. 1, 2, 3, de 7 1/2 millimètres de diamètre. Trois applications furent faites à quatre jours de distance l'une de l'autre. Lorsque pour la quatrième fois je présentai l'instrument, je n'éprouvai qu'une résistance légère, je le sentis immédiatement franchir et parvenir jusqu'à la vessie; des bougies de 7 millimètres furent ensuite introduites chaque jour pendant une demi-heure pour assurer la dilatation, qui s'est maintenue le reste de la vie.

M. K... est mort d'une affection du cœur en 1837 ou 1838.

Obs. II. — M. X..., des environs de Sedan, vint à Paris en 1836, pour réclamer mes soins au sujet d'un rétrécissement rebelle contre lequel, pendant deux ans, avaient été pratiquées par d'habiles chirurgiens de nombreuses tentatives de cathétérisme. L'un d'eux même exprimait dans une consultation qui me fut remise la crainte d'avoir fait une fausse route, crainte heureusement sans fondement. Je présentai une petite bougie qui fut arrêtée entre 15 et 16 centimètres de profondeur, je cherchai à la diriger au moyen du conducteur d'Arnott et de Ducamp, je la tortillai sous différentes formes sans pouvoir l'insinuer dans l'angustie, je tins plusieurs jours de suite une petite sonde métallique, pendant une demi-heure, appuyée contre l'obstacle; j'y fixai une bougie la nuit; le tout en vain.

Sur la demande de plusieurs membres de l'Académie, qui mettaient en doute la réalité des obstacles perméables pour l'urine, infranchissables pour les sondes et les bougies, je priai M. Pasquier fils, puis M. A. Bérard d'essayer le cathétérisme : tous deux apportèrent à cette tentative le temps, le soin et la variété de sondes et de bougies qu'ils jugèrent convenables pour réussir, mais ils ne purent parvenir à franchir l'obstacle; la pointe même des bougies les plus fines ne s'y engageait pas. J'eus alors recours à la cautérisation d'avant en arrière, après toutefois que j'eus dilaté trois points angustiés, situés au-devant du principal obstacle, lesquels m'auraient empêché de l'aborder avec un porte-caustique de gros calibre. Dix cautérisations furent nécessaires pour désobstruer le passage; après quoi une sonde en gomme de 7 millimètres et demi pénétra d'emblée dans la vessie. J'envoyai M. X... chez M. A. Bérard pour qu'il pût constater ce résultat. Au bout d'uo mois l'urètre avait conservé toute l'ampleur que le traitemeot lui avait donnée. M. X... retourna dans son pays et je n'entendis plus parler de lui.

Obs. III — M. P..., de Cambrai, officier de cavalerie en retraite, avait eu depuis deux ans plusieurs rétentions passagères d'urine causées par un rétrécissement situé à la courbure de l'urètre. Des essais infructueux avaient été faits pour le franchir. Le malade vint me consulter au mois de septembre 1838. Après avoir présenté diverses sondes et bougies à plusieurs reprises, sans pouvoir même parvenir à engager leurs pointes dans la stricture; après avoir tenu deux

---

doute n'est pas une indifférence inerte, c'est un doute vivace et curieux, actif et chercheur. Toujours luttant avec le *to theion* des maladies, il pousse vers l'inconnu. Il voudrait des solutions autres que celles qui sont acceptées. Les faits sont à ses yeux la matière brute de la science, aussi il les tourmente, il les creuse, il les tord pour en exprimer des idées qui se fassent place dans le progrès; il veut un *fiat lux* fécondateur.

Le *bon médecin* se donne la peine d'être habile et il le devient. Plus il avance en âge, plus il reste fidèle à ses principes. Dans son quiétisme de pratique, je ne sais quelle pesanteur, quelle obésité intellectuelle, le pousse enfin à l'empirisme, à la médecine symptomatique; aller au-delà lui semble chimère, impossibilité, *hypothèse*, la pire chose qu'il y ait. Il dit souvent avec assurance : J'ai vu, j'ai fait, mon expérience m'a démontré, etc.

Le *grand médecin* répugne à l'impossibilité sur beaucoup de points; il croit même avoir levé le voile d'une infinité de choses obscures. Plus il avance dans l'âge et la pratique, plus il s'identifie aux principes qu'il a émis. L'orgueil de ses idées! fasciné par ce serpent, qui le flatte et le mord, il contracte une raideur d'opinion, un fanatisme d'infaillibilité qui lui fait tout envelopper *à priori* dans ses conceptions. Si l'idée-principe est vraie, conforme aux faits et aux lois, elle ouvre d'immenses horizons; si elle est fausse et présentée avec séduction, elle peut faire dévier la science pendant une longue suite d'années. Quand le génie jette son poids dans la balance, il lui imprime toujours un mouvement séculaire.

Le *bon médecin* tient beaucoup à sa réputation dans ce monde et craint sans cesse de se compromettre; il étend sa clientèle, il se pousse, se ménage, se fait modeste dans l'occasion. Presque toujours il devient riche, car toutes les classes le favorisent et lui tiennent compte des services qu'il rend à la société.

Le grand médecin aime la science pour la science; il veut y dominer, y tenir un rang élevé; il y apporte sans restriction sa foi, son ardeur, ses convictions, ses travaux. Sa profession est pour lui une vocation, une destinée, un arrêt du ciel; il en estime particulièrement les grandeurs, les magnificences. Il ne réussit pas toujours dans le monde; il y passe pour un esprit bizarre, original, pour un médecin *systématique*. Aussi sa fortune est-elle bien souvent inférieure à son mérite; mais il y a en lui l'enthousiasme du sacrifice. Pourvu que sa doctrine soit en progrès, que son nom vive dans les fastes de l'art, il est satisfait, il meurt dans l'espérance d'une gloire noblement acquise.

Cet essai de parallèle fait voir pourquoi il y a tant de *bons médecins* et si peu de *grands médecins*.

Dans un prochain article, nous tracerons la différence du *bon* et du *grand chirurgien*.

R. P.

— Hôpital Saint-Louis. — Cours sur les maladies de la peau. — M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint Louis, commencera ses leçons d'été dans le jardin de l'hôpital le mardi 13 mai, à neuf heures. La visite des salles a lieu à huit heures et demie. Pendant la durée du cours, les cliniques du lundi sont suspendues.

fois pendant une heure une grosse sonde d'étain fortement appuyée contre l'obstacle, je me décidai à me frayer une route au moyen de la cautérisation directe: déjà une application avait eu lieu et j'allais faire la seconde, lorsque je reçus la visite de M. Mayor de Lausane. Je demandai à M. P... de permettre que mon habile et ingénieux confrère jugeât par lui-même du degré de résistance, ce à quoi il consentit volontiers; mais il n'en fut pas de même de la proposition que lui fit M. Mayor de vaincre l'obstacle avec une grosse sonde d'étain, comme j'avais tenté de le faire, mais en employant beaucoup plus de force et des sondes sans alliage de plomb pour qu'elles eussent plus de fermeté. Nous continuâmes donc la cautérisation d'avant en arrière, et lorsque je présentai pour la cinquième fois le porte-caustique, garni de son conducteur ou obturateur, il fila d'emblée jusqu'à la vessie; de grosses bougies introduites une heure chaque jour pendant une semaine complétèrent la dilatation. J'ai eu l'année dernière des nouvelles de M. P..., la miction continue de se faire d'une manière normale.

Obs. IV. — M. A... Première gonorrhée à 20 ans, a duré un an, pas d'injections, point de diminution du jet; deuxième à 23 ans, dure trois années, pas d'injections, jet assez fort; à 29 ans, s'il faut en croire le malade, survient subitement une rétention d'urine qui dure vingt-quatre heures; elle cède aux bains de siége; à partir de ce moment, le jet diminue; à 31 ans, seconde rétention d'urine, bains de siége, lait d'amandes; cessation après vingt-quatre heures; à 32 ans, troisième gonorrhée très forte qui persiste deux ans, suivie d'un suintement; injections qui ne suppriment pas complètement la gonorrhée; à 33 ans, rétention d'urine, tentative de cathétérisme faite par un chirurgien avec des bougies de cire qui ne peuvent pénétrer; demi-bains, orgeat; rétablissement de la miction; état stationnaire jusqu'à l'âge de 56 ans; alors dans le but de supprimer complètement l'écoulement, M. A... prend des capsules de copahu, et il en pousse la dose jusqu'à 40 par jour; elles produisent une grande constipation; le malade tombe dans un état adynamique pour lequel M. le docteur Pillot donne des soins que couronne le succès. La convalescence est entravée par des accès de fièvre intermittente pour lesquels le sulfate de quinine est administré; elles durent dix-huit mois.

Pendant ce temps, à la difficulté d'uriner toujours très grande se joint une incontinence habituelle d'urine. C'est dans cet état que, pressé par M. Pillot, M. A... vient me consulter au moins de juin 1844. La bougie rencontre à 15 millimètres un obstacle dur, résistant qui obstrue transversalement l'urètre. Aucune bougie ne passe, même les bougies capillaires tortillées de diverses manières; les tentatives dix fois répétées les jours suivans sont également infructueuses; la pression modérée d'une sonde métallique appuyée assez fortement contre l'obstacle pendant un quart d'heure ne parvient pas à le franchir; un accès de fièvre intermittente force de suspendre pendant quinze jours.

Cautérisation directe avec le nitrate d'argent; dès la première, écoulement un peu plus facile, cessation de l'incontinence, dix applications sont faites à quatre jours d'intervalle l'une de l'autre. Les occupations de M. A... le forcent encore de suspendre pendant un mois; après ce temps, l'incontinence d'urine reparaît, le malade est pris de fièvre, le testicule se gonfle, un abcès se forme dans le scrotum, j'en fais l'ouverture, il est fermé au bout de quatre jours; quinze jours plus tard un autre abcès se montre au périnée; il est plus étendu que le premier; je l'ouvre et le pus s'échappe mêlé d'urine. La formation de ces deux abcès m'engage à hâter la désobstruction de l'urètre; une onzième application de caustique a lieu; quatre jours après je présente une bougie très fine qui passe sans difficulté; elle est suivie à l'instant d'une autre plus grosse, et en quelques minutes j'arrive à faire pénétrer 2 millim. 1/2. Le lendemain 2, 3, 3 1/2; l'urine coule par jet, ce qui n'avait plus lieu depuis nombre d'années, il n'en passe plus une seule goutte par la plaie du périnée qui s'est fermée; le troisième jour, l'urètre admet 2, 3, 4 millim.; nous nous maintenons à ce degré: aujourd'hui la miction se fait librement; la figure pâle, altérée, se colore, et la santé se rétablit. Lorsque les occupations de M. A... le lui permettront, je me propose de consacrer une huitaine de jours à la dilatation permanente pour ramollir des callosités persistantes, et compléter l'élargissement du canal.

—Il y a huit ans, se trouvait, dans les salles de la Charité, un enfant de 13 ou 14 ans, dont l'urètre s'était oblitéré à la suite d'une chute sur le périnée, au point que les urines coulaient en totalité par une ouverture fistuleuse située au quart supérieur et interne de la cuisse. M. Velpeau, qui depuis......; mais alors il n'avait pas encore été saisi de cette horreur des spécialités qu'a fait naître en lui le chagrin de ne s'en trouver aucune; M. Velpeau, dis-je, accueillit la proposition que je lui fis de tenter la cautérisation directe. Après huit applications, un chemin creusé à travers le tissu inodulaire permettait le passage des bougies.

Certains rétrécissemens fibreux acquièrent un tel degré de dureté, ils deviennent si calleux, si secs, si raccornis, que le nitrate d'argent a de la peine à y mordre et ne produit que des effets superficiels et insuffisans. Quelques chirurgiens, Wathely d'abord, et tout récemment M. Courtenay, ont tenté de substituer à ce sel la potasse caustique, douée non seulement d'une puissance escarotique, mais encore, suivant ces médecins, d'une action modificatrice de la sensibilité, supérieure à celle du nitrate d'argent. Je n'ai pas personnellement d'idée fixe sur les effets de la potasse caustique, et je n'ai point de raisons pour les mettre en doute; mais comme son éloge était resté sans écho pendant un assez grand nombre d'années, je supposai son efficacité moindre qu'on ne l'avait cru, et je songeai à une autre substance encore plus active, je veux parler du caustique de Vienne. L'on peut voir, dans l'observation suivante, le parti que j'en ai tiré; je laisse M. Piégu raconter la première partie des faits tels qu'il les a observés et recueillis à ma consultation du bureau central.

Obs. V. — Thérard (Auguste), jardinier, demeurant à Vanves, âgé de 49 ans, était militaire en 1809, lorsqu'il contracta une première urétrite qui fut intense et pour laquelle il entra au Val-de-Grâce. Le médecin lui ordonna le copahu à doses assez fortes, et seconda en même temps son effet à l'intérieur par des injections astringentes, avec une liqueur qui semble avoir été de l'eau de Goulard Les phénomènes inflammatoires les plus gênans disparurent bien un peu, mais l'écoulement persista avec une douleur assez vive pendant l'émission de l'urine. Au bout de trois semaines, il existait encore un peu d'écoulement dont la matière, jaunâtre, tachait la chemise et précédait toujours les premières gouttes d'urine. T..., sortit cependant de l'hôpital, et, retenu quelque temps par son écoulement, il ne vit point de femmes; mais, en 1820, il contracta une nouvelle blennorrhagie, pour laquelle cette fois, à cause de sa moindre intensité, il ne jugea pas à propos de consulter le chirurgien du régiment. Il se soumit de lui-même au traitement qu'on lui avait fait subir au Val-de-Grâce, et, au bout d'un mois, il était revenu à n'avoir plus que quelques gouttes d'écoulement qui se manifestaient surtout le matin et sortaient avec les urines, qu'elles précédaient.

La maladie avait rendu T... plus modéré dans ses désirs; aussi ne s'exposa-t-il plus de longtemps à en contracter d'autres; il se maria et remplit ses devoirs matrimoniaux sans jamais remarquer le moindre retour d'écoulement jusqu'en 1837. A cette époque, à la suite d'excès, son attention fut attirée sur le jet de l'urine par une légère douleur qu'il commença à ressentir d'habitude au moment d'uriner. Il ne pissait plus à plein canal comme autrefois, et le jet était *tortillé*. Thérard considéra ce phénomène comme un léger inconvénient qui se dissiperait à la longue, et il ne s'en occupa pas davantage. Mais loin de diminuer, les douleurs ne firent qu'augmenter encore, et les émissions étaient en même temps et moins longues et plus fréquentes. — C'est alors qu'il alla consulter un médecin. Celui-ci ayant reconnu la présence d'un rétrécissement passa des sondes dans le canal (il y a de cela deux ans environ), monta successivement de numéros moins gros à des numéros plus volumineux, et arriva enfin à donner à l'urètre son calibre normal. On laissait les sondes à demeure dans le canal. Une inflammation violente existait lorsque le rétrécissement eut cédé à la dilatation, l'on ne pensa point à y remédier, et le malade, abandonné à lui-même, resta ainsi sans soins, comptant, d'après l'assurance dont on l'avait bercé, que l'irritation du canal disparaîtrait d'elle-même, et que sa guérison complète se ferait peu attendre. Mais il n'en fut point ainsi. L'irritation persista, le rétrécissement revint, et le malade se présenta à la consultation de M. Leroy-d'Etiolles dans l'état suivant :

L'émission de l'urine se fait encore, mais elle se renouvelle fréquemment; elle est accompagnée parfois d'une douleur cuisante vers le col de la vessie. Le jet, tortillé, n'est pas plus gros qu'une épingle, et les dernières gouttes ne peuvent jamais être projetées. Un écoulement habituel de mucosités jaunâtres laisse, sur la chemise, des taches assez étendues et mêlées ordinairement de quelques gouttes d'urine qui ont échappé à l'effort de contraction de la vessie et de l'urètre.

Une sonde de moyen calibre est introduite dans le canal et arrive sans difficulté jusqu'à la région membraneuse; mais là elle rencontre un obstacle qui oppose une résistance permanente. Une bougie de petit calibre est introduite à sa place et arrêtée comme elle; on lui substitue une bougie tout à fait capillaire. Celle-ci est également arrêtée par le rétrécissement; mais au bout de quelques minutes de tentatives, M. Leroy parvient à enfiler le rétrécissement et à pénétrer sans autres obstacles jusque dans la vessie. Seulement la bougie signale son passage dans la portion prostatique par une légère douleur. Cette bougie est maintenue dans le canal pendant huit minutes environ, puis on la retire pour la remplacer par une autre un peu plus volumineuse; mais toutes les tentatives à cet effet sont inutiles; on essaie de la remettre en place; même résultat. Le canal, irrité par sa présence, se contracte, et il faut renoncer à toute autre tentative ce jour-là. On ne prescrit au malade que des tisanes émollientes et rafraîchissantes.

Deuxième séance. Le malade croit avoir uriné plus librement et avec moins de douleur, ce qui paraît un effet de son imagination, car la bougie la plus fine, qui avait été introduite l'avant-veille, ne peut plus être admise dans le rétrécissement, quelque précaution qu'on prenne. Après de longues et inutiles tentatives, on se résout à employer la cautérisation directe. Le porte-caustique est introduit et maintenu appliqué pendant dix minutes. Le nitrate d'argent a été dissous en presque totalité, et on peut espérer quelque résultat avantageux.

Troisième séance. Une douleur légère a suivi l'application du nitrate d'argent et provoqué une émission plus fréquente des urines. Le malade la croit également plus facile. Même état du reste. Nouvelle cautérisation.

Quatrième séance. L'application du caustique n'a point procuré de douleurs ni de cuissons. Même sensation d'amélioration de la part du malade. La bougie capillaire, qui avait déjà pénétré, est présentée de nouveau; mais, après plus d'un quart d'heure d'essais infructueux, il faut encore renoncer à l'espoir de l'introduire et d'agir par la dilatation. Du reste, le cas paraît devoir être favorable à la cautérisation, quoique jusqu'à présent il se soit montré réfractaire. Le rétrécissement semble formé par une bride forte et dure, comme les rétrécissemens calleux. Nouvelle cautérisation.

Cinquième séance. Aucun résultat avantageux. Impossibilité de passer la bougie; même état des urines et du jet. Nouvelle cautérisation; même insuccès.

Pendant plus de six semaines que le malade vint régulièrement à la consultation, il fut impossible de dépasser l'obstacle. La cautérisation fut appliquée quinze à dix-huit fois, sans que jamais il fût possible de faire pénétrer la bougie

capillaire, qu'on était parvenu à introduire la première fois. On employait cependant concurremment la dilatation au devant de l'obstacle; les sondes de gros calibre circulaient librement dans la portion antérieure de l'urètre. Tout ce qu'on avait gagné, c'était la diminution de l'état inflammatoire chronique de la muqueuse; la miction se faisait depuis, sinon avec facilité, du moins sans la moindre douleur. Quelques parcelles de caustique, en pénétrant à travers le rétrécissement et en se fixant sur la portion prostatique du canal, auraient-elles produit ce résultat?

D'un autre côté, pourquoi ce rétrécissement, qui semblait devoir céder à la cautérisation, se montre-t-il si rebelle? Ne serait-ce point aux longues courses que le malade était obligé de faire à pied pour venir de chez lui à la consultation, et aux travaux du jardinage, etc., qu'il faudrait en attribuer la cause? La rigueur de la saison l'ayant empêché quelque temps de revenir au bureau central, je l'ai perdu de vue.

M. Piégu ayant été nommé interne à la fin de 1840, discontinua de suivre ma consultation pour les maladies des voies urinaires, il ne fut donc pas témoin de la fin du traitement que je vais raconter.

Après quelques mois d'absence, Thérard se présenta de nouveau au bureau central; l'obstacle était tout aussi infranchissable pour les bougies qu'auparavant. L'inutilité de la cautérisation avec la pierre infernale me donnant peu d'espoir de réussir par la persistance dans son emploi, je songeai au caustique de Vienne, et, après quelque hésitation causée par la crainte d'une action trop énergique et trop étendue, j'en portai sur l'obstacle une parcelle introduite dans la cupule du porte-caustique, ayant grand soin d'éponger les mucosités et de tenir le tube externe fortement appuyé contre le rétrécissement pour prévenir la diffusion latérale. La sensation produite par son contact sur le tissu exubérant fut moins vive que je ne m'y attendais: la réaction inflammatoire fut un peu plus forte qu'après les applications du nitrate d'argent, sans fièvre néanmoins. Le lendemain et le surlendemain, l'écoulement de l'urine se faisait avec plus de difficulté; mais il ne se supprima pas, et le sixième jour après l'application du caustique, le jet se montra tout d'un coup plus plein et plus libre; je présentai une sonde en gomme de 2 millimètres, qui pénétra sans encombre jusqu'à la vessie. La dilatation fut portée, dans les séances suivantes, à 6 millimètres. Thérard cessa de venir au bureau central; il devra passer tous les quinze jours une ou deux bougies pour maintenir le canal au degré d'élargissement obtenu.

Un tel résultat est sans doute un motif suffisant pour autoriser l'application du caustique de Vienne à la cure de certains rétrécissemens réfractaires à tous les autres moyens. Toutefois, je recommande d'y apporter une grande précaution, car son action corrosive est, comme l'on sait, profonde et rapide; je ne voudrais pas que mon exemple, inconsidérément suivi, donnât lieu à des accidens.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

IV. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1844 contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Guérison extraordinaire d'un anévrisme de l'aorte*; par M. Sava. (Le diagnostic de cet anévrisme pourrait aisément être contesté. Les moyens qui ont été mis en usage font partie du traitement dit de Valsalva.) 2° *Nouvelles considérations théorico-pratiques sur la véritable action thérapeutique des eaux de Saint-Pellegrino*; par M. Fillipini-Fantoni. 3° *Sur une propriété de l'acide valérianique*. (Il s'agit dans ce travail d'une des propriétés chimiques de cet acide et non de ses propriétés thérapeutiques.) 4° *Mémoire sur une accusation d'infanticide portée devant le tribunal criminel de Plaisance*; par M. Freschi.

V. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1844, janvier, février et mars 1845 contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Compte-rendu du congrès de Milan*. (Voy. dans GAZ. MÉD., loc. cit.) 2° *Sur un phénomène de vue subjective*; par M. Nicolucci. (Quelques mots sur l'image qui se présente à l'œil lorsqu'après avoir regardé quelque temps fixement une lumière on porte la vue sur un autre objet non éclairé.) 3° *De la prétendue action contro-stimulante du sulfate de quinine et du quinquina lui-même*; par M. Agostinacchio. (L'auteur veut, et ceci est fort sage, que jusqu'à ce que de nouvelles recherches aient dévoilé la *nosogénie* des fièvres intermittentes, on s'en tienne à regarder les préparations de quinine simplement comme antipériodiques, sans chercher à pénétrer plus avant dans les mystères de leur mode d'action.) 4° *Sur la mortalité mensuelle et annuelle à l'hôpital de Milan*; par M. Ferrario. 5° *Formule des principes de la théorie des impondérables*; par M. Balestrieri. 6° *Etiologie des fièvres intermittentes*; par M. Spinelli. (Deux causes sont nécessaires pour produire ces fièvres: l'une est prédisposante, c'est le *miasme* qui résulte de la décomposition de la sueur de l'individu sous certaines influences; l'autre est la cause occasionnelle, c'est l'*effluve* qui se dégage de la terre. Quand ces deux causes se rencontrent, la fièvre se développe.) 7° *Recueil d'observations médico-chirurgicales intéressantes*; par M. Vinella. (Le seul fait un peu extraordinaire de cette collection est le suivant: l'auteur voulant opérer de la cataracte un homme de 45 ans, s'aperçut dans les mouvemens qu'il fit exécuter à l'aiguille pour déchirer la capsule que celle-ci était osseuse et adhérait au cristallin d'une manière très intime. Le même état se présenta dans l'autre œil; et l'opération fut jugée impraticable.) 8° *Observation pathologique sur un cas d'asthme thymique*; par M. Ciro Mazziale. 9° *Sur les fièvres intermittentes pernicieuses de Vasto*; par M. Barbarotta. 10° *Quelques observations de tétanos*; par M. Francesco del Giudice. (L'auteur conclut de trois observations de cette maladie, suivies d'autopsie, que le tétanos est une pure névrose de l'axe cérébro-spinal.) 11° *Angine gangréneuse guérie par l'emploi topique du nitrate d'argent fondu*; par M. Ferrara. 12° *De quelques affections convulsives*; par M. Predieri. 13° *Section presque complète du pénis, guérie à peu près parfaitement par adhésion primitive*. (La section avait été faite par une fille publique qui chercha à trancher la verge au moment d'une forte érection exécutée par elle; un morceau de peau à la partie inférieure maintenait seul la continuité entre les deux tronçons. Trois points de suture furent placés. On n'avait pu, faute d'instrument, placer une sonde à demeure dès le premier pansement. L'urine s'écoula ensuite en partie par un point de la plaie; il fut impossible d'introduire une sonde de gomme élastique dans la vessie. Enfin, sauf la gangrène de la peau sur la face dorsale, la réunion fut complète.) 14° *Affection nerveuse associée à une fièvre intermittente rhumatismale et dégénérée en fièvre continue, avec tétanos*; par M. Imbinibo. 15° *Stomatorrhagie revenant par suite de phlébonose (congestion veineuse)*; par M. Zarenga.

SUR LA MORTALITÉ MENSUELLE ET ANNUELLE A L'HÔPITAL DE MILAN; par M. FERRARIO.

Les résultats numériques auxquels l'auteur est arrivé n'ont pas seulement un intérêt de localité, ils reposent sur de si larges proportions qu'on ne pourra s'empêcher de les considérer comme, à très peu de chose près, l'expression de ce qui a lieu dans les autres pays. Ils ne peuvent donc manquer d'offrir un grand attrait à tous ceux qui s'occupent de statistique, aux médecins comme aux administrateurs de secours publics.

En dépouillant les registres de l'hôpital Majeur de Milan depuis le 1er janvier 1811 jusqu'au mois d'août 1844, c'est-à-dire pendant une période de trente-trois ans et demi, M. Ferrario a trouvé que 400,518 hommes et 248,301 femmes, en tout 648,819 malades y ont été reçus et traités durant ce temps. La mortalité moyenne a été répartie ainsi qu'il suit entre les différens mois de l'année.

Mois de l'année.	MORTALITÉ pour les hommes.	pour les femmes.	Total des deux sexes.
Janvier	10,14 pour 100	24,62 pour 100	21,25 pour 100
Février	15,23 —	20,29 —	17,18 —
Mars	14,67 —	18,06 —	15,94 —
Avril	14,41 —	16,69 —	15,36 —
Mai	12,15 —	14,19 —	13,04 —
Juin	11,89 —	14,53 —	12,95 —
Juillet	10,81 —	13,42 —	11,84 —
Août	8,41 —	11,54 —	9,59 —
Septembre	7,69 —	11,63 —	9,39 —
Octobre	10,39 —	14,75 —	11,33 —
Novembre	15,63 —	20,56 —	17,80 —
Décembre	17,60 —	23,05 —	19,65 —

Il ressort de ce tableau: 1° que la mortalité soit mensuelle, soit annuelle, a constamment été plus forte chez les femmes que chez les hommes; et cela dans la proportion de 2 à 6 pour 100 chez les femmes de plus que chez les hommes.

2° De novembre à avril (c'est-à-dire pendant l'hiver et le printemps), la mortalité varie, pour les hommes, de 14 à 19 sur 100; pour les femmes, de 16 1/2 à 24 1/2 sur 100, et pour les deux sexes, de 15 à 21 sur 100.

3° De mai à octobre (c'est-à-dire pendant l'été et l'automne), la mortalité varie, pour les hommes, de 7 1/2 à 12 sur 100; pour les femmes, de 11 1/2 à 14 1/2 sur 100, et pour les deux sexes de 9 1/2 à 13 pour 100.

4° Sous un autre point de vue, on trouve que durant l'espace de trente-trois ans, c'est toujours au mois de septembre que la mortalité a été la plus faible. A partir de cette époque, elle augmente, arrive à son summum en janvier, et diminue ensuite d'une manière plus lente, mais non interrompue jusqu'en septembre.

Un autre enseignement résulte de ce tableau, et l'auteur l'a formellement énoncé, c'est que, dans tous les pays où existent des hôpitaux, il serait nécessaire d'établir par une série de chiffres semblables à ceux-ci quel est le degré de mortalité soit mensuelle soit annuelle propre au pays. Sans cette notion, on s'exposera volontairement à errer lorsqu'on voudra juger d'après ses résultats cliniques une méthode thérapeutique ou un médicament nouveau. On comprendra, sans autre explication, que si un médecin n'était pas prévenu de la différence énorme qui existe entre la mortalité de janvier et celle de septembre, la même médication lui paraîtrait barbare ou divine, selon qu'il en aurait fait l'essai dans l'un ou dans l'autre de ces deux mois.

OBSERVATION PATHOLOGIQUE SUR UN CAS D'ASTHME THYMIQUE; par M. CIRN-MAZZIALE.

OBS. — Un enfant de 13 mois, faible et un peu lymphatique, mais né de parents sains, et s'étant bien porté jusque là fut pris subitement des symptômes suivans :

La respiration lui manqua, et, après cinq ou six inspirations sibilantes, il tomba dans une demi-lypotimie, état pendant lequel on distinguait à peine une respiration brève, sifflante, incomplète, comme si l'air avait eu de la difficulté à traverser la glotte; l'expiration était de même à peine perceptible. Face pâle; lèvres livides; langue hors des arcades dentaires; yeux fixes; les doigts spasmodiquement contractés; battements du cœur très obscurs; pouls très bas, presque imperceptible; extrémités froides.

Cet accès dura trois ou quatre minutes et se termina par une inspiration profonde et sifflante. Après sept jours d'intermission complète, il reparut à la suite d'une frayeur. Le premier avait été déterminé par la douleur qu'éprouva l'enfant pour s'être pris les doigts entre deux morceaux de bois. L'accès se renouvela encore onze fois et toujours à l'occasion de causes semblables.

L'auteur, ayant diagnostiqué un asthme thymique d'après les indications contenues dans le mémoire de Breza, conseilla d'abord les minoratifs, puis les dérivatifs et quelques sangsues dans le point correspondant à la fosse jugulaire. Il fit ensuite des frictions avec la pommade stibiée, et une fois les pustules guéries, il lui substitua une pommade composée d'onguent mercuriel, d'extrait de ciguë et d'iodure de potassium. A l'intérieur, l'enfant prit l'iodure de fer. Les accès devinrent de plus en plus faibles et éloignés; au bout de six mois, la maladie avait tout à fait cessé et la constitution du petit malade avait acquis plus de force.

VI. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros de janvier, février et mars 1845 comprennent les articles originaux suivans: 1° *Du bubonocèle étranglé, et de la nécessité de recourir promptement à l'opération dans cette maladie*; par M. Santopadre. (La méthode antiphlogistique peut rendre des services; mais il ne faut pas l'employer plus de vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, si l'étranglement persiste, c'est l'opération qui convient. L'auteur n'appuie ce précepte, d'ailleurs fort sage, que sur le raisonnement.) 2° *Hydrothérapie chirurgicale*; par M. Gamberini. (L'auteur ne parle que des irrigations avec l'eau froide, et il les vante avec raison comme un moyen excellent pour prévenir l'inflammation dans un grand nombre de blessures.) 3° *Présentation de l'épaule avec sortie du bras; accouchement spontané*; par le même. (Jeune femme primipare. Le bras sorti fut pris pour la jambe par une sage-femme qui, dans cette persuasion, tira fortement sur lui afin de l'amener au dehors. L'erreur reconnue, un accoucheur vint et tenta sans succès la version. La mère abandonnée à elle-même fut prise d'éclampsie. Cependant les douleurs expultrices devenant de plus en plus fortes, on s'aperçut que le bras remontait peu à peu. Bientôt la tête se présenta avec la main qui restait alors seule à l'ouverture, et l'enfant sortit; il était d'apparence robuste, mais mort depuis peu de temps. La femme se rétablit promptement. 4° *Hémiplégie guérie au moyen de la strychnine*; par M. Ballotta. 5° *Sur l'acupuncture*; par M. Bellini. (Résumé de toutes les maladies contre lesquelles l'acupuncture a été proposée et employée.) 6° *Consultation médico-légale sur une plaie pénétrante du ventricule gauche du cœur*; par M. Malagodi. (Ce mémoire est écrit au sujet de l'observation de plaie du cœur citée par nous dans la GAZ. MÉD. (voy. 1844, p. 306) et qui, guérie en apparence, ne devint mortelle qu'au bout de soixante-cinq jours. M. Malagodi s'efforce d'établir ici que la plaie n'avait pas pénétré primitivement dans le cœur, et que la perforation observée à l'autopsie sur la paroi ventriculaire fut le résultat d'une rupture spontanée, d'une lésion idiopathique du cœur. Quelque ingénieuses raisons qu'il ait apportées ici à l'appui de cette thèse, véritablement ingrate à défendre, il ne sera peut-être pas très étonné lui-même d'apprendre qu'il ne nous a point persuadés. — Une seule circonstance qu'il a rétablie dans le récit de l'observation primitive mérite d'être mentionnée. D'après M. Malagodi, il paraîtrait qu'au moment de la blessure la malade n'eut pas de syncope. S'il en a réellement été ainsi, cela ne ferait que rendre plus extraordinaire la formation d'un caillot capable d'oblitérer la plaie du ventricule, quoique la circulation eût continué sans interruption. Mais du reste, l'absence de syncope dans ce cas est encore un de ces faits que M. Malagodi affirme, que nie M. Marini et duquel on ne peut par conséquent tirer aucune induction solide.) 7° *De la lithotripsie*; par M. Sante Sillani. (Plaidoyer en règle pour la lithotripsie en réponse à un travail dont l'auteur avait voulu circonscrire dans des limites trop étroites les indications de cette méthode curative comparées à celles de la taille.) 8° *Arthropathie du coude droit opérée par l'amputation*; par M. Trevisani. (Il s'agissait d'un fongus articulaire avec carie, maladie survenue sous l'influence rhumatismale. L'opportunité de l'amputation avait soulevé des discussions animées parmi les médecins consultans; ce qui explique la longueur de ce travail et justifie en même temps la brièveté de notre analyse. L'amputation fut faite, et l'opéré guérit sans aucune des répercussions que redoutaient les médecins opposés à l'opération.)

HÉMIPLÉGIE GUÉRIE AU MOYEN DE LA STRYCHNINE; par M. BALLOTTA.

La dose très considérable à laquelle on a administré le médicament dans ce cas est le principal motif qui nous porte à en donner ici l'histoire abrégée.

OBS. — Une orpheline, âgée de 29 ans, plongée dès sa jeunesse dans une profonde misère, habitant une masure humide, manquant souvent de nourriture, avait été réduite par degrés à la plus affreuse maigreur. En même temps et peu à peu elle avait perdu le mouvement et le sentiment du bras et de la jambe gauches, qui demeuraient seulement le siége de douleurs obtuses lors des changemens atmosphériques.

Cet état existait depuis treize mois, lorsque, d'après le conseil de M. Ballotta, elle entra à l'hôpital, où une alimentation réparatrice, un vin généreux, l'usage des martiaux, des frictions stimulantes sur le rachis et sur les membres paralysés lui rendirent les couleurs et l'apparence de la santé. La paralysie persistant néanmoins alors au même degré, M. Ballotta jugea nécessaire d'employer contre elle une médication plus directe. Il commença en conséquence à faire prendre la strychnine à la dose de 1/16° de grain par jour, en pilules. Puis il la porta à 1/8° de grain, et successivement à un demi-grain et enfin à 1 grain. Ces changemens dans la quantité du remède se faisaient de quatre jours en quatre jours. Des mouvemens obscurs involontaires se remarquèrent alors dans les membres paralysés, et un sentiment de chaleur s'y répandit; ce qui encouragea le médecin à élever la dose jusqu'à 2 grains par jour. Au bout de quatre jours, la malade supportant toujours parfaitement le médicament, on lui donna 3 *grains de strychnine par jour*, prescription qui fut continuée durant six jours. Alors commença un fourmillement des membres paralysés, la chaleur y augmenta, ils se couvrirent de sueur et devinrent le siége de secousses comme tétaniques; enfin la malade put exécuter des mouvemens volontaires avec assez de facilité. A cette époque, on diminua les doses, en suivant le même ordre que pour les augmenter. Au bout de deux mois, la malade avait pris près de 70 grains de strychnine. Les membres ayant alors recouvré la liberté entière de leurs mouvemens, elle sortit de l'hôpital.

VII. GAZETTA MEDICA DI MILANO.

SUR LE TRAITEMENT DE L'ENTROPION AU MOYEN D'UN SÉTON PASSÉ DANS LA PAUPIÈRE ET DU COMPRESSEUR DE SHARP MODIFIÉ; par M. FLARER.

Les procédés autrefois imaginés pour la cure de l'entropion n'avaient guère qu'une influence indirecte sur la maladie. En excisant une portion de la peau, en ramenant par cette opération le cartilage tarse en dehors, on corrigeait la difformité produite; mais comme on ne faisait rien contre sa cause, cette cause continuant à agir, la récidive ne tardait pas à se manifester. Les chirurgiens de nos jours ont senti le vice radical de ces méthodes; ils ont compris qu'ici, comme dans toutes les maladies, lutter contre la cause était le seul moyen d'obtenir une guérison radicale. La section sous-cutanée du muscle orbiculaire a déjà réalisé plusieurs fois avec succès cette indication entre les mains de divers praticiens. Malheureusement, par sa nature même, ce moyen ne convient, ne suffit que dans les cas d'entropion peu ancien. Le séton passé à travers la paupière est un

autre remède de la même espèce; car sans doute il doit aussi une partie de ses bons effets à l'action qu'un corps étranger tenu pendant longtemps en contact avec les fibres de l'orbiculaire exerce nécessairement sur la contractilité viciée de ce muscle. On arriverait plus sûrement d'ailleurs au même but par la caléfaction sous-cutanée du muscle, proposée il y a déjà longtemps par M. J. Guérin.

Quoique, dans l'observation suivante, le traitement n'ait pas été achevé à l'aide du séton seulement, nous croyons qu'on y trouvera un exemple intéressant propre à faire juger favorablement de la valeur clinique de ce procédé, qui a été proposé pour la première fois par Lerche de St-Pétersbourg.

Obs. — Un paysan, âgé de 20 ans, se présenta à la clinique oculistique de Pavie, avec un entropion ayant succédé à une ophthalmie scrofuleuse, qui durait depuis trois ans. Il offrait l'état suivant: blépharospasme, photophobie, larmoiement continuel et abondant. Les deux paupières inférieures étaient entièrement intro-fléchies, et les deux supérieures également renversées en dedans, de sorte que les cils allaient à chaque instant heurter le globe oculaire, et qu'il était impossible de renverser assez les paupières en dehors pour apercevoir l'angle postérieur de leur bord libre. Les paupières œdémateuses et excoriées présentaient à leur milieu une saillie, un relief longitudinal causé par la contraction excessive des fibres de l'orbiculaire.

M. Flarer commença par arracher les cils et instiller un collyre astringent. Il voulut aussi remédier à l'état scrofuleux, au moyen d'une poudre composée d'éthiops antimonial, de soude dépurée et de magnésie calcinée. Mais n'ayant obtenu aucun résultat de ce traitement, continué pendant plusieurs semaines, il se décida à tenter l'application du séton. *Dans l'intention, donc, d'irriter les fibres du muscle orbiculaire* (textuel), il introduisit dans la paupière supérieure gauche une longue aiguille un peu courbée enfilée d'un fil double de coton, et il la fit ainsi passer de l'un des angles oculaires à l'autre. Les deux extrémités du fil servirent à tenir la paupière suspendue et relevée vers le front, à la manière d'une anse.

L'irritation consécutive fut de peu d'importance. Le fil, faisant effort sur la paupière, menaça bientôt de perforer la peau. M. Flarer laissa volontairement à cet effet le temps de se produire. Au septième jour, ainsi qu'il l'avait prévu, la peau s'était ulcérée sur tout le trajet du fil, donnant lieu à une cicatrice linéaire. A cette époque, la paupière avait repris une bonne position.

Encouragé par ce succès, le professeur répéta la même opération du côté droit. Seulement, voulant cette fois ménager la peau, il enleva le séton dès qu'il vit la suppuration établie. Le résultat thérapeutique fut néanmoins aussi satisfaisant que dans le premier cas. La douleur avait été si légère que le malade demanda lui-même que la même opération fût faite sur les deux paupières supérieures. Elle le fut avec autant de simplicité et avec un effet aussi heureux.

Il restait encore à remplir la seconde indication qui consiste à vaincre la tendance vicieuse du muscle orbiculaire à des contractions désordonnées. Pour obtenir ce but, Demours a conseillé de faire maintenir par le malade lui-même la paupière comprimée et replacée dans sa situation normale. Mais ce moyen, d'ailleurs très incommode, aurait évidemment été inapplicable ici, où les quatre paupières se trouvaient affectées. M. Flarer employa à cet effet le compresseur de Sharp, modifié par lui de manière à pouvoir s'adapter à toutes les variétés individuelles de conformation de l'orbite.

Au bout d'un mois d'application de cet instrument, le spasme palpébral, la photophobie et l'épiphora avaient cessé. On put alors examiner l'angle postérieur du bord palpébral; on le trouva couvert d'un grand nombre de faux cils qui s'étaient développés, soit sur la paupière supérieure, soit sur l'inférieure des deux yeux. La cornée offrait aussi un pannus dense. Cette complication nécessita quatre opérations successives de trichiasis; elles furent faites autour des racines des cils. Le trichiasis guérit ainsi très promptement. Le pannus fut ensuite traité par les collyres astringens laudanisés, et avec tant de succès que le malade sortit au bout de quatre mois et demi environ, jouissant d'une bonne vue et avec l'espoir de l'améliorer encore en continuant l'usage du laudanum et de la pommade au précipité rouge.

TRAITEMENT DE LA COLIQUE SATURNINE PAR LES OPIACÉS ET LE VIN; par M. Triberti.

Les purgatifs ne jouissent pas d'une vertu si constante et si certaine contre les maladies de plomb, qu'ils puissent conserver sans débats le titre de spécifique que quelques médecins leur décernent. On ne se lasse pas de chercher ailleurs, parce qu'on sent le besoin de trouver mieux. M. Triberti s'efforce aujourd'hui de réhabiliter le traitement par les opiacés, auxquels il associe le vin dès que le malade est assez bien pour pouvoir prendre quelques alimens.

Les avantages qu'il trouve à ce traitement sont: 1° la promptitude de la guérison. Le traitement ne dure que six à huit jours; 2° le rétablissement complet est extrêmement rapide; résultat important, si on le met en regard de la longue convalescence qui attend nécessairement les malades traités par les émissions sanguines; enfin, il n'y a pas de morts, tandis que, par le traitement dit *de la charité*, la mortalité, d'après l'imposante autorité de M. Orfila (1), ne serait pas moindre de 30 sur 100.

La dose par laquelle l'auteur commence le traitement est en général de 3 décigrammes d'extrait d'opium en six pilules, à prendre une toutes les deux heures. En même temps, le malade boit dans la journée 750 grammes d'une émulsion à laquelle on a ajouté 60 grammes de sirop diacode. Il prescrit aussi quelquefois des frictions sur le rachis et l'abdomen, avec un liniment composé de:

Huile d'olives.................... 90 grammes.
Laudanum liquide de Sydenham..... 15 —

La quantité d'opium doit quelquefois être portée jusqu'à 6 décigrammes dans la journée, si les symptômes résistent aux premières doses. Quant au vin, on en permet d'abord 180 grammes, puis bientôt 500 grammes.

Avec ce traitement, M. Triberti a guéri, pendant le mois d'octobre 1844, cinq malades dont il donne l'observation détaillée. Tous ont guéri dans l'espace de temps indiqué ci-dessus.

D'après l'auteur, « les préparations de plomb, avec leur pouvoir hyposténisant, attaquent les vaisseaux sanguins et l'appareil cérébro-spinal, et faiblement le système digestif; l'opium est donc le meilleur moyen à leur opposer, *parce qu'il a un pouvoir contraire à l'action des préparations de plomb* sur la fibre animale vivante, et que son action stimulante ou hypersténisante se porte sur le système sanguin et sur l'organe cérébro-spinal, faisant disparaître promptement tous les phénomènes morbides qui se présentent dans la colique de plomb..... »

— Nous ne dirons rien de cette explication tout italienne. Un fait plus important, parce qu'il est indépendant de toute hypothèse, c'est que les préparations opiacées, qui ordinairement constipent, combattent au contraire, dans cette maladie, la constipation, et suffisent, sans le secours d'aucun autre médicament, à déterminer des évacuations alvines.

Quant à la supériorité de cette méthode sur les autres, les observations de M. Triberti plaident sans contredit fort heureusement en sa faveur. Mais il comprendra lui-même qu'il faudrait beaucoup plus de cinq faits pour remettre en honneur un système de traitement qui, malgré les efforts de MM. Brachet et Bricheteau, est presque généralement abandonné aujourd'hui. Cependant le principal reproche qu'on lui adresse est la longueur du temps qu'il nécessite pour la cure; et nous avons vu tout au contraire que la rapidité de la guérison est le principal avantage que notre auteur lui reconnaît. L'addition faite par lui du vin aux opiacés serait-elle la cause de cette différence?

CAS SINGULIER DE RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS; par M. de Billi.

Cette observation est certainement l'un des exemples les plus extraordinaires de rétroversion utérine que l'on connaisse, soit à cause de l'époque de la grossesse à laquelle la maladie se manifesta, soit à cause du degré vraiment inouï qu'elle avait atteint.

Obs. — Une femme de 28 ans, lymphatique, de taille moyenne, fut apportée le 1er février 1844, à la clinique obstétricale de Milan, étant en travail d'enfant depuis la veille au soir. Accouchée une première fois sept ans auparavant sans accidens, elle jouissait d'une bonne santé, sauf une constipation habituelle.

Dès le début de la grossesse actuelle, la constipation était devenue plus forte. Vers le troisième mois, la malade commença à éprouver une sensation douloureuse ressemblant à celle déterminée par la présence d'un corps volumineux dans la cavité du petit bassin. Au quatrième mois, elle sentit de violens et douloureux tiraillemens aux aines, aux reins et à la partie interne des cuisses. Au cinquième, il se joignit à ces symptômes un tiraillement du vagin; la constipation augmenta et l'émission de l'urine devint très difficile. Ces incommodités s'accrurent sans cesse la forcèrent enfin, au huitième mois, à garder le lit. Vers le milieu de ce mois, il s'écoula du vagin une assez grande quantité de liquide blanchâtre d'abord, puis verdâtre, qui la soulagea un peu. Néanmoins les excrétions alvine et urinaire ne s'accomplissaient qu'avec une peine infinie. Enfin, le 31 janvier, les douleurs de l'enfantement se déclarent; une sage-femme et trois chirurgiens successivement appelés ne peuvent trouver le col utérin. La malade est transportée à l'hôpital où l'on constate l'état suivant.

A travers l'abdomen, on sentait un corps de volume égal à celui de l'utérus à huit mois de grossesse. Le bassin était bien conformé. Son ouverture supérieure et une grande partie de l'excavation étaient occupées par un corps arrondi placé entre le rectum et le vagin, et recouvert par la paroi postérieure de celui-ci. Le doigt introduit dans le vagin trouva ce canal un peu rétréci entre la tumeur et le pubis, et ne put parvenir à toucher le col. Pour savoir où celui-ci était placé, on introduisit une sonde de femme, et en la faisant pénétrer jusqu'au fond du vagin elle s'enfonça tellement haut qu'on reconnut à l'extérieur son extrémité *à cinq travers de doigt au dessus du pubis!* Un liquide semblable à celui de l'amnios, coloré par le méconium, s'écoulait de la vulve. Le doigt plongé dans le rectum fit connaître que cet intestin était comprimé contre la paroi posté-

(1) M. Triberti rapporte cette opinion de M. Orfila à son Traité de toxicologie. Nous avons vainement cherché, pour la retrouver, dans la quatrième et dernière édition de cet ouvrage. (Note du rédact.)

rieure du bassin par la tumeur précédemment décrite, tumeur dans laquelle on discerna parfaitement la tête du fœtus avec une des fontanelles. On ne put, avec le stéthoscope, découvrir ses battemens cardiaques; depuis trois jours, la femme ne le sentait plus remuer.

M. de Billi soupçonna dès ce moment la nature de la maladie: mais pour s'en assurer plus exactement, il fit coucher la femme sur le côté droit; puis, portant la main gauche dans le vagin, et l'enfonçant de force à travers le point de ce canal où elle trouva de la résistance, ses doigts arrivèrent jusqu'à l'endroit où il avait poussé la sonde; et là, il trouva l'orifice de l'utérus, en forme de fente d'un pouce de diamètre transversal et de 4 lignes environ de largeur antéro-postérieure. Il put même avec le doigt pénétrer à travers ses lèvres et toucher une partie du fœtus que, à sa mollesse, il présuma être les fesses. D'après tous ces signes, il parut certain que le fœtus était dans l'utérus, qu'une partie du fond de ce viscère était dans la concavité du sacrum, son orifice étant situé en haut, *à peu de distance de l'ombilic!*

Pour réduire ce déplacement si prononcé, il fit coucher la femme sur le flanc et presque en travers de son lit. Une main étant appliquée à l'extérieur sur l'endroit de l'abdomen correspondant à l'orifice utérin, il porta l'autre dans le vagin, et formant avec celle-ci en quelque sorte le poing, il poussa graduellement sur la partie de l'utérus qui occupait le petit bassin d'arrière en avant et de bas en haut. Il réussit de cette manière non sans peine à faire dépasser au viscère l'ouverture supérieure du bassin. Alors avec l'autre main à l'extérieur, comprimant l'autre extrémité de l'ovale formé par la matrice, il fit exécuter à cet organe un mouvement de demi-cercle, grâce auquel son fond parcourant la partie interne postérieure de l'abdomen se porta en haut et son orifice en bas. Cette manœuvre fut courte et peu douloureuse pour la malade. Le doigt put alors sentir l'orifice utérin avec les caractères qu'il avait présentés auparavant; en touchant le fond de la matrice à travers la paroi abdominale, on distingua du côté gauche un sillon profond résultant de la pression que cette partie avait soufferte dans l'ouverture supérieure du bassin.

La réduction avait été exécutée au commencement de la nuit. La malade éprouva bientôt après des douleurs expultrices séparées par de longs intervalles de calme. A sept heures du matin, l'orifice, situé au centre du bassin, présentait une forme presque circulaire. Abdomen douloureux; fièvre. Une saignée dissipe ces symptômes. A onze heures du matin, accouchement naturel, et par la première position des fesses, d'un fœtus mort pesant 8 livres et demie et long de 18 pouces et demi. Le placenta sortit peu de temps après.

Au bout de cinq jours d'un état parfaitement satisfaisant, la sécrétion laiteuse et les lochies se supprimèrent, l'utérus devint douloureux et la fièvre s'alluma. Une application de sangsues aux grandes lèvres fit cesser ces accidens. Douze jours après l'accouchement, la femme sortit entièrement rétablie.

Nous transcrivons ici les réflexions et l'explication dont l'auteur fait suivre cette observation si intéressante. Il est reconnu que, dans les premiers mois de la gestation, la matrice descend un peu de sa place naturelle et que son fond incline vers le sacrum, de manière qu'on pourrait la considérer alors comme étant dans un état de légère rétroversion.

Chez cette malade, par l'effet de la constipation opiniâtre, les matières fécales pesaient sur le fond de l'utérus développé par la gestation. Les efforts qu'elle était souvent obligée de faire pour aller à la selle augmentaient cette déviation en contraignant le fond de l'utérus à se porter toujours de plus en plus en bas.

La fibre faible et relâchée de cette femme permit l'allongement du vagin et des ligamens de la matrice; ce qui fit que ce viscère put graduellement se dévier de manière à ce que son col finit par dépasser en haut l'ouverture du bassin. Alors la matrice ne se trouvant pas (comme cela arrive dans les cas ordinaires de rétroversion) être comprise par son axe longitudinal entre le pubis et le sacrum, ne fut pas incarcérée dans le petit bassin, ainsi qu'on le voit dans le cas de rétroversion, mais s'étendit librement dans la cavité abdominale.

Le développement de la matrice dans cette direction anormale donna lien à la série des phénomènes morbides décrits ci-dessus. Vers le milieu du huitième mois, les ligamens et le vagin ne se prêtent probablement plus à une distension plus forte, l'utérus ne peut plus s'étendre, et alors eut lieu la rupture des membranes et le travail.

— Nous n'ajouterons qu'un mot au texte de l'auteur. Si l'on considère la direction qu'affecte la matrice dans les gestations ordinaires, si l'on a égard à l'obliquité antérieure qui s'observe si fréquemment dans cet état, on sera autorisé à dire que chez la malade de M. Triberti, la matrice était *sens dessus dessous* de la position qu'elle a chez beaucoup de femmes enceintes, son col ayant pris exactement la place que le fond occupe dans les obliquités antérieures un peu prononcées.

DE L'APPLICATION DE L'ARSENIC PUR SUR LES CANCERS POUR OBTENIR LA GUÉRISON RADICALE DE CETTE MALADIE; par M. BARBIERI ANGELO.

Les différens caustiques arsénicaux dont on fait usage en France contre les ulcères cancéreux ne contiennent qu'une très faible quantité du composé arsénical. Telles sont la pâte de Rousselot, la poudre de Dupuytren, etc. Ce mélange a été jugé indispensable pour prévenir les effets pernicieux qu'aurait l'absorption de cette substance délétère si elle était employée à haute dose, encore recommande-t-on de ne jamais appliquer ces caustiques sur de larges surfaces à la fois. Le conseil que donne M. Angelo Barbieri risquera par conséquent de sembler un peu téméraire. Ce médecin propose d'appliquer l'arsenic pur (1) sur l'ulcération, et il cite plusieurs cas de sa pratique où une telle conduite a procuré une guérison radicale sans avoir suscité aucun des accidens d'intoxication arsénicale qu'on aurait pu redouter *à priori*. Il a réussi de cette manière dans un cancer supra-orbitaire, un du nez, un de la région temporale, et une plaie d'extirpation de ganglions axillaires, devenue fongueuse. Le cas suivant, qui complète cette série de succès, mérite d'être rapporté avec plus de détails. Il fera aussi connaître le mode d'exécution du procédé.

Obs. — Un homme de 41 ans vint consulter M. Angelo Barbieri pour un cancer du prépuce et du gland. La tumeur offrant le volume du poing, dure, bosselée, exulcérée en quelques endroits, exhalait une sanie fétide et donnait lieu à des accès de douleurs très aiguës. Le mal datait de deux ans et s'accompagnait d'engorgement des glandes lymphatiques de l'aine. Plusieurs médecins précédemment consultés par le malade avaient jugé l'ablation indispensable.

Le 31 juillet 1844, M. Angelo Barbieri procéda à l'opération de la manière suivante. Il *rasa* d'abord avec le bistouri la surface de la tumeur, enlevant les éminences irrégulières que celle-ci présentait; puis, après avoir arrêté par la ligature le jet de deux artérioles, il couvrit d'arsenic toutes les parties malades, le maintenant en place avec un peu de charpie enduite d'onguent simple, le tout enveloppé d'un bandage. Un gonflement, suite accoutumée de cette opération, s'empara des tégumens de la verge, du scrotum et des aines; il fut dissipé par des applications d'eau de Goulard. La réaction fébrile fut modérée et dura 48 heures.

L'escarre commença à se détacher le 8 août. Le 16 du même mois, elle était tombée laissant à sa place une plaie égale et vermeille recouverte d'un pus de bonne nature. Le malade se trouvant parfaitement bien voulut alors retourner dans son pays où il se fatigua et commit diverses imprudences de régime. La plaie se cicatrisa cependant bien, et il était si bien guéri le 22 septembre, que l'auteur put le présenter à la sous-section de chirurgie du congrès de Milan.

NOUVEAU CAS D'HYDROPHOBIE SPONTANÉE CHEZ UNE CHIENNE; par M. PATELLANI.

Une opinion qui compte parmi ses partisans des hommes d'autorité et de savoir, professe que la rage, chez le chien, est causée par la privation des rapports sexuels. Mais il y a parmi eux une dissidence légère. Les uns admettent que le désir vénérien non satisfait est une cause suffisante pour développer chez cet animal l'hydrophobie. M. Toffoli, dont nous avons déjà fait connaître un intéressant travail sur ce sujet (Voy. GAZ. MÉD. 1843, p. 741), va plus loin et pense que la rage ne se manifeste de cette manière que dans des conditions toutes spéciales. Ainsi, pour lui, l'influence dont il est question n'agirait que sur le mâle; en outre le besoin de la copulation contrarié ne suffirait pas à déterminer la maladie; il faudrait encore pour cela que la femelle désirée fût présente et refusât de céder aux désirs du mâle. C'est donc bien positivement à la jalousie et au dépit d'un amour repoussé que M. Toffoli reconnaît seulement le pouvoir de produire la rage chez le chien mâle.

M. Patellani pense au contraire que ces animaux peuvent devenir enragés quand ils se trouvent, par une cause quelconque, dans l'impossibilité de satisfaire l'aiguillon vénérien, et que cette influence peut déterminer la maladie dans les deux sexes. Il cite, pour appuyer son opinion, l'observation suivante.

Obs. — L'intendant d'une maison de Fenegro tenait une jeune chienne *braque* renfermée dans une étable à bœufs, pour avoir de sa race. Le 10 janvier 1844, la chienne étant en chaleur s'échappa; mais, vu la disproportion des parties génitales, les chiens du voisinage ne purent satisfaire à ses désirs. En même temps, son maître s'étant aperçu de sa fuite, la renferma de nouveau dans l'étable et la plaça dans la crèche. Attristée, silencieuse et mélancolique, la pauvre bête se blottit dans un coin. Là, tourmentée par l'un des bœufs qui allongeait la tête vers elle et lui soufflait contre, la bave lui vint à la gueule et elle le mordit au muffle. L'intendant qui était présent à ce moment ne doutant plus qu'elle ne fût enragée, la saisit par le cou et la jeta hors de l'écurie. A quelques jours de là, on la retrouva dans un champ voisin, à moitié dévorée par les loups.

Le bœuf qui avait été mordu fut tenu isolé. Pendant près d'un mois encore, il parut se bien porter; mais, vers le 10 février, il perdit l'appétit; il commença alors à pousser des mugissemens extraordinaires, semblables à des hurlemens, à s'élancer contre la mangeoire cherchant à se débarrasser des barrières et des liens qui le retenaient. Le lendemain, sa gueule était pleine de bave, et il paraissait furieux. On se décida alors à le tuer.

(1) Il est bien entendu que par ce mot *arsenic*, l'auteur n'entend parler que de l'acide arsénieux ou oxyde blanc d'arsenic. (NOTE DU RÉDACT.)

TRANSMISSION DE LA GONORRHÉE PAR UN BAIN; par M. C. A.

Les ouvrages et recueils scientifiques sont pleins d'histoires plus merveilleuses les unes que les autres de transmissions singulières de la maladie vénérienne. Ici c'est un bouquet qu'on accuse, là une boisson prétendue infectée. Tantôt l'influence morale a suffi; tantôt l'air a servi de véhicule. En y regardant de près, on s'aperçoit presque toujours que la crédulité ou la mauvaise foi de la part du malade, du côté du médecin l'ignorance ou l'esprit de système ont fait seuls les frais de ces soi-disant prodiges. Nous n'avons cependant aucun grief de ce genre à invoquer contre le fait que raconte ici M. C. A. Ce fait est entouré d'assez de détails, il n'offre d'ailleurs rien de trop physiquement inadmissible pour qu'on doive hésiter à y ajouter foi. Une dernière garantie est la sagacité toute particulière dont le médecin a fait preuve: et, sous ce rapport même, le récit que nous allons reproduire est un charmant modèle de tactique médicale à proposer pour une circonstance embarrassante qui se présente quelquefois dans la pratique.

OBS. — M. X., âgé de 50 ans, robuste, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne ni d'affection des voies urinaires, était passionné pour la chasse. Le 24 juillet 1844, étant de retour chez lui après une chasse de 4 jours pendant laquelle le vin n'avait pas été épargné, il vit sa femme deux fois dans la nuit. Celle-ci, dès le moment même, se plaignit d'une ardeur insolite aux parties génitales, pour laquelle elle prit le lendemain matin un bain dans lequel elle fit entrer avec elle une de ses filles âgée de 8 ans. Le jour suivant, sentant de la cuisson en urinant, elle se mit de nouveau au bain avec une autre de ses filles âgée de 4 ans. Elle continua ensuite à se plaindre des mêmes douleurs sans jamais dire un seul mot de pertes blanches.

Le 28 juillet le mari aperçut sur lui-même à l'orifice de l'urètre une goutte blennorrhagique bien caractérisée; l'affection suivit son cours habituel s'accompagnant pendant la nuit d'érections très douloureuses.

Le 30 du même mois l'aînée des deux filles devint inquiète, accusa un besoin fréquent d'uriner et une vive cuisson en y satisfaisant; le lendemain elle commença à tacher son linge d'un écoulement gonorrhéique. Les mêmes phénomènes apparurent, à partir du 1er août, chez la cadette. Le mal existait encore chez le père et les deux filles le 18 août.

Quant à la femme, elle dit que la cuisson avait cessé dans les premiers jours d'août; elle proteste n'avoir jamais vu d'écoulement blanc, et consentit à reprendre les rapports conjugaux.

Le mari, lorsqu'il vint consulter M. C. A., n'avait aucun soupçon; il attribuait uniquement à la chasse sa maladie et celle de sa femme, dont il croyait sincèrement avoir été la cause première. « Je me gardai bien de dissiper son erreur, ajoute l'auteur. J'affectai même d'entrer dans ses vues, et lui recommandai de renoncer en effet à l'exercice de la chasse, et de ne plus s'éloigner à l'avenir aussi souvent de sa jeune épouse. »

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 AVRIL.

DES PHÉNOMÈNES DE LA PÉNÉTRATION DES RACINES DANS LE MERCURE.

M. DUTROCHET lit, en son nom et celui de MM. de Mirbel, Becquerel, Pouillet et Adolphe Brongniart, un rapport sur deux mémoires intitulés, le premier: MÉMOIRE SUR LA TENDANCE DES RACINES A S'ENFONCER DANS LA TERRE ET SUR LEUR FORCE DE PÉNÉTRATION, par M. Payer; le second: MÉMOIRE SUR UN FAIT SINGULIER DE LA PHYSIOLOGIE DES RACINES, par M. Durand, pharmacien à Caen.

Ces deux mémoires, quoique leur titre ne l'indique point précisément, ont également pour objet l'étude des phénomènes de la pénétration des radicules des graines en germination dans le mercure; c'est ce qui a fait soumettre leur examen à une même commission.

Dans la séance du 27 mai 1844, M. Payer exposa à l'Académie la description d'un appareil qu'il avait imaginé pour suspendre une couche de mercure au-dessus de l'eau et à la faveur duquel il avait pu réaliser des expériences propres à démontrer jusqu'à quelle profondeur la radicule du *lathyrus odoratus* pouvait s'enfoncer dans ce métal; ses expériences le conduisirent à reconnaître que toutes les racines ne présentent point la force de pénétration au même degré, sans que cette différence pût être expliquée ni par une différence de poids, ni par une différence de rigidité ou de grosseur. Il a vu, en outre, que les radicules de toutes les plantes ne mettent point le même temps à traverser une même épaisseur de mercure, que la chaleur et la lumière influent sur la rapidité et sur la profondeur de cette pénétration. Enfin, les racines secondaires jouissent de la même force de pénétration à un degré un peu moindre que la racine principale.

M. le rapporteur a répété les expériences de M. Payer, et il n'a jamais vu, dit-il, les radicules de ces graines s'enfoncer dans le mercure au-delà de ce qui était déterminé par la pression que la pesanteur des graines exerce sur les radicules, c'est-à-dire au-delà de 3 millim. environ. En répétant toutes les expériences de M. Payer, il a constamment obtenu des résultats négatifs.

M. Durand, par une nouvelle série d'expériences contradictoires sur le même sujet, est parvenu à reconnaître que la cause principale de la pénétration des racines dans le mercure est la fixation des graines, soit à la surface du mercure, soit au-dessus de cette surface; car, dit-il, lorsque cette fixation n'a pas lieu les racines s'enfoncent seulement en raison du poids de la graine. Il résulte donc de ces expériences que le phénomène de la pénétration des racines dans le mercure, phénomène qui paraissait paradoxal, rentre dans la catégorie des faits qui sont soumis aux lois connues de la nature. M. le rapporteur s'est assuré de l'exactitude de ces expériences qui lui paraissent avoir donné la solution de cette question et qui doivent, suivant lui, fixer définitivement l'opinion des physiologistes et des physiciens sur cet objet.

ACOUSTIQUE.

M. DESPRETZ lit un mémoire intitulé: OBSERVATIONS SUR LA LIMITE DES SONS GRAVES OU AIGUS. Selon les physiciens qui se sont le plus occupés d'acoustique, les sons les plus graves que puisse percevoir l'oreille humaine correspondraient à 30 ou à 32 vibrations simples par seconde; pour les sons aigus, la limite supérieure serait de 48,000 vibrations simples. Mais il existe de très grandes variations dans l'évaluation de ces deux limites. Ainsi, Savart, par exemple, avait été conduit par ses expériences à penser qu'il n'y avait pas de limite à la perception des sons graves. Quant aux limites des sons aigus, elles varient, d'après les différens expérimentateurs, de 22,000 à 48,000 vibrations. M. Despretz a cherché, par de nouvelles expériences, à fixer ces limites d'une manière plus précise. Mais avant d'en consigner les résultats, il a pensé qu'il était nécessaire d'abord de s'entendre sur la signification des mots *son appréciable à l'oreille*, et de distinguer le son capable simplement de produire un effet quelconque sur cet organe, d'avec le son susceptible d'être classé par rapport à un autre son. C'est de ce dernier seulement qu'il tient compte.

Il résulterait des expériences nouvelles de M. Despretz: 1° qu'il n'est pas démontré que l'oreille puisse apprécier, classer des sons au-dessous de 32 vibrations; 2° que cet organe peut entendre, apprécier, classer avec plus ou moins de difficulté les sons depuis 32 jusqu'à 73,000 vibrations simples. Toutefois, M. Despretz fait observer que l'appréciation des sons très aigus n'est pas assez rapide pour qu'on puisse les faire entrer dans l'échelle musicale.

M. Despretz s'est demandé, en terminant son mémoire, si l'on ne pourrait pas emprunter aux faits qu'il vient d'exposer quelques applications utiles à la médecine; si l'on ne pourrait pas, par exemple, tirer parti des petits diapasons de *ut* 4 à *ut* 8, avec ou sans caisse consonnante, dont il s'est servi dans ses expériences de démonstration, pour reconnaître la sensibilité croissante ou décroissante dans le traitement des affections de l'organe de l'ouïe. L'effet que produit un diapason *ut* 2, quand on le pose sur le front ou sur la poitrine, est peut-être une indication de l'efficacité de l'emploi de cet appareil en médecine. Sur le front, il produit un étonnement, un ébranlement semblable à celui que cause une douche.

TROICART A HYDROCÈLE MODIFIÉ POUR PRÉVENIR L'INJECTION DU LIQUIDE IRRITANT DANS LE TISSU CELLULAIRE DU SCROTUM.

M. GUÉPRATTE, chirurgien-major de la marine, adresse la note suivante:

Dans ces dernières années, on s'est beaucoup occupé de l'hydrocèle, de sa cure radicale. — Ces efforts des praticiens s'expliquent par la fréquence de cette affection chirurgicale; ils sont louables, dignes d'éloges. — De nombreuses propositions ont été faites à la science, la pratique semble les avoir froidement accueillies pour s'en tenir à l'injection; parce qu'en effet, quelle que soit la forme, le volume, la nature de la canule, du séton, etc., ces moyens sont et seront toujours infidèles, toujours dangereux.

La dissolution de nitrate de potasse (Celse); l'eau de chaux (Lembert); l'alcool affaibli (Monro); la décoction de rose de Provins dans un gros vin rouge; le sulfate d'alumine; l'iode, etc.; tous les liquides irritans, en un mot, réussissent ou plutôt sont susceptibles de réussir, méthodiquement employés. Depuis Boyer on a accordé une préférence marquée aux préparations alcoolo-vineuses; leur efficacité est presque constante, elles guérissent plus sûrement que les autres, sans jamais faire acheter leurs succès par des accidens plus sérieux.

Toutes les injections préconisées jusqu'à ce jour, poussées dans l'épaisseur du scrotum, produisent une inflammation grave, la gangrène. C'est le seul reproche à adresser au vin, et, notons-le bien, il le partage avec les autres liqueurs en usage. — Il n'en est pas moins réel et mérite d'être pris en considération.

Puisque le vin échoue si rarement, lorsqu'il est bien dirigé dans la tunique vaginale, ne serait-il pas aussi naturel, aussi raisonnable de chercher à écarter le danger par une modification des instrumens, que de demander à la thérapeutique un agent qui ne trompe jamais? — Je l'ai pensé. —

Dans l'opération de l'hydrocèle par cette méthode, le praticien ne peut tout faire, il a besoin d'un aide intelligent et surtout *très attentif*. Il lui confie la canule du troicart, compte sur ses soins pour la maintenir, pendant qu'il agit lui-même avec la seringue.

Si l'aide distrait cesse de pincer solidement le scrotum sur la canule, celle-ci abandonne la tunique séreuse, au moment où le piston est mu avec la force convenable, et le liquide trouvant devant lui un obstacle, la vaginale, il s'infiltre dans les mailles celluleuses de la peau des bourses — ou encore, et c'est le cas le plus fréquent, le malade indocile porte brusquement le bassin en arrière, l'aide surpris ne suit pas assez tôt ce mouvement inconsidéré et le même accident se produit. Ne faudrait-il pas qu'un petit arrêt réveillât l'attention du chirurgien, le prévînt à l'instant même pour que la main accompagnât sans retard le trone dans son déplacement?

Dernièrement, dans les plus grands hôpitaux de Paris, j'ai recueilli des observations de cette nature, et ces exemples, que plus tôt je croyais rares, m'ont conduit à modifier le troicart, à demander à la mécanique un moyen simple qui mît à l'abri d'une complication aussi sérieuse.

La modification que j'ai l'honneur de vous présenter porte sur la canule de l'instrument; comme vous le constaterez, celle du poinçon n'est que secondaire, elle est une conséquence forcée de la première.

Voici en quoi elle consiste: une cloison longitudinale divise la canule en deux loges inégales, dans le rapport de 3 à 1. La plus large est occupée par le troicart dont la tige n'est plus un cylindre complet; la plus étroite par une crémaillère fixée du côté de la coiller à un coulant chargé de la mouvoir et qu'une vis de pression fixe au gré du chirurgien; à l'opposite elle s'engrène avec les dents pratiquées au talon d'une soupape, en forme d'élitre courte, très voisine de l'extrémité terminale de la canule, qu'elle ouvre sans efforts de dedans en dehors. — A la canule enfin appartient en partie un des pans, une des faces de la pyramide triangulaire, qui fait le troicart proprement dit.

Cet instrument dont la forme et le volume sont exactement ceux du troicart à hydrocèle ordinaire, se plonge dans la tumeur comme ce dernier. — On pousse le coulant vers le malade d'une ligne environ, la soupape perpendiculaire touche de sa face externe la séreuse pariétale; on la maintient dans cette position à l'aide de la vis de pression; on retire le poinçon, la sérosité s'écoule; on pousse l'injection et on se conduit comme toujours pour sa sortie; on desserre la vis; on ramène contre soi le coulant et la soupape parfaitement fermée laisse sortir la canule. —

Éloigné ici des hôpitaux auxquels j'appartiens, je ne saurais vous offrir des résultats nombreux; je n'ai employé qu'une seule fois ce troicart modifié.— Il me paraît d'un usage facile.

Je ne me flatte pas d'avoir trouvé ce qui convient le mieux, d'être arrivé du premier coup à la modification la plus heureuse; mais je serai satisfait si je mets sur la voie d'un perfectionnement utile, si trouvant l'idée bonne vous daignez le dire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté, avec quelques légères modifications réclamées par M. Chevallier et M. Fontan.

— M. le président annonce que M. Brachet (de Lyon), membre correspondant, est présent à la séance.

SUR LA SANTÉ DES OUVRIERS EN TABAC.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Mélier.

M. Bricheteau : J'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital Necker un grand nombre d'ouvriers de la manufacture des tabacs, et j'ai pu me convaincre que les maladies pour lesquelles ils entraient à l'hôpital étaient en général étrangères à l'influence du tabac; je crois que les émanations de tabac sont en général peu dangereuses et surtout peu susceptibles de produire des lésions organiques; quelque soin que j'aie apporté à l'examen et à l'interrogatoire de ces malades, je n'ai jamais pu découvrir aucune maladie qui pût être attribuée exclusivement à cette influence. Quelques-uns même disaient avoir été débarrassés depuis leur entrée dans la manufacture de certaines affections auxquelles ils étaient sujets auparavant. Je suis donc fondé à croire qu'il faut distinguer les effets du tabac des effets de l'agglomération, de la chaleur et du régime, auxquels doivent, à plus juste titre, être attribuées les maladies dont ces ouvriers sont atteints. Ne voit-on pas, d'ailleurs, tous les jours la preuve de l'innocuité du tabac chez les fumeurs qui passent une grande partie de leur temps dans les estaminets sans en être incommodes?

Quant à la coloration de la peau, j'y attache moins d'importance que M. le rapporteur; je suis convaincu que des lavages fréquens suffiraient pour la faire disparaître; elle ne diffère en rien, à mon avis, de la coloration dont s'imprègnent tous les ouvriers qui travaillent au milieu d'une atmosphère pulvérulente.

M. Dupuy : On a parlé de l'influence des émanations de tabac sur les végétaux; cette influence ne me paraît pas bien démontrée. Je me rappelle qu'à une certaine époque on avait arrosé des orangers au Jardin des Plantes avec de l'eau contenant en dissolution des sels calcaires; la végétation parut s'arrêter, mais on ne tarda pas à reconnaître que cela provenait de ce que les sels calcaires formaient une croute autour des racines et empêchaient l'absorption de s'effectuer. Il suffit, en effet, d'enlever cette sorte d'enveloppe pour redonner à la végétation toute son activité. Ne se passe-t-il pas quelque chose d'analogue dans les végétaux soumis à l'influence des émanations du tabac? C'est ce que je suis porté à croire.

M. Londe : M. le rapporteur a-t-il des renseignemens sur les pays où n'existe point le monopole de la fabrication du tabac? A-t-il pu s'en procurer sur les manufactures qui existaient en France avant l'établissement du monopole?

M. Mélier : Je commencerai, avant de répondre aux diverses observations qui m'ont été faites, par remercier l'Académie de la bienveillance avec laquelle elle a accueilli le rapport que j'ai eu l'honneur de lui faire. Ces observations ont trait soit à des omissions, soit à des renseignemens, ou à des critiques, je tâcherai de répondre également aux unes et aux autres. J'ai déjà répondu dans la précédente séance à la première question de M. Villermé et à celle de M. Moreau touchant les maladies de la peau. M. Villermé m'a adressé une seconde question, à laquelle il me reste à satisfaire : il m'a demandé quel était le chiffre proportionnel des femmes et des hommes employés dans les manufactures. A Paris, où l'on fabrique plus spécialement les cigarres, travail auquel les femmes sont plus spécialement employées, la proportion des femmes est plus considérable que celle des hommes, elle est de 800 femmes pour 500 hommes : c'est le contraire dans les autres manufactures. Parmi les circonstances qui aggravent les effets du tabac chez les femmes, il y en a une sur laquelle j'ai dû plus particulièrement insister dans le rapport, c'est celle des vêtemens. L'ampleur des vêtemens des femmes laissant une plus grande partie de leur corps exposée à l'influence des émanations du tabac, elles en ressentent en général plus énergiquement les effets; aussi n'avons-nous pas manqué de signaler cette circonstance et de faire sentir l'utilité qu'il y aurait à ce que les ouvrières apportassent quelques modifications dans leur costume.

La question du salaire a dû également être examinée, car c'est, comme personne ne l'ignore, une des circonstances qui influent le plus sur la santé des ouvrières. Or, le salaire est en général assez élevé pour satisfaire à cet égard aux premières conditions de salubrité. Les ouvriers sont payés aux pièces : le prix d'une journée de travail s'élève moyennement à 3 fr., 3 fr. 50 c. pour les hommes, et à 1 fr. 50 c., 1 fr. 75 c. pour les femmes.

M. Gérardin a demandé si l'on avait tenu compte de l'influence que l'introduction des machines a dû exercer sur la santé des ouvriers. Ce point n'a pas été négligé. Les machines ont été mises en usage à Paris d'abord, puis au Hâvre; elles seront prochainement introduites à Lyon. Il reste cinq manufactures dans lesquelles tous les travaux se font encore à la main; c'est effectivement dans ces manufactures qu'on observe les accidens les plus graves; c'est dans celles-là particulièrement qu'on voit en plus grand nombre les cas d'ophthalmie. M. Laugier a demandé si l'on n'avait point observé d'amauroses; nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer un seul cas; le médecin de la manufacture n'en a pas observé non plus.

M. Ségalas a désiré savoir si l'on avait remarqué qu'il y eût des modifications dans la quantité des urines et dans leur qualité. On a observé l'un et l'autre. Le tabac paraît agir à la manière des diurétiques; les urines seraient, à ce qu'il paraît, une des voies par lesquelles se ferait l'élimination des molécules de tabac dont l'économie se trouve imprégnée; en même temps, en effet, que les urines sont plus abondantes, elles paraissent avoir des qualités plus irritantes.

Le fait de la présence de la nicotine dans les eaux de l'amnios chez une femme en couches, dont a parlé M. Villeneuve, a été observé à la clinique d'accouchement de Strasbourg. Ce fait n'est pas sans analogues dans la science. M. Villeneuve sait très bien qu'on a trouvé chez certaines femmes les eaux de l'amnios imprégnées de différens principes médicamenteux. Haller cite le cas d'une femme à laquelle on avait administré du safran pendant sa grossesse; au moment où elle accoucha, on remarqua que le liquide amniotique exhalait une odeur safranée très prononcée. On a également retrouvé du mercure dans les eaux de l'amnios chez des femmes qui avaient fait usage de cette substance avant leur accouchement. Ces faits, je ne les ai point vérifiés par moi-même, mais ils sont depuis longtemps accrédités dans la science, et on les retrouve reproduits dans tous les traités modernes d'accouchement.

Une observation a été faite touchant la coloration spéciale des ouvriers en tabac : on a dit que cette coloration pouvait bien n'être qu'une coloration factice, une sorte de teinture, comme celle des charbonniers, par exemple. Ce phénomène, s'il tenait à une teinture, se produirait dès les premiers jours, et il suffirait d'un simple lavage pour le faire disparaître. Mais les choses se passent tout différemment; il faut un long séjour dans les manufactures pour que cette coloration se produise; on ne la voit survenir ordinairement qu'au bout de deux ans. Cette coloration a un cachet tel que ceux qui l'ont vue une fois ne peuvent plus la méconnaître; elle a quelque chose de la cachexie ou de la chlorose. Sa ressemblance avec la chlorose est si vraie que beaucoup de praticiens qui sont consultés pour cet accident ordonnent les préparations de fer et en obtiennent de bons effets. C'est un état particulier qui n'est pas la chlorose, sans doute, mais qui a avec elle une grande analogie.

La question de l'acclimatement a provoqué quelques observations de la part de MM. Chevallier et Rochoux. L'acclimatement, suivant eux, serait possible pour certaines substances, tandis qu'il n'aurait jamais lieu par rapport à d'autres. La distinction qu'a établie M. Rochoux à cet égard entre les poisons minéraux et les poisons végétaux me paraît juste.

Un reproche grave m'a été adressé par M. Desportes; vous faites, a-t-il dit, un travail d'hygiène et vous ne donnez point de conseils d'hygiène. (M. Mélier répond à ces reproches en énumérant quelques-uns des conseils et des indications hygiéniques que renferme le rapport.)

M. Rochoux a fait une objection sur la phthisie, qui n'est qu'une querelle de mots. J'accorderai, s'il veut, qu'on ne guérit point la maladie, mais au moins guérit-on les malades.

M. Fontan a insisté avec raison sur la nature des gaz qui se dégagent dans les manufactures de tabac. Nous avons dit dans notre rapport que les gaz n'étaient pas bien connus. Quels qu'aient été nos efforts pour arriver à quelques notions précises à cet égard, nous n'avons pu rien apprendre de positif. MM. Gay-Lussac, Frémy, Chevallier, qui se sont occupés de cette question, sont tous d'accord pour dire qu'on ne connaît pas précisément ce qui se passe dans ce genre d'opérations; on sait seulement d'une manière générale qu'il se produit une grande quantité d'ammoniaque et aussi une quantité notable d'acide acétique.

M. Fontan a signalé les bons effets du tabac sur le rhumatisme. Je ne pense pas qu'il faille attribuer ces effets à l'ammoniaque, du moins exclusivement, car lorsqu'on emploie le tabac à titre d'agent thérapeutique contre le rhumatisme, il n'a point été fermenté et ne dégage, par conséquent, que très peu d'ammoniaque. D'ailleurs, je le répète, l'ammoniaque y est en grande quantité, sans doute, mais il n'y est pas seul.

M. Mélier se justifie vis-à-vis de M. Chevallier du reproche d'avoir été sévère envers Parent-Duchatelet: J'honore et je révère, dit-il, autant qui que ce soit la mémoire de Parent-Duchatelet, mais j'ai cru devoir à la vérité de dire que dans cette circonstance il s'était laissé aller à son penchant naturel pour l'exagération.

M. Londe dit que, malgré les améliorations introduites dans la fabrication du tabac, cette fabrication est encore loin d'être sans inconvénient. Mais je n'ai pas dit autre chose tout le long du rapport; je ne vois donc pas la nécessité d'introduire la conclusion qu'il propose.

M. Delens regrette que M. Mélier n'ait pas cru devoir répondre à son objection.

M. Mélier s'accuse de cet oubli et s'empresse de le réparer en déclarant que la commission n'avait pas cru qu'il fût dans l'objet de sa mission de s'occuper de l'usage thérapeutique du tabac. Elle a considéré ces faits comme connus et s'est renfermée dans ce qui concerne l'influence de la manipulation du tabac sur la santé des ouvriers.

M. Gasc présente quelques considérations desquelles il résulterait que les ouvriers travaillant dans des manufactures libres seraient exposés aux mêmes inconvéniens que ceux qui travaillent dans les manufactures de l'état.

M. Gérardin demande l'adjonction d'une nouvelle conclusion faisant allusion à l'état comparatif des manufactures des villes de province et de celle de Paris, qui doit être prise comme modèle; il voudrait que la commission invitât le ministre, au nom de l'Académie, à introduire un système uniforme de fabrication dans toutes les manufactures.

M. Mélier : J'accepte la proposition de M. Gérardin.

M. le Président, sur la demande d'un grand nombre de membres, met aux voix les conclusions du rapport. Elles sont adoptées à une grande majorité.

Il se dispose à mettre aux voix la sixième conclusion, proposée par M. Girardin.

M. Adelon s'élève contre : le ministre, dit-il, est suffisamment averti par le contenu du rapport, il fera de lui-même les applications qu'il jugera convenables; il n'est ni utile, ni convenable de lui en faire la demande. Je propose l'ordre du jour. (Appuyé.)

M. Londe s'oppose avec force à l'ordre du jour. Dans ce moment même, dit-il, où, grâce à l'influence des réclamations énergiques de Chervin et de M. Aubert-Roche le ministre fait subir des modifications importantes aux quarantaines, vous vous refuseriez à éclairer sur une question d'hygiène qui intéresse une classe nombreuse d'ouvriers! cela est incroyable.

M. Nacquart dit quelques mots contre la proposition de M. Gerardin et appuie l'ordre du jour.

L'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

DÉTERMINER SI L'ON PEUT TENTER LA CURE DE L'ANÉVRISME DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE AVEC QUELQUES CHANCES DE SUCCÈS. LA LIGATURE DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE EST-ELLE PRATICABLE? — Thèse soutenue le 31 décembre 1844, à la Faculté de médecine de Paris, par M. P.-E.-V. Guettet.

Cette thèse inaugurale, rédigée avec un soin particulier, porte, comme on le voit par son titre, sur deux questions distinctes. Notre but étant seulement ici de faire connaître à nos lecteurs ce qu'elle contient d'intéressant et surtout d'original, nous nous bornerons à reproduire les principes du traitement, soit médical, soit chirurgical de l'anévrisme brachio-céphalique, tels que l'auteur s'est efforcé de les fixer d'après des recherches qui lui sont propres.

1° Traitement médical. La méthode dite de Valsalva est bien généralement aujourd'hui reconnue être la seule qui donne quelque espoir de guérison pour les anévrismes internes qui échappent à l'action de la médecine opératoire. Cependant, à cause du régime sévère qu'elle impose, à cause peut-être des revers qui ont souvent eu lieu malgré son application, cette méthode est à peu près délaissée par la plupart des chirurgiens. M. Guettet s'est proposé de la remettre en honneur. Il commence à cet effet par citer les cas dans lesquels elle s'est montrée réellement efficace pour suspendre ou ralentir le progrès de tumeurs anévrismales développées sur les gros troncs voisins du cœur. Puis, après avoir exposé les règles de ce mode de traitement, avec les modifications et perfectionnemens que lui ont successivement fait subir Morgagni, Guérin (de Bordeaux), Carret (de Lyon), Pelletan, il émet ses vues personnelles sur ce sujet. Tout individu, fait-il observer avec justesse, n'est pas apte, et tous ne sont pas également aptes à supporter ce traitement avec chances de succès. Un homme sanguin, dans la force de l'âge, habitué à une réparation suffisante, désirant d'ailleurs guérir et voulant sérieusement faire ce qu'il faut pour cela, sera, bien entendu, dans des conditions tout autrement favorables à l'heureuse application de la méthode, que le vieillard affaibli, à susceptibilité nerveuse surexcitée, à résolution vacillante, frappé d'une diathèse anévrismale générale.

Le pronostic étant établi d'après ces données, il est, dans l'exécution du système de Valsalva, quelques points sur lesquels M. Guettet demande à juste titre que l'on insiste spécialement. Le repos, par exemple, ne doit pas seulement s'entendre du séjour au lit; ce sera, autant que possible, l'immobilité. Tout mouvement brusque, tout exercice, même une marche de quelques pas, sont interdits au malade. Il ne doit pas se lever lui-même pour laisser faire son lit; il faut qu'on le transporte avec précaution d'un lit à un autre ou sur une chaise longue. Ces soins ne se bornent pas au temps du traitement proprement encore dit. Sous peine d'une rechute imminente, il faut qu'ils accompagnent encore la convalescence tout entière. L'observation de Carret est un bel exemple de la surveillance nécessaire à exercer en pareil cas. On le voit faire porter son malade d'abord sur une chaise, assister aux premiers pas qu'il lui permet, les compter, pour ainsi dire, ne les autoriser que devant soi, suivre des yeux ou accompagner le tour de promenade qu'il fait au jardin, ne le laisser seul dans ce jardin qu'au bout de trois mois de traitement, et deux mois et demi au moins après la disparition des symptômes physiques de la maladie, attendre enfin six mois avant de lui permettre d'aller dans la rue. Tant de vigilance d'un côté, tant de docilité de l'autre méritaient bien, on est heureux d'avoir à le dire, le succès obtenu.

Le silence est aussi une sorte de repos qui doit ici trouver sa place, et dont l'observation sera particulièrement de rigueur. On comprend parfaitement que le trémoussement produit par la phonation puisse empêcher la formation et la consolidation des caillots dans les parties anévrismatiques qui touchent de si près au larynx.

C'est principalement sur les modifications qu'il convient d'apporter selon certaines circonstances à l'application des règles de Valsalva que les indications posées par M. Guettet nous ont semblé empreintes d'un esprit sagace et pratique. Ainsi, tandis que l'anévrisme confirmé exige les saignées réitérées, le repos absolu, la réduction considérable de la quantité d'alimens, etc., il suffit parfois d'une seule saignée faite à propos pour arrêter la marche du mal quand on a à traiter un anévrisme au premier degré. — La constitution et le tempérament du sujet commandent aussi au médecin la plus grande réserve. Une constitution faible naturellement ou affaiblie par les maladies, les privations, ou à la suite d'un traitement précédent, un tempérament lymphatique, contr'indiquent le trop d'exactitude et de sévérité dans l'application du traitement; il faudra dans ces cas-là insister très peu sur les émissions sanguines, les faire rares et peu copieuses. Les astringens à l'intérieur conviendront surtout. Pour les sujets nerveux, le premier gage de succès est de savoir gagner leur entière confiance et de s'emparer de leur moral. Sans cela tous les sédatifs de l'officine seront sans résultat. Plus de rigueur dans le régime intellectuel et moral que la diète matérielle, les sédatifs proprement dits et les antispasmodiques, le repos absolu, les bains, si on peut les prendre sans refroidissement, le silence, la campagne, voilà pour cette classe de malades les agens à employer de préférence. — D'après les causes, on aura souvent aussi à changer le plan curatif. Evidemment, on ne traiterait pas de la même manière celui qui, jouissant de tous les attributs d'une santé intacte, a senti un anévrisme des gros vaisseaux se développer au milieu d'une rixe violente, à la suite d'une forte percussion sur le sternum et celui qui l'aurait vu apparaître au milieu du cortége des syphilides, des exostoses et autres signes d'une vérole confirmée. — Les complications de maladies des organes voisins, l'anévrisme du cœur, les tubercules pulmonaires contr'indiqueraient encore le régime rigoureux tel que l'avait proposé Valsalva. — Il en serait de même de cet état général consistant en un défaut de plasticité du sang, et caractérisé par la difficulté avec laquelle les plaies extérieures, les coupures accidentelles se cicatrisent. — Mais la contr'indication la plus flagrante est la pusillanimité ou la défiance des malades. Une vieille femme de la Salpêtrière a offert à M. Guettet un frappant exemple de cette fâcheuse disposition morale. Affectée d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique, elle a opiniâtrément refusé de se soumettre au traitement de Valsalva. « Plus de dix mille médecins, dit-elle, ont mis l'oreille sur ma poitrine pour savoir ce que ma maladie *raconte*, mais aucun ne portera les yeux dans l'intérieur de mon corps avant que Dieu ne l'ordonne. » Elle est convaincue évidemment que Dieu l'ordonnerait plutôt en suivant le traitement qu'avec la conduite opposée. Il faut donc, règle générale, avant de commencer ce système curatif, avoir obtenu l'assentiment du malade. Cependant il est des cas où proposé d'emblée un serait presque sûr de se voir rejeté. Souvent le médecin ne gagne que peu à peu la confiance; les premiers effets des moyens em-

ployés peuvent aussi être assez favorables pour encourager le patient d'abord rebelle à permettre leur continuation. Le médecin devra démêler ces différences; c'est à son tact de discerner les circonstances où il faut, comme on le dit, brusquer la déclaration, et ceux où il aura au contraire tout à gagner à n'exposer ses projets qu'au fur et à mesure, et à laisser ainsi les premiers succès plaider pour obtenir de nouveaux sacrifices.

2° Traitement chirurgical. Pour bien comprendre les vues nouvelles que l'auteur émet sur ce point, comme pour pouvoir juger de leur valeur, il est nécessaire de faire d'abord connaître quelques observations d'anatomie et de physiologie sur lesquelles ces vues sont en grande partie basées. La proposition que M. Guettet s'efforce surtout de démontrer c'est que *dans le tronc brachio-céphalique l'ondée sanguine est beaucoup plus forte que dans tous les autres du système sus-aortique*. Les preuves qu'il invoque à l'appui sont nombreuses et de plusieurs ordres. D'abord, telle est la largeur, tel est le peu de courbure de l'aorte depuis son origine jusqu'au point où l'inominée s'en détache qu'un tube *droit* de 6 millimètres de diamètre étant introduit dans l'aorte par une de ses extrémités, il irait par l'autre s'engager tout droit dans l'orifice du tronc brachio-céphalique. Plusieurs fois, sur le cadavre, M. Guettet a pu faire parvenir un tuyau de chanme directement et sans tirailler les vaisseaux depuis le milieu du tronc brachio-céphalique jusqu'aux valvules sygmoïdes. Deux fois il l'a fait pénétrer ainsi jusqu'au fond du ventricule gauche. D'après cette expérience, il est incontestable que parmi les molécules liquides lancées du cœur dans l'inominée, il en est plusieurs qui sont projetées dans ce vaisseau directement, en ligne droite et sans avoir subi de perte de force par les frottemens pariétaux. C'est cette portion du liquide qui, dans les tubes de conduite, a reçu en hydraulique le nom de *fil de l'eau, filet de plus grande vitesse*.

Une autre condition d'augmentation de vitesse dans ce vaisseau est la suivante. On sait, en hydraulique, que dans toutes les parties d'un même courant, les vitesses sont en raison inverse des sections. Si donc les diamètres réunis de la carotide droite et de la sous-clavière droite surpassent celui de l'inominée, le courant sanguin aura évidemment plus de vitesse dans le tronc commun, plus étroit, que dans les deux branches, plus larges à elles deux, de la bifurcation; or, c'est la disposition qui existe en effet; la disproportion est même très considérable. Sur un sujet, M. Guettet a trouvé pour aire de section de l'inominée 74,64 millimètres carrés, pour celle de la sous-clavière droite 60,03, et pour celle de la carotide du même côté 35,07. En additionnant ces deux derniers chiffres, la capacité du tuyau de conduite dans les subdivisions serait représentée par 95,10 et celle du tronc commun par 74,64; ce qui donne évidemment à l'ondée sanguine une vitesse bien plus grande au niveau de l'inominée qu'au delà de ce vaisseau. — Enfin non seulement cette différence existe entre le calibre du toyau et celui de ses divisions, mais on trouve encore un excès considérable de largeur des carotide et sous-clavière droites sur les mêmes vaisseaux du côté gauche. Chez le même sujet où la somme des aires de section des deux premières artères égalait, comme nous l'avons dit, 95,10, celle de la sous-clavière et de la carotide gauche réunies n'atteignait que 57,87. Nouvel élément d'afflux prédominant du sang dans le système artériel brachio-céphalique.

On pressent la conclusion à tirer de ces données physiologiques; elle n'est du reste autre chose que ce que faisait prévoir la pathologie. C'est la grande fréquence des anévrismes de l'inominée. Ce point est évidemment, après la crosse aortique, le plus exposé à céder sous l'impulsion de la colonne sanguine qui y est lancée directement. L'on conçoit, en second lieu, que selon le degré d'obliquité de ce vaisseau par rapport à l'aorte, l'ondée sanguine qui y est projetée par la contraction ventriculaire ira frapper près de l'origine, à la partie moyenne, ou à l'extrémité du tronc brachio-céphalique et produira par conséquent une dilatation anévrismale dans l'un ou dans l'autre de ces trois points. L'observation clinique confirme en effet ces aperçus sur le siége différent que peut affecter la maladie.

Nous voici maintenant arrivés au traitement chirurgical proprement dit. M. Guettet ne faisant, à propos de la méthode d'Anel, que répéter la proscription aujourd'hui généralement reçue contre la ligature du tronc brachio-céphalique, c'est principalement dans ses remarques sur la méthode de Brasdor que nous allons le suivre, parce que c'est là que la doctrine soutenue par lui inspire le plus d'intérêt et mérite le plus sérieux examen. La plupart des chirurgiens s'accordent à penser que lorsqu'on lie à la manière de Brasdor une artère au-dessus de la tumeur anévrismale, il est plus sûr, quand cela est possible, de placer la ligature de manière à ne laisser aucune branche entre elle et le sac. Si quelques uns hésitent à appliquer ces principes, quand il s'agit des anévrismes de l'inominée, ce n'est pas qu'ils les croient moins justiciables théoriquement là qu'en tout autre point du système artériel; mais le plus souvent la gravité de l'opération, qui consisterait à lier les deux branches simultanément, et le danger d'une suspension aussi brusque de la circulation dans la sous-clavière et dans la carotide droite, arrêtent leur main et les empêchent d'appliquer rigoureusement la méthode qui leur paraît cependant la plus rationnelle. M. Guettet vient aujourd'hui établir au contraire que cette conduite est *en principe* la meilleure, que la ligature d'une seule des deux branches est plus efficace, donne plus de chances de guérison que l'oblitération simultanée ou successive de toutes les deux. Voyons comment il s'y prend pour justifier cette doctrine qui tend à rien moins qu'à faire une révolution dans la thérapeutique des anévrismes telle qu'on l'entend et qu'on l'applique partout aujourd'hui. Supposons, dit M. Guettet, l'orifice inférieur aortique de l'inominée dilaté par un anévrisme, de manière à admettre beaucoup plus de sang que l'orifice supérieur n'en peut débiter; alors cette artère sera une sorte d'entonnoir ou bouche béante dont les parois partageront la pression et les distensions qu'éprouvent les parois de l'aorte et seront d'autre part plus exposées que tout autre point à l'action de l'ondée sanguine venant du cœur. Vu l'étroitesse relative à l'orifice de sortie, la colonne liquide emploiera donc la plus grande quantité de sa force de projection en chocs décomposés contre les parois de cet infundibulum. Bref, le tronc inominé, au lieu de former l'orifice de conduite et d'être le commencement du système circulatoire brachio-céphalique, ne sera plus qu'une dépendance, qu'une sorte d'anévrisme infundibuliforme de l'aorte, subissant la même pression, les mêmes chocs que ce vaisseau et avec plus de désavantage encore que lui, à cause de la minceur relative de ses parois. Telles sont les conditions fâcheuses qui se rencontrent dans l'anévrisme de l'entrée de l'inominée; et l'on conçoit facilement qu'elles seraient encore exagérées par la ligature des deux branches. Le tronc brachio-céphalique étant par cette opération converti en impasse, la colonne sanguine qui, comme nous le savons, y est lancée directement par la systole ventriculaire, irait alors frapper comme un coup de bélier hydraulique le fond sans issue de l'artère, distendre sa cavité et emporter le coagulum à peine formé.

Supposons maintenant un autre cas. Une seule des deux branches a été liée, de sorte que l'orifice de sortie est rétréci. Quant à l'orifice d'entrée, on doit aussi maintenant le supposer rétréci; car la dilatation anévrismale de l'inominée à sa naissance étant une contr'indication formelle à toute opération, les considérations actuelles ne s'appliquent qu'aux cas où l'anévrisme n'aurait pas cette partie du vaisseau pour siége. Ces conditions posées, le sang trouvant entre les deux orifices rétrécis une dilatation de la partie moyenne du vaisseau y stagnera naturellement et s'y déposera en caillots destinés à devenir les agens de la guérison.

« Un soin donc (M. Guettet résume ainsi sa formule) qu'il ne faut pas perdre dans la pratique du principe de Wardrop, lorsqu'il s'agira d'un anévrisme de l'inominée, c'est qu'en désemplissant ce tronc, il faut s'y prendre de manière à le conserver *tête de la conduite* du courant brachio-céphalique, au lieu de le comprendre dans la conduite du courant aortique, » en d'autres termes, lier une seule des branches au lieu de les lier toutes les deux.

Pour prouver expérimentalement la justesse de ces préceptes, l'auteur passe en revue les observations publiées d'anévrismes inominés traités selon la méthode de Brasdor. D'après l'interprétation qu'il en donne, la ligature de la carotide seule offrirait les chances les plus fortes de succès. La ligature de la sous-clavière n'est pas aussi avantageuse. Quant à la ligature des deux branches faite successivement ou simultanément, il la rejette et cherche même à établir en analysant les deux cas connus de ligature successive (ceux de Fearn et de Wickham), que la seconde ligature loin d'être utile a hâté la mort. Cette fâcheuse influence, il faut le reconnaître, confirmerait en effet les prévisions théoriques de l'auteur. Mais la chose a-t-elle eu réellement lieu? L'aggravation des symptômes s'est-elle manifestée de la manière *et à l'époque* qu'il l'annonce ici? C'est ce que nous verrons dans un instant en reprenant maintenant l'examen de cette doctrine et discutant ses principes et ses preuves.

Il faut bien le dire tout d'abord, et plus d'un lecteur sans doute n'aura pas attendu jusqu'ici pour le remarquer, les raisons alléguées par l'auteur contre la ligature des deux branches n'ont rien de réellement neuf. Malgré l'appui que semblent leur prêter sous sa plume la précision du langage et l'emploi de formules empruntées à l'hydrodynamique, ce sont au fond les mêmes argumens que ceux à l'aide desquels Wardrop et Dupuytren ont essayé d'établir l'un qu'on peut, l'autre qu'on doit, en liant une artère au-dessus de l'anévrisme, laisser une branche entre la ligature et le sac; c'est toujours la crainte mise en avant que, en agissant autrement, l'interception brusque et complète du cours du sang dans l'artère anévrismatique n'augmente l'effort de ce liquide contre les parois de l'anévrisme et n'accélère ainsi son développement et sa rupture. Cette appréhension n'est pas, il est vrai, sans quelques motifs spécieux; certes, elle

pouvait paraître fondée autrefois; nous concevons même qu'elle eût pu arrêter les chirurgiens qui les premiers eurent à essayer la méthode dans ces conditions. Mais l'expérience, qui a si heureusement fait justice de cette objection théorique, suffit encore pour la renverser toutes les fois qu'on tentera de la reproduire et nous dispense ici d'une réfutation directe. On doit l'avouer: plus qu'aucune autre partie du système artériel, le tronc brachio-céphalique est conformé de manière à justifier la crainte de le voir se rompre sous l'influence des chocs de l'ondée sanguine, une fois que ses deux orifices de décharge auront été fermés. Mais si cette disposition anatomique spéciale (dont l'auteur du reste a très judicieusement signalé les conséquences physiologiques) rend les anévrismes plus fréquens là que partout ailleurs, elle ne fait pas, elle ne peut pas faire que les principes adoptés pour le traitement des autres anévrismes doivent ici être abandonnés, être remplacés par des principes diamétralement opposés.

Ce qui nous paraît avoir surtout contribué à causer l'erreur de M. Guettet, c'est la préoccupation qui semble lui avoir souvent fait subordonner dans ses explications les phénomènes de la circulation chez l'homme aux règles d'hydraulique. A chaque instant, il parle de tuyaux de conduite, du choc de la colonne liquide, etc. Nous n'avons rien à dire contre ces expressions en elles-mêmes; elles offrent à l'esprit l'idée d'une comparaison juste sous beaucoup de rapports, et aident à l'intelligence des actes de la physique vivante. Mais à force de les employer, on risque de s'illusionner sur leur valeur véritable, de prendre pour la réalité ce qui n'est jamais qu'une peinture infidèle du jeu de l'organisme. C'est ainsi qu'à notre auteur qui s'effraie des effets de la percussion incessante exercée par le sang sur les parois de l'inominée, on serait presque en droit de demander s'il s'est suffisamment rappelé que le sang est un liquide coagulable, que lorsqu'une issue lui est fermée, loin d'aller sans cesse battre contre l'obstacle il forme au devant de celui-ci un caillot protecteur et qu'enfin, à moins de circonstances toutes particulières et pathologiques, l'oblitération définitive du vaisseau est le résultat régulier de ce travail.

Il nous reste maintenant à voir si les faits cliniques publiés, jusqu'à ce jour appuient ou infirment le système de traitement que propose M. Guettet. En examinant ces faits dans l'ordre où il les a exposés lui-même, nous trouvons d'abord le cas d'Evans qu'il cite comme exemple unique de guérison confirmée. La carotide ayant été seule liée dans cette observation, M. Guettet ne manque pas d'invoquer en faveur de sa doctrine le succès obtenu. C'est là, dit-il, *un type d'indication, un modèle d'exécution*. Mais en y regardant d'un peu près, on voit la preuve se tourner d'elle-même contre le système à l'appui duquel on l'appelle. Car la sous-clavière droite s'étant chez ce malade oblitérée naturellement le huitième jour de l'opération, la tumeur anévrismale se trouva évidemment ainsi placée dans des conditions tout-à-fait identiques à celles qu'eût amenée la ligature des deux branches. — M. Guettet prévoyant que l'objection serait faite, cherche à y répondre en disant que ces sortes d'opérations faites par la nature ne ressemblent point aux nôtres, que nous agissons brusquement là où elle procède avec lenteur et continuité d'action, qu'ainsi, chez le malade dont il s'agit, la nature a mis trois semaines à achever cette oblitération afin de préparer à la circulation du membre des voies anastomotiques. Nous le disons avec surprise, l'auteur nous paraît ici entièrement en dehors de la question. Si nous avons bien compris son but, ce qu'il a voulu prouver dans sa thèse, ce n'est pas que la ligature des deux branches met en péril la circulation des parties alimentées par celles-ci, c'est que cette double oblitération sert plutôt à favoriser qu'à arrêter les progrès de l'anévrisme. Ce n'est point son danger en tant qu'opération qu'il a prétendu établir, c'est son irrationnalité comme méthode curative. Qu'importe donc à sa cause le plus ou moins de risques courus chez ce malade pour la circulation du bras? Ce qui l'intéresse et ce qui nous intéresse aussi, c'est seulement de savoir de quelle conséquence cette double oblitération, naturelle ou artificielle, innocente ou dangereuse pour la nutrition du bras, a été suivie relativement à l'anévrisme? Or, cette conséquence n'ayant pas été l'aggravation du mal, comme M. Guettet le présageait, mais au contraire la guérison, nous ne voyons pas en vertu de quels motifs il voudrait nous empêcher de considérer cet exemple comme très encourageant à appliquer avec préméditation sur le vivant le plan de traitement qui a réussi spontanément ici, savoir la ligature de l'une et de l'autre branche de l'inominée.

Nous ne dirons rien des autres cas d'anévrisme traités en liant la carotide. Comme l'auteur, nous sommes d'avis que, chez les malades auxquels ils se rapportent, l'affection était au-dessus des ressources de la chirurgie.

M. Guettet, passant en second lieu à un ordre d'argumens tout opposé, examine les deux observations où la carotide et la sous-clavière droites ont été successivement liées pour des anévrismes du tronc brachio-céphalique. Bien entendu, il trouve dans les résultats de quoi condamner ce système d'opérations. Ici encore nous avons le regret de trouver sa critique plus habile que juste. Il est incontestable que les deux malades opérés de cette manière ont succombé. Mais pour que cette mort servît en quelque chose à confirmer la doctrine de l'auteur, il faudrait qu'elle eût été causée par la seconde ligature, car celle-là seule, on le comprend aisément, réalise les conditions hydrauliques qui, selon lui, sont si défavorables. Or, en a-t-il été ainsi? M. Guettet prétend l'établir, et pour cela faire, il groupe à son point de vue les circonstances de ces deux observations. Ainsi, dit-il, l'une des malades (celle de Fearn) après la ligature de la carotide, jouit pendant deux ans d'une santé tantôt bonne, tantôt passable. On lie la sous-clavière; elle meurt au bout de quatre mois. — M. Guettet nous permettra d'ajouter d'abord que la malade mourut de pleurésie, puisque, d'après l'examen du cadavre, Fearn affirme que *le sac primitif était réellement oblitéré par un caillot solide, qu'il n'y avait plus aucun danger de rupture*. (V. Gaz. Méd. 1839, p. 253). Quant au second cas (celui de Wickham) M. Guettet s'exprime ainsi: « Après la ligature de la carotide, le malade commet des imprudences, sort de l'hôpital au bout de quinze jours. Il mène une vie irrégulière pendant deux mois. Alors la sous-clavière est liée, alors surviennent d'effroyables palpitations et des hémorrhagies mortelles. » — Le rapport entre cette dernière ligature et la mort est sans contredit fort adroitement insinué. Mais la vérité est qu'après la seconde opération, faite malgré un état aussi grave, il y eut *subitement une diminution dans le volume de la tumeur et dans la force des battemens. Cette amélioration persista pendant quatre jours*. (V. Gaz. Méd. 1841, p. 365.)

Ces rectifications étaient indispensables. Peu de personnes, après les avoir lues, inclineront, je pense, à regarder la seconde opération comme ayant exercé sur la marche de l'anévrisme une influence aussi pernicieuse que la théorie défendue par M. Guettet a intérêt à le faire supposer.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 24 avril 1845, M. Donné, docteur en médecine, a été nommé inspecteur général des écoles de médecine, emploi qui vient d'être créé par ordonnance royale, à la suite d'un rapport au roi.

— Sur la présentation de M. le ministre de l'instruction publique, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur:

MM. les docteurs Amussat, Fabre, H. Larrey, Mateucci, Ehrmann, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, Tanquerel des Planches, Cerise, Vernois, Descuret, Denonvilliers, Dizé, Becquerel, Roger (H.), Sénac, directeur de l'école préparatoire de médecine de Lyon, Robert, Sestier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ancien chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, etc.

Sur la présentation de M. le ministre du commerce:

MM. les docteurs Fiard, pour ses travaux sur la vaccine; Lemaistre-Florian, médecin de l'octroi; Levacher, auteur de très bons ouvrages sur les maladies des pays chauds.

Sur la présentation de M. le ministre de la guerre:

M. le docteur Lacauchie.

— MM. Adelon, Caventou et Lordat, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, ont été nommés officiers de la Légion-d'honneur.

— M. Amette, secrétaire-caissier de la Faculté de médecine de Paris, est nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Maladies des professions insalubres; par M. Blandet, médecin du bureau de bienfaisance du huitième arrondissement. Brochure in-8°. 1845.

Paris, imprimerie de Paul Dupont et Ce, rue de Grenelle St-Honoré, 55.

— Éducation des enfans arriérés, 1 vol., par Ed. Seguin, chargé le premier par le ministre de l'intérieur d'appliquer sa méthode aux idiots des hospices civils de Paris. Rapport de l'Académie des siences. 6, rue St-Lazare. Leçons, pension.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

Typographie et lithographie de Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LE SYSTÈME NERVEUX SPLANCHNIQUE; premier mémoire, lu à l'Académie des sciences, séance du 7 avril 1845; par M. J.-M. Bourgery.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

2° Chaîne carotidienne du grand sympathique.

Le plexus nerveux carotidien, le seul connu jusqu'à ce jour, est beaucoup plus complexe et offre aussi, par ce que j'ai à en dire, bien plus d'intérêt, en raison de ses nombreux rapports avec tous les organes bien connus de l'appareil nerveux céphalique.

Je ne fais que mentionner, devant y revenir ailleurs, le *cordon cervical* destiné à fournir quelques nerfs organiques et à former une double série d'anastomoses avec les systèmes nerveux central et périphérique. J'élague également, comme étant bien connue, la portion du *rameau* ou plutôt du *plexus carotidien*, entre son origine au ganglion cervical supérieur et son entrée dans le canal de l'os temporal. Seulement, et parce que j'aurai à y revenir pour l'appréciation d'ensemble, je constate, dans ce trajet, les anastomoses avec le pneumo-gastrique, l'hypoglosse, le glosso-pharyngien dans le plexus pharyngien, et j'y ajoute le spinal dont la branche interne se joint par un filet au rameau carotidien du pneumo-gastrique et communique elle-même en bas, par un autre filet, avec le petit plexus octuple que forment en commun les deux premières paires cervicales, le pneumo-gastrique, l'hypoglosse, le ganglion cervical supérieur et même souvent deux filets ascendans du phrénique et de l'anse de l'hypoglosse.

L'objet que je me propose essentiellement est de faire connaître le mode de terminaison céphalique de la chaîne du grand sympathique, à partir du canal inflexe de l'os temporal. J'accompagne cette description d'un dessin grossi à trois diamètres fait d'après dix préparations doubles sur autant de têtes humaines.

En regard de la première courbure du canal temporal sur la face externe et inférieure de l'artère carotide interne, sont situés deux petits ganglions entrevus, mais non décrits par quelques anatomistes, et auxquels se rendent les divisions du rameau carotidien du ganglion cervical supérieur, mêlées avec les filets d'anastomoses dont nous avons parlé. C'est à partir de ces ganglions que commence la description nouvelle que je soumets à l'Académie.

Feuilleton.

LE MÉDECIN APPELÉ A LA SUITE D'UN DUEL PEUT-IL ET DOIT-IL SE PRÊTER AUX INFORMATIONS JUDICIAIRES?

Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), janvier 1845.

Monsieur le rédacteur (1),

Toutes les fois que la dignité et l'indépendance de leur profession ont été mises en question, les médecins ont trouvé dans la Gazette Médicale un défenseur aussi zélé qu'intelligent. Toujours prêt à maintenir nos prérogatives, votre journal a été particulièrement utile aux médecins des départemens, que leur isolement livrait, sans défense, à l'arbitraire du parquet.

Dans une position plus difficile encore, éloignés de la Métropole, privés des moyens de résistance que la publicité offre ailleurs aux faibles et aux opprimés, les médecins de la Guadeloupe viennent avec confiance réclamer votre appui et vous prier d'associer vos efforts aux leurs, dans une lutte où il s'agit de sauvegarder tout à la fois les droits des particuliers et les intérêts du corps médical tout entier.

Les pièces que nous vous adressons vous apprendront, Monsieur le rédacteur, que l'un de nous vient d'encourir une condamnation pécuniaire pour avoir respecté la foi du secret devant M. le juge d'instruction du tribunal de première instance à la Pointe-à-Pitre. Vous verrez comment est interprété l'art. 378 du Code, et si, en cédant à de pareilles prétentions, ce ne serait point abdiquer tout sentiment de dignité et renoncer à la considération qui nous est due.

Le pourvoi en cassation est déjà formé. Abonnés pour la plupart à la Gazette Médicale, nous espérons que vous voudrez bien nous venir en aide en donnant à notre démarche toute la publicité que vous croirez nécessaire, et en nous prêtant le concours de vos lumières et de votre expérience, ainsi que l'autorité de votre estimable feuille, pour combattre une doctrine qui ne tend à rien moins qu'à enlever au médecin la noblesse et l'indépendance de son caractère, et à la société une de ses plus précieuses garanties.

Agréez, etc.

Les médecins de la Guadeloupe :

F. Lherminier, D. M. P.; A. St-Pair, D. M.; P. Granger, D. M. P.; Gustave de Paque, D. M. P.; J. Desbonne, D. M.; Cicéron, D. M.; D. de Lauréal, D. M. P.; J. de Scère, D. M.; Bittle; P. Duchassaing, D. M. P.; J. Cabres, D. M. P.; A. Arnoux, D. M.; Cornuel, D. M. P.; Vannules; Gonnetz, D. M. P.; Daubine; et autres dont les signatures ne sont pas assez lisibles.

(1) Cette lettre ne nous est parvenue du Hâvre qu'aujourd'hui 9 mai. Le fait principal a déjà été publié dans un autre journal, et a donné lieu à une discussion sur la question qu'il soulève. (N. du R.)

Le premier ganglion externe, fusiforme, d'un gris rougeâtre, long de 4 à 5 millim. sur 1 millim. de largeur, dégage en haut deux grands rameaux, l'un externe et l'autre inférieur, larges tous les deux d'un demi-millim. Le rameau externe monte sur la face correspondante de l'artère, lui fournit de nombreux filets plexiformes, reçoit dans son trajet le filet tympanique du glosso-pharygien et un autre filet plus fort du petit nerf pétreux superficiel, qui établit sa communication avec les nerfs facial et acoustique; puis, sortant du canal temporal, il s'épanouit en trois rameaux rayonnés qui adhèrent au nerf moteur oculaire externe, où nous le laisserons provisoirement. Le rameau inférieur suit d'abord l'autre parallèlement à distance, reçoit les filets du ganglion inférieur, puis contourne la face interne de l'artère pour reparaître à sa face supérieure où il se divise aussi en rayonnant pour adhérer au nerf de la sixième paire, en arrière et en dehors du rameau précédent.

Le ganglion inférieur, plat, membraneux, d'un aspect nacré, plus long que le précédent, envoie huit à dix filets au grand rameau inférieur et dégage plusieurs filets ascendans qui s'enfoncent dans la dure-mère où nous les retrouverons de chaque côté de la lame quadrilatère du sphénoïde.

Nous voici arrivés à ce que l'on nomme le plexus caverneux. C'est là qu'il s'agit de déterminer en quoi consiste l'extrémité cérébrale du grand sympathique et quels sont en réalité ses rapports avec les nerfs céphaliques.

Si l'on consulte les auteurs, les anastomoses des différens nerfs céphaliques s'y trouvent çà et là, signalées séparément par divers anatomistes, mais de la manière la plus vague: pour le moteur oculaire commun (troisième paire), par Laumonnier, Munniks et Bock; pour le pathétique (quatrième paire), par Langenbeck, Bidder et M. Valentin; pour le trijumeau (cinquième paire), par tous les anatomistes depuis Willis, Vieussens et Ridley. Enfin la connexion du grand sympathique avec le moteur oculaire externe, la plus évidente, est la plus anciennement connue, puisqu'elle remonte à Achillini et Eustachi. Il me paraît même probable que c'est en confondant l'adhérence, appuyée de l'anastomose, des deux nerfs avec leur jonction mutuelle, que jusqu'à ces derniers temps l'on a fait commencer le grand sympathique à la sixième paire. Enfin, depuis Pourfour du Petit (1710), qui a vu des filamens nerveux se rendre à la glande pituitaire, la même observation a été répétée par plusieurs anatomistes, soit qu'ils y attachent ou non une signification physiologique. Déjà Fontana (1792) admet la possibilité d'un rapport entre le nerf intercostal et la glande pituitaire. Gall (1808), qui a vu dans ce corps des filamens nerveux, en fait positivement un *ganglion nerveux céphalique*. Cette opinion est suivie par Carus qui voit dans l'hypophyse cérébrale le ganglion terminal du grand sympathique. Boch (1817), Hirzel, Hip. Cloquet ont signalé un filet nerveux du plexus carotidien qui se rend à la glande pituitaire et M. Breschet en a vu deux. M. Arnold n'a pu trouver de filets pituitaires, mais de même que Boch il en a vu un se rendre à l'infundibulum. M. Thierry, dans sa thèse inaugurale (1), affirme avoir observé constamment des communications entre le ganglion cervical supérieur et la glande pituitaire. Puis, par une prévision remarquable, comparant ce corps avec les ganglions intervertébraux, il se demande si l'on ne pourrait pas y trouver le moyen de relation de la totalité du grand sympathique avec la masse encéphalique.

(1) PROPOSITIONS SUR QUELQUES POINTS, etc. Paris, 6 août 1828; proposition 11.

Mais de tous les anatomistes qui se sont occupés de cette partie du système nerveux, c'est M. Bazin qui a observé le plus grand nombre de faits (1). Suivant M. Bazin, de la glande pituitaire, qu'il nomme avec Gall le ganglion céphalique, naissent, par ses deux faces antérieure et postérieure, des filets qui se séparent pour embrasser l'artère carotide. Dans le trajet qu'il adopte, ces filets forment sur l'artère un plexus de nerfs gris dont fait partie un ganglion carotidien, et il signale un autre plexus auquel concourent la troisième paire, la sixième et la branche ophthalmique de la cinquième paire sur laquelle se distingue un ganglion. Ces détails ne sont qu'indiqués par l'auteur; mais ils prouvent du moins qu'il a bien vu ces nerfs quoiqu'il ne les ait étudiés qu'à la loupe. M. Bazin ajoute qu'il a constaté chez l'aigle une disposition des nerfs mous du plexus caverneux et du ganglion céphalique analogue à celle des mammifères.

En réunissant toutes ces données sur la terminaison céphalique du grand sympathique, il semble que la science, à cet égard, fût déjà très avancée; cependant il n'en est rien. Toutes ces assertions demeurent isolées, chacun des auteurs, différens d'époque et de lieu, ne portant témoignage que sur un nerf ou sur un point; si bien que, de ces divers élémens, épars et demeurés hypothétiques, il ne reste aucun détail précis et complet en lui-même, bien loin que, de leur réunion, l'on ait pu former un ensemble continu et nettement coordonné. J'espère que la suite de notre description va combler cette lacune.

D'après les résultats de mes recherches, l'extrémité céphalique carotidienne du grand sympathique, soit isolément, soit par ses filets d'anastomoses avec les six premiers nerfs cérébraux, présente quatre espèces de terminaison qui toutes arrivent à se confondre, ou au moins à s'anastomoser d'un côté à l'autre sur le plan moyen.

Ces quatre modes de terminaison sont:

1° Deux faisceaux nerveux, supérieur et inférieur à l'artère carotide, qui se perdent dans le corps pituitaire;

2° Deux plexus, l'un basilaire, l'autre susphénoïdal, formant un épais réseau commun d'un côté à l'autre.

3° Trois rameaux véritablement terminaux, qui se joignent au plexus propre de l'artère carotide, pour se répandre au-delà sur les artères cérébrales moyenne et antérieure.

4° Enfin, l'anastomose de ces trois espèces de rameaux et des filets gris émanés des nerfs céphaliques, principalement le trijumeau.

Nous avons laissé les deux principaux rameaux qui montent des ganglions du canal temporal, au lieu de leur adhérence à la sixième paire. Ce nerf, par une disposition singulière qu'explique sa situation profonde le long du sinus caverneux, sert de support ou de point d'appui aux rameaux mous du grand sympathique et de ses anastomoses avec les nerfs céphaliques. J'ai dit que les deux rameaux du grand sympathique adhèrent fortement au névrilème de la face externe du nerf de la sixième

(1) DU SYSTÈME NERVEUX DE LA VIE ANIMALE ET DE LA VIE VÉGÉTATIVE, etc. Paris, 1841.

EXPOSÉ DE MON ENTREVUE AVEC M. LE JUGE D'INSTRUCTION PRÈS LE TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE LA POINTE-A-PITRE.

Une ordonnance de M. le juge d'instruction près le tribunal de première instance de la Pointe-à-Pitre m'a fait l'application de l'amende imposée aux témoins qui, sans motifs légitimes, refusent de déposer en justice. Etais-je suffisamment fondé dans la conduite que j'ai tenue? On en jugera d'après l'exposé fidèle des faits suivans qui ont donné lieu aux réquisitions prises contre moi:

Au commencement de décembre 1844, un duel eut lieu à la Pointe-à-Pitre entre deux habitans de cette ville. L'un d'eux, le sieur G., tomba frappé d'une balle, et craignant d'être poursuivi par la justice, au lieu de rentrer dans son domicile, il se fit transporter dans une maison où il espérait être à l'abri de toute recherche. Appelé par le blessé à titre de médecin, je fus introduit près de lui dans la demeure où il s'était refugié. L'espoir qu'il avait conçu de tenir son asile ignoré ne fut pas trompé. En effet, la justice essaya vainement de le découvrir; cependant mes visites chez le blessé ne purent rester si secrètes qu'elles ne parvinssent à la connaissance de l'officier judiciaire chargé de diriger une enquête sur cette affaire. Celui-ci crut qu'il pourrait puiser auprès de moi des renseignemens qu'il ne pouvait obtenir par une autre voie. En conséquence, le 6 décembre, c'est-à-dire quatre jours après le duel, je reçus une citation à comparaître au cabinet de M. le juge d'instruction. Le lendemain 7, déférant à la citation, je me présentai devant M. Jollimon de Marolles qui me déclara que j'étais assigné comme témoin dans les poursuites dirigées contre les auteurs du duel où avait été blessé le sieur G., que j'allais avoir à répondre aux questions qui allaient m'être faites à ce sujet, et il m'interrogea sur l'état de G., les causes de sa blessure, sa gravité et ses suites probables.

N'ayant pas été témoin de ce duel et n'ayant vu le blessé qu'en qualité de médecin, j'exprimai mon étonnement de me voir cité pour déposer dans cette affaire, et je répondis qu'il ne m'était pas possible de donner les éclaircissemens qui m'étaient demandés, que je ne pouvais divulguer une confidence qui m'aurait été faite dans l'exercice de mes fonctions et que des renseignemens de cette espèce ne pouvaient être fournis que par le médecin officiellement désigné par la justice pour constater l'état du blessé.

M. le juge d'instruction m'objecta que mon témoignage sollicité par lui n'aurait pas le même caractère que si je fusse venu de mon propre mouvement dénoncer l'état du blessé, que d'ailleurs il ne voulait se servir de ma déposition que contre l'auteur des blessures, qu'il croyait que si je refusais de répondre, c'est qu'il s'agissait d'un duel, et que dans une affaire de toute autre nature je donnerais mon témoignage. Je répondis: La distinction que vous voulez établir ne change rien à ma position à l'égard d'une personne cachée qui m'a appelé confidentiellement près d'elle, et il y a toujours délation soit qu'on révèle un secret de son propre mouvement ou sur la sollicitation d'autrui. Si, en principe, je croyais devoir mon témoignage, je le donnerais sans arrière pensée dans l'intérêt de la vérité et sans chercher à prévoir ses conséquences; la supposition que vous faites sur le motif qui me guide est sans aucun fondement: j'obéis à

paire, mais ils ne se confondent pas avec lui. La distribution ultérieure de ces rameaux est différente ; le rameau interne, devenu antérieur, se bifurque sur le nerf en deux faisceaux rayonnés qui l'embrassent et avec lui l'artère carotide, pour monter obliquement en dedans, sur chacune de ses faces supérieure et inférieure, à la rencontre l'un de l'autre, entre la face interne de ce vaisseau et le corps pituitaire, où ils s'anastomosent en un plexus vertical intermédiaire, tandis que leurs rameaux de continuation vont se distribuer sur les deux faces du corps pituitaire. Chemin faisant le faisceau supérieur, mou et rougeâtre, forme avec les nerfs céphaliques des anastomoses sur lesquelles nous allons revenir. Le faisceau inférieur, plus solide, se compose de deux fort rameaux qui rejoignent le plexus du corps pituitaire. Du rameau supérieur émergent les trois filets terminaux qui gagnent en dessous l'extrémité de la carotide pour se distribuer aux artères cérébrales moyenne et antérieure. Des deux plexus pituitaires verticaux, mous et blancs, qui unissent les faisceaux du grand sympathique, procèdent quatre sortes de nerfs : 1° les filets propres au corps pituitaire qui s'épuisent en filamens sur les deux faces supérieure et inférieure de ce corps et s'y perdent au milieu, les supérieurs, en particulier, à la naissance de l'infundibulum ; 2° des rameaux mous et très courts émanés des plexus contigus aux extrémités du corps pituitaire et qui s'y mêlent immédiatement ; 3° quelques filets très fins nés en commun du plexus pituitaire et des rameaux du grand sympathique et de ses anastomoses avec les nerfs céphaliques qui accompagnent le nerf optique, et je crois aussi la racine interne très voisine du nerf olfactif, quoique pour moi ce dernier fait ne soit qu'hypothétique n'ayant pu encore le vérifier ; 4° de gros rameaux qui pénètrent dans la dure-mère sus-sphénoïdale, et forment dans son épaisseur un plexus médian qui tapisse toute la selle turcique. Le *plexus sus-sphénoïdal* se compose essentiellement de deux gros rameaux antérieur et postérieur, inscrivant avec les plexus pituitaires latéraux un ovale dont l'aire, de 1 centim. 33/100 de surface, est remplie par le réseau anastomotique. Il reçoit un filet ascendant du ganglion carotidien postérieur et communique par plusieurs autres avec le plexus basilaire.

Voici bien déterminées quatre des terminaisons du grand sympathique ; mais il reste à connaître la cinquième ou le plexus basilaire, et les anastomoses du grand sympathique avec les nerfs céphaliques.

J'ai dit que le nerf de la sixième paire servait en quelque sorte de tuteur au grand sympathique et à ses anastomoses. Effectivement, sur la bifurcation du grand sympathique descend, le long du nerf moteur oculaire externe, une chaîne qui réunit les anastomoses des autres nerfs de la 3ᵉ à la 6ᵉ paire. Née auprès de la fente sphénoïdale par plusieurs filets, du nerf pathétique et du moteur oculaire commun, cette chaîne se porte en arrière, reçoit d'autres filets de la troisième paire en dedans, puis en dehors une série de nombreux filets du trijumeau fournis par les trois branches à leur face osseuse, principalement l'ophthalmique, et par un petit ganglion qu'elle offre à son origine. Tous ces nerfs, mous et gris-rougeâtre, s'anastomosent en anneaux, entre eux et autour de la sixième paire, avec le grand cordon commun. Avec une observation attentive, on ne tarde même pas à reconnaître que, indépendamment des rameaux en saillie, ces nerfs forment autour de la sixième paire, jusqu'à la bifurcation du grand sympathique, une sorte de fourreau nerveux d'une substance molle et rougeâtre qui s'y appuie. De cette gaîne nerveuse, qui semble bien réellement le noyau du plexus anastomotique, et du grand cordon confondu avec la gaîne dont il ne fait que se détacher en relief, naissent en dedans trois sortes de rameaux : 1° les supérieurs se répandent sur l'artère carotide, où ils s'anastomosent avec le réseau ganglionnaire né du grand sympathique, et avec le plexus latéral au corps pituitaire, d'où procèdent les filets du nerf optique, et je suppose aussi, jusqu'à plus ample examen, du nerf olfactif ; 2° les inférieurs très courts, qui ne sont que la terminaison de la grande chaîne commun anastomotique des nerfs céphaliques du troisième au sixième, se jettent dans le faisceau rayonné antérieur du grand sympathique, et par conséquent vont avec lui former l'anastomose des nerfs céphaliques dans le corps pituitaire ; 3° les deux rameaux moyens, les plus longs, vont former le plexus basilaire ; ils glissent entre la face supérieure de l'artère et le faisceau du grand sympathique, en s'anastomosant avec l'un et l'autre, s'enfoncent dans la dure-mère, au dessous de la lame quadrilatère du sphénoïde et du sinus pétreux inférieur, et se ramifient dans des canaux que renferme la membrane fibreuse de la surface basilaire en un vaste plexus médian qui n'a pas moins de 2 centimètres 1/2 carrés de surface. Il se compose de quatre chaînes horizontales dont les deux principales font suite aux rameaux caverneux d'origine. Ces chaînes sont coupées par quatre autres verticales, de manière à inscrire en commun une sorte de gril composé de polyèdres quadrangulaires d'où naissent des filets fibreux et osseux. Le plexus basilaire forme, de chaque côté, deux sortes d'anastomoses : 1° avec l'un des filets ascendans internes du ganglion inférieur du canal temporal, dont un autre filet va au plexus sus-sphénoïdal ; 2° par dessus, comme aussi sur les côtés de la lame quadrilatère du sphénoïde, avec le plexus sus-sphénoïdal de la selle turcique. Cette dernière anastomose s'effectue par l'intermédiaire d'un petit ganglion de 1 millimètre, ou un peu plus, de diamètre, situé un peu en arrière de l'apophyse clinoïde postérieure, et qui relie, par ses filets, le plexus basilaire, en haut avec les plexus sus-sphénoïdal et caverneux, et en dehors avec le réseau ganglionnaire microscopique de l'artère carotide.

Tous ces nerfs des deux plexus sus-sphénoïdal et basilaire sont gris et mous comme ceux du plexus caverneux dont ils émanent. Mais ils en diffèrent par leur forme aplatie qu'explique leur encastrement dans des canaux fibreux de la dure-mère.

Un dernier objet d'étude, et le plus important, a rapport à l'organe si improprement nommé *glande pituitaire*. De prime abord, à considérer sa situation centrale à la base du crâne ; à voir avec quelle précaution il a été garanti de tout choc et même de tout contact, encaissé en bas dans une cavité osseuse, loin des ébranlemens de toutes les sutures ; en rapport, mais seulement à distance, sur les côtés, avec des vaisseaux ; protégé en haut contre la pression du cerveau par quatre promontoires osseux que réunit encore un petit diaphragme fibreux : à tant de caractères, avant toute observation du corps pituitaire lui-même, un anatomiste exercé y soupçonnerait déjà un organe très important. L'examen de la texture de ce corps, formé de deux substances nerveuses grise et blanche, et la quantité innombrable de capillaires sanguins dont il est pourvu, confirment pleinement cette présomption de son importance en montrant, dans la prétendue glande pituitaire, un ganglion nerveux, mais sans toutefois pouvoir encore rien faire présumer sur sa signification physiologique. Or, ce sont les rapports et les communications nerveuses du corps pituitaire qui semblent donner le dernier mot de sa destination fonctionnelle dans l'organisme.

---

loi et non à un caprice, c'est l'article 378 du Code pénal qui me trace une ligne de conduite.

M. le juge d'instruction ne pouvant me faire prendre le change me menaça de me faire l'application des articles 80, 304, 355 du Code d'instruction criminelle. Je le priai de faire bien attention que ces articles ne s'appliquaient qu'à ceux qui étaient devenus spectateurs d'un fait ; mais que la connaissance qu'un médecin acquérait d'un événement quelconque dans l'exercice de ses fonctions ne l'en constituait pas *témoin*, et que si je cédais à ses injonctions je violerais tout à la fois la loi et mes devoirs de conscience.

Trois jours après cette entrevue, fut lancée contre moi une ordonnance qui m'imposait une amende de 150 fr.

C'est contre cette fausse application qui m'est faite de la loi que je me pourvois en cassation, persuadé que notre cour suprême ne sanctionnera pas les doctrines émises dans l'ordonnance de M. le juge d'instruction de la Pointe-à-Pitre.

Pointe-à-Pitre, 24 décembre 1844.

A.-St. Pair,

D. M., chirurgien de 1ʳᵉ classe de la marine.

EXTRAIT DES MINUTES DU GREFFE DU TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE LA POINTE-A-PITRE (GUADELOUPE).

Savoir faisons :

Que M. le juge d'instruction près le tribunal de première instance de la Pointe-à-Pitre a rendu l'ordonnance suivante :

Nous, juge d'instruction, vu les réquisitions de M. le procureur du roi contre M. St-Pair, témoin, qui, après avoir comparu devant nous, s'est refusé à déposer, en se retranchant dans sa qualité de médecin ;

Vu les articles 80, 304, 355 du Code d'instruction criminelle et 378 du Code penal ;

Attendu que le témoin qui refuse de déposer est soumis aux pénalités édictées contre le témoin qui, sans motifs légitimes, s'abstient de satisfaire à la citation qui lui a été donnée ;

Attendu que l'obligation de déposer en justice est générale et ne peut recevoir exception que dans le cas formellement désigné par la loi ;

Attendu qu'il est évident que le sieur St-Pair fonde son refus de déposer sur les dispositions de l'art. 378 du Code pénal, qu'il s'agit donc de déterminer le sens et la portée de cet article ;

Attendu que cet article, placé sous la rubrique des calomnies, injures et révélation de secrets, a pour objet de punir les révélations indiscrètes inspirées

D'après tout ce qui précède, nous avons vu que le corps pituitaire se présente, des deux côtés, comme le centre de convergence du grand sympathique, de sa chaîne d'anastomoses avec les six premiers nerfs céphaliques, et des divers plexus latéraux et médians qu'ils forment entre eux. Mais il ne se bornent pas les importantes connexions du corps pituitaire. A ses communications avec les systèmes nerveux splanchnique et périphérique s'en ajoutent aussi d'autres avec les centres encéphaliques, par les gaînes nerveuses des deux courans artériels basilaire et carotidien. En arrière, deux ou trois filamens étendus, de chaque côté, de la tige pituitaire à la gaîne nerveuse des artères communicantes postérieures, relient le prolongement cérébral avec l'appareil nerveux vertébro-basilaire. En avant se présentent deux sortes de filets : 1° de l'angle mousse, externe et antérieur du ganglion pituitaire, émanent trois ou quatre filets rougeâtres qui vont s'anastomoser, sous la dernière courbure de l'artère carotide, près de sa sortie du sinus caverneux, avec les nerfs terminaux que le grand sympathique fournit à cette artère ; c'est la réunion de ces filets du ganglion pituitaire et du grand sympathique avec la gaîne nerveuse de la carotide, qui est l'origine des plexus des artères cérébrales moyenne et antérieure ; 2° de la base de l'infundibulum et des filamens d'un gris rougeâtre dont ce prolongement cérébral paraît lui-même composé sous le microscope, se détachent deux ou trois filets qui vont s'anastomoser et se continuer directement, sur la cérébrale antérieure, avec les principaux filets de cette artère émanés des plexus précédens.

Pour terminer ce qui a rapport à l'appareil nerveux splanchnique carotidien, on comprend déjà que les gaînes nerveuses des artères cérébrales vont former, dans toute l'étendue des hémisphères où elles se distribuent, une nouvelle chaîne ganglionnaire microscopique, décroissante en volume des branches principales à leurs subdivisions, analogue à celle du système nerveux vertébro-basilaire. Je n'entrerai point à ce sujet dans des détails micrométriques qui ne feraient que répéter ce que j'ai dit plus haut. Quant aux différences que j'ai pu signaler, j'ajouterai seulement que, dans les gaînes nerveuses des ramifications artérielles cérébrales, les ganglions m'ont paru moins nombreux et les filamens nerveux plus mous, moins blancs et moins nets de contour.

Telle est, d'après mes recherches, l'extrémité céphalique du grand sympathique dans l'homme. Curieux de voir, au moins sommairement, ce que dirait à cet égard l'examen d'autres organismes, j'ai fait choix, pour la vérification de ces détails microscopiques, d'animaux assez grands : le veau et le mouton.

Dans le *veau*, la glande pituitaire, de forme quadrilatère, descend en s'amincissant sur la surface basilaire. Le trijumeau, très court dans le crâne où la fosse sphéno-temporale est très restreinte, descend verticalement le long du sinus caverneux. Ce sinus, très considérable et profond, est rempli par un réseau vasculaire très épais, connu de tous les zootomistes. Un rameau, que j'ai cru être le grand sympathique, anastomosé avec des filets gris émanés du trijumeau et du moteur oculaire externe, passe au dessus du réseau vasculaire et se distribue à la face supérieure du ganglion pituitaire. D'autres filets, émanés des nerfs céphaliques et surtout du trijumeau, passent visiblement, à diverses profondeurs, entre les mailles du réseau vasculaire, épais de près d'un centimètre. En enlevant ce dernier, l'on trouve en avant, sur le plan inférieur fibreux de la grande cavité mise à découvert, deux gros filets gris nés des nerfs céphaliques, dont l'un gagne en dessous le ganglion pituitaire, tandis que l'autre s'enfonce dans la dure-mère pour former un plexus sus-sphénoïdal. D'autres filets en arrière vont former un plexus basilaire. Mais la gouttière basilaire se confondant pour ainsi dire avec la selle turcique, les deux plexus continus n'en formeraient presque qu'un seul.

Chez le *mouton*, le ganglion pituitaire, oblong d'arrière en avant, d'un volume quadruple environ de celui de l'homme, est renfermé dans une vaste selle turcique. Les filets gris à trois plans, au dessus, au travers et au dessous du réseau vasculaire caverneux, qui vont du grand sympathique et des nerfs céphaliques au ganglion pituitaire, offrent une disposition analogue à celle que l'on observe sur le veau. Enfin, chez l'un et l'autre, j'ai pu reconnaître des filets étendus de l'infundibulum à l'artère carotide à son entrée dans le crâne. Tous ces divers détails, pour pouvoir être décrits avec le soin et la minutieuse exactitude que j'y ai mis pour l'homme, auraient exigé une étude beaucoup plus approfondie que celle à laquelle je me suis livré. Pour la vérification que j'avais en vue, il me suffisait d'acquérir la certitude que, chez les mammifères comme chez l'homme, le ganglion pituitaire est le centre de convergence de l'extrémité céphalique du grand sympathique, de filets gris émanés des nerfs céphaliques, et que d'autres filets s'étendent de la tige pituitaire aux artères cérébrales.

Au reste, je mentionne, en terminant, une particularité qui m'a frappé chez le mouton. Ce qui m'a paru être l'extrémité du grand sympathique consistait dans un fort rameau qui entrait dans le crâne par un trou de la suture pétro-basilaire, au dessous du conduit auditif interne, remontait vers la selle turcique, s'anastomosait avec le trijumeau et venait se jeter, par plusieurs filets, au dessus et au dessous du ganglion pituitaire. Ce rameau est-il véritablement le cordon céphalique du grand sympathique, détourné de l'artère carotide interne, d'un très petit volume, et cette disposition est-elle normale, ou seulement accidentelle? Je livre cette observation aux zoologistes. Une fois l'analogie des rapports généraux des nerfs du plexus caverneux bien établie entre l'homme et l'animal, cette question de détail, étrangère à mon objet principal, n'avait plus pour moi, je l'avoue, assez d'intérêt, pour en faire immédiatement l'objet d'une nouvelle recherche spéciale.

CONCLUSIONS ET COROLLAIRES PHYSIOLOGIQUES.

1° Le grand sympathique, dont le cordon de continuité est simple de chaque côté, dans toute la longueur des deux grandes cavités thoracique et abdomino-pelvienne, à partir du ganglion cervical inférieur, se divise, avec les artères, à son extrémité cervico-céphalique, en deux plexus nerveux, antérieur ou *carotidien*, et postérieur ou *vertébral*.

2° *L'appareil nerveux vertébral* n'offre un certain volume, de manière à pouvoir être facilement étudié à l'œil nu, que dans son plexus d'origine, qui établit la communication du ganglion cervical inférieur et du plexus de l'artère sous-clavière avec les nerfs cérébro-spinaux du membre thoracique. Au delà, le plexus vertébro-basilaire ne peut plus être étudié qu'à l'aide du microscope.

3° La ténuité microscopique de *l'appareil nerveux vertébro-basilaire* paraît tenir à ce que, ne fournissant pas, comme aussi les artères, d'anastomoses périphériques d'un certain volume, il forme uniquement la chaîne splanchnique de la masse encéphalique postérieure (cervelet et partie des lobes postérieurs du cerveau). Cette présomption se justifie

---

par la méchanceté et le dessein de diffamer ou de nuire, mais qu'il ne s'ensuit pas que les personnes qui exercent les professions dénommées dans cet article doivent être dispensées de faire à la justice la révélation des faits qui sont à leur connaissance, lorsqu'elles sont entendues comme témoins, et que, dans l'intérêt de l'ordre public, leurs dépositions sont jugées nécessaires pour parvenir à la découverte de la vérité;

Attendu que l'expression révéler des secrets dénote assez la pensée du législateur, et fait voir qu'il s'agit de la révélation de maladies honteuses et secrètes, mais non d'une blessure résultant d'un crime ou d'un délit commis sur la personne de celui auquel le médecin donne ses soins;

Attendu que le système contraire entraînerait les plus funestes conséquences et compromettrait gravement l'ordre public, intéressé à la répression des crimes ou délits; que non seulement le législateur n'a pas voulu ce funeste résultat, mais encore qu'il a puni d'une amende de trois cents francs tout homme de l'art qui, hors des cas de réquisition légale, aura administré des secours à des blessés sans en faire sur le champ la déclaration au commissaire de police, à Paris, et aux maires dans les communes rurales;

Attendu que la résistance du sieur St-Pair prend sa source dans le préjugé malheureux qui, loin de blâmer le duel, cherche à mettre des obstacles aux poursuites salutaires de la justice; qu'il n'est pas douteux que le sieur Saint-Pair, mandé devant les magistrats pour déposer des circonstances d'un assassinat, d'un empoisonnement, ou enfin de tout autre crime ou délit, consentirait à donner son témoignage;

Attendu que le duel rentre dans la classification générale des crimes et délits contre les personnes, et ne constitue point une infraction *sui generis*, d'où il suit qu'il est impossible d'affranchir dans cette circonstance le médecin de l'obligation de donner son témoignage;

Attendu néanmoins que l'information n'a plus besoin du témoignage du sieur St-Pair;

Condamnons ledit sieur St-Pair, chirurgien de 1re classe de la marine, à 150 fr. d'amende.

Disons n'y avoir lieu à décerner contre lui mandat d'amener, ni à ordonner sa réassignation.

Pointe-à-Pitre, 10 décembre 1844.

Signé : JOLLIMON DE MAROLLES.

La question soulevée par les faits qui précèdent n'est pas neuve, comme l'a dit un de nos confrères ; le cas particulier seul est nouveau. Il n'y a pas longtemps encore que la question de principe a été résolue, c'est-à-dire qu'en vertu de l'article 378 du Code pénal, les médecins, dépositaires par *état ou profession* des secrets qu'on leur confie, hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, sont tenus de ne pas les révéler : voilà la règle, voilà le principe général. Toute la difficulté consiste donc à déterminer *les cas* où la loi *les oblige* à se porter dénonciateurs, et si le cas du duel est de ce nombre. Or, le caractère de l'exception, c'est l'intérêt général, l'intérêt public, dont l'appréciation est laissée d'ailleurs à la conscience éclairée des citoyens. « Dans

par la comparaison de l'appareil nerveux vertébro-basilaire avec l'appareil carotidien, qui devient également microscopique sur les artères cérébrales antérieure et moyenne, c'est-à-dire au dessus du point où il cesse de fournir des anastomoses périphériques avec le système nerveux cérébro-spinal.

4° L'appareil nerveux microscopique vertébro-basilaire, par les qualités physiques de ses organes : blancheur éclatante, solidité, netteté de contour, et aussi par ses chaînes de petits ganglions et le canevas serré des réseaux nerveux intermédiaires, semble bien former un appareil distinct de tout le reste du système nerveux splanchnique. Les deux moitiés vertébrales du grand sympathique se montrent confondues sur le plan moyen dans la gaîne nerveuse du tronc basilaire, comme aussi les deux appareils nerveux basilaire et carotidien s'unissent mutuellement par la chaîne commune intermédiaire de l'artère communicante postérieure.

5° L'appareil nerveux *cervico-thoracique antérieur* ou *carotidien* est beaucoup plus complexe. Élaguant la portion cervicale destinée à fournir des rameaux splanchniques et périphériques, à partir du canal carotidien de l'os temporal, où se trouvent deux petits ganglions, le courant nerveux céphalique, avant d'arriver au plexus caverneux, représente : 1° au dessous des deux petits ganglions pétro-carotidiens, la chaîne de continuation du ganglion cervical supérieur et ses anastomoses avec le pneumo-gastrique, le glosso-pharyngien, l'hypoglosse, le spinal et les deux premiers nerfs cervicaux; 2° au dessus des ganglions carotidiens, la jonction du rameau tympanique du glosso-pharyngien et du petit nerf pétreux, établissant la communication avec les nerfs facial et acoustique.

6° A son entrée dans le crâne, le grand sympathique se compose de deux rameaux, origines premières du plexus caverneux et de quatre filets renfermés dans la dure-mère, qui vont concourir ultérieurement à former des plexus médians. Dans ces six rameaux se résument de chaque côté les communications avec tout le système nerveux splanchnique et les anastomoses périphériques avec tous les nerfs rachidiens et les six derniers nerfs céphaliques. C'est dans le plexus caverneux lui-même que se trouvent les anastomoses avec les six premiers nerfs céphaliques, établissant eux-mêmes, dans leur parcours, les communications centrales avec tous les appareils nerveux de la face, du cou, et même en retour avec les organes splanchniques par les pneumo-gastriques.

7° Ce que l'on nomme le plexus caverneux se compose de trois éléments : 1° les grands rameaux de continuation du grand sympathique, issus des petits ganglions carotidiens; 2° une chaîne d'anastomoses, formée par les six premiers nerfs céphaliques; 3° les plexus propres ou réseaux nerveux de l'artère carotide. Ces réseaux, pourvus de petits ganglions, sont les seuls véritablement microscopiques, d'un cinquième à un vingtième de millimètre de diamètre et au-dessous, les filets du grand sympathique et des anastomoses des nerfs céphaliques, d'un demi à un cinquième de millimètre, étant visibles à l'œil nu ou à une simple loupe.

8° Les rameaux du grand sympathique adhèrent fortement au nerf moteur oculaire externe, en reçoivent des filets, puis se divisent en deux faisceaux, supérieur et inférieur, à l'artère carotide. Ces rameaux se réunissent sur la face interne de la carotide en un plexus pituitaire, et se terminent par quatre ou cinq filets qui pénètrent dans la glande pituitaire elle-même par ses deux faces, supérieure et inférieure. Du faisceau inférieur émanent, en outre, trois filets de terminaison sur les artères cérébrales, et du plexus pituitaire procèdent des anastomoses avec le nerf optique et, je crois aussi, l'olfactif.

9° La chaîne anastomotique des nerfs céphaliques qui environne, comme une gaîne, le nerf moteur oculaire externe sur lequel elle s'appuie, est formée de la jonction de filets provenant des 3e, 4e, 6e paires, et surtout de la 5e et d'un petit ganglion qu'elle offre sur sa branche ophthalmique. Cette chaîne s'anastomose avec les faisceaux pituitaires du grand sympathique.

10° De ces trois chaînes nerveuses, l'anastomose des nerfs céphaliques et les deux faisceaux pituitaires du grand sympathique, procèdent, de chaque côté, tant par des filets isolés que par des filets d'anastomose mutuelle, deux vastes plexus médians qui tapissent, à demi-épaisseur de la dure-mère, l'un la surface basilaire, l'autre la selle turcique. Les deux plexus basilaire et sus-sphénoïdal reçoivent isolément et en commun des filets ascendans du ganglion inférieur du canal carotidien, s'anastomosent l'un avec l'autre sur les côtés et au-dessus de la lame quadrilatère du sphénoïde, et communiquent avec le ganglion pituitaire lui-même par ses plexus latéraux.

11° Tous ces filets nerveux, dont le ganglion pituitaire est le centre, tant ceux des plexus latéraux caverneux et pituitaires que ceux des deux plexus médians, sont gris et très mous. Aussi les rameaux du grand sympathique, et même les nerfs céphaliques, surtout le trijumeau, prennent-ils bien évidemment, en regard de leur origine, le caractère ganglionnaire.

12° La glande pituitaire, en raison de ses rapports, se révèle un organe de première importance physiologique. D'une part, environnée de plexus nerveux, elle se trouve des deux côtés le centre de convergence du grand sympathique, des anastomoses des nerfs céphaliques, et des plexus latéraux et médians qu'ils forment en commun. D'autre part, outre la tige bien connue de l'infundibulum, qui la met en rapport avec le *tuber-cinereum* et la surface du troisième ventricule cérébral, elle émet, tant de sa surface que de ce prolongement, trois groupes de filets qui vont se continuer directement avec les nerfs des artères communicantes postérieures, carotides et cérébrales antérieures. Si donc à ces caractères on ajoute sa composition organique, formée de deux substances nerveuses, grise et blanche, et sa grande vascularité, on ne peut guère s'empêcher de la considérer comme un ganglion du grand sympathique, ainsi que l'ont fait Gall et MM. de Blainville, Thierry et Bazin.

13° Ainsi donc, en traduisant physiologiquement sa disposition anatomique, le ganglion pituitaire semble jouer, par rapport au cerveau et aux nerfs céphaliques, surtout les six premiers, le même rôle que les ganglions intervertébraux (cervicaux, dorsaux, lombaires et sacrés) jouent par rapport à la moelle épinière et aux nerfs spinaux; et ce rôle serait celui de nœud de jonction des centres nerveux et des cordons périphériques de la vie animale avec les centres nerveux et les plexus ganglionnaires de la vie organique.

14° Tous ces faits d'anatomie, empruntés de l'homme, se retrouvent, quoique plus simples, avec des détails analogues, dans les animaux mammifères.

15° En résumé, comme dernier résultat de ce travail, la supposition tant débattue de l'anastomose d'un côté à l'autre de l'extrémité céphali-

---

» l'impossibilité de fixer la limite entre ce que l'intérêt public commande et ce » qu'une certaine délicatesse réprouve, votre commission, d'accord avec le » gouvernement, a cru que la législation devait abandonner à la conscience » éclairée des citoyens l'accomplissement de ce devoir. » Voilà comment s'exprimait la commission de la Chambre des pairs, chargée d'examiner le projet de loi du 28 avril 1832. — Elle ajoutait, en parlant de la révélation légalement imposée : « Elle ne s'est pas dissimulé que c'est là un des devoirs que le législateur est impuissant à prescrire, et dont il ne peut punir le non accomplissement. » Par conséquent, M. le docteur Saint-Pair n'était passible d'aucune condamnation. Ceux de nos confrères qui voudraient s'éclairer plus complètement, et sur la législation qui domine cette question, et sur les faits médicaux qui s'y rapportent, consulteront avec fruit l'excellent ouvrage de M. Trébuchet : LA JURISPRUDENCE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE, etc., et en particulier le chap. V : *Du secret dans l'exercice de la médecine*. Ils y trouveront des règles de conduite sûres et des appréciations aussi judicieuses qu'éclairées. Nous ne concevons d'ailleurs aucune inquiétude sur l'issue du pourvoi de notre confrère de la Pointe-à-Pitre, et nous nous livrerons en temps opportun à une appréciation plus spéciale de sa cause, qui est celle de tous les médecins.

— VOYAGE MÉDICAL DANS L'AFRIQUE SEPTENTRIONALE, ou de l'Ophthalmologie considérée dans ses rapports avec les différentes races, contenant : 1° l'histoire, les mœurs, la constitution physique et morale des différentes races qui habitent l'Afrique française; 2° des considérations anatomiques et physiologiques sur l'œil, suivant les races; 3° les causes, la nature et le traitement des maladies oculaires qui règnent en Afrique; 4° l'indication des moyens hygiéniques et thérapeutiques pour prévenir ou guérir ces maladies; suivi d'une Appréciation analytique de la médecine chez les Arabes; par le docteur S. FURNARI, chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur et du mérite civil de François Ier des Deux-Siciles, membre de l'Académie royale des sciences de Naples, de la Gioenia de Catane, de la Société de médecine de Palerme, de Marseille, etc. — 1 vol. in-8. Prix : 5 fr.

A Paris, chez J. B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— EAUX MINÉRALES DE NIEDERBRONN (département du Bas-Rhin). — La GAZETTE MÉDICALE a eu déjà l'occasion de faire connaître à ses lecteurs (année 1835, p. 481) la nature et les propriétés des Eaux de Niederbronn. Ils peuvent se rappeler que ces Eaux possèdent, mais à un degré plus énergique, les propriétés chimiques et thérapeutiques des eaux de Bade.

L'établissement de Niederbronn sera ouvert au 1er juin et fermé au 1er octobre. Depuis que la nature de ses eaux est mieux connue, que leurs propriétés sont mieux constatées et que leur emploi est fait avec plus de discernement, la faveur dont elles jouissent va toujours croissant. Les nombreux embellissemens et constructions que l'état et l'administration locale ont fait exécuter dans ces dernières années, la situation pittoresque et salubre de Niederbronn, l'excellente société qu'on y rencontre en font un séjour des plus agréables.

que, se résout par l'affirmative, mais avec une complication dans les rapports, qui n'offre pas moins d'intérêt en physiologie qu'en anatomie.

Au lieu d'un seul cordon céphalique, il y en a deux, vertébral et carotidien, offrant cinq modes de terminaison, auxquels s'associent les nerfs céphaliques et la glande devenue ganglion pituitaire. Dans ce mystérieux conflit anatomique des divers organes nerveux groupés dans la région médiane sphénoïdale de la base du crâne, les rapports, autant que l'on peut en juger, ne sont pas moins féconds, suivant que l'on considère ces organes isolément ou dans la chaîne de liaison qu'ils forment par leurs anastomoses.

Considérés isolément :

1° Le ganglion pituitaire, céphalique ou sus-sphénoïdal, semble proprement l'intermédiaire ou l'organe de réunion de la masse encéphalique, c'est-à-dire des centres nerveux psychologiques et instinctifs et des nerfs céphaliques, leurs agens les plus actifs, avec le grand sympathique, qui résume, de son côté, tout le système nerveux splanchnique. Toutefois, la masse relative du ganglion pituitaire, beaucoup plus considérable dans l'animal que dans l'homme, et aussi le nombre et le grand volume des rameaux que ce ganglion reçoit des deux cordons latéraux du grand sympathique, paraîtraient bien démontrer qu'il appartient plus spécialement au système nerveux de la vie organique, dont il constitue la masse centrale ganglionnaire céphalique.

2° Le grand sympathique présente une signification différente dans ses quatre espèces de terminaison.

La principale, ou du moins la plus volumineuse, et qui semble la suture du système nerveux splanchnique avec la masse encéphalique, s'effectue dans le ganglion pituitaire.

Celle qui forme les plexus médians a pour objet l'anastomose ou la jonction, en dehors du ganglion central, des deux moitiés latérales du grand sympathique.

La terminaison apparente sur les artères cérébrales peut être considérée plutôt comme une origine, et ne serait autre que l'appareil nerveux viscéral propre de la masse encéphalique, relié au milieu, comme tous les plexus extra-viscéraux, avec l'amas ganglionnaire central, qui est ici le ganglion pituitaire, mais, comme ce plexus aussi, continu sur les artères avec la grande chaîne commune du grand sympathique.

La dernière terminaison du grand sympathique consiste dans ses anastomoses avec les filets gris émanés des nerfs céphaliques.

3° Quant aux nerfs céphaliques, les quatre derniers ont autant de rapports avec le ganglion cervical supérieur qu'avec les ganglions temporo-carotidiens. Le facial et l'acoustique communiquent avec les rameaux de ces ganglions. Le plexus gris des six premiers nerfs céphaliques n'a pas moins de connexions avec le ganglion pituitaire qu'avec le grand sympathique. Quoique les six nerfs céphaliques, ganglionnaires le long du sinus caverneux, concourent à la formation du plexus commun, c'est le trijumeau qui en est l'origine principale, ou le foyer, dont les nombreux filets gris s'adjoignent tous les autres à leur passage. Sous ce rapport, ce nerf paraît bien une annexe du grand sympathique, intermédiaire entre les deux systèmes nerveux ganglionnaire et cérébro-spinal, et justifie par sa structure, non moins que par ses rapports anatomiques, le surnom de *nerf petit sympathique*, qui lui a été donné par les physiologistes.

Enfin, considérés d'ensemble, dans leur chaîne commune de liaison, les trois genres d'organes nerveux de la région sus-sphénoïdale offrent sept variétés d'anastomoses.

A. Pour le même côté, d'avant en arrière, la jonction par les artères communicantes postérieures des deux appareils nerveux, carotidien et vertébral.

B. D'un côté à l'autre, six espèces d'anastomoses sur le plan moyen.

Pour la chaîne vertébro-basilaire :

1° Des deux appareils dans la gaîne médiane du tronc basilaire.

2° Des gaînes des artères communicantes postérieures avec l'infundibulum.

Et pour la chaîne carotidienne et le plexus des six premiers nerfs céphaliques, tant par leurs filets isolés que par leurs filets unis ;

3° Le vaste plexus basilaire.

4° Le plexus sus-sphénoïdal et les plexus latéraux pituitaires, anastomosés avec le précédent et en communication eux-mêmes avec le ganglion central.

5° L'immersion en commun, dans le ganglion pituitaire ou céphalique, des faisceaux du grand sympathique et des filets gris des nerfs céphaliques.

6° La réunion médiane sur l'artère communicante antérieure des derniers rameaux du grand sympathique, anastomosés eux-mêmes de chaque côté sur les artères carotide et cérébrales, avec les filets émanés du ganglion pituitaire, de l'infundibulum et du plexus des nerfs céphaliques.

Dans cet ensemble, ce n'est pas moins que tous les points de la masse encéphalique, et les origines des nerfs propres de la face, mis en communication avec l'extrémité céphalique du système nerveux splanchnique ; et si l'on y ajoute la chaîne entière du grand sympathique et de ses annexes, c'est tout le système nerveux central cérébro-spinal en rapport, point par point, avec tout le système nerveux splanchnique. L'anatomie complète ici positivement l'image du canevas sphérique, sans commencement ni fin, qui figure le système nerveux dans l'organisme.

» Cette disposition anatomique me semble d'une haute importance. L'étroite connexion mutuelle du ganglion pituitaire et du grand sympathique entre eux et avec les nerfs céphaliques, et l'encéphale vient donner à tous ces organes une signification, tant partielle que d'ensemble, qui rend solidaires les unes des autres et relie en un seul organisme toutes les parties des deux grands systèmes nerveux de la vie organique et de la vie animale. Et suivant que l'on considère les organes nerveux isolés ou réunis, cette double disposition de demi-indépendance ou de solidarité se prête, en physiologie, à un jeu multiple des combinaisons les plus variées. Elle montre clairement la raison anatomique du consensus, aussi prompt que l'éclair, qui se manifeste entre tous les organes nerveux, et surtout entre les organes céphaliques. Elle motive cette influence caractéristique des affections viscérales sur la physionomie, d'où résulte le *facies* propre à chacune d'elles. Si elle n'explique pas dans leurs causes, elle suit au moins dans leurs trajets, par des communications nerveuses, c'est-à-dire qu'elle traduit et localise matériellement, les brusques substitutions mutuelles et si variées d'une névralgie à une autre, du même côté ou entre des côtés différens, à proximité ou à distance d'un nerf cérébro-spinal à son congénère, à un nerf du même genre ou même à un nerf splanchnique. Elle fait comprendre ces enchaînemens si funestes des phlegmasies, causes secondaires les unes des autres ; elle explique l'intervention si commune et si redoutée des accidens cérébraux ; enfin elle donne la raison de tous ces retentissemens, si fréquens et si rapides, d'une surface nerveuse à une autre, qui jouent un si grand rôle en physiologie et en médecine. Mais surtout, et c'est là le point essentiel parce que c'est le fait le plus général auquel se subordonnent tous les autres, cette liaison des centres nerveux psychologiques et de leurs agens, avec les organes de la vie végétative, jette une vive lumière sur ces mille influences réciproques et perpétuelles du physique et du moral, causes incessantes de troubles fonctionnels, c'est-à-dire de maladies et de complications, qui rendent si complexes la physiologie et la médecine de l'homme. C'est quelque chose, à ce qu'il me semble, que de dépouiller de leur caractère mystérieux tant de phénomènes si graves et si remarquables, faute d'une liaison nerveuse connue en anatomie, on avait jusqu'à présent si vaguement englobés sous la dénomination générique de *sympathies*. Non pourtant que ce mot dont on a tant abusé, ou son équivalent, puisse être encore, par les seuls progrès de l'anatomie, entièrement banni de la science : dans une chaîne continue, on ne voit point de raison anatomique pour que les effets secondaires ou les échos de sensibilité se restreignent d'une surface à une autre. Il faudrait donc encore avoir recours aux sympathies, c'est-à-dire aux rapports de sensibilité spéciale entre les nerfs, si l'on voulait expliquer soit l'action élective des causes morbides et des agens thérapeutiques, soit les influences mutuelles entre les organes formés d'un même tissu ; et si l'on cherchait à se rendre compte pourquoi, entre des tissus différens, dans le jeu multiple des fonctions et dans les désordres variés des maladies, les effets dits *sympathiques*, dans une circonstance donnée, s'opèrent invariablement de telle à telle surface nerveuse plutôt que de telle à telle autre. Mais si l'anatomie, par ses seules lumières, est impuissante à éclairer du même coup, avec les corrélations et les mystères des fonctions, les réactions secondaires et les complications des maladies, du moins est-ce déjà beaucoup que, venant en aide à la physiologie et à la médecine, elle puisse leur montrer les voies par lesquelles s'accomplissent tant de phénomènes si complexes. »

OBSTÉTRIQUE.

MÉMOIRE SUR LA BRIÈVETÉ NATIVE OU ACCIDENTELLE DU CORDON OMBILICAL (présenté à l'Académie royale de médecine le 12 décembre 1843); par M. HIRTZ, docteur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

La brièveté native ou accidentelle du cordon ombilical peut-elle dans quelques cas retarder ou entraver l'accouchement?

Telle est la question que je me propose d'examiner dans ce travail.

Au point de vue où nous étudions cette question, nous pouvons embrasser dans les mêmes considérations la brièveté naturelle du cordon et celle qui résulte de son entortillement autour des diverses parties du fœtus. Si la brièveté native du cordon est rare, puisque Peu, sur 4 à 5000 naissances, n'en a observé que 4 cas capables d'entraver l'accouchement (Peu, PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS; Paris, 1694, p. 434), le défaut de longueur qui résulte de l'entortillement est, au contraire, assez fréquent, puisque sur 211 accouchemens M. Carus l'a observé 43 fois (GEMEINS DEUTSCH ZEITSCHRIFT, 1). Il en résulte que les observateurs de tous les temps ont dû être à même d'étudier son influence sur la parturition.

Il en est de la question qui va nous occuper comme de plusieurs autres points de doctrine qui ont eu à traverser les siècles. Résolue affirmativement par les anciens observateurs, elle a été rejetée par quelques auteurs modernes qui semblaient avoir raison parce qu'ils parlaient les derniers. Remise de nouveau au creuset de l'expérience, cette question a donc besoin de subir une nouvelle discussion pour recevoir une consécration définitive. Ainsi nous voyons les anciens à peu près d'accord à l'unanimité pour regarder la brièveté du cordon comme un obstacle fréquent à l'accouchement, lorsque Baudelocque, survenant avec son immense autorité, déclare cette cause illusoire, et dès lors tout est remis en doute par son école. On peut donc dire que sur ce point la science a reculé comme le prouve la lecture des auteurs des siècles précédens. Ainsi, Louise Bourgeois, Mauriceau, Lamotte, Levret, Burton, Smellie, Fried, Rœderer n'hésitent pas à attribuer à la brièveté du cordon le pouvoir de retarder la sortie du fœtus, et plusieurs de ces auteurs en citent des exemples probans. Ainsi, dit Louise Bourgeois : « Il arrive souvent que le nombril fait deux ou trois, voire jusqu'à quatre tours à l'entour du col qui l'empêche de venir si promptement; car l'enfant se trouvant serré ne se peut advancer, ou si, rudement chassé par les douleurs il s'advance, il a bien besoin d'être destortillé ou bien il s'étranglerait. » (Louise Bourgeois, OBS. SUR LA STÉRILITÉ, PERTES DE FRUITS, etc., p. 91, 1642.)

Mauriceau, quoiqu'il se fit une fausse ou du moins incomplète idée de la manière dont la brièveté du cordon influe sur le travail, a néanmoins parfaitement constaté l'obstacle. « Le travail des femmes est prolongé et rendu fort laborieux, lorsque l'enfant a le col ou quelqu'un de ses bras embrassés du cordon ombilical; ce qui fait que les douleurs au lieu de rendre en bas rejaillissent vers les reins; car pour lors la douleur ne peut pousser l'enfant en bas sans que le cordon, qui est beaucoup raccourci quand le col est ainsi entouré, ne travaille en même temps le délivre, etc. »

Il cite ensuite plusieurs exemples de travail pénible causé par cet accident. (Mauriceau, MALAD. DES FEMMES GROSSES, etc., t. 1er, p. 261.) Rœderer est encore plus explicite et donne une parfaite théorie du mécanisme de l'obstacle. (ELEMENT. ART. OBSTETRIC. Goetting, 1766, p. 545.) Levret n'a pas méconnu cet obstacle, sa sagacité ordinaire ne lui a pas fait défaut, lorsqu'il dit : « Si l'accoucheur porte le doigt dans le vagin, il sent manifestement, à la fin de chaque douleur, remonter tout à coup la tête de l'enfant au lieu de s'avancer, quoiqu'il semble à chaque douleur utérine que cette tête aille sortir de la vulve. » (ART DES ACCOUCHEMENS, p. 106.) Lamotte (obs. 153), appelé près d'une femme en travail, constata que, malgré des douleurs fortes et rapprochées, l'enfant, fortement poussé en avant, reprenait chaque fois sa position primitive; enfin, avec de violentes contractions, une fille naquit : elle avait autour du cou un tour de cordon; celui-ci passait de là à l'aisselle pour venir se terminer au cou par une nouvelle circulaire. Les exemples dans ce genre fourmillent dans les auteurs; aucun d'eux n'hésite à attribuer à l'entortillement du cordon les entraves du travail. Ce point de doctrine semble donc définitivement fixé, lorsque Baudelocque, comme nous l'avons dit, remet de nouveau tout en question. Ce n'est pas qu'il rejette absolument cet obstacle, mais il ne le croit pas sérieux; il pense qu'il n'y a pas de cas où la nature ne puisse se suffire à elle-même. Quant au signe, dit-il, que les auteurs nous donnent, ils ne reconnaissent pour cause que l'élasticité du périnée et celle des os du crâne de l'enfant. (ART DES ACCOUCH., t. 1er, p. 168 et *passim*.)

Les successeurs de Baudelocque ont, comme il arrive toujours, renchéri sur ses doctrines. Gardien, par exemple, tombe à cet égard dans une exagération qui n'a d'égale que la fausseté de ses principes sur le mécanisme de l'accouchement. « La connaissance du mécanisme de l'accouchement naturel par la tête, dit Gardien (ART DES ACCOUCH., t. II, p. 421), prouve d'ailleurs que, lors même que le cordon ombilical serait trop court, ou entortillé autour du cou, il ne pourrait jamais retenir la tête tant qu'elle n'a pas franchi la vulve, et dans le premier temps de l'accouchement la tête descend pour se porter du détroit supérieur dans le fond de l'excavation, en suivant la direction de l'axe du bassin; mais la tête n'avançant qu'en vertu des contractions de la matrice, les deux insertions du cordon ne sont jamais plus éloignées dans un instant que dans un autre, parce qu'à mesure que l'une s'approche de l'orifice, l'autre s'en rapproche aussi dans la même proportion, en vertu de la réduction du fond de la matrice. Dans le second temps, la tête n'avance pas; elle ne fait qu'exécuter un mouvement de tension du cou... Dans le troisième temps, elle ne fait que se défléchir. » L'erreur de Gardien repose sur cette fausse idée que c'est pendant les mouvemens d'expulsion que le cordon agit comme obstacle, tandis qu'il faut chercher cet obstacle après la contraction utérine, comme nous le dirons en temps et lieu. Cette doctrine a trouvé à l'étranger, comme en France, des partisans. En Allemagne, Lbomeyer (SCRIPT. INAUG. DE FUNICUL. MIN. BREVET. PART. DAMNOS, Halæ, 1823), Koblschvetter (DE FUNICULS. OMBILI FREQ. NASCENT. MORT. CAUS., Leipsic, 1833), Brongioani, en Italie, reproduisent les argumens de Bandelocque presque mot pour mot : « Fenomeno, dit ce dernier, che erronemente veniva attribuito alla resistenza del medesimo cordone troppo corto quando che dispende quella della parti esterne della generazione et segnatanunte del peripaco. » (PAOLO BRONGIOANI LEZIONI DI OSTETRIZIA, Pavia, 1823.) Néanmoins, on peut dire que cette doctrine n'a ni longtemps, ni partout prévalu, et que la généralité des accoucheurs a toujours admis la réalité de l'obstacle dont il est question. En Allemagne, Oslander (HANDBUCH DER ENBINDUNG, 1 vol., p. 209), Viégand (GEBURT DES MENSCH., édité par F.-C. Naegelé, t. II, p. 281, Berlin, 1820. LEHRBUCH DER GEBURT, p. 450), Busch, professeur d'accouchement à l'École de Berlin, enseignent cette opinion. En France, on commence également à y revenir. Déjà Gasc, dans un très bon travail, avait cité des faits pour combattre la doctrine de Baudelocque. (RECUEIL DE MÉMOIRES SUR LES ACCOUCHEMENS, p. 55.) M. Velpeau (TRAITÉ DE L'ART DES ACCOUCH., t. II, p. 114), sans paraître y attacher une grande importance, admet néanmoins la possibilité de l'obstacle. M. Guillemot (JOURN. HEBD., t. III, p. 281) cite plusieurs faits à l'appui de cette doctrine et les commente de la manière la plus judicieuse. M. Moreau (TRAITÉ PRAT. DES ACCOUCH., t. II, p. 12), tout en admettant cette cause de dystocie, professe le plus grand doute sur la réalité des signes : « De quelque sagacité que l'accoucheur soit doué, dit-il, il lui est impossible, avant que la tête ou toute autre partie ait franchi les parties externes de la génération, de savoir si cette particularité a lieu ou non. » Cette réserve nous étonne de la part d'un accoucheur si justement renommé pour sa sagacité. M. Chailly, au contraire, résume très bien les principaux signes de cet obstacle. (TRAITÉ PRAT. DES ACCOUCH., p. 355.)

MÉCANISME.

Nous avons vu comment les auteurs français de l'école de Baudelocque ont méconnu le mécanisme par lequel la brièveté du cordon devient cause de dystocie. Ainsi, tandis que Gardien s'efforce de prouver que le cordon ne peut être tiraillé pendent le travail d'expulsion, les auteurs de l'art. *Dystocie* du RÉPERTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES attribuent à la traction excessive du cordon raccourci toutes les entraves du travail. Cependant Rœderer, déjà, avait mieux saisi le mécanisme de la difficulté : « Quando dolores cessant, uteri fundus recedit et caput, funiculo, ex contorsione nimis brevi, cohærens, secum ducit. » (ELEMENT. ART. OBSTETRIC., p. 545, Gœtting., 1766.) On voit, par cette phrase, que l'accoucheur de Gœttingue avait parfaitement compris que c'est en ramenant la tête après la contraction que le cordon agit dans ce cas. Lamothe (chap. 7, liv. II, TRAITÉ SUR LES ACCOUCH.) est encore plus explicite : « L'enfant, dit-il, avançait pendant la douleur par la compression que la matrice souffrait, aidée de tous les muscles de l'abdomen, et qui lui faisaient faire un mouvement de précipitation de son fond vers son orifice, et par conséquent pousser en bas le placenta, où est la racine du cordon, et lui causer, par une suite nécessaire, un relâchement qui, pour lors, permettait à la tête de s'avancer, mais était forcée de rétrograder lorsqu'après la douleur la matrice reprenait sa place en retirant le placenta après elle, et par conséquent l'enfant. » M. Gasc expose les mêmes idées dans son travail, que nous avons déjà apprécié.

Nous résumerons donc, de la manière suivante, la doctrine de nos prédécesseurs en l'adoptant complètement. Nous dirons : que le cordon soit originairement ou accidentellement trop court, voici ce qui arrive : pendant la contraction, la tête descend, parce que la matrice elle-même, pressée par les muscles abdominaux, descend aussi, de manière à ce que, dans ce moment, le cordon est relâché, ne subit aucune traction et laisse par conséquent la tête s'avancer sans obstacle. Mais la contraction cesse, l'utérus remonte, entraîne avec lui le cordon et par suite fait reculer la tête du fœtus, celle-ci doit remonter d'autant plus facilement que l'élasticité des os du crâne, celle des articulations du bassin, la disposition légèrement conique de celui-ci, doivent favoriser son glissement ascendant.

C'est en concevant de cette manière l'influence de la brièveté du cordon qu'on arrive à admettre la réalité de cette influence, malgré les raisons spécieuses qui semblent combattre cette opinion. D'ailleurs, il y a quelque chose de plus fort que la théorie; les faits ont parlé depuis longtemps, et leur interprétation eût-elle manqué, qu'il eût encore fallu reconnaître leur légitimité.

DIAGNOSTIC.

Lorsqu'on est appelé pour un accouchement dont la brièveté du cordon paraît retarder l'achèvement, ou bien, qu'assistant la femme dès le début, on commence à soupçonner cette cause de dystocie, la tête est ordinairement déjà engagée dans le détroit supérieur, ou l'a même dépassé. Il devient par conséquent impossible de s'assurer du défaut de longueur du cordon par une exploration directe. Et Astruc, en recommandant d'introduire alors la main pour dégager le cordon, a prouvé qu'il ne pratiquait les accouchemens qu'en théorie. Cet accident ne se reconnaît donc que par des signes indirects, rationels, fournis par l'induction et par conséquent peu absolus. Le principal signe, celui qui frappe d'abord l'accoucheur, c'est le retrait brusque de la tête, immédiatement après la douleur, la plupart des anciens accoucheurs ont noté ce signe. « Conjecturæ locus est, dit Rœderer, si nullo dictorum impedimentorum præsenti, a quovis quidem dolore caput promovetur, cessante vero dolore, adusque attitudinem fere qua ante dolorem hæsit retrogreditur. » (Loc. cit., p. 545.) Mais il ne faut point se méprendre ni confondre le retrait dont il s'agit avec celui qu'occasionne, dans les derniers momens du travail, l'élasticité de la vulve et du périnée, surtout chez les primipares. Baudelocque et Gardien auraient eu raison de s'élever contre le peu de valeur de ce dernier signe, s'ils n'avaient confondu avec lui la rétraction particulière causée par la brièveté du cordon. Dans ce dernier cas, en effet, la tête recule souvent avant d'être arrivée à presser contre la vulve. Le doigt introduit dans le vagin sent tout à coup la tête avancer et descendre brusquement avec une impulsion qui semble parfois la faire sortir d'un coup; puis, aussitôt après la contraction, elle recule, non pas insensiblement, mais avec rapidité et de manière à regagner en arrière tout le chemin qu'elle avait fait en avant. Ce phénomène est d'autant plus saillant et plus significatif que la femme conserve plus de force et que les dimensions de la tête sont plus petites relativement à celles du bassin. Dans ces cas, j'ai vu la tête, poussée par d'énergiques contractions, parcourir en une fois tout le trajet qui sépare les deux détroits, et revenir d'un bond au contournement supérieur. Cette circonstance, qui est surtout prononcée, nous le répétons, lorsque le bassin est large, rend le diagnostic presque évident, et je ne l'ai jamais rencontrée sans trouver le cordon plus ou moins entortillé autour du cou du fœtus.

Un autre signe noté par quelques accoucheurs (Viegand, Busch, Carus, Guillemot), et que j'ai également observé, est la survenance, au plus fort de la contraction, d'une douleur utérine aiguë qui enraie brusquement on ralentit les efforts d'expulsion. Y a-t-il là une simple coïncidence, ou bien un rapport de causalité entre la brièveté du cordon et les tiraillemens de l'utérus par l'intermédiaire du placenta? Cette dernière hypothèse est plausible. Quoi qu'il en soit, ce signe est mentionné fréquemment, à un tel point que Viegand, par exemple, y attache plus d'importance qu'à tous les autres.

« Le seul signe caractéristique et *certain*, dit-il, de la brièveté accidentelle ou primitive du cordon, est la douleur vive, souvent insupportable, que les accouchées éprouvent dans le fond et quelquefois sur le côté de la matrice, dans le moment où l'enfant est poussé en avant par les contractions; dès que j'avais observé ce signe, ajoute ce célèbre accoucheur, je n'ai jamais hésité à appliquer le forceps. » (Viegand, loc. cit., tom. II, p. 282.)

En résumé, aucun signe n'est réellement pathognomonique; mais lorsque, chez une femme bien conformée, on observe, après la dilatation de l'orifice et l'écoulement des eaux, que, malgré d'énergiques douleurs, l'accouchement ne fait point de progrès; que la tête, quoique bien conformée et en bonne situation, n'avance point; ou que, descendue sous l'influence d'énergiques contractions, elle remonte chaque fois après leur cessation pour reprendre sa situation primitive; quand cette situation se prolonge et que les contractions continuent, franches ou entrecoupées par des élancemens qui les entravent, et que la parturition n'avance point, on peut alors, avec beaucoup de raisons, diagnostiquer la brièveté ou l'entortillement du cordon, et on se trompera rarement.

PRONOSTIC.

Maintenant, doit-on admettre que l'obstacle apporté à l'accouchement par cette cause doit être absolu, et empêcher complètement, dans quelques cas, la parturition naturelle, comme semblent l'admettre beaucoup d'auteurs?

Nous pensons que ce cas doit être rare et seulement possible chez les personnes chétives ou épuisées.

Nous admettons avec M. Busch (LEHRBUCH DER GEBURTSKUNDE, Marburg, 1829, p. 450) que la brièveté du cordon jusqu'à 10 ou 12 p. ne peut guère entraîner d'inconvénient; mais que si la brièveté va jusqu'à ne laisser que 6 ou même 3 pouces de libres, la parturition peut être arrêtée et que des accidens graves peuvent en résulter. Du reste, ces accidens on été constatés en grand nombre et leur récit conservé dans les archives de la science.

Levret (ART DES ACCOUC., t. VI, p. 199, obs. 35) a observé une hémorrhagie avec inversion de l'utérus. Stark, dans un cas où la tête remontait après chaque douleur, soupçonnant la brièveté du cordon, appliqua le forceps: une hémorrhagie, suite de l'avulsion du placenta, en fut la conséquence. Le cordon avait 8 pouces et demi. (Stark, ARCHIVES FUR GEBURTSHULFE FRAUEN ZIMMERCKRANKHEITEN DE JENA, 2 chap. 4 sect. n° 12). Le docteur Smith rapporte dans la GAZETTE MÉDICALE de Londres deux cas semblables survenus dans les mêmes circonstances (LOND. MED. AND PHYSIO. JOURNAL, vol. 6, p. 503). Du côté du fœtus et de ses dépendances, on a observé des accidens non moins graves. Smellie, sur cinq cas de brièveté du cordon, note deux enfans morts (COLLECT. OF CASES AND OBSERV. COLLECT., 19 nomb., p. 330). Meissner rapporte deux cas: dans le premier, un cordon de 6 pouces et demi entraîna l'inversion de l'utérus; dans le second, l'extrémité ombilicale du cordon supporta les efforts et détermina le prolapsus des intestins (Meissner, FORSCHUNGEN DIE 19ten JAHRHUND, etc. Leipzic, 1826, p. 192). Joerg a vu sur un fœtus venu par les pieds, le cordon trop court, arraché près du placenta (Joerg, VERSUCHE BEYTRAGE, Leipsic, 1805. KANN EIN ZU KURZE NABEL SCHNEIR DIE GEBURT VIEBRIG MACHEN). Busch cite également un exemple d'arrachement du cordon pour la même cause (GEMEINS DEUTSCH ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSHULFE, 7 bd, 3 heft, p. 3 40).

Mais quoique la gravité de tels accidens soit une exception, tant pour la mère que pour l'enfant, il n'est pas moins d'observation que ce dernier court fréquemment des risques sérieux. Les tractions réitérées qu'éprouve le cordon entortillé pendant une longue parturition finissent par le serrer outre mesure. La circulation s'arrête alors ou du moins se ralentit; il s'en suit que pour peu que les secours tardent à délivrer la femme le fœtus peut mourir ou naître dans un état de mort apparente dont il est souvent difficile et quelquefois impossible de le rappeler. En général, il faut pour cette dernière terminaison moins de temps qu'on ne l'imagine. J'ai vu dans ces cas, après un travail très court, le fœtus naître avec une face livide, engorgée, et ne revenir que très lentement à la vie. M. Morean a été plus malheureux. « Pendant longtemps, dit-il, nous avons cru que l'entortillement du cordon n'était pas une circonstance capable de compromettre l'existence du fœtus, parce qu'en effet nous n'en avions jamais vu résulter d'accident, bien qu'à la vérité nous cherchassions toujours à y porter remède. Mais voici un fait dont nous fûmes témoin et qui nous prouve qu'il faut agir. Une femme était à son troisième enfant; les douleurs marchaient avec rapidité... On avait appelé un médecin du voisinage, étranger aux accouchemens, qui laissa aller les choses d'elles-mêmes, bien *qu'il* vît le cordon roulé autour du cou. Le travail fut terminé en quelques minutes; l'enfant était mort; nos soins les plus empressés ne purent le ranimer, quoique nous fussions arrivé au moment même où il franchissait la vulve. » (Moreau, TRAITÉ PRAT. DES ACCOUCHEMENS, t. II, p. 212.)

Si ce fait prouve avec quelle rapidité la constriction du cordon peut amener la mort de l'enfant, il laisse à désirer qu'on n'ait pas donné la mesure de l'excédant de cordon qui est resté libre, circonstance qui aurait pu expliquer le peu de retard que le travail a subi malgré l'entortillement.

Si du côté de la mère, les accidens que nous avons rapportés plus haut sont rares, l'obstacle au travail peut néanmoins être plus puissant qu'on ne pense. La femme peut s'épuiser par un long travail, l'utérus tomber dans l'inertie ou s'enflammer. Nous avons vu quelquefois (et les observations que nous citerons plus bas le feront voir) des femmes très robustes s'épuiser en vains efforts et ne pouvoir expulser une tête de fœtus qui reculait après chaque contraction, et si l'art n'était pas venu à leur secours ces efforts démesurés n'auraient pu continuer sans amener, soit des lésions locales, soit des désordres généraux.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros de janvier, février et mars 1845 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Quelques considérations sur l'hérédité morbifique ou pathologique*; par M. Gintrac. 2° *Rétroversion de la matrice*; par M. Roussilhe. (Chez une femme de haute stature, la rétroversion eut lieu à quatre mois de grossesse. L'auteur parvint à la réduire en poussant en haut le fond du viscère avec une main, qu'il avait introduite tout entière dans le rectum, tandis qu'avec l'indicateur de l'autre main, il attirait le col en bas.) 3° *Observations de tumeurs blanches articulaires*; par M. Chanmet. (Première partie. L'auteur cherche à justifier le mot de *tumeur blanche*, que tout le monde s'accorde aujourd'hui à proscrire comme vague et dépourvu de sens; il commence même son mémoire par une description générale de la tumeur blanche. Viennent ensuite quelques observations particulières.)

II. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

97e livraison 1844 : 1° *Hygiène publique; rapport sur l'insalubrité du quartier de la Madeleine*; par M. Eug. Bonamy. 2° *Extrait d'une observation d'opération césarienne pratiquée avec succès*; par M. Pitre-Aubinais. 3° *Revue clinique des diverses espèces de luxation du coude qui doivent être définitivement admises, suivie de la description d'une luxation incomplète en arrière, datant de plusieurs années*; par M. Gély. 4° *Tubercule developpé dans la protuberance annulaire*; par M. Mabot. 5° *Tumeur osseuse sur la face interne du pariétal gauche; dépression du cerveau; altération de la substance grise des circonvolutions*; par le même. (Le sujet de cette observation, militaire, était depuis cinq ou six ans au service et jouissait d'une santé parfaite, lorsque, après quelques indispositions peu graves, il tomba tout à coup sans connaissance, yeux éteints, pupille contractée, écume à la bouche, mâchoires serrées, agitation convulsive; mort en onze heures. A l'autopsie, une cicatrice indiquant une blessure ancienne sur la région pariétale. Dépression du crâne à l'extérieur dans ce point; à l'intérieur, saillie osseuse considérable. Rien autre qu'une teinte rouge et une sorte d'induration des circonvolutions à l'extrémité interne de la scissure de Sylvius, dans l'étendue de 5 centimètres carrés.)

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS; par M. PITRE-AUBINAIS.

Obs. — Une femme de 36 ans, cultivatrice, ayant le bassin bien conformé, était déjà accouchée deux fois naturellement. A cette troisième grossesse, les douleurs se déclarèrent à terme, et la poche rompue, un bras se présenta et resta engagé à la vulve. Pendant plus de soixante-douze heures, diverses personnes renouvelèrent des tentatives multipliées de version. Mais l'utérus était tellement contracté sur le corps du fœtus qu'il fut impossible d'en venir à bout. Enfin, la femme présentant un état de faiblesse très alarmant, la peau froide, la voix éteinte, le pouls petit et concentré, l'auteur, ainsi qu'un confrère présent, se décidèrent à pratiquer l'opération césarienne. L'enfant cependant paraissait être mort; car sa main, située hors de la vulve, était noirâtre, froide, très tuméfiée, et l'oreille, appliquée sur divers points de l'abdomen, n'entendait aucun battement cardiaque.

L'opération fut faite avec une grande célérité, vu l'imminence du danger. A peine l'enfant extrait par l'incision longitudinale de l'abdomen, la femme parut revenir à elle. L'enfant, gros et fort garçon, était effectivement mort, mais depuis peu de temps seulement (douze heures, à ce qu'on présuma). Les suites furent très simples. Au bout de quarante jours, la plaie abdominale était parfaitement cicatrisée; bientôt après, la malade put se livrer aux travaux de la campagne avec autant d'aisance qu'avant sa grossesse.

Il paraît, au premier coup d'œil, singulier que l'opération césarienne ait été pratiquée dans un cas où la version pouvait suffire, où, à défaut de celle-ci, la céphalotomie du moins était parfaitement indiquée. M. Aubinais va lui-même au devant de cette objection : « Les médecins peu versés dans la pratique des accouchemens, ceux qui se sont contentés d'en étudier la théorie sous le manteau de la cheminée, pourraient croire que cette femme pouvait être accouchée par les voies naturelles, puisque le bassin était bien conformé, et puisque surtout on était parvenu à toucher du bout des doigts au pied du fœtus... Mais, ajoute-t-il, plus de vingt tentatives de version avaient été faites infructueusement, les forces de la malade étaient épuisées, les médecins étaient également à bout des leurs, d'autres confrères demeuraient trop loin pour que leur arrivée pût devancer la mort de cette femme. Je conçois donc qu'on n'approuve pas ma conduite au point de vue de la théorie; mais je déclare que ce moyen m'a paru le seul capable de sauver la mère. »

— On comprend que, avec de telles concessions de la part de l'auteur, nous avons fort peu de chose à ajouter. Mais, quelque disposés que nous soyons toujours à faire une large part aux difficultés de la pratique et surtout de la pratique des campagnes, nous ne laisserons pas de rappeler ici, pour le principe seulement, qu'un bain, une onction sur l'orifice avec la pommade belladonée, les injections d'eau tiède dont un médecin anglais a récemment signalé l'efficacité (voy. Gaz. Méd., 1845, p. 45), enfin, en désespoir de cause, l'incision du col étaient les moyens rationnellement indiqués, et auxquels il est fâcheux qu'on n'ait pas eu recours avant d'en venir à la ressource si chanceuse de l'hystérotomie abdominale.

SUR LES LUXATIONS DU COUDE : 1° LUXATION INCOMPLÈTE EN ARRIÈRE; 2° TABLEAU DES DIVERSES ESPÈCES DE LUXATION; par M. GÉLY.

1° LUXATION INCOMPLÈTE EN ARRIÈRE.

Boyer a nié la possibilité d'une luxation incomplète du coude en arrière, prétendant que si l'apophyse coronoïde du cubitus n'était pas poussée par l'effort qui opère le déplacement dans la cavité olécrânienne de l'humérus, elle retomberait toujours dans le fond de la grande cavité sygmoïde du cubitus quand l'effort viendrait à cesser. Depuis lui, presque tous les auteurs se sont rangés à cette même croyance, sur la foi d'une assertion aussi hypothétique. Il est donc à peu près généralement admis aujourd'hui que le bec coronoïdien du cubitus ne peut pas demeurer définitivement fixé sur la partie inférieure et postérieure de la poulie humérale. Par le fait, il n'y a guère lieu à s'étonner si cette opinion a prévalu puisqu'aucune observation cadavérique n'était jusqu'ici venue démontrer la possibilité d'un pareil déplacement. Le cas suivant, que rapporte M. Gély, nous semble tout à fait propre à lever ces doutes.

Obs. — Une femme de 28 ans mourut phthisique à l'hôpital. On sut qu'elle avait eu une lésion du coude sept ans auparavant à la suite d'une chute de cheval, que le traitement fut long et qu'elle demeura estropiée. Voici les lésions qu'on rencontra sur les parties osseuses.

Le bras était fléchi à peu près à angle droit; le coude paraissait à peine déformé et ne présentait point un grand excès de volume. Les rapports du cubitus et du radius entre eux ne sont nullement altérés; le ligament annulaire est parfaitement intact. L'olécrâne fait en arrière une saillie assez considérable. Il y a entre lui et l'épitroklée une distance de 35 millimètres. Cette éminence est située sur un plan inférieur à celui des tubérosités humérales externe et interne d'environ 18 millimètres, tandis que, à l'état normal, cette différence n'est que de 10 millimètres dans le degré de flexion où le bras se trouve (ceci est le signe caractéristique de la luxation incomplète; car, dans la luxation complète, l'olécrâne est au contraire élevé au dessus du niveau des tubérosités).

L'olécrâne a conservé sa forme habituelle. Son échancrure sygmoïde est également libre et régulière. L'apophyse coronoïde du cubitus, un peu hypertrophiée, repose dans une rainure profonde *creusée sur la partie postérieure de la poulie humérale, mais qui se rapproche sensiblement du condyle*. Sa base est en contact avec la partie inférieure de l'humérus. Son sommet, surmonté par un tubercule osseux, fait saillie dans la partie inférieure de la cavité olécrânienne. La tête du radius répond, par son bord antérieur, à la partie de l'humérus qui, dans l'état normal, se trouve placée au dessus et en dehors du condyle, entre la cavité olécrânienne et l'épicondyle. La surface supérieure concave est libre en arrière et se trouve de niveau avec la face postérieure de l'humérus. La tête du radius n'a subi aucune déformation. Le cubitus lui-même n'en offre que de très légères. C'est principalement sur l'humérus qu'elles ont porté. L'épitroklée, hypertrophiée en arrière où elle se confond avec le bord interne de la troklée, est à l'état normal en avant. La troklée, qui est embrassée par l'échancrure sygmoïde dans l'état normal, est remplacée en arrière par une échancrure profonde qui reçoit l'apophyse coronoïde, échancrure dont la profondeur est encore augmentée par le développement des parties voisines. En dedans, l'épitroklée est hypertrophiée. En dehors, il existe un tubercule osseux analogue sur le rebord de la troklée. La partie antérieure de cette poulie articulaire est à peu près intacte sous une capsule de nouvelle formation; seulement elle est rétrécie et refoulée en dedans par la projection du condyle huméral. Le rebord interne de cette poche proémine en dedans des os de l'avant-bras au niveau de l'apophyse coronoïde. La petite tête ou condyle de l'humérus n'est plus du tout visible en arrière où ce condyle est remplacé par une excavation qui reçoit le bord antérieur de la tête du radius. Cette gouttière de nouvelle formation a pour limites, en dehors l'extrémité de l'épicondyle, en dedans le tubercule osseux développé sur le bord externe de la troklée. Le plan de cette gouttière est plus élevé que celui de la rainure creusée sur la troklée; ce qui fait que la tête du ra-

dius a remonté plus haut que la partie correspondante du cubitus, et que les deux os de l'avant-bras ne sont plus sur un plan horizontal. Par suite de cette disposition, il semble au premier abord que l'avant-bras ait été poussé un peu en dehors en même temps que la face antérieure se serait déviée en dedans. On remarque en outre que le poignet se dirige un peu en dedans.

Le condyle de l'humérus fait une saillie considérable; il a perdu de son volume transversalement, mais il en a beaucoup gagné dans le sens antéro-postérieur. La cavité coronoïde a presque disparu. La cavité olécrânienne a diminué, surtout de haut en bas, par suite de la dépression qu'a éprouvée l'épitroklée et du refoulement en haut et en avant du condyle huméral.

Rien, du reste, dans l'état des os ni dans celui des parties molles ne pouvait faire supposer qu'il eût existé chez cette femme une maladie organique de l'articulation. Le point de départ du déplacement des os a donc, bien évidemment, été une luxation traumatique.

2° TABLEAU DES DIVERSES ESPÈCES DE LUXATION DU COUDE.

Ce tableau ne ressemble assurément pas à celui qu'on aurait pu dresser à l'époque et d'après la classification de Boyer ou même d'A. Cooper. Beaucoup de variétés nouvelles ont été décrites par les modernes; et sans doute la théorie n'a pas encore à cet égard recueilli le dernier mot de l'expérience. Ce tableau représente néanmoins assez bien pour le moment l'état de nos connaissance; et c'est pour ce motif que nous avons jugé utile de le reproduire sous les yeux de nos lecteurs.

Luxation des deux os de l'avant-bras.	A. En arrière.	Incomplète	sans déplacement accessoire, ou simple.
		Complète..	avec déjètement du radius en dehors.
			avec répulsion des deux os en dehors.
	B. En avant.	Avec fracture de l'olécrâne.	
		Sans fracture de l'alécrâne. (Observations de MM. Colson et Leva, d'Anvers.)	
	C. En avant et en arrière.	Luxation d'un os en avant et de l'autre en arrière. (Obs. de MM. Michaux (de Louvain) et Bulley.)	
	D. En dehors.	Complète. (Obs. de M. Nélaton, rapportée dans la thèse de concours de M. Huguier.)	
		Incomplète.	
	E. En dedans.	Complète.	
		Incomplète.	
Luxation d'un seul des os de l'avant-bras.	Cubitus.	Luxation en arrière (Obs. de MM. Sédillot, Diday, Paul Brun.)	
		Luxation en avant.	
		Luxation eo dehors.	
	Radius.	Luxation en arrière.	
		Lnxalion en avant.	
		Luxation eu dehors. (Observ. de Monteggia, Adams, M. Nélaton.)	
		Luxalion incomplète des enfans	en avant.
			en arrière.

TUBERCULE DÉVELOPPÉ DANS LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE; par le docteur MAHOT.

L'observation suivante n'offre d'intérêt que par la rareté des cas analogues et par la concordance des phénomènes morbides observés pendant la maladie avec les lésions organiques trouvées à l'autopsie. Considérée sous ce dernier point de vue, elle nous paraît devoir être reproduite ici par l'analyse.

OBS. — Durand, 22 ans, chasseur au 21e de ligne, constitution délicate, sans traces de scrofules, doué d'une bonne santé habituelle, est pris, dans la nuit du 8 au 9 janvier 1844, de contracture du bras et de la jambe gauches, avec perte de connaissance, écume à la bouche et bruit de râlement qui éveille ses camarades. Revenu à lui, il éprouve au bout de quelques heures le retour des mêmes accidens, avec émission involontaire d'urine. Pendant les huit ou dix jours suivans, faiblesse extrême, sans douleur, dans le bras et la jambe gauches, et ne permettant point au malade de se boutonner seul. A partir du 20 janvier jusqu'à la fin de février, douleur forte dans le pied et le bras gauches et autre occupant la région temporale droite et n'offrant aucune rémission.

Considérant le malade comme atteint de douleurs rhumatismales, on le traite, à partir du 25 février, par des bains et quelques dérivatifs.

Le 6 mars, céphalalgie fort intense qui n'est pas calmée par une saignée dont le sang est riche et un peu couenneux.

Le 13 mars, apparition d'une éruption de rougeole qui a disparu le 20, le malade restant dans le même état, avec légère paralysie de la face du côté gauche et du bras et de la jambe, mais sans altération de la sensibilité ni des facultés intellectuelles; pouls de 50 à 55. Dix sangsues derrière les oreilles.

Le 23, strabisme. Un séton est appliqué à la nuque.

Le 24 à minuit, perte complète de connaissance, respiration stertoreuse, puis mouvemens convulsifs durant un quart d'heure.

Le 26, les yeux se tournent facilement à gauche; tandis que pour regarder à droite, de l'œil droit, le malade est obligé de tourner toute la tête. Ulcération de la partie externe de la cornée de l'œil droit qui se cicatrise en quelques jours sous l'influence d'un collyre au nitrate d'argent.

Vers le 1er avril, légère amélioration dans les symptômes qui reprennent au bout de huit jours leur première intensité. Céphalalgie plus forte, affaissement, immobilité, vue troublée, diplopie, facultés intellectuelles intactes. (Nouveau vésicatoire.)

Le 19, convulsions qui durent quelques minutes et sont suivies, malgré une saignée du bras et une application de sangsues, d'un coma profond qui se termine après douze ou quinze heures par la mort.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. Les glandes de Pacchioni sont fort nombreuses et assez développées, et une d'elles un peu plus volumineuse que les autres est logée, sur l'hémisphère droit, à la partie moyenne du bord interne, dans une anfractuosité des os du crâne. Les ventricules latéraux contiennent beaucoup de sérosité un peu trouble et la face interne des parois en contact avec cette sérosité est ramollie, macérée. Le ventricule droit contient un petit kyste gros comme un noyau de cerise, renfermant une matière comme tuberculeuse, au centre de laquelle on rencontre une petite concrétion crétacée. La voûte à trois piliers est également ramollie. La pulpe cérébrale et le cervelet n'offrent rien d'anormal. La protubérance examinée avec soin offre une forme un peu irrégulière due à une saillie très sensible, sur la moitié droite de sa face inférieure; sur ce point, la coloration est plus grise, et l'on sent au toucher un noyau plus dur que les parties environnantes. En incisant, on rencontre, dans l'épaisseur de la protubérance, au voisinage de la face inférieure de cet organe, du côté droit, mais très près de la ligne médiane, un tubercule du volume d'une grosse noisette à tissu dense et d'un gris cendré, bien circonscrit et sans aucune trace de ramollissement.

Les poumons offrent d'anciennes adhérences: le droit contient dans son lobe supérieur des tubercules crus, dont un plus gros est ramolli.

Parmi les faits curieux qui se rattachent à cette observation, nous signalerons les suivans: l'impossibilité de tourner en dehors le globe de l'œil droit doit être attribuée à la paralysie du nerf moteur oculaire extérieur de ce côté dont une des deux racines naît au niveau ou au voisinage du bord inférieur. L'immobilité très marquée du malade qui restait couché sur le dos sans faire aucun mouvement et conservant toujours la même expression de figure a été déjà observée dans des cas de lésions de la protubérance, et, en effet, est considérée par plusieurs auteurs comme un signe annonçant une affection de cette partie de l'encéphale. La paralysie du mouvement observée dans les membres du côté gauche, tandis que la sensibilité y restait intacte, a probablement dépendu de ce que la tumeur étant placée sur la partie inférieure droite de la protubérance devait comprimer surtout les fibres provenant des cordons antérieurs de la moelle.

III. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros de janvier, février et mars 1845 contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Mémoire sur la hernie vagino-labiale*; par M. Stoltz. (Premier article.) 2° *Résumé général de la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Strasbourg pendant le semestre d'hiver* 1843-1844; leçon de M. Sédillot. 3° *Résumé de la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, du 1er juillet 1842 au 1er juillet* 1844; par M. Forget. 4° *Huitième tableau statistique de l'école départementale d'accouchement du Bas-Rhin*; par M. Ehrmann. (Résumé comprenant le mouvement de l'année 1842-1843. Aucun fait saillant.) 5° *Observation d'opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant*; par M. Lebleu; suivie de *Réflexions* par M. Stoltz.

OBSERVATION D'OPÉRATION CÉSARIENNE, PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT; par M. LEBLEU; AVEC RÉFLEXIONS DE M. STOLTZ.

S'il est, en tocologie, un précepte à l'envi sanctionné par le raisonnement et par l'unanime accord des auteurs, c'est celui de pratiquer l'opération césarienne de bonne heure, sans attendre que la femme ait été épuisée par d'inutiles efforts pour la délivrer à l'aide de la version ou du forceps. Mais ce précepte, quand on en vient à l'application, est si habituellement violé qu'on dirait presque d'une loi tombée en désuétude. Les difficultés de diagnostic et de pronostic que présentent tous les cas de cette espèce; d'autre part, les dangers propres à l'opération justifient assurément les chirurgiens d'hésiter, les excusent même de temporiser parfois à l'excès avant d'oser prendre un parti aussi grave. Mais ces considérations ne font que recommander plus vivement à l'imitation des ac-

coucheurs, l'exemple de ceux qui ont assez de dévouement et de courage pour poser l'indication dès le premier moment et pour l'exécuter immédiatement sans avoir besoin de se laisser forcer la main par l'insuccès des premières tentatives. Sous ce rapport, la conduite tenue par M. Leblen, dans l'observation suivante, est un modèle que nous nous complaisons à citer.

Obs. — Une femme, âgée de 17 ans, éminemment rachitique, fut conduite à l'hospice civil de Dunkerque, le 10 octobre 1843, à sept heures du soir. Les douleurs étaient déclarées depuis seize heures. Le col fut trouvé dilaté dans l'étendue de 8 centimètres environ et la poche des eaux bien dessinée. La stature de cette femme était de 1 m. 1/2; du sommet de la tête à la symphyse pubienne 0,64, et de la symphyse pubienne à la plante des pieds, seulement 0, 48. Le bassin était assez bien évasé du haut; mais, en touchant, le doigt qui arriva facilement à la saillie mince et tranchante formée par l'angle sacro-vertébral, constata que le diamètre sacro-pubien n'avait que 0 m, 045 (un pouce et demi) de longueur.

D'après ces données, assurément bien suffisantes pour établir l'indication, M. Leblen déclara à la femme la nécessité de l'opération césarienne. Elle y consentit assez facilement. Aussitôt, et moins d'une demi-heure après son entrée à l'hospice, l'opération fut pratiquée par une incision sur la ligne médiane, sans attendre que la poche des eaux fût percée et sans la déchirer non plus par le vagin. L'enfant fut extrait aisément; c'était une fille pleine de vie, fortement et très régulièrement constituée, dont la tête offrait des diamètres plutôt audessus qu'au-dessous de la moyenne, 11 centim d'une bosse pariétale à l'autre. La plaie fut suturée et réunie par les agglutinatifs.

Le lendemain 11, jusqu'au soir, peu de fièvre. A cinq heures de relevée, se déclarent des douleurs très vives dans tout le ventre, anxiété extrême, 130 pulsations (saignée de 700 grammes, 55 sangsues sur le ventre en 2 fois). Grâce à ce traitement, l'inflammation céda dès le troisième jour. Les lochies qui avaient d'abord peu coulé devinrent abondantes. Enfin, dit l'auteur, la cicatrisation étant, pour ainsi dire, complète, et la santé de la malade ne laissant vraiment plus rien à désirer, je permis sa sortie de l'hospice le 29 octobre, *dix-neuvième jour après l'opération!* L'enfant, qui continuait à cette époque de se bien porter, prenait chez la mère de la malade le sein d'une nourrice.

IV. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1844, janvier, février et mars 1845 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Clinique d'accouchemens; service de M. Delmas*; 2° *Epidémie qui a sévi à Mauguio (Hérault) en 1843*; par M. Vigié. 3° *Du froid considéré comme cause déterminante ou occasionelle de toutes les maladies de l'été*; par M. Pleindoux père. 4° *L'organisme jugé par lui-même et par les faits*; par M. Caffin. 5° *Ouverture du cours d'opérations et appareils*; par M. Estor. (Discours d'ouverture.) 6° *Cours de maladies des enfans*; par M. A. T. Chrestien. (Discours d'ouverture.) 7° *Quelques mots sur l'angine laryngée œdémateuse (œdème de la glotte); ses causes, sa marche, ses symptômes, son traitement*; par M. Szafkowski-Rufin. 8° *Observations pour servir à l'histoire des concrétions polypiformes du cœur chez les enfans*; par M. Ménard. 9° *Observation d'accouchement prématuré causé par l'emploi du seigle ergoté*; par M. Mutrec. (Douleurs accidentelles prises pour des douleurs d'accouchement à cinq mois de grossesse; administration inopportune de l'ergot de seigle; rupture de la poche amniotique dans un point ne correspondant pas à l'orifice utérin; écoulement lent et continuel des eaux pendant trois mois; mort du fœtus; continuation de la grossesse; accouchement par la version trois mois après ces accidens; fœtus dans un état de putréfaction très avancée; mort de la femme occasionnée par une affection cancéreuse de l'utérus, cinq mois après l'accouchement.) 10° *Observations de variole et de varioloïde, recueillies dans le service de la clinique médicale pendant les huit derniers mois de 1844*; par M. Jallaguier. 11° *Observations sur le cathétérisme forcé, à l'aide de gros instrumens*; par M. Raison. (Faits à l'appui du mode de cathétérisme proposé par M. Mayor.) 12° *Modifications au trocart ordinaire*; par M. Bourdeaux.

OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES CONCRÉTIONS POLYPIFORMES DU CŒUR CHEZ LES ENFANS; par le docteur MÉNARD (de Lunel).

Les concrétions qui se forment dans le cœur, et pendant la vie déterminent des accidens si graves par elles-mêmes et indépendamment de l'état morbide sous l'influence duquel elles ont été produites, que l'on doit recueillir tous les matériaux propres à éclairer leur étude, aussi longtemps qu'il restera quelques doutes sur les points les plus importans de cette étude. C'est à ce titre que nous analyserons les faits rapportés par M. Ménard, qui nous paraît avoir distingué, avec plus de précision qu'on ne l'a fait la plupart du temps, les concrétions anciennes de celles qui sont récentes, et avoir donné, aussi exactement qu'on peut l'espérer aujourd'hui, la description des phénomènes morbides que déterminent ces produits, et les moyens d'en reconnaître l'existence.

Les concrétions anciennes sont plus ou moins fermes; elles adhèrent aux parois du cœur, enveloppent ses colonnes charnues, se collent aux lèvres de ses valvules, s'insinuent dans ses ouvertures naturelles, qu'elles agrandissent quelquefois démesurément, et nuisent plus ou moins à la circulation du sang, qu'elles troublent au point de la rendre très difficile ou même impossible; de là la dyspnée, l'orthopnée, qui accompagnent les derniers instans des sujets atteints de ces lésions.

Les malades peuvent cependant vivre longtemps avec ces concrétions polypiformes; mais ils sont pâles, bouffis, languissans, incessamment suffoqués, sujets aux accès de toux et de fièvre éphémère et aux convulsions. Les signes stéthoscopiques sont : de l'irrégularité, de l'obscurité, de la confusion dans les battemens du cœur, et quand ces conditions n'existent que d'un seul côté, des bruits de râpe et de cuir ensemble.

Bien que cette maladie ne soit pas très commune, elle est cependant moins rare qu'on ne le croit communément; on trouve, dans la collection des thèses de la Faculté de Montpellier, pour 1844, une fort bonne dissertation de M. Arnaud, remplie de faits recueillis et classés avec soin. Elle a trait à ces concrétions polypiformes du cœur, développées épidémiquement sur les jeunes soldats des garnisons de Lyon et de Nantes, en 1840 et 1841. Quoiqu'il n'y soit question que de la forme récente de ces concrétions, les détails qu'on y trouve, sous le triple rapport de l'étiologie, de la symptomatologie et du diagnostic, sont, dit M. Ménard, aussi complets que le comporte un travail de ce genre. Des deux observations que cite l'auteur, nous ne rapporterons que la suivante, qui offre un double intérêt pour l'étude des concrétions anciennes et pour celle des lésions des valvules du cœur.

CONCRÉTION ANCIENNE REMPLISSANT TOUTE LA CAPACITÉ DE L'OREILLETTE DROITE ET SE PROLONGEANT DANS LE VENTRICULE CORRESPONDANT, EN DILATANT DÉMESURÉMENT L'ORIFICE AURICULO-VENTRICULAIRE.

Obs. — J. P., âgé de 2 ans et demi, a eu, en 1840, une gastro-entérite, puis une affection thoracique, avec suffocation, râle strident, voix rauque, et qui, après avoir passé par diverses phases, resta à l'état chronique, mais sans disparaître complètement. J. avait gardé le thorax comprimé à sa partie supérieure et bilatérale; il avait le col court, était fréquemment indisposé et toussait habituellement.

En mai 1841, atteinte de convulsions violentes qui le mettent à deux doigts de la mort, et à laquelle il échappe par d'abondantes émissions sanguines. La respiration resta toujours courte, avec battemens tumultueux au cœur, et les lèvres violacées, fort grosses, tandis que la face était pâle et jaunâtre.

Le 6 juillet 1841, J. était encore plus pâle et toussait davantage depuis quatre ou cinq jours, et avait beaucoup de propension au sommeil. A midi, il est pris de convulsions qui ne cessèrent plus, malgré l'emploi des moyens les plus énergiques jusqu'à sa mort, arrivée à quatre heures du soir, après une maladie de vingt-huit heures. Tant que les convulsions ont persisté, le pouls était plein et vibrant, le facies pâle, les pupilles fortement dilatées, la respiration difficile, courte et très fréquente.

Autopsie 25 heures après la mort. La poitrine, déprimée au dessous de la région moyenne, se termine supérieurement en cône tronqué par un cou court et grêle. Les tissus sous-cutanés sont abondamment pourvus de graisse. Les intestins sont pâles, le foie gorgé de sang noir, ainsi que la rate, qui est très volumineuse. Les poumons contiennent, en haut, de la sérosité spumeuse, et en bas, sont gorgés de sang noir. Le larynx, rétréci, n'a pas plus de calibre qu'une forte plume d'oie. Le cœur, très volumineux (trois fois le poing du sujet), paraît très élevé dans le thorax et comprime fortement le poumon gauche en arrière et en haut. Ses vaisseaux, propres, sont dilatés et gorgés de sang. Les oreillettes sont très vastes et dilatées; leur tissu, hypertrophié, est fort et résistant. Les ventricules, à peu près à l'état normal pour la capacité, offrent leurs parois très hypertrophiées, et notamment celles du droit. L'oreillette droite contient une masse jaunâtre, composée de fibres concentriques, ferme, résistante, élastique, qui en remplit presqu'exactement la cavité; le trou auriculo-ventriculaire est tellement dilaté qu'on ne retrouve aucune trace de valvules. Tous les vaisseaux sanguins du cerveau, surtout au sommet du crâne, regorgent de sang noir.

Si la dureté, fait remarquer l'auteur, l'élasticité, l'organisation de la concrétion polypiforme contenue dans l'oreillette droite n'attestaient pas de l'ancienneté de son existence, nous en trouverions la preuve incontestable dans les désordres de la circulation, que n'expliquerait pas suffisamment l'hypertrophie de l'organe, et surtout dans la *déformation du trou auriculo-ventriculaire*, qui ne présentait aucune trace de la valvule tricuspide. Cette observation est très importante comme fait et comme moyen d'étude des concrétions polypiformes du cœur; car on y saisit la nature sur le fait, et elle fournit un renseignement précieux sur la manière dont les concrétions sanguines du cœur peuvent, à certaines époques de la vie,

déterminer des lésions graves qui pourraient persister lorsque les concrétions elles-mêmes auraient pu disparaître.

Le second fait rapporté par M. Ménard diffère peu de celui que nous venons d'analyser. Le sujet était un enfant âgé de 9 mois, qui, à la suite d'une légère indisposition, était resté pâle et sujet à de courts accès de dyspnée dans les mouvemens brusques, à des inquiétudes, à des grimaces inexplicables, et qui, à la suite d'un violent accès de convulsions d'une heure de durée, tomba dans le collapsus, puis fut repris des convulsions, lesquelles amenèrent la mort au bout de vingt-six ou vingt-huit heures. La concrétion trouvée dans le ventricule droit était composée de parties qui appartenaient évidemment à des époques très différentes : les unes très anciennes, les autres toutes récentes. « Chaque jour apportait donc, dit l'auteur, avec beaucoup de justice, à ce produit anormal, une plus grande somme d'organisation. »

Nous mentionnerons aussi quelques utiles renseignemens fournis par M. Ménard, sur une épidémie de rougeole compliquée souvent de coqueluche, qui faisait, en décembre 1844, de grands ravages parmi les enfans de Lunel, et chez lesquels la maladie se terminait fréquemment au milieu des angoisses de la suffocation. La congestion pulmonaire seule ne pouvait lui expliquer ces accidens si rapides; car elle n'eût pu rendre compte du trouble observé dans la circulation et manifesté par les palpitations et le tumulte des battemens du cœur. « Quelques autopsies, dit-il, me mirent sur la voie en me montrant des concrétions polypiformes dans les cavités du cœur droit. » Ces concrétions étaient toujours d'origine récente, formées de fibres longitudinales, avec plus ou moins d'appendices dans les gros vaisseaux, et leur extrémité libre étant toujours terminée par un caillot de sang plus ou moins prolongé; leur formation datait probablement du dernier jour de la maladie, que leur développement rendait forcément mortelle.

OBSERVATIONS DE VARIOLE ET DE VARIOLOÏDE RECUEILLIES DANS LE SERVICE DE LA CLINIQUE MÉDICALE PENDANT LES PREMIERS HUIT MOIS DE L'ANNÉE 1844; par M. JALLAGUIER.

Nous ne nous arrêterons sur ce travail qui repose sur 23 observations recueillies en un court espace de temps que pour avoir l'occasion de faire connaître à nos lecteurs les principes sur lesquels repose encore aujourd'hui, dans la direction de l'école de Montpellier, le traitement de la variole et de comparer la méthode qui en résulte avec celle ou plutôt celles que suivent les nombreuses branches de l'école de Paris.

La fièvre continue qui existe dans la première période doit, dit l'auteur, être respectée si elle ne passe pas certaines bornes, car elle n'est que le résultat de l'effort critique qui doit produire l'éruption ; mais lorsqu'elle est exagérée, qu'elle produit même le délire, on doit chercher à savoir ce qui s'oppose au développement de l'éruption et l'examen de chacun des élémens amène à la connaissance des moyens propres à les combattre. Parmi ces moyens, l'émétique aura la première place, car il peut agir de deux manières, en en combattant la complication bilieuse si elle existe, ou en poussant les mouvemens à la peau dont le relâchement ou le spasme très intense pouvait s'opposer à l'éruption. Le traitement doit donc varier aussi suivant l'une ou l'autre circonstance.

La fièvre suppurative de la variole confluente est un symptôme factice qu'il faut souvent modérer. On a cherché à prévenir la formation d'une trop grande quantité de pus en employant les purgatifs ; d'autres ont préféré appliquer des vésicatoires. Si y a complication d'élémens bilieux, les premiers sont préférables ; mais on devra se tenir en garde contre les métastases purulentes sur les organes internes et que l'on préviendra par l'emploi des vésicatoires. Il peut survenir, dans le cours de toute variole, une fièvre concomitante en rapport avec la constitution atmosphérique ou avec l'état du sujet et qui réclame des moyens appropriés à la prédominance de tel ou tel élément; néanmoins si elle est modérée il faudra la respecter.

Pendant que la dessiccation s'opère, on doit combattre la tendance à une cachexie purulente, soit par les purgatifs, soit par les toniques, le quinquina, l'eau seconde de chaux, un régime analeptique, etc. Quelquefois, malgré l'emploi de ces moyens, il survient des fièvres lentes consomptives qui entraînent le malade au tombeau.

MODIFICATIONS AU TROCART ORDINAIRE; par M. BOURDEAUX.

Il n'est pas de petites choses en médecine pratique. Si un confrère s'élève et se distingue de la foule, soyez sûr que souvent ce n'est que pour avoir appliqué à propos un de ces mille détails que tant d'autres ignorent ou dédaignent comme d'importance minime. La modification proposée par M. Bourdeaux au trocart ordinaire est une de ces heureuses simplifications appelées à rendre modestement de nombreux services. M. Bourdeaux ayant remarqué que la tige de cet instrument se mouille fréquemment, ce qui exige des réparations multipliées et expose, en cas d'urgence, à être pris au dépourvu, conseille de faire la tige du poinçon aussi en argent. On évite par là ce contact de deux métaux différens qui favorise l'oxidation du fer.

D'un autre côté, lorsque la pointe du trocart a besoin d'être aiguisée, la plupart des chirurgiens qui habitent la campagne sont obligés de s'en passer; car, s'ils ont plusieurs trocarts, il arrive toujours qu'ils les ont choisis de forme ou de grosseur différentes, de manière à ne pouvoir remplacer sans inconvénient celui dont ils se servent habituellement pour tel ou tel cas par un autre. Pour remédier à cet inconvénient, M. Bourdeaux visse la lance à la tige, de manière à ce qu'on puisse facilement la remplacer par une des lances libres qui doivent compléter l'instrument et qu'on vend avec lui. Par cette correction, le praticien est assuré d'avoir toujours un trocart en bon état.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 MAI.

THÉORIE DE LA VISION.

M. VALLÉE lit une note relative à la théorie de l'œil; cette note est extraite d'un quatrième mémoire de son grand travail sur la vision.

L'auteur expose, dans ce mémoire, que la loi des rayons virtuels normaux à la rétine s'applique aux yeux des insectes et des crustacés, tels que les décrit M. Muller dans sa PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX, et il donne de nouveaux tableaux des réfractions de l'œil. De ces tableaux découlent les faits les plus importans de sa théorie.

D'après cette théorie, l'image de la chambre obscure qui produit l'image de la rétine est d'une perfection et d'une espèce inimitables.

A l'effet d'obtenir cette perfection, un milieu particulier, le corps vitré, se trouve interposé entre la lentille et le tableau; ce corps se compose de couches de plus en plus réfringentes en approchant de la rétine, et de là résultent deux moyens d'achromatisme qui concourent au même but.

Par cette même disposition du corps vitré, l'image de la rétine est agrandie, elle se reporte vers le grand cercle transversal du globe, et elle occupe toute la moitié postérieure de l'organe, et même un peu plus, conformément aux faits, qu'il serait difficile d'expliquer en supposant le corps vitré homogène.

A l'effet encore d'obtenir toute la perfection possible, le tableau qui reçoit l'image est courbe, et toutefois il diffère beaucoup d'une sphère. Les droites ou rayons virtuels qui joignent tes points rayonnans et leurs images sont normales au tableau, ce qui, pour chaque objet, produit une perspective qui n'a, dans aucune de ses parties, les défauts des *perspectives curieuses*. De plus, les rayons de courbure du tableau, lesquels coïncident avec les rayons virtuels, augmentent de longueur à mesure que les points auxquels ils se rapportent sont plus près du fond de l'œil; d'où il suit que l'image d'un objet sur lequel se porte angulairement l'axe optique est dessinée avec une échelle qui augmente à mesure que cette image se rapproche du fond de l'œil.

Enfin, l'allongement de l'œil, la diminution du rayon de la courbure et le déplacement du cristallin, en vertu de la disposition du corps vitré en couches, se réduisent à des changemens de 2 ou 3/10 de millimètre seulement d'amplitude.

Ces faits sont le résultat d'expériences de géométrie et de calcul.

SYSTÈME NERVEUX DU XENISTUM (NOUVELLE ESPÈCE D'ANNÉLIDE).

M. MILNE EDWARDS présente au nom de M. Emile Blanchard, préparateur de zoologie au muséum, un travail sur l'organisation d'un animal nouveau appartenant au sous-embranchement des vers suceurs, le xenistum. Le système nerveux du xenistum est remarquable, en particulier, en ce qu'il diffère de tout ce qui a été signalé à l'égard de cet appareil dans les divers types de l'embranchement des animaux annelés.

On sait que chez toutes les annélides suceuses, le système nerveux consiste en une seule chaîne ganglionnaire médiane. Dans le xenistum, bien loin de là, cet appareil est rejeté sur les parties latérales du corps. Cette disposition singulière rappelle complètement celle qui a été observée par M. Milne-Edwards chez le péripate et chez les némertes.

COMPOSITION DE LA TAURINE (ASPARAGINE BILIAIRE).

M. PELOUZE annonce à l'Académie de la part de M. Liebig un fait très important dans l'histoire des sécrétions animales et en particulier de la bile. Un de

ses anciens élèves, aujourd'hui professeur à Vienne, M. Redtenbacher, a soumis la laurine (asparagine biliaire de M. Gmelin) à une nouvelle analyse et il a trouvé 26 p. 100 de soufre dans cette substance, l'une des plus belles de la chimie organique par la régularité de ses formes cristallines. Les chimistes qui ont déterminé la composition de la taurine n'y avaient pas signalé la présence du soufre et ils lui avaient donné pour formule équivalente : $C^4 H^7 AZ O^{10}$.

ACTION DE LA SALIVE SUR L'AMIDON.

M. LASSAIGNE adresse un travail intitulé : RECHERCHES POUR DÉTERMINER LE MODE D'ACTION QU'EXERCE LA SALIVE PURE SUR L'AMIDON A LA TEMPÉRATURE DU CORPS DES ANIMAUX MAMMIFÈRES ET A CELLE DE + 75° centig.

Les nouvelles expériences que M. Mialhe a entreprises récemment sur l'action que la salive humaine paraît exercer sur la fécule amylacée dans l'acte de la digestion et les résultats qu'il a annoncés ont engagé M. Lassaigne à répéter sur la salive d'un animal herbivore celles de ces expériences qui lui ont paru le plus importantes sous le rapport physiologique. Son but a été de s'assurer si la salive pure obtenue par la section du canal parotidien sur un animal agissait à la manière de la diastase sur l'amidon, soit à la température du corps de cet animal, soit en la portant à + 75° centig.

Nous consignons ici les résultats auxquels l'ont conduit les diverses expériences qu'il a entreprises pour éclairer cette question.

Il résulte de ces expériences :

1° Que la salive de l'homme et celle du cheval, à la température de + 38° centigr., n'exercent aucune action dissolvante sur la fécule; ce principe reste sans aucune altération dans sa forme, comme dans toutes ses autres propriétés physiques et chimiques.

2° Porté à une température de + 70° à + 75° centigr., et maintenu dans cette condition pendant trois heures et demie, le fluide des glandes salivaires du cheval n'agit pas autrement que l'eau sur la fécule, c'est-à-dire que les granules de ce principe, placés au milieu de la salive du cheval ainsi chauffée, se gonflent et se distendent sans se transformer ni en *dextrine* ni en *glucose*.

3° La salive humaine rendue par la bouche, qui est du reste sans action sur l'amidon à la température du corps des animaux, convertit en peu de temps ce principe en dextrine à une température de 70 à 75° centigr., et transforme ensuite celle-ci en glucose, ainsi qu'on l'avait déjà remarqué.

4° Dans l'acte de la digestion des substances amylacées crues, la salive qui est à la température du corps des animaux ne jouerait donc pas le rôle que lui a attribué tout récemment M. Mialhe; elle contribuerait, ainsi que la plupart des physiologistes anciens et modernes l'ont reconnu, à humecter les matières alimentaires et à dissoudre quelques-uns de leurs principes, naturellement solubles dans l'eau qu'elle contient.

ACTION DU SUC PANCRÉATIQUE SUR L'AMIDON.

Le même auteur adresse une seconde note relative à l'action qu'exerce le tissu pancréatique du cheval sur l'amidon cru, ou en grains, et l'amidon cuit dans l'eau ou à l'état d'empois. Les essais que M. Lassaigne a entrepris sur ce sujet, essais qui lui ont été suscités par les résultats annoncés à l'Académie par MM. Sandras et Bouchardat sur la conversion de l'amidon en dextrine par le suc pancréatique, lui ont appris que le tissu pancréatique, chauffé dans l'eau à 100° pendant 5 à 6 minutes, amené à un état de demi-cuisson, n'exerce plus d'action sur l'empois d'amidon à 38, tandis qu'avant sa coction dans l'eau, le tissu pancréatique rend fluide à cette même température l'empois d'amidon et le convertit en dextrine, ainsi que l'ont démontré MM. Bouchardat et Sandras.

DU DIAPASON COMME INSTRUMENT DE DIAGNOSTIC.

M. A. LATOUR adresse à l'Académie une lettre dont nous extrayons les passages suivans :

« M. Despretz terminait le mémoire qu'il a lu dans la dernière séance de l'Académie, en manifestant l'espoir de voir surgir quelques applications utiles du diapason à la pathologie. Les vœux de ce savant physicien ont été exaucés. En 1843, j'ai appelé l'attention des médecins sur les avantages de l'application du diapason au diagnostic des maladies de poitrine. Dans tous les cas où la percussion ne peut être pratiquée, tels que ceux qui résultent de la présence de cautères ou de vésicatoires, d'une éruption pustuleuse déterminée par l'emploi d'une pommade émétisée, etc., le diapason remplace parfaitement ce moyen précieux de diagnostic. Les vibrations de cet instrument sont plus ou moins intenses et sonores, selon que les poumons sont plus ou moins perméables à l'air.

Les épanchemens dans la poitrine se reconnaissent et se limitent très bien par l'application du diapason.

Quelques essais me permettent d'espérer que l'application du diapason pourra être d'un grand secours pour le diagnostic des fractures du crâne. »

Enfin, M. Despretz indiquait cette application comme pouvant être fort utile pour juger du degré de surdité. Ce moyen a été depuis longtemps mis en usage.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT donne lecture du discours qu'il a adressé au roi, au nom de l'Académie, le 1er mai, et de la réponse de S. M.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'anatomie et physiologie.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture de la liste de candidature dans l'ordre arrêté par la commission ; elle est ainsi composée :

MM. Longet.	MM. Denonvilliers.
Manec.	Chassaignac.
Baillarger.	Belhomme.

L'Académie procède au scrutin. La feuille de présence porte 111 noms; majorité 56.

Le dépouillement donne les résultats suivans :

M. Longet obtient	79 suffrages.
M. Manec	19
M. Baillarger	11
M. Chassaignac	1
M. Belhomme	1
	111

M. Longet est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

— M. HENRY lit un rapport sur des eaux minérales. Nous n'en entendons pas un seul mot. Les conclusions en sont adoptées sans discussion.

TRAITEMENT DES PERTES SÉMINALES PAR LA COMPRESSION.

M. BRACHET (de Lyon), membre correspondant de l'Académie, obtient un tour de faveur pour communiquer une NOTE SUR LE TRAITEMENT DES PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES PAR LA COMPRESSION.

L'auteur rend d'abord justice aux recherches immenses et minutieuses de M. Lallemand, qui a de suite porté sur cette maladie le flambeau de l'observation et de l'expérience, et qui en a fait une des maladies les mieux connues. Il ne veut point s'engager dans la discussion de toutes les questions qu'a soulevées le savant professeur de Montpellier. Il ne se propose que de faire connaître ses essais sur l'action de la compression pratiquée en arrière du périnée sur la prostate. Il cite quatre observations de spermatorrhées qui reconnaissaient différentes causes, et qui, soumises à l'emploi de ce moyen, ont, toutes les quatre, été guéries dans l'espace de deux à trois mois. L'auteur ne se dissimule pas que ces faits sont encore insuffisans pour faire établir des règles générales; aussi il avoue qu'il n'en fait la communication à l'Académie que pour appeler son attention sur ce moyen, et engager les praticiens à l'essayer aussi, afin d'en déterminer la valeur.

M. Brachet se livre ensuite à quelques réflexions dont il est difficile de présenter une analyse bien exacte. Il reconnaît que la compression ne peut pas convenir dans tous les cas, et que le plus souvent il suffit de combattre la cause pour arrêter le mal. Mais il pense qu'elle peut réussir dans tous les cas d'atonie occasionnée par des excès ou des abus dans l'évacuation spermatique, ou même par des blennorrhagies prolongées ou souvent renouvelées. Il cherche à démontrer que l'influence nuisible de la spermatorrhée tient à la nature de la liqueur séminale, dont on ne saurait trop ménager la déperdition. Il attribue aussi une partie des effets des pertes séminales à la sécrétion plus abondante du fluide prostatique qui s'y joint presque toujours; et, comparant ce liquide à celui que sécrètent les cryptes du vagin dans le moment du coït, et dans certaines leucorrhées, il établit l'analogie qui doit exister entre ces cryptes éparpillés dans le vagin et ceux qui forment la prostate. Il donne ensuite une explication satisfaisante de la manière d'agir de la compression. Selon lui, elle produit deux effets: d'une part elle rétrécit la semence dans ses réservoirs, et elle les accoutume à en supporter mieux la présence et à la retenir plus longtemps; d'autre part, elle modifie l'état physiologique de l'urètre, de la prostate et des organes excréteurs du sperme. C'est à ce double effet qu'il attribue la guérison qui s'opéra. C'est en changeant la modification pathologique des organes malades, qu'ils reviennent à leur type normal.

Enfin, l'auteur fait connaître le bandage compressif qu'il a employé. C'est une ceinture en cuir, de laquelle part en arrière un sous-cuisse, d'abord simple et ensuite bifurqué, pour laisser libres les organes génitaux et venir s'attacher à la ceinture par deux boucles à ardillons. Dans le milieu du sous-cuisse est une pelote mobile qu'on place au point qu'on veut comprimer, et on serre autant que possible. Ce moyen bien simple diffère de la compression circulaire exercée sur la verge par des anneaux, des liens ou des pinces, qui exposent à de graves accidens, dont le moindre est le refoulement du sperme vers la vessie, ce qui est une apparence bien illusoire de guérison ; car le sperme, pour ne pas être poussé dehors, n'en est pas moins expulsé de ses réservoirs.

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

M. HAMONT lit un grand travail sur l'état actuel de la médecine vétérinaire en France. — L'auteur y examine successivement toutes les questions qui se rattachent à l'étude, à l'exercice de la médecine vétérinaire et à la profession elle-même. Après avoir indiqué ce que devrait être la médecine vétérinaire, son importance, ses applications à l'industrie, à l'agriculture, au commerce et à l'économie politique, le rang et la position sociale que devraient occuper les médecins

vétérinaires, il signale les nombreuses imperfections de l'organisation actuelle qui paralysent en grande partie les avantages et les heureux résultats qu'on aurait droit d'attendre d'une organisation meilleure. Il s'attaque surtout au système actuel de l'enseignement qui ne remplit que très incomplètement le programme des études et qui laisse sans application la partie la plus importante de ces études, celle qui a pour objet l'agriculture, l'élève des bestiaux, le soin des bergeries, etc. Il blâme enfin énergiquement l'association de la maréchalerie à la médecine vétérinaire, association qui contribue à maintenir les vétérinaires dans une position sociale inférieure à celle qu'ils devraient occuper, et qui a plus d'une fois éloigné des concours pour le professorat des hommes éminens dans la science. Il termine en proposant un ensemble de modifications qui remédieraient, suivant lui, à cet état de choses.

La lecture de ce travail, qui échappe à toute analyse, a captivé l'attention de l'Académie.

M. Hamont étant membre associé de l'Académie, le bureau propose d'insérer son travail dans les bulletins.

MM. Renault et Barthélemy réclament la parole.

M. Barthélemy. Le travail de M. Hamont est trop étendu et embrasse un trop grand nombre d'objets pour pouvoir être discuté de point en point; je craindrais d'ailleurs qu'une discussion approfondie sur cette question n'eût pas un intérêt suffisant pour l'Académie. Je me bornerai donc, tout en reconnaissant que le travail de M. Hamont renferme de fort bonnes choses, à déclarer qu'il en est beaucoup d'autres que les membres compétens de l'Académie ne sauraient adopter et contre lesquelles je protesterais tout le premier si l'on pensait que l'insertion au bulletin pût être considérée comme une approbation tacite de l'Académie.

M. Renault parle dans le même sens.

M. Dubois (d'Amiens). L'insertion au bulletin n'implique nullement l'approbation de l'Académie; elle est de droit, M. Hamont étant membre associé. D'ailleurs les observations de MM. Barthélemy et Renault seront consignées au procès-verbal.

Il est 5 heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypochondrie; par C.-F. Michéa, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine. Un vol. in-8°. Paris, Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 4.

Une pensée généreuse ne reste jamais stérile, surtout lorsqu'elle a pour la féconder le concours du savoir et de l'intelligence. Quelques années à peine se sont écoulées depuis le legs de madame de Civrieux, et déjà plusieurs œuvres remarquables ont surgi comme un témoignage de l'à propos et de l'intelligence qui ont présidé à cette fondation. De ce nombre, sont notamment les deux traités sur l'hypochondrie que nous a valus le dernier concours, celui de M. Brachet, dont un de nos collaborateurs a si bien su faire ressortir tout le mérite, et celui de M. Michéa, sur lequel nous allons appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

Il est peu de maladies qui aient été l'objet d'autant de recherches que l'hypochondrie sur laquelle planent encore cependant tant d'incertitudes. Est-il en effet une maladie plus obscure dans son étiologie, plus inconnue dans son essence, plus bizarre dans ses symptômes et sa marche, moins constante dans ses effets et son issue? En est-il dont il soit plus difficile de suivre toutes les phases, de déterminer le point de départ, de prévoir et de diriger l'issue? Aussi l'historique de cette affection offre-t-il les plus étranges contradictions, les opinions les plus disparates et les plus hasardées, les hypothèses les plus gratuites. Placée sur la limite des affections de l'ame et de celles du corps, empruntant à celles-ci son point de départ, son principe, à celles-là ses formes, ses apparences extérieures, ses symptômes, l'hypochondrie, suivant le point de vue auquel se sont placés les observateurs, a été rangée tantôt exclusivement dans les premières, tantôt dans les secondes; alternativement considérée comme simple symptôme ou comme maladie essentielle, comme effet ou comme cause de lésions organiques; attribuée par les uns à des troubles fonctionnels du système nerveux, par d'autres à des affections viscérales ou à l'altération des humeurs, elle a successivement épuisé toutes les théories, elle a subi l'influence de tous les systèmes, de toutes les idées du temps. Il faut arriver jusqu'au commencement du dix-septième siècle, à Charles Lepois, pour voir émettre les premières idées nettes sur le rôle probable que joue l'encéphale dans cette singulière affection, et plus tard jusqu'à Sauvages pour voir intervenir un nouvel élément emprunté à l'étude des rapports et de la réaction réciproque du moral et du physique. C'est dans cette voie large, ouverte aux observateurs par l'illustre nosologiste, que sont entrés depuis la plupart des auteurs qui se sont occupés de ce difficile sujet; et bien que quelques hommes d'une incontestable autorité persistent à assigner pour origine à l'hypochondrie des lésions ou des troubles fonctionnels des divers viscères de l'économie, on peut considérer aujourd'hui comme opinion dominante celle qui fait de cette maladie une forme particulière de délire partiel, de monomanie, ayant par conséquent son siége probable ou plutôt son support dans le cerveau. Telle est aussi l'hypochondrie pour M. Michéa; mais avant d'aller plus loin sur le développement de cette idée, disons d'abord comment il a procédé dans ses recherches et sur quel ordre de preuves il fonde son opinion.

81 observations particulières recueillies par M. Michéa lui-même ou empruntées aux auteurs modernes et suivies de réflexions, constituent la première partie de son livre. Elles présentent un tableau aussi complet que varié de toutes les formes sous lesquelles se présente l'hypochondrie. Chacune d'elles devient à son tour le texte des considérations et des argumens dont se compose la partie dogmatique; de telle sorte que l'auteur n'émet pas une proposition, ne discute pas un principe qu'il ne s'étaie sur des faits observés. C'est là sans contredit la manière la plus méthodique de procéder à une pareille étude, la seule même qui puisse, dans un sujet aussi difficile, mettre à l'abri des écarts de l'imagination. Au premier coup-d'œil que l'on jette sur cet ensemble de phénomènes si complexes, si insolites, sur cette variété si grande de symptômes, on cesse presque d'être surpris de la confusion qui a régné si longtemps dans l'histoire de l'hypochondrie, du nombre et de la variété des opinions qui ont été émises sur son compte. Il n'est pas en effet une des nombreuses hypothèses auxquelles cette maladie a donné lieu, si singulière qu'elle paraisse, qui n'ait trouvé sa raison d'être ou au moins son prétexte dans un des groupes de phénomènes dont se compose l'hypochondrie. Tantôt elle semble constituer une affection simple, essentielle, qu'il est impossible de rattacher à aucun désordre fonctionnel manifeste, à aucune lésion corporelle appréciable; tantôt au contraire elle se lie à des lésions organiques tellement variées, qu'on en vient à se demander si l'hypochondrie est bien réellement une maladie toujours identique, et si ce que l'on est convenu de désigner sous ce nom n'est pas plutôt un symptôme, un épiphénomène pouvant appartenir indistinctement à toute sorte de maladies. Ici ce sont des troubles fonctionnels des premières voies, là, des affections des organes respiratoires ou du centre de la circulation; ailleurs c'est l'anémie résultant soit de pertes abondantes de sang, soit de pertes séminales; ce sont des lésions organiques des viscères du bas-ventre, c'est tout le cortége des névroses; en un mot toutes ou presque toutes les maladies qui coïncident avec l'hypochondrie, qui la précèdent, la suivent ou marchent parallèlement. La voie analytique était évidemment la seule qui pût guider sûrement l'esprit dans un pareil dédale. Rechercher dans l'ensemble des phénomènes de l'hypochondrie ceux qui s'offrent d'une manière constante depuis le début jusqu'à la terminaison de la maladie, les séparer par la pensée des symptômes concomitans, des affections antérieures ou coïncidentes, en un mot de tous les phénomènes variables, accessoires ou secondaires, sauf à assigner à ceux-ci la part d'influence qu'ils exercent sur les phénomènes essentiels et celle qu'ils en reçoivent, telle était la marche à suivre. Or, à mesure que l'esprit pénètre plus avant dans cette nombreuse série d'histoires d'hypochondrie, il ne tarde pas à discerner au milieu de cette confusion de symptômes un phénomène constant, invariable, qui marque le début de l'affection et dont on peut suivre chez tous les malades la gradation ascendante dans toutes les phases de la maladie jusqu'à sa terminaison. L'analyse révèle, en d'autres termes, deux groupes d'élémens distincts : des élémens communs, constans, pathognomiques, auxquels aboutissent ou d'où partent tous les autres phénomènes et des élémens variables qui existent dans certains cas et qui manquent dans d'autres. Les élémens ou phénomènes constans qui constituent essentiellement l'état hypochondriaque, qui est la condition *sine quâ non* de son existence, se résument dans une certaine disposition morale, une préoccupation particulière qui portent certains individus à s'occuper incessamment de leur santé, à se replier en quelque sorte sur eux-mêmes pour s'écouter vivre, pour suivre et scruter tous leurs mouvemens organiques, à se créer des maux imaginaires dont ils s'évertuent à trouver les remèdes; c'est en un mot la *crainte incessante* de la mort; idée dominante qui, devenant bientôt le seul aliment de la pensée, jette un trouble profond dans les sensations, crée des maux et des douleurs imaginaires, et finit par donner un corps à ces sensations en déterminant à la longue des altérations fonctionnelles réelles du système nerveux ou des lésions profondes dans les viscères. Ainsi isolée de tout ce qui n'est point essentiellement elle-même, l'hypochondrie peut être nettement définie et trouve sa place naturelle dans le cadre nosologique. L'hypochondrie ainsi envisagée n'est plus en effet qu'une vésanie, une névrose de l'intelligence, ou, pour emprunter les propres expressions de

l'auteur, « une des nombreuses espèces de la monomanie triste ou de la lypémanie qui consiste dans une méditation exagérée sur son *moi* physique, sur l'état de son corps, sur sa propre santé, en d'autres termes, dans la terreur extrême d'être affecté de maladies qu'on juge dangereuses, incurables, susceptibles de conduire au tombeau. »

Cette détermination à laquelle a conduit l'analyse de phénomènes complexes de l'hypochondrie est d'autant plus légitime que la nature elle-même fait quelquefois ce départ; il n'est pas rare en effet de voir des hypochondriaques, surtout dans la première période, ne présenter exclusivement que les désordres psychologiques caractéristiques de la monomanie hypochondriaque; mais cette forme ou plutôt cette période de l'hypochondrie, que l'on peut appeler idiopathique, essentielle, ne tarde pas à se compliquer de troubles fonctionnels, de lésions de l'innervation, d'altérations viscérales plus ou moins considérables, si même ces perturbations organiques n'ont procédé ou n'ont suivi parallèlement le développement de l'hypochondrie. Après avoir établi son identité de nature, son essentialité, il restait à rechercher quels liens rattachent à l'hypochondrie ces diverses lésions qui tantôt la précèdent, tantôt suivent ses phases et toutes ses oscillations, tantôt ne se manifestent qu'à sa suite et semblent n'en être que des effets, tandis que dans d'autres cas les lésions physiques ont une telle prédominance dans la marche et l'aspect de la maladie, que l'hypochondrie semble n'en être que le symptôme; il fallait en un mot reconstituer en quelque sorte l'histoire de l'hypochondrie, telle qu'elle s'offre dans la nature, dans le plus grand nombre des cas, c'est-à-dire assigner à chacun des ordres de lésions et de phénomènes dont elle se compose, son rang, et sa part d'influence dans la maladie.

Trois périodes distinctes marquent la succession des phénomènes de l'hypochondrie. Dans la première, les symptômes sont exclusivement relatifs aux facultés intellectuelles et affectives. Dans la seconde, aux phénomènes psychologiques s'ajoutent des symptômes d'un ordre différent, des lésions fonctionnelles, des névroses de la sensibilité et de la motilité, au sein d'un ou de plusieurs organes, le plus ordinairement ceux sur lesquels le malade a plus particulièrement l'habitude de fixer son attention. La troisième enfin est constituée par le passage ou la transformation de ces troubles fonctionnels en véritables lésions matérielles. Telle est la succession habituelle des phénomènes de l'hypochondrie dans la forme la plus commune. Le fait initial est le désordre de l'intelligence, le délire spécial, la lypémanie hypochondriaque; tous les symptômes, toutes les lésions qui se manifestent successivement émanent de ce fait; c'est le fond commun sur lequel viennent se dessiner tous les groupes de symptômes. Dans quelques cas, le désordre intellectuel est précédé d'une lésion corporelle dont l'influence sur la production de la lypémanie n'est souvent pas douteuse; c'est ce que l'auteur désigne sous le nom d'hypochondrie symptomatique ou consécutive. C'est donc tantôt le moral qui réagit sur le physique, tantôt le phisique primitivement affecté qui produit le désordre intellectuel; mais quel que soit l'ordre d'initiative des phénomènes, c'est toujours la lypémanie hypochondriaque qui constitue le fond, la nature essentielle de la maladie.

Ce premier résultat de l'analyse une fois acquis, était-il nécessaire d'aller au-delà? En se laissant entraîner au goût dominant aujourd'hui pour la localisation, M. Michéa ne pouvait-il pas aller plus loin? Après avoir établi que l'hypochondrie simple est une forme particulière de délire partiel, une monomanie spéciale, qu'elle a par conséquent son siége principal dans le cerveau, ne pouvait-il pas se demander par suite de quelle modification survenue dans la texture de cet organe, se manifeste cet état, en d'autres termes, à quelle partie du cerveau et à quel ordre de lésions il convient de rapporter l'hypochondrie? M. Michéa s'est arrêté devant cette question : c'est une réserve dont on ne saurait que le louer, loin de la lui imputer à blâme. L'anatomie pathologique, en ce qui concerne les localisations cérébrales, est en effet impuissante, au moins dans l'état actuel de la science, pour donner les élémens de cette solution; elle ne peut offrir aucune base certaine ni à la définition de l'hypochondrie, ni à la détermination de sa nature. Nous irons plus loin encore et nous nous montrerons, à cet égard, moins réservé peut-être que l'auteur; nous doutons que jamais, quelques efforts que l'on fasse pour atteindre cette solution, on y parvienne en suivant cette voie. Il y a là une question d'initiative que les anatomo-pathologistes résolvent, par un véritable renversement des termes, au profit de la théorie des localisations, quand tout tend à faire présumer au contraire que les désordres anatomiques ne sont eux-mêmes, le plus souvent, que la conséquence des perturbations fonctionnelles survenues sous l'influence d'impressions morales, vives, profondes ou continues. Sans doute il n'est pas plus facile de se rendre compte de quelle manière ces impressions agissent pour produire des lésions matérielles, que de s'expliquer les troubles moraux par les modifications de texture des organes; mais c'est là un de ces mystères impénétrables à l'esprit humain; c'est là le nœud de la question si ardue des rapports du physique et du moral, rapports dont il faut se borner à consigner les résultats, sans chercher à saisir ce qui est insaisissable pour notre esprit, la nature intime de ces mêmes rapports. L'anatomie pathologique eût-elle, d'ailleurs, toute l'importance qu'on cherche à lui donner dans la question de l'étiologie des désordres intellectuels, serait-ce exclusivement dans le cerveau qu'il faudrait chercher la cause anatomique de la lypémanie hypochondriaque? L'opinion des anciens qui considéraient les maladies mentales comme étant fréquemment des effets de troubles ou d'altération dans les liquides circulatoires, cette opinion qu'on s'est trop hâté peut-être de considérer comme surannée, et qui n'est en réalité prescrite ni par le temps, ni par les progrès de l'anatomie pathologique, ne serait-elle pas spécialement applicable à l'hypochondrie? Ne pressent-on pas, sans pouvoir se l'expliquer, l'influence que des produits morbides répandus et disséminés dans l'économie, ou simplement mis en contact avec une extrémité nerveuse, peuvent exercer sur l'activité fonctionnelle du cerveau, en modifiant son mode d'impressionnabilité, sans qu'il soit nécessaire d'admettre pour cela aucune altération de texture? Ne sait-on pas que de simples matières étrangères, inertes, accidentellement introduites dans l'économie, peuvent, dans certaines circonstances, par une simple action de présence, exciter assez énergiquement le jeu et les ressorts de l'organisme, pour porter le trouble dans les actions du cerveau et de tout le système nerveux? Connaît-on enfin assez le mode d'action du sang sur la pulpe cérébrale et nerveuse pour négliger de tenir compte des influences puissantes qui doivent résulter du contact d'un sang altéré dans ses qualités chimiques ou vitales? En un mot, n'y a-t-il pas, dans la considération de ces faits encore si incomplètement connus, de puissans motifs pour nous engager à chercher plutôt en dehors du cerveau que dans le cerveau lui-même les causes organiques qui déterminent les perturbations de l'entendement? Nous ne ferions en cela, d'ailleurs, que nous conformer aux enseignemens de la physiologie et de l'anatomie pathologique elle-même, qui nous montrent dans le double courant des influences nerveuses les sensations procédant de la périphérie au centre, tandis que les mouvemens procèdent du centre à la périphérie.

Ceci nous conduit à dire un mot de l'étiologie et de la manière dont l'auteur a envisagé ce point important de son sujet. Il est un principe presque banal en philosophie, c'est que tout effet doit se montrer adéquate à sa cause; rien ne semble moins vrai cependant en médecine, à voir la manière dont on envisage en général les causes des maladies : ici ce sont des causes identiques qui produisent des effets différens, là le même effet résultant de causes variées. Cela tient évidemment à ce qu'on ignore le plus souvent la véritable cause ou à ce qu'on attribue à tort ce rôle à des circonstances occasionnelles, déterminantes, qui ne font que mettre en jeu la cause formelle, efficiente, en laquelle réside seule la virtualité de produire un effet constant, identique à sa nature. C'est ce que M. Michéa a eu le soin d'établir en distinguant le *principe* de la maladie qui ne peut devenir effectif que par le concours d'une cause, c'est-à-dire d'un phénomène qui implique la réalisation, d'avec cette *cause* elle-même. Cela établi, quel est le principe ou si l'on veut la cause efficiente de l'hypochondrie? On a vu que l'anatomie pathologique est entièrement muette à cet égard, et qu'existât-il même des lésions constantes en rapport avec l'hypochondrie, rien n'autoriserait encore à la rigueur à leur attribuer l'origine de cette affection. La physiologie n'est pas plus avancée sous ce rapport. On n'a pas d'idée assez nette, assez précise sur l'exercice fonctionnel du cerveau, sur ses modes spéciaux d'activité et sur la localisation des phénomènes intellectuels, pour qu'il soit possible de fonder sur de semblables données la recherche du principe en question. Il fallait donc en appeler aux seuls élémens appréciables, aux élémens psychologiques, et procéder comme on l'a fait pour la détermination des divers ordres de phénomènes de l'hypochondrie, c'est-à-dire par l'analyse des penchans, des instincts, des sentimens et des idées qui peuvent offrir quelques rapports avec l'objet du délire partiel et par l'examen de l'état dans lequel se trouvaient ces penchans, ces instincts et ces idées chez l'aliéné, antérieurement au trouble de son esprit. Or à l'instar des monomanies religieuses qui découlent du sentiment inné de la divinité; de la monomanie ambitieuse qui se rattache au désir d'élévation, etc., l'hypochondrie, suivant M. Michéa, se lie d'une manière intime à une faculté spéciale, à l'instinct de la conservation individuelle, à l'amour de son existence. C'est dans l'exagération de cet instinct le plus puissant, le plus énergique de tous les instincts de l'homme, c'est dans la continuité, la persistance de l'idée chimérique d'une mort prochaine, idée qui finit par devenir en quelque sorte le seul aliment de l'ame, que gît le principe, le fait constitutif de l'hypochondrie. C'est ce que M. Michéa appuie sur un grand nombre d'exemples heureusement choisis, s'étayant en cela de l'autorité de Willis, de Sauvages, Darwin, Cabanis, etc., contrairement à l'opinion professée par Louyer Villermey et adoptée depuis

par M. Brachet, que c'est moins l'idée de la mort qui préoccupe les hypochondriaques que la continuité de leurs souffrances.

Que le germe de l'hypochondrie soit acquis, ou qu'il soit originaire et transmis par voie d'hérédité, ainsi qu'il en existe des exemples, les causes peuvent agir de deux manières pour produire l'hypochondrie, ce qui correspond aux deux modes fondamentaux qui ont été établis. Tantôt les causes, en se portant vers les facultés de l'ame, agissent d'emblée sur l'instinct de la conservation, de manière à l'exagérer; tantôt elles procèdent par une sorte d'influence réfléchie, elles exaltent la faculté dont il s'agit par un élément intermédiaire. De là leur division en causes immédiates directes et en causes médiates indirectes. Dans la première catégorie, on trouve l'âge, les sens, les tempéramens, les conditions sociales, les professions, les doctrines religieuses et philosophiques, l'éducation, etc., etc. Dans la seconde, les influences atmosphériques, celles des alimens, des boissons, les émissions sanguines, les pertes excessives de semence, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, l'exercice exagéré des facultés intellectuelles, les diverses affections de l'ame, enfin une foule de maladies indéterminées.

Si cette analyse n'était déjà bien longue, nous aimerions à signaler quelques-unes des considérations pleines d'intérêt qui se rattachent à l'examen de ces diverses influences, ainsi que celles qui ont trait au diagnostic différentiel, à l'étude des complications, de la marche et de la terminaison de l'hypochondrie; mais nous avons hâte d'arriver au traitement.

Trente pages pour la thérapeutique! Au premier abord, cela paraît trop on pas assez. Ce ne serait pas assez si l'on s'attendait à trouver des indications précises, des méthodes rationnellement déduites, des prescriptions nettement formulées pour chaque forme, pour chaque complication, pour chacun des accidens et des symptômes de l'hypochondrie. Ce serait trop si, prenant au pied de la lettre cet adage qui n'est qu'un vrai leurre : la maladie étant connue, le remède est connu, il n'y avait plus qu'à indiquer les agens spéciaux qui s'adressent à l'élément principal de la maladie et les moyens accessoires propres à combattre les complications et les états coïncidens. La première manière n'était évidemment pas praticable; car c'était s'engager à faire un traité de thérapeutique tout entier. La seconde était-elle possible? Pas davantage. La thérapeutique ne se réduit pas malheureusement à des termes aussi simples, surtout dans les affections de l'ordre de celle-ci. M. Michéa ne prendra donc pas pour lui une critique dont la science seule est responsable. L'expérience ne fournit à cet égard que des données très vagues; l'empirisme, qui nous a dotés d'agens si utiles et si efficaces contre certaines affections, est ici sans puissance. C'est évidemment à la méthode rationnelle qu'il faut en appeler. Il faut recourir à cette même méthode analytique à l'aide de laquelle on a décomposé les divers élémens de l'hypochondrie pour s'élever de là à la connaissance du fait initial, du principe qui la constitue ce qu'elle est.

L'auteur, prenant pour base la division qu'il a faite de l'hypochondrie en deux modes fondamentaux, l'hypochondrie idiopathique et primitive et l'hypochondrie symptomatique on consécutive, traite séparément des moyens qui s'adressent à l'une et à l'autre forme. Pour la première, il distingue les agens généraux, c'est-à-dire ceux qui s'appliquent à toutes les monomanies en général; tels sont les exercices physiques, les voyages, les exercices intellectuels, la mise en jeu des passions par antagonisme, etc.; et les moyens spéciaux, qui ne sont applicables qu'à l'hypochondrie en particulier. Les règles, ici, ne sauraient se prescrire; on ne peut qu'énoncer le principe général auquel elles doivent être toutes ramenées; il faut agir avant tout sur l'esprit du malade, de manière à détourner l'idée fixe qui est la source ou l'aboutissant de tous les accidens, sauf à conjurer ceux-ci par les moyens appropriés de la thérapeutique ordinaire. C'est dans la médecine morale surtout qu'il faut puiser ses moyens d'action; il faut que l'esprit et le cœur viennent en aide aux connaissances médicales et psychologiques du médecin pour attirer la confiance de son malade, faire renaître dans son cœur l'espérance qui l'a fui, le convaincre, le séduire en quelque sorte par l'attrait de ses propres convictions et de sa propre espérance, on rompre de haute lutte l'idée fatale qui comprime les facultés de l'hypochondriaque. A ces moyens viennent se joindre les prescriptions d'une hygiène bien dirigée, dont toutes les influences doivent converger vers un but commun, la distraction de l'idée fixe, etc.

Les moyens moraux seuls ne suffisent plus, comme on le pense, dès que des phénomènes morbides réels sont venus compliquer le délire; il faut donc ici, comme dans l'hypochondrie sympathique ou secondaire, faire marcher de front la thérapeutique morale et les agens médicamenteux; l'auteur indique sommairement les cas où il convient de recourir aux médications antispasmodique, tonique, antiphlogistique, évacuante, etc.; vient ensuite le traitement des symptômes sur lesquels il ne peut être donné que des indications fort générales.

Tel est le vaste cadre que M. Michéa a si bien rempli, et dans lequel il a su jeter tant d'intérêt sur une question qui, à en juger par le nombre de livres dont elle a été l'objet, semblait devoir être épuisée. Après l'honorable distinction que cet ouvrage lui a value de la part de l'Académie, il devient presque superflu d'en signaler le mérite. On le lira avec d'autant plus de plaisir que les idées et les principes dont nous n'avons pu donner qu'un très rapide aperçu y sont présentés avec un remarquable talent d'exposition.

VARIÉTÉS.

— Ont été nommés commandeurs dans l'ordre de la Légion-d'Honneur : MM. le docteur Dumas, professeur de chimie organique à la Faculté de médecine de Paris, doyen de la Faculté des sciences, membre de l'Académie de médecine; Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

— Précis de médecine opératoire, par M. J. Lisfranc, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie royale de médecine, professeur de chirurgie et de médecine opératoire, officier de la Légion-d'Honneur, etc. — 3 forts vol. in-8° de près de 900 p. chacun.

Tome 1er, première livraison, prix : 2 fr.

Mode de publication. — Le Précis de médecine opératoire sera publié par livraisons de 160 à 200 p., format in-8°, de 40 lignes à la page.

A partir du 1er mai prochain, il paraît exactement une livraison, de deux mois en deux mois.

Le prix de chaque livraison, pour les souscripteurs, est fixé à 2 fr. pour Paris; et 2 fr. 50 c. franc de port par la poste pour les départemens.

Les non-souscripteurs payeront chaque livraison 2 fr. 50 c., et 3 fr. franc de port par la poste.

Cinq livraisons feront un volume.

Cette augmentation n'aura lieu qu'à la mise en vente de la sixième livraison.

Nota. L'anatomie chirurgicale sera traitée dans cet ouvrage avec le plus grand soin.

On souscrit à Paris, chez Béchet jeune, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 1,

Et chez tous les libraires des départemens.

— Manuel de physiologie; par J. Muller, professeur d'anatomie et de physiologie à l'université de Berlin, etc., traduit de l'allemand sur la 4e édition (1844), avec des annotations, par A. J. L. Jourdan, membre de l'Académie royale de médecine.

Cet important ouvrage formera 2 vol. grand in-8° de chacun de 800 p., 46 lignes à la page, avec un grand nombre de figures intercalées dans le texte, et planches gravées. Il est publié en 6 livraisons, chacune de 256 pages sur papier fin cavalier.

Les souscripteurs paieront les livraisons 1 à 5 à raison de 4 fr., et recevront la 6e livraison gratis.

L'ouvrage sera terminé à la fin de juin.

Quatre livraisons sont en vente (avec 71 fig.); les autres livraisons paraîtront de mois en mois.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— Clinique médico-chirurgicale du professeur Lallemand; publiée sous ses yeux par H. Kaula, son élève particulier. — 1 fort volume in-8° divisé en deux parties.

La première partie, contenant les Affections vénériennes, les Rétrécissemens de l'urètre et les Affections de la prostate, vient de paraître. Prix : 5 fr.

A Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

Erratum. — N° 18, p. 280, 2e col., lig. 55. Au lieu de *janvier*, 10, 14 *pour* 100, lisez : *janvier*, 19, 14 *pour* 100.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

OBSTÉTRIQUE.

MÉMOIRE SUR LA BRIÈVETÉ NATIVE OU ACCIDENTELLE DU CORDON OMBILICAL (présenté à l'Académie royale de médecine le 12 décembre 1843); par M. Hirtz, docteur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

INDICATIONS.

Nous serons court sur ce chapitre; quoiqu'il soit le but final de notre travail, la partie importante de notre tâche a surtout été de démontrer une fois de plus la réalité de l'influence dystocique de la brièveté du cordon; ceci une fois admis, tous les accoucheurs seront bientôt d'accord sur les indications opératoires.

En effet, la conduite à tenir dans des cas de cette espèce nous paraît tracée par la nature. En supposant que l'accoucheur ait pu connaître le genre de l'obstacle avant que la tête se soit engagée dans le détroit supérieur, comme il ne sait jusqu'à quel point le cordon est raccourci et, par conséquent, jusqu'où peut aller l'obstacle, l'expectation sera alors la seule conduite rationnelle.

Une fois que le travail est plus avancé et que l'entrave commence à se manifester, si la femme est forte, les contractions suffisantes, si aucune complication n'est survenue et que le temps écoulé depuis le commencement du travail n'est pas très long, l'accoucheur pourra temporiser, laisser agir la nature tout en l'observant; ou bien, si les eaux ne sont pas parties, il pourra rompre les membranes, selon le précepte de MM. Desormeaux et Dubois, reproduit et mis en pratique par M. Guillemot (Journal hebdomadaire, t. III, 1831, p. 299). Cette déplétion subite, en ramenant les parois utérines vers le centre, peut effectivement, comme le dit ce dernier auteur, avoir pour effet en abaissant le point d'insertion du placenta, de permettre à la tête de descendre. Mais ce procédé ne peut qu'être accessoire et seulement efficace avec un raccourcissement très faible du cordon; car l'observation démontre toujours son inutilité dans les autres cas.

Mais la femme est déjà affaiblie; si les eaux, comme cela arrive ordinairement, sont parties; si l'utérus menace de tomber dans l'inertie, ou si, au contraire, on a affaire à une femme sanguine qui se consume en efforts violens, tétaniques quelquefois, ou bien encore qu'il survienne des congestions vers la tête, ou enfin que les signes d'auscultation annoncent le ralentissement ou la cessation des battemens doubles; dans tous les cas, qu'ils se présentent seuls, ou combinés, l'expectation n'est plus permise; la santé de la femme et la vie de l'enfant exigent l'intervention de l'art. Il n'y a alors qu'une seule et même indication à remplir: extraire sans retard le fœtus par le forceps. Cette opération, entreprise dans ce

Feuilleton.

FUNÉRAILLES DE M. BRESCHET.

Les obsèques de M. Breschet, membre de l'Académie des sciences, professeur d'anatomie à la faculté de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, chirurgien ordinaire de l'Hôtel-Dieu, chirurgien consultant du roi et membre de presque toutes les Académies étrangères, ont eu lieu aujourd'hui, 13 mai 1845, à l'église Saint-Germain-des-Prés, au milieu d'un grand concours d'assistans. On y remarquait presque toute l'Académie des sciences et beaucoup de membres des autres Académies de l'Institut, les membres de la Faculté de médecine en robe, une députation nombreuse de l'Académie de médecine et tout ce que Paris renferme de médecins distingués. Les internes de l'Hôtel-Dieu, les élèves de l'École de médecine s'y étaient rendus en grand nombre et ont accompagné le corps jusqu'au cimetière.

Les cordons étaient tenus par MM. Elie de Beaumont, président de l'Académie des sciences; Andral, membre de cette Académie; Orfila, doyen de la Faculté de médecine; et Ferrus, membre de l'Académie royale de médecine. Le deuil était conduit par M. Amédée Thierry, gendre du défunt.

Des discours ont été prononcés par MM. Andral, au nom de l'Académie des sciences; Pariset, au nom de l'Académie de médecine; Cruveilhier, au nom de la Faculté de médecine; et Ferrus, au nombre des amis de M. Breschet. Un interne de l'Hôtel-Dieu, M. Dumarquais a ajouté quelques mots touchans pour exprimer les regrets des élèves de M. Breschet.

Le défunt repose, au cimetière du Père-Lachaise, près d'Etienne et des derniers académiciens que la mort a frappés.

Parmi les membres de l'Institut présens à cette funèbre cérémonie, nous avons pu remarquer MM. Flourens, Villemain, Droz, Dumas, Pouillet, Becquerel, Cordier, Poncelet, Valenciennes, Serres, Velpeau, Léint, Regnauld, Granet, Guigniand, Garcin de Tassy, Libri, Rayer, Villermé, Bory de Saint-Vincent, Berriat St-Prix.

Le respect le plus religieux et les témoignages unanimes des regrets les mieux sentis ont constamment présidé à cette douloureuse solennité.

Nous reproduisons les discours prononcés par MM. Cruveilhier, Ferrus, Andral et Pariset.

DISCOURS DE M. CRUVEILHIER.

Messieurs,

Il y a quelques années, trois professeurs de la Faculté de médecine de Paris remplissaient les fonctions de chirurgiens de l'Hôtel-Dieu: Dupuytren, chirur-

but, est alors, en général, très facile, parce qu'aucun obstacle, ni de la part du bassin, ni de la situation du fœtus, ne vient gêner l'application de l'instrument. L'extraction est, en général, facile; car, à moins d'une adhérence morbide, la séparation du placenta d'avec l'utérus, commencée déjà pendant le travail, se fait aisément, et le gâteau vasculaire tombe ordinairement sur l'orifice utérin au moment où la tête franchit la vulve. Il est cependant prudent de faire l'extraction avec lenteur et ménagement, de faire maintenir l'utérus en place par la sage-femme ou un aide, afin qu'il ne soit pas entraîné. Une fois que la tête a franchi l'orifice vulvaire, ordinairement elle s'arrête là, le tronc ne pouvant la suivre, retenu qu'il est par le cordon. Il faut se hâter de couper une des circulaires si celles-ci entourent le cou, au lieu de s'amuser à les dérouler. Après cette section, le tronc s'échappe ordinairement des parties. Il est le plus souvent nécessaire, à cause de l'état de congestion veineuse de la tête de l'enfant, de laisser saigner un peu le cordon.

Nous n'avons pas observé l'entortillement du cordon dans la présentation des fesses : ici le procédé serait encore plus simple, les pieds pourraient servir pour l'extraction, et pour peu qu'on éprouvât d'obstacle, on couperait le cordon dans le vagin, à quelque distance de l'ombilic.

Il est une manœuvre recommandée par Peu, Smellie et, à leur exemple, par MM. Dubois et Désormeaux, pour retenir la tête et l'empêcher de reculer après chaque contraction. Ces auteurs conseillent de la fixer dans le point où elle est descendue, soit en introduisant deux doigts dans le rectum, soit en la maintenant directement par le vagin. Cette manœuvre, outre qu'elle doit être très fatigante pour l'accoucheur et inutile pour la femme, ne nous paraît pas sans danger pour l'enfant; car, en fixant le cordon par son extrémité fœtale, on l'expose à se resserrer outre mesure, lorsqu'après la cessation de la contraction l'utérus, en remontant, entraîne l'autre extrémité du canal circulatoire, dans lequel le cours du sang peut être ainsi interrompu.

Encore une fois, dans la généralité des cas, l'application du forceps est le seul et vrai moyen qui répond à l'indication fondamentale. Il est cependant quelques complications qui rendent cette application plus difficile; nous les signalerons en relatant les faits qui nous sont propres, et que nous allons mettre sous les yeux du lecteur.

PRIMIPARE; ACCOUCHEMENT LABORIEUX; FORCEPS; CORDON ENTORTILLÉ.

Obs. I. — La première fois que j'eus à constater l'obstacle apporté à la parturition par le cordon, ce fut chez la femme S..., belle personne, bien constituée, quoique de petite taille. Cette jeune femme était en travail d'enfantement depuis quatre heures quand j'arrivai. Les eaux étaient parties, la tête se présentait, fortement engagée dans le détroit supérieur et en première position ; l'orifice de l'utérus était complètement dilaté. Pendant que j'explorais, une douleur violente fit brusquement descendre la tête. Je retirai le doigt et je crus que l'accouchement allait se terminer sous mes yeux, mais il n'en fut rien. La tête était remontée après la douleur et occupait sa place primitive. Plusieurs fois de suite je fus témoin du même phénomène; les douleurs continuaient ainsi sans avancer le travail; la femme surexcitée, la tête rouge, le pouls plein. Elle demandait instamment à être délivrée; je me décidai à appliquer le forceps. L'opération fut simple et facile; la tête suivit sans difficulté; seulement la malade accusait une douleur vive dans l'abdomen pendant les efforts de traction. La face de l'enfant était livide, plusieurs circulaires du cordon ombilical entouraient son cou sans le serrer très fortement. Aussitôt après la section du cordon, la respiration s'établit avec tous les signes d'une constitution vigoureuse. Il survint une petite hémorrhagie qui m'obligea à procéder immédiatement à la délivrance. Je trouvai le placenta détaché et appliqué sur l'orifice utérin. Après son extraction, qui fut suivie encore d'un petit flot de sang, celui-ci s'arrêta. La mère et l'enfant vivent encore.

Nous trouvons réunies dans ce fait la plupart des circonstances qui caractérisent le genre d'obstacle dont nous nous occupons. Ainsi, le retrait subit de la tête, après la cessation de la douleur, a été remarquable, puisque cette partie du fœtus a parcouru chaque fois tout l'espace compris entre les deux détroits. Ceci rend tout à fait inadmissible l'explication de Baudelocque, puisque la tête reculait chaque fois bien au-delà de la limite d'action du périnée et de la vulve.

La petite hémorrhagie a sans doute été le résultat du détachement du placenta, entraîné par le forceps. Aussi avons-nous trouvé ce gâteau vasculaire couché sur l'orifice utérin aussitôt après la sortie du fœtus.

PRIMIPARE; ACCOUCHEMENT ENTRAVÉ PAR L'ENTORTILLEMENT DU CORDON; FORCEPS.

Obs. II. — Mme L..., âgée de 21 ans, à terme de sa première grossesse, me fait mander, le 9 avril 1842, à sept heures du soir. Depuis trois heures de l'après-midi, elle éprouvait des douleurs suivies. En l'explorant, je trouvai le col très élevé, tourné vers le sacrum et à peine ouvert, le bassin parfaitement constitué et même d'une ampleur notable. A 10 heures, malgré des douleurs actives, l'ouverture de l'orifice n'avait guère augmenté. Je conseillai un bain, qui ne put être longtemps supporté. A minuit, l'orifice, quoiqu'un peu agrandi, n'offrait pas une ouverture en rapport avec la durée et l'intensité des douleurs. Je portai sur le col utérin, à l'aide d'une carte enroulée, de la pommade de belladone. Au bout d'une heure, son action était déjà très marquée et, à trois heures du matin, le col était entièrement ouvert et la tête commençait à presser sur le détroit supérieur en première position (de Naegelé). La poche des eaux était fortement tendue pendant les douleurs. Au bout d'une heure, comme elle résistait encore, je la rompis. Il partit une grande quantité d'eau et la tête dépassa le détroit supérieur. Il survint une heure de calme, puis les douleurs reprirent de nouveau. Mais l'accouchement n'avançait point; à chaque douleur, la tête descendait complètement dans l'excavation pour reculer aussitôt après.

A sept heures du matin, cet état persistait, et quoique la patiente fût épuisée, les contractions utérines étaient d'une énergie presque tétanique et accompagnées d'une douleur abdominale, qui les enrayait brusquement. La face était vultueuse, le pouls élevé, la peau couverte de sueur.

Je jugeai que l'expectation était arrivée à ses dernières limites. Je fis donner à la femme une position convenable; j'appliquai le forceps, qui eut quelque peine à se fermer. Aussitôt que les tractions commencèrent, la femme accusa de nouveau la même douleur dans le côté gauche de l'abdomen. Le fœtus avança facilement; je fis des efforts très ménagés, parce que je soupçonnais la cause de la dystocie. Mais la patiente, par un mouvement brusque du bassin en arrière, dégagea elle-même le forceps et la tête du fœtus; il en résulta une légère déchirure du périnée. Aussitôt que la tête eut franchi la vulve, je vis le cordon ombilical qui faisait plusieurs tours autour du cou. Ce ne fut qu'après la section d'une circulaire que le reste du fœtus put franchir. La face du nouveau-né était très violacée. Je laissai couler un peu de sang par le cordon, j'aspergeai de l'eau froide sur la poitrine, et ce ne fut qu'au bout d'environ deux minutes que la respiration commença. La délivrance ne présenta rien de particulier; le placenta se trouvait complètement détaché. Après son extraction, on pouvait juger qu'il ne restait qu'environ une vingtaine de centimètres de cordon non entortillé.

Mme L... se rétablit promptement. Elle vient d'accoucher pour la seconde fois sans aucun secours de l'art.

Ce fait se présente, comme le second, dégagé de toute autre compli-

---

gien en chef, avait appelé deux de ses élèves de prédilection, MM. Sanson et Breschet, dans l'espérance de léguer son héritage à des hommes formés à son école, qui perpétueraient la tradition de ses enseignemens et de sa pratique. Dupuytren et Sanson nous ont été enlevés à peu de distance l'un de l'autre, et nous rendons aujourd'hui les derniers devoirs à M. Breschet.

Tous les trois ont succombé à un âge où ils pouvaient encore rendre de bien grands services à la science par leurs travaux, et à l'humanité par leur expérience.

La Faculté perd dans M. Breschet une grande notabilité scientifique, et quelque valeur que puissent avoir les jeunes hommes qui vont se presser dans l'arène du concours pour remplir le vide que la mort de notre collègue a laissé dans nos rangs, les corps savans et enseignans perdent presque toujours, au moins pour un temps, à de pareils échanges. Il faut trente ans, disait un grand capitaine, pour faire un soldat; je dis qu'il faut plus de trente ans pour faire un vrai savant. Les grandes réputations, les réputations non contestées, ne se font et ne s'épurent qu'à l'aide du temps. Le génie lui-même n'est pas toujours affranchi de cette loi du temps qui consolide tout ce qui est bon et vrai, et qui détruit tout ce qui est mauvais et faux.

Il est peu d'hommes, Messieurs, dont la carrière scientifique ait été mieux remplie que celle de notre collègue, et par des travaux originaux, et par les traductions nombreuses dont il a enrichi notre littérature médicale, et par les publications qu'il a inspirées et auxquelles il a pris une part plus ou moins active.

Ne soyez donc pas étonnés, si vous trouvez son nom mêlé à la plupart des travaux anatomiques et physiologiques qui ont été publiés depuis le commencement du siècle.

Autant, et plus que personne, M. Breschet a concouru à importer en France les travaux scientifiques de l'Allemagne, cette terre classique des vues métaphysiques les plus transcendantes, et en même temps, chose bien remarquable, des travaux d'observations les plus minutieux et les plus positifs.

Non seulement M. Breschet les a importés parmi nous, mais encore il les a propagés par de nombreuses publications, et il a le mérite incontestable d'avoir puissamment contribué à triompher de notre dédaigneuse indifférence pour les théories élevées qui ne découlent pas immédiatement des faits particuliers. Non, Messieurs, il n'appartient pas à une intelligence ordinaire de comprendre aussi bien son époque et d'exercer sur la direction des esprits une aussi grande influence.

Et notez bien que dans les nombreux ouvrages qu'il a publiés pour atteindre ce but, notre collègue ne s'est pas borné au rôle de narrateur intelligent et fidèle des travaux d'autrui, mais qu'il s'est constamment montré à la hauteur des grandes idées de l'anatomie philosophique, au développement desquelles il a pris la part la plus active, en y rattachant les faits qui lui étaient propres.

Il semblait que les idées abstraites, qui sont l'objet de cette science, se dépouillaient, en traversant l'intelligence nette, sage, pleine de sagacité de M. Breschet, de ce qu'elles avaient d'exagéré, d'indécis, d'hypothétique; il semblait que le rôle de traducteur, auquel M. Breschet a cru devoir se réduire dans un grand

cation qui ait pu en voiler la signification. Nous voyons ici, sur une femme parfaitement conformée, avec un orifice utérin complètement dilaté, l'accouchement ne pas faire le moindre progrès pendant plusieurs heures, malgré les contractions les plus énergiques. Nous observons également ce mouvement d'oscillation de la tête, ainsi que la douleur aiguë dans un des points de la matrice, notée par Lamothe, Viegand, etc., et attribuée par eux à la traction opérée sur le placenta. Ce qui rendrait cette dernière opinion vraisemblable, c'est le réveil de cette douleur chez notre accouchée pendant l'action du forceps.

Nous avons suivi dans ce cas le précepte donné par les auteurs de rompre les membranes pour faciliter la descente du fœtus par la déplétion de la matrice. On a pu voir que, malgré le départ d'une grande quantité d'eau amniotique, la tête n'a que très peu avancé, ce qui n'étonnera pas si on songe à la nature de l'obstacle.

PRIMIPARE AGÉE DE 35 ANS; ENTORTILLEMENT DU CORDON; FORCEPS.

OBS. III. — Le 8 juin de cette année, à trois heures de l'après-midi, je fus appelé chez la dame de M. le professeur M..., âgée de 35 ans, d'une forte corpulence et d'une petite stature, en travail de son premier enfant depuis dix heures du matin. La sage-femme me dit que depuis midi l'orifice est complètement dilaté, sans que la tête, toujours au détroit supérieur, ait fait des progrès sensibles. En explorant moi-même, je trouvai la poche des eaux tendue et saillante à travers l'orifice utérin complètement ouvert et la tête en première position, le bassin parfaitement conformé et d'une ampleur remarquable. Comme le retard du travail me parut être dû à la tenacité des membranes, ainsi que je l'ai observé quelquefois, j'en fis la rupture. Une médiocre quantité d'eau s'écoula; la tête s'engagea dans le détroit, et comme je ne doutais pas que l'accouchement ne se terminât promptement, je laissai la patiente aux soins de la sage-femme et me retirai.

A six heures, on vint me chercher; après d'énergiques douleurs, l'accouchement n'était point terminé. Je trouvai la tête encore engagée au détroit supérieur, le cuir chevelu fortement tuméfié. Pendant que j'explorais, une contraction fit tellement avancer la tête, que je crus pouvoir annoncer à la femme, qu'avec une ou deux douleurs semblables l'accouchement serait terminé. La sage-femme m'apprit qu'à plusieurs reprises elle avait partagé la même illusion. Effectivement, en explorant immédiatement, je retrouvai la tête à sa place primitive. Je constatai ainsi plusieurs fois de suite le même phénomène; j'observai en outre que la tête était très petite relativement au bassin, et que ses mouvemens de va et vient dans l'excavation étaient très faciles. J'essayai même, mais en vain, de porter le doigt jusqu'au col du fœtus; car dès lors j'étais presque certain de la nature de l'obstacle auquel j'avais affaire. Cependant la femme se consumait dans des douleurs inutiles, quoique violentes; sa complexion apoplectique était rendue plus saillante encore par la congestion faciale. Elle me suppliait de la délivrer. Je la fis placer en travers sur un lit et dans une situation convenable, non sans arrêter de temps en temps mes préparatifs, en voyant à chaque douleur la tête arriver jusqu'à la vulve et sur le point de la franchir; mais le même phénomène se répétait toujours inutilement. La femme convenablement placée, j'appliquai l'instrument sans la moindre difficulté; la petitesse de la tête favorisait singulièrement le placement des cuillers du forceps. Avec des tractions ménagées, j'amenai la tête à la vulve. Dans ce moment la femme accusa, comme la précédente, une douleur instantanée et aiguë au côté droit de l'hypogastre; une seconde après, la tête avait franchi. Ainsi que je m'y étais attendu, le cordon ombilical serrait très fortement le cou de l'enfant et le retenait contre la vulve. Ce ne fut qu'après la section d'une circulaire que le reste du corps se dégagea. La tête du nouveau-né était d'un bleu livide, le cuir chevelu très tuméfié. Il ne donna d'abord aucun signe de vie. Je laissai couler par le cordon une assez grande quantité de sang, je fis couler de l'eau froide sur la poitrine, que je frictionnai, en cherchant à établir une respiration artificielle; ces moyens étant restés inutiles, je le plongeai dans un bain chaud et fis une insufflation très légère par la bouche. Un premier effort d'inspiration annonça le retour de la vie, et peu à peu celle-ci reprit son cours.

Le placenta se trouvait détaché; son extraction fut très facile, mais suivie d'un flot de sang liquide mêlé d'une masse de caillots. Quelques frictions exercées sur l'hypogastre modérèrent l'hémorrhagie.

L'accouchement avait eu lieu par une chaleur forte et orageuse; dès le surlendemain, les lochies devinrent extrêmement fétides et constituées par un écoulement d'un pâle verdâtre. Une fièvre continue se déclara avec des symptômes très menaçans, que je crus devoir attribuer à la putréfaction et à la résorption des caillots de sang contenus dans la matrice. Des injections chlorurées furent faites et entraînèrent une grande quantité de sang putréfié et d'une odeur insupportable. Dès lors la fièvre fut coupée.

Nous n'avons pas voulu entrer dans les détails pathologiques que comporte cette observation, ni discuter les principes qui s'y rattachent à ce point de vue. C'est le fait tocologique qui doit seul nous occuper. Ici les signes du raccourcissement du cordon étaient tellement évidens que le diagnostic ne pouvait être douteux. Le peu de volume de la tête, l'ampleur du bassin, l'absence de tout autre obstacle, tout en rendant les signes le plus saillans dans ce cas, servent en même temps à la démonstration du problème qui nous occupe. A quelle cause pourrions-nous attribuer, en effet, le retard de cet accouchement, puisque, du côté de la mère comme du côté de l'enfant, toutes les dispositions devaient favoriser une prompte terminaison du travail? Peut-être pensera-t-on, avec Baudelocque, que la résistance venait ici des parties molles externes, puisqu'en effet la tête venait faire effort contre elles. Oui sans doute, si la tête n'avait reculé que jusqu'à la limite d'action de ces parties; mais le mouvement de retrait l'a reportée bien au delà, puisqu'elle revenait presque au couronnement supérieur.

L'enfant, nous le croyons, a couru de grands dangers et eût probablement péri sans l'intervention prompte de l'art. Le cordon lui serrait fortement le cou, l'asphyxie était commencée et on a vu que nous avons eu de la peine à le rappeler à la vie. Les tractions successives qui faisaient remonter le fœtus après chaque douleur ont sans doute eu pour effet de serrer successivement les circulaires du cou au point d'intercepter finalement la circulation dans le cordon et d'empêcher, par une véritable asphyxie, l'hématose par le placenta. D'ailleurs, la lividité et la turgescence extrêmes de la face portent à admettre, avec Levret, que les jugulaires externes n'ont pas été étrangères à la compression; quoi qu'il en soit, nous sommes autorisé à penser qu'une plus longue expectation eût été fatale à l'enfant.

Nous venons de présenter trois faits comme démonstratifs des entraves qu'un cordon trop court peut apporter à l'accouchement. A ces faits, nous aurions pu en ajouter deux ou trois autres non moins probans, également fournis par notre expérience; mais comme ils n'auraient prouvé rien de plus, nous les avons passés sous silence. D'un autre côté aussi, nous aurions pu citer plusieurs cas d'entortillement du cordon, dans lesquels le travail de l'enfantement n'a été aucunement retardé. Ces derniers faits, que tous les accoucheurs observent ou peuvent observer journellement, ne prouvent rien contre la réalité de la cause de dystocie qui nous occupe; car, encore une fois, la facilité ou la difficulté du travail dépend du plus ou moins de longueur qui reste au cordon après son entortillement;

---

nombre de circonstances, n'était qu'un voile dont sa modestie se couvrait pour publier ses propres découvertes, et chaque traduction devenait le texte d'un travail spécial, de notes additionnelles, souvent plus intéressantes que le travail original lui-même.

Ne soyez donc pas étonnés si notre collègue jouissait dans le monde savant d'une aussi grande considération, s'il entretenait des relations scientifiques avec tous les pays, s'il dotait incessamment notre littérature médicale de tout ce qui paraissait de nouveau à l'étranger, et si c'est en quelque sorte sous son inspiration ou d'après son impulsion, que se sont faites toutes les traductions modernes, depuis Fréderic Meckel jusqu'à Muller. Sous le rapport de l'érudition, on pourrait dire de M. Breschet qu'il représentait l'Allemagne savante en France, et la France savante en Allemagne.

Toutefois, Messieurs, ce serait mal connaître notre collègue que de ne le considérer que comme un homme d'érudition; grand nombre de travaux originaux attestent qu'il avait toutes les qualités de l'observateur, et même qu'il avait une sorte de prédilection pour les objets de fine anatomie. Il me suffira de rappeler, en passant, ses travaux sur l'embriologie, ses mémoires sur la structure de l'ouïe chez l'homme et chez les animaux, sur la structure de la peau, sur les anévrismes, sur les vaisseaux lymphatiques, sur le phlébentérisme, et son magnifique ouvrage, avec planches, sur le système veineux, ouvrage qu'il a eu la douleur de laisser inachevé.

Tant de travaux avaient marqué depuis longtemps sa place à l'Institut, qu'il regardait, à juste titre, comme la plus haute récompense d'une vie presque entièrement consacrée à la science. Il eut l'honneur d'y succéder à Dupuytren.

C'est par la voie laborieuse du concours que M. Breschet a conquis toutes les places qu'il a obtenues, depuis celle d'élève de l'école pratique jusqu'à celle de professeur à la faculté, et pourtant on ne peut pas dire que M. Breschet fût un homme de concours; mais telle était la solidité de son esprit, la profondeur de son érudition, que souvent dans les luttes scientifiques qu'il eut à soutenir, il l'emporta sur des émules qui, avec une instruction incontestable, avaient sur lui l'avantage d'une élocution facile et brillante. C'est à ces mêmes titres que M. Breschet dut, dans un dernier concours, sa nomination à la chaire d'anatomie de la faculté.

Ce fut un beau spectacle que celui de ce vieil athlète aux cheveux blancs, déjà membre de l'Institut et célèbre dans toute l'Europe, descendant dans l'arène pour se mesurer avec de jeunes concurrens qui, presque tous, étaient ses anciens élèves; et si ses compétiteurs ne se sont pas retirés devant lui, comme autrefois se retirèrent tous les compétiteurs devant le grand nom de Vauquelin, ils ont montré par leur déférence qu'ils comprenaient parfaitement que le concours serait une institution éminemment vicieuse s'il ne tenait aucun compte des titres et mérites antérieurs des candidats.

Tel est, Messieurs, le professeur, le savant que nous avons perdu. Organe de la faculté dans cette triste cérémonie, j'aurais cru manquer à ma mission si je n'avais pas présenté notre collègue entouré de tous les titres scientifiques qui lui assurent un rang si distingué parmi les savans de notre époque.

En parlant, Messieurs, en présence de cette froide dépouille, qui de nous ne

et c'est parce que, dans les observations qui précèdent, il restait peu de cordon libre, que la dystocie a eu lieu.

Post-scriptum. Au moment d'envoyer notre travail à l'Académie, nous lisons ce qui suit dans la Gazette Médicale : « Le professeur d'Outrepont (de Wurtzbourg) admet que sur 10 enfans mort-nés, il y en a toujours 3 qui ont péri par la brièveté du cordon primitive ou par entortillement. Le nombre des femmes qui périssent par la même cause n'est pas moins considérable, surtout si on ajoute les cas où la brièveté du cou, empêchant la tête de descendre, donne lieu aux positions transversales, et cause ainsi la mort des enfans et souvent aussi celle des mères. » Suivent plusieurs cas, entre autres celui d'une mère dont 7 enfans sont nés morts avec entortillement du cordon. Pour le huitième enfant, l'accoucheur, appelé à temps, coupa le cordon entortillé et sauva l'enfant. (Gaz. Méd., p. 678, n° du 21 octobre 1843.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

V. JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Les numéros de janvier, février et mars 1845 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Observations pratiques sur le traitement des maladies syphilitiques par l'iodure de potassium*; par M. Gauthier. (Travail déjà publié à part. Voy. l'analyse qui en a été faite dans la Gaz. Méd., 1845, p. 175.) 2° *De la fièvre puerpérale et des moyens thérapeutiques propres à combattre cette affection*; par M. Leriche. (Rien d'original au point de vue pratique.) 3° *Notice chimique, médicale et topographique sur une nouvelle source d'eau minérale alcaline, ferrugineuse et gazeuse acidule découverte à Vals (Ardèche)*; par M. Dupasquier. 4° *Nouvelles observations de microphthalmie*; par M. Stœber. 5° *Rétention d'urine; sonde à jet pour dilater le canal*; par M. Montain. (Exemples de succès dus à l'injection forcée.) 6° *Affection squirrheuse des glandes mésentériques, ictère, autopsie*; par M. Joninon. (La tumeur comprimait le canal cholédoque et rendait impossible l'arrivée dans le duodénum de la bile et du suc pancréatique.) 7° *Mémoire sur le goître et en particulier sur le traitement du goître cystique*; par M. Boochacourt. (Voy. l'analyse de ce travail dans la Gaz. Méd., 1844, p. 734.) 8° *Fièvre typhoïde; pneumonie concomitante; accès bien caractérisés de fièvre intermittente; mort; autopsie; pas de plaques folliculaires dans l'intestin*; par M. Jacquot. 9° *Observation de corps étranger du genou extrait par une incision, suivie de recherches sur cette maladie*; par M. Fleuret.

NOUVELLES OBSERVATIONS DE MICROPHTHALMIE; par M. Stœber.

Obs. — Le 5 juillet 1844, dit l'auteur, on m'adressa la veuve Madeleine Frick, âgée de 38 ans, accompagnée de son fils, tous deux affectés de microphthalmie. J'appris de la mère qu'elle était issue de parens bien conformés, mais que son père avait perdu un œil par accident; qu'elle avait connu ses grands parens et que personne dans sa famille n'avait eu de vice de conformation ni aux yeux, ni ailleurs; qu'elle était née avec un œil beaucoup plus petit que l'autre et qu'ayant épousé un homme bien conformé, elle avait mis au monde deux garçons, tous deux atteints de microphthalmie, mais dont elle n'amenait que l'aîné. Voici l'état de la mère et du fils.

Madeleine Frick. Œil droit bien conformé. A gauche, les paupières sont beaucoup moins saillantes; la fente palpébrale est un peu moins longue et beaucoup moins ouverte qu'à droite; aussi ne peut-on voir le globe oculaire gauche dans une certaine étendue qu'en écartant les paupières. Le globe oculaire est beaucoup plus petit que celui du côté opposé; mais cette différence dépend bien moins d'une disproportion entre les deux tiers postérieurs des deux yeux, que du manque de développement de la cornée et de l'iris gauche, ainsi que de l'absence de la chambre antérieure de cet œil. La cornée est ronde, mais aplatie et n'a que 4 millim. (à peu près une ligne et demie) de diamètre. L'iris est incomplet; son tiers inférieur manque; ce coloboma est situé directement en bas; la pupille qui en résulte et qui commence par conséquent au bord inférieur de la cornée, n'atteint pas le point correspondant au centre de la cornée. L'iris est de couleur châtain-clair, uniforme et ne paraît pas contractile. La pupille est nette; les humeurs ne sont point troublées. La malade y voyait assez bien de cet œil pour distinguer tous les objets; mais la vue a beaucoup diminué depuis quelques années, à cause, dit la malade, des larmes que lui ont coûtées de vifs et nombreux chagrins. Elle ne distingue plus que les couleurs des grands objets.

George Frick. Agé de 7 ans; la face est petite comparativement au front qui est saillant et au crâne en général. Les deux yeux sont parfaitement égaux; les paupières sont déprimées vers l'orbite; les fentes palpébrales plus petites qu'à l'état normal et moins écartées. Les globes oculaires sont affectés du mouvement oscillatoire propre aux aveugles-nés et, en outre, sont pris alternativement de strabisme convergent. Les deux globes sont petits, ce qui, comme chez la mère, dépend principalement de l'exiguïté de la cornée, de son aplatissement et de l'absence de la chambre antérieure. Les cornées ont le même diamètre transversal que celles de la mère, mais elles sont ovalaires et leur diamètre vertical a environ 1 ou 2 millim. de plus. Les cornées aplaties n'ont point de limite bien fixe à la partie inférieure; elles passent peu à peu à l'état de sclérotique en devenant d'abord opalines, puis opaques. Immédiatement derrière cette partie de la cornée, l'iris manque à peu près dans le tiers de son étendue; ce coloboma est situé aux deux yeux en bas et en dehors; ce qui existe de l'iris est châtain-clair, uniforme, appliqué à la face postérieure de la cornée non contractile. La pupille s'étend depuis le bord inférieur externe de la cornée jusqu'au centre de cette membrane. Les humeurs sont transparentes; la vue paraît assez bonne, car l'enfant joue aussi bien que ses camarades; il va chercher de l'eau à la fontaine, il distingue les objets à quelques pas. Son intelligence est moyenne; il ne présente aucune autre difformité. La mère rapporte que lors de la naissance, il avait les prunelles (cornées) tellement petites qu'à peine distinguait-on un petit point noir dans le blanc de l'œil, mais qu'au bout de quelques semaines cette tache noire a commencé à augmenter d'étendue. Elle ajoute que [chez son second fils, âgé de 4 ans, il en a été de même; que, du reste, ce dernier n'a que l'œil droit affecté, et que cet œil présente le même aspect que l'œil de la mère décrit ci-dessus.

OBSERVATION DE CORPS ÉTRANGER DU GENOU EXTRAIT PAR UNE INCISION, SUIVIE DE RECHERCHES SUR CETTE MALADIE; par M. Fleuret.

Obs. — Un homme âgé de 52 ans, étant tombé il y a huit ou dix ans sur le genou droit, éprouvait depuis lors de la douleur et un peu de raideur dans l'articulation lorsqu'il se livrait à une marche prolongée. En 1839, il s'aperçut de la présence d'un petit corps étranger qui gênait les mouvemens et causait de la douleur dans certaines positions. Enfin, en 1842, il vint consulter M. Fleu-

sent son âme absorbée par d'autres pensées? Que sont les hommes! que sont ses dignités, les richesses! qu'est-ce que la gloire humaine! que sont les titres scientifiques eux-mêmes!

Un mot encore sur notre collègue, avant de lui dire un dernier adieu.

Ai-je besoin de vous rappeler les qualités du cœur et de l'esprit de M. Breschet, sa bonhomie spirituelle, la sagacité, la finesse et quelquefois le mordant de son esprit? Sa vie tout entière a été consacrée au culte de l'amitié, du dévouement et de la reconnaissance envers Dupuytren, et il lui est resté fidèle, même aux dépens de son intérêt personnel. Sa bienveillance envers ses élèves était inépuisable, et cette affluence de plusieurs générations de médecins qui se pressent autour de cette tombe vous dit mieux que toutes les paroles quel touchant souvenir ils ont conservé des services qu'il leur a rendus. C'était, en effet, un des mérites de M. Breschet de deviner l'aptitude des élèves, de savoir les faire travailler, de leur donner une bonne direction, de les associer à ses idées, et souvent aussi à ses travaux et à sa gloire.

M. Breschet était arrivé à cette époque où l'homme, satisfait de sa position, est appelé à jouir paisiblement de ses travaux; il venait d'assurer le bonheur d'une fille unique, digne objet de toute son affection, par une union qui comblait tous ses désirs; car il avait trouvé dans M. Amédée Thierry, son gendre, avec l'honneur d'un nom illustre, le dévouement du fils le plus tendre, et c'est dans ce moment qu'il a été pris, comme Dupuytren, au milieu d'une leçon, d'une de ces attaques d'apoplexie qui, bien que légères en apparence, annoncent une organisation profondément altérée, et laissent dans le cerveau une brèche irréparable. Comme Dupuytren, il alla demander un beau ciel de l'Italie, avec le repos, un rétablissement impossible, et, comme Dupuytren, il ne nous est revenu pour mourir hydropique.

C'est une belle mort, messieurs, que de mourir ainsi les armes à la main et au poste du devoir!

Adieu, cher collègue, adieu; puisses-tu, dans un monde meilleur, recevoir la récompense de tes travaux!

DISCOURS DE M. FERRUS.

Émue, oppressée par la douleur, l'amitié, en ce lieu, ne saurait être éloquente; mais elle ne peut rester muette toutefois sur la tombe d'un homme tel que Breschet. Elle aussi, mais à d'autres titres que la science, doit déplorer sa perte. Elle doit honorer et chérir sa mémoire, car le grand développement et la grande activité de son intelligence, la bonne et la mauvaise fortune, les satisfactions de l'amour-propre, les agitations, les triomphes ou les mécomptes de l'ambition, n'avaient point attiédi chez lui les qualités du cœur, ne le rendirent jamais infidèle aux sentimens affectueux.

Et d'abord, il aimait son pays et s'intéressait vivement à sa prospérité et à sa gloire. Il aimait le peuple dont il partageait les instincts généreux, et, en profitant de tous les avantages d'une civilisation avancée, en acceptant sa part des inégalités sociales basées sur le mérite, il avait su résister au vertige de l'amour-propre et à cet égoïsme vain que donne le mérite aux âmes ordinaires. Il était

ret qui reconnut ce corps dans l'enfoncement qui existe entre la rotule et le condyle, interne du fémur; très mobile, c'était lorsqu'on l'avait amené au côté externe du genou qu'il rendait le jeu de la jointure impossible, car le moindre mouvement y déterminait alors des douleurs atroces. Genou très peu tuméfié à l'extérieur.

Le 2 mai 1842, M. Fleuret fit l'opération. « Un aide tira les tégumens du côté de la rotule. S'étant assuré de la position du corps étranger, M. Fleuret le maintint avec la main gauche et incisa longitudinalement les tégumens dans une étendue d'environ 5 centim.; la capsule synoviale fut ouverte ensuite par une incision plus petite, d'où s'écoula une certaine quantité de synovie. Le corps étranger fut à découvert; après quelques tentatives infructueuses pour le saisir avec des pinces, le chirurgien passa le doigt indicateur au-dessous de lui, et il s'échappa aussitôt. Il n'y eut pas d'hémorrhagie et la plaie fut réunie par première intention; le genou fut enveloppé dans des compresses imbibées d'eau végéto-minérale et assujéties par un bandage un peu serré. Le membre fut placé dans l'extension sur un plan légèrement incliné; diète et repos absolu. » Le corps étranger extrait pesait 3 grammes, était long de 38 millim. sur 21 de largeur et 8 d'épaisseur. Une de ses faces était hérissée d'inégalités. Il avait la dureté et la consistance de la corne; la scie et la lime l'entamaient difficilement.

Sauf un léger érysipèle (qui est attribué par l'auteur aux bandelette de diachylon), les suites de cette extraction furent aussi simples qu'heureuses. Il y eut seulement le lendemain de l'opération de la douleur au genou et de la fièvre qui nécessitèrent une saignée; mais ces symptômes ne furent que passagers, et le malade guérit sans avoir présenté un seul instant de danger réel.

— L'observation précédente montre de la manière la plus frappante le peu de valeur que peuvent avoir des faits détachés pour faire juger d'une méthode quelconque de traitement. L'impression que produit au premier coup d'œil sa lecture n'est-elle pas que l'opération était ici très rationnelle, et qu'elle réussit toujours de même dans des cas analogues? Certes la rapidité de la cure paraîtrait bien capable d'autoriser de semblables conclusions. Eh bien! rien de moins vrai. En consultant la statistique, on ne tarde pas à reconnaître sur la totalité des malades opérés de cette sorte une effrayante proportion de morts. D'un autre côté, il n'est pas moins évident que le procédé par incision, ici mis en usage, ne saurait plus être conservé désormais au nombre des moyens avoués de l'art depuis que la méthode sous-cutanée a justifié par de si beaux succès l'innocuité prévue de son application au traitement de ces affections redoutables. Cependant si l'on s'étonne de voir l'incision *à ciel ouvert* encore pratiquée par M. Fleuret près de deux ans après la belle opération de M. Goyrand, on ne peut du moins l'accuser d'avoir sciemment négligé les avantages de ce dernier procédé lorsqu'on s'aperçoit, en lisant les recherches sur les corps étrangers articulaires, placées à la suite de son observation que même aujourd'hui, en 1845, les guérisons remarquables dues à l'extraction sous-cutanée ne paraissent pas être encore arrivées à sa connaissance.

VI. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les numéros de janvier et de février 1845 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Sur les causes de l'ictère*; par M. Decaisne. 2° *Observation de ramollissement pultacé de l'estomac; rupture sous-péritonéale de ce viscère; emphysème général; suffocation*; par M. Burggraeve. 3° *Généralités sur les ruptures qui peuvent survenir pendant l'accouchement, suivies d'une observation de rupture de matrice*; par M. Colson. 4° *Est-il vrai que l'on ait observé des pustules varioliques internes sur des sujets morts de cette maladie*; par feu M. Alexander.

SUR LES CAUSES DE L'ICTÈRE; par le docteur DECAISNE.

On affirmait, il y a quelques années, et peut-être quelques médecins affirment-ils encore aujourd'hui que l'ictère ne serait qu'un symptôme d'une altération organique, soit de l'appareil hépatique lui-même, soit d'un autre organe qui aurait réagi sur le foie, et on était disposé à refuser à cet état pathologique une place distincte dans le cadre nosologique. Cette prétention reposait sur une hypothèse assez généralement admise, savoir que la coloration de la peau en jaune dépendait dans tous les cas du passage de la bile dans le torrent circulatoire. C'est l'examen de cette hypothèse dans l'état actuel de la science, qu'a en vue l'auteur de ce mémoire, qui est trop long et trop développé pour que nous puissions en donner une analyse complète ou suivie. Aussi nous contenterons-nous de résumer les conclusions auxquelles est arrivé M. Decaisne, après avoir toutefois indiqué les principales sources auxquelles il a puisé les matériaux de ce travail, et qui lui ont été fournies par les recherches des chimistes et des physiologistes.

Il résulte, en effet, de toutes ces recherches que, si l'ictère dépend souvent du mélange de la bile dans le sang, soit par suite d'obstacles apportés à sa libre circulation, soit par l'effet de l'absorption qui peut en être faite, il n'en est pas moins vrai que, dans un grand nombre de cas, cette affection peut dépendre d'une altération de certains principes du sang, soit par la prédominance de la matière jaune, qui peut dépendre à son tour d'un défaut d'excrétion ou de sécrétion du foie, soit par le développement d'une matière jaune anormale, formée au sein de certains organes et portée par l'absorption dans la circulation. De nombreux faits sont accumulés à l'appui de cette distinction importante, et qui amène l'auteur à distinguer l'ictère en deux espèces; l'ictère bilieux, celui qui se lie à une lésion de l'appareil biliaire et provient de la présence de certains principes de la bile dans le sang et l'ictère essentiel dans lequel la coloration jaune est indépendante de la bile.

Voici maintenant quels sont les caractères de la première espèce : 1° Une peau grasse, onctueuse, colorée sur tous les points en jaune, fixe ou au contraire changeante et passant au vert plombé; 2° présence dans le sérum et les urines de certains principes propres à la bile et qu'il sera toujours facile de constater par leur coloration en vert passant au brun par l'acide nitrique; 3° décoloration des matières fécales; quelquefois flux bilieux.

Dans l'ictère essentiel, la peau n'acquiert jamais une coloration aussi intense que dans l'ictère bilieux; elle est jaune serin ou de couleur ocracée, sèche et non huileuse ou onctueuse. Les urines sont claires, limpides, pâles et ne se colorent point en vert, ainsi que le sérum, par l'acide nitrique. Les matières fécales ne sont point décolorées, comme dans les cas où la bile joue un rôle dans la coloration de la peau. Cette coloration jaune est toujours strictement limitée à la peau ou à une partie

---

resté simple, libéral, patriote, et n'avait point consenti à restreindre le cercle de ses affections, et à s'isoler au sein de la grande famille. Aussi notre ami était-il un parfait médecin d'hôpital. Il guérissait autant que les ressources de la science le permettent, il en savait créer de nouvelles, et il consolait toujours les malades confiés à ses soins, par la cordialité de ses manières et la simplicité dont toutes ses actions étaient empreintes.

Dans les désastres qui suivirent nos dernières guerres, il prodigua ses soins à ceux de nos soldats blessés ou atteints de maladies graves, qui, refoulés par l'ennemi dans les murs de la capitale, encombraient les hôpitaux de Paris.

En 1830 et pendant nos troubles civils, son dévoûment fut encore plus complet et plus efficace, car il était alors chargé d'un service important à l'Hôtel-Dieu. Dans ces tristes circonstances, il montrait une activité inaccoutumée, se multipliait, pour ainsi dire: c'est qu'alors, tout entier à la pratique, il négligeait ses études favorites pour se dévouer aux malades qui réclamaient ses secours; tandis que dans les temps ordinaires, il faut en convenir, il sacrifiait volontiers l'exercice de l'art à son amour pour la science; mais, je me hâte de le dire, les malades qu'il oubliait de visiter étaient toujours ceux qui n'étaient atteints que de maladies légères, ou qui, favorisés par la fortune, ne pouvaient, dans une ville comme Paris, manquer ni de conseils ni de soins éclairés. Les malades indigens excitaient seuls de sa part une sollicitude constante, et parmi eux les Auvergnats, ses bien-aimés compatriotes, n'étaient pas ceux envers lesquels il était le moins prodigue de paroles consolantes et de soins affectueux; et quand la maladie vint le frapper lui-même, les fonctions à l'accomplissement desquelles il craignait le plus de devenir inhabile, c'étaient celles qu'il exerçait à l'Hôtel-Dieu; le titre qu'il aurait le plus regretté, s'il lui eût été ravi, c'était celui de chirurgien de cet hôpital.

Un seul exemple, au reste, peut donner la mesure de sa commisération habituelle pour le malheur et de la reconnaissance populaire à son égard. Dans l'emportement de sa colère et l'abus de sa puissance le peuple détruisait l'archevêché de Paris, et, non content de raser l'édifice, il voulait encore anéantir tout ce qui avait appartenu à l'archevêché. Un grand embrasement se préparait tout à côté de notre grand hospice, et là devaient être brûlés en commun des meubles de prix, des livers, du linge, etc.; car si le peuple, dans le déchaînement des réactions politiques, s'abandonnait à la brutale fureur de détruire, il ne s'abaissait pas jusqu'à voler. Breschet, informé de ce grave désordre, veut l'empêcher, et sortant de l'Hôtel-Dieu avec précipitation, s'élance au milieu d'une foule agitée. Son but est d'abord méconnu, on le prend pour un prêtre qui veut s'opposer à la ruine de l'archevêché; des clameurs sinistres, des gestes expressifs menacent sa vie : rien ne l'arrête, il s'adresse aux plus furieux de l'émeute, leur demande s'ils veulent, en provoquant un incendie voisin, consumer dans les flammes leurs frères gisans dans les salles de l'Hôtel-Dieu. Bientôt il est reconnu par quelques-uns de ces hommes qui lui devaient leur retour à la santé; son nom est répété avec enthousiasme par toutes les bouches. Il veut, dit-il, que tout ce que l'on allait détruire soit consacré au service des malades. Chacun s'empresse de lui obéir, le feu est éteint, un grand nombre d'objets précieux sont conservés, et des bras nus et grossis par le travail le rapportent, non sans quelque rudesse, mais en triomphe, à l'Hôtel-Dieu.

Le culte filial n'était pas moins sacré pour lui que les devoirs de l'humanité.

seulement du corps. L'auteur rapporte un grand nombre d'exemples d'ictère local où non seulement on ne peut reconnaître l'action du mélange de la bile ou de ses principes avec le sang, mais où on est obligé de voir une modification du système capillaire sur un point spécial et déterminant une sécrétion anormale qui donne au pigmentum cette couleur particulière.

Dans les cas d'ictère essentiel où la coloration s'étend à toute la surface du corps, on reconnaît une cause analogue et une altération du sang qui varie suivant les modifications; ainsi l'auteur attribue à la phlébite ou à la résorption purulente l'ictère qui survient à la suite des opérations chirurgicales ou des plaies de tête, et démontre que celui des enfans nouveau-nés ne peut être regardé comme exclusivement lié à une affection du foie, comme dépendant du passage dans le sang des principes de la bile.

Quant aux cas de mort subite frappant des individus en apparence bien portans, mais atteints d'un ictère essentiel, et dont l'auteur rapporte un exemple remarquable, et chez lequel on n'a pu découvrir aucune trace des principes de la bile dans le sang, bien que le foie fût extrêmement petit, plissé, ratatiné, enfin à l'état de cyrrhose, il est évident qu'on ne devra pas les attribuer constamment à l'action des principes de la bile par leur présence dans le sang, mais plutôt à une modification dans la composition de ce liquide.

Voici maintenant quelques-unes des conclusions que l'auteur a tirées de son travail, celles au moins qui se rattachent aux vues qui lui sont particulières :

1° L'ictère ne dépend pas dans tous les cas d'une lésion du foie ou de l'appareil biliaire.

2° Certains ictères doivent être attribués à une altération, à une disjonction des principes du sang, peut-être même à la séparation, à l'isolement de la matière jaune existant dans le sang normal, ou au changement de la matière colorante rouge en jaune.

3° Il est certain que la fluidité et les changemens dans les principes du sang chez certains ictériques démontrent une modification de ces principes et peuvent être regardés comme la cause des morts subites observées chez quelques individus atteints de jaunisse ou devenus ictériques à la suite de morsures vénimeuses.

4° A l'appui des modifications dans la composition du sang, on peut citer l'ictère des nouveau-nés, chez lesquels ces changemens surviennent quelquefois, soit par l'influence des agens extérieurs, soit par les modifications qui se manifestent dans la circulation chez ces enfans par suite du passage de la vie fœtale à la vie extra-utérine.

5° Les ictères locaux ne peuvent plus être mis en doute, et leur mode de formation est encore inconnu.

OBSERVATION D'UN CAS D'EMPHYSÈME GÉNÉRAL AMENANT RAPIDEMENT LA MORT PAR SUFFOCATION, AVEC RAMOLLISSEMENT PULTACÉ DE L'ESTOMAC ET RUPTURE SOUS-PÉRITONÉALE DE CE VISCÈRE; par le professeur BURGGRAEVE.

Cette observation, que nous allons rapporter aussi textuellement qu'il nous sera possible, offre un grand intérêt; peut-être même est-elle unique dans l'histoire de la science, ainsi que le fait remarquer M. Burggraeve; car, si nous comptons déjà un assez grand nombre de cas où l'emphysème général du tissu cellulaire a dépendu ou au moins a paru dépendre d'une communication accidentelle établie entre les bronches et un point quelconque du tissu cellulaire en dehors des plèvres, et où le mécanisme des accidens qui en résultent et amènent la mort dans l'espace ordinairement de deux ou trois jours, est très facilement explicable. Jusqu'à ce moment, il ne paraît pas que l'on ait observé aucun exemple des mêmes accidens produits par l'estomac, et la déglutition. La rapidité même avec laquelle la mort est arrivée dans le fait que nous allons rapporter indique combien le mécanisme agit avec plus d'énergie dans ces cas que dans ceux où la perforation existe dans l'appareil pulmonaire.

OBS. — Le sieur V. H., chirurgien, se trouvant à Gand pour remplir les fonctions de juré, se sent pris d'une brusque indisposition après le repas. La peau froide et crispée est couverte de sueur, le pouls serré est à peine sensible; la voix est éteinte, la respiration anxieuse, le ventre tendu et ballonné. On lui administre un lavement émollient, quand, tout à coup, à la suite d'un effort de selle, un emphyseme se déclare et s'étend à la région du col, où il exerce les effets d'une strangulation effrayante. L'action des poumons est suspendue et un état cyanique se déclare; la bouffissure augmente à chaque inspiration, pendant laquelle le malade effectue, comme malgré lui, des mouvemens de déglutition. Bientôt il ne présente presque plus de forme humaine; mais de temps en temps une voix lamentable indique que là il y a encore un être qui souffre, et le malade conserve évidemment toute sa présence d'esprit et prend part à la consultation que tenaient trois confrères réunis auprès de lui, sur les moyens à opposer à des accidens d'une nature aussi rapide et aussi effroyable; il fit connaître la répugnance qu'il éprouvait pour la paracentese abdominale, à laquelle on se proposait de recourir, bien que sans presqu'aucun espoir de guérison.

La soif ardente qui tourmentait le malade lui faisait demander à chaque instant de l'eau froide; mais on remarqua que la difficulté d'avaler ce liquide devenait de plus en plus grande; cependant les mouvemens de déglutition se succédaient avec rapidité et se faisaient comme à vide. Après quelques minutes, il mourut, à la suite d'un effort pour ingurgiter une petite quantité d'eau. La suffocation était complète. A de longs intervalles, des mouvemens d'inspiration eurent encore lieu, et chaque fois la bouffissure emphysémateuse augmenta. Le cadavre fut bientôt distendu et ballonné comme une outre.

AUTOPSIE. La paroi abdominale antérieure, énormément distendue, ne s'affaisse pas quand l'incision pénètre dans la cavité du péritoine, qui ne contient pas de gaz.

Une seconde incision transversale met à découvert l'estomac, qui, dilaté par des gaz, fait hernie par l'ouverture et s'étend depuis l'épigastre jusqu'à la fosse iliaque. Sa tunique musculaire paraît être hypertrophiée. En attirant le viscère, on déchire le feuillet épiploïque qui le retenait au diaphragme, et alors l'air en sort par une large ouverture qui s'étend du cardia au pylore, le long de la petite courbure. L'estomac avait subi, dans cette région, un ramollissement pultacé, auquel avaient participé à la fois les tuniques musculaire et muqueuse. Cette dernière, fortement injectée d'un sang bleuâtre, s'amincissait insensiblement en se rapprochant du lieu de la lésion.

Il n'y a aucune trace d'ulcération, aucun engorgement autour des bords de la rupture, aucune tendance à l'adhérence; la séreuse était intacte.

Les poumons étaient refoulés contre la colonne vertébrale, les cavités du cœur remplies d'un sang noir.

Il y avait une collection de sérosité dans le péricarde et la plèvre droite. Du reste, les viscères étaient sains.

Nous regrettons bien que cette importante observation n'ait été rappor-

---

Il chérissait ou plutôt il vénérait les auteurs de ses jours dont il était séparé néanmoins depuis sa plus tendre jeunesse; mais son inaltérable attachement, ses souvenirs pieux avaient soutenu leur existence, et, quoiqu'ils fussent parvenus à un grand âge et qu'il vécût habituellement loin d'eux, il ne pouvait se familiariser avec l'idée de s'en séparer pour toujours. La mort de son père, à laquelle il ne s'était point préparé, porta un coup funeste à sa santé, et ce triste événement modifia son existence entière : il devint triste et morose, renonça à des habitudes mêlées de quelques distractions, et ne rechercha plus avec le même empressement la société de ses amis. Pendant le cours de la maladie à laquelle il a succombé, on a certainement abrégé ses jours en lui annonçant la mort de sa mère, qui ne l'a précédé que d'un mois environ dans la tombe.

Uni de bonne heure à une femme aussi tendre que modeste et dévouée, il est resté jusqu'à son dernier moment un excellent époux, et si chacun n'avait pu reconnaître chez sa fille chérie et chez l'homme honorable auquel il avait confié le soin de la rendre heureuse, toutes les qualités du cœur jointes à toutes les distinctions de l'esprit, il aurait pu passer pour l'un de ces pères qui croient sincèrement à la perfection de leurs enfans, et se dévouent avec une tendresse aveugle et avec tout l'abandon de la bonhomie à l'admiration et au bonheur de leur famille.

Les mouvemens du cœur cependant ne se rattachaient point chez Breschet à l'entraînement ou à la faiblesse. Loin de là, ils avaient au contraire l'impétuosité, on pourrait dire la brusquerie, qu'imprime à tous les actes de la vie une nature puissante et primitive. Aussi Breschet était-il accessible à la haine et à l'amour. Quant à l'amitié, il ne la comprenait pas ainsi que la pratiquent en général les gens du monde. Il ne la faisait point consister comme eux en des formules incessamment affectueuses ou polies, et dans l'accomplissement rigoureux de tous les petits devoirs que la société nous impose. Il aimait ses amis avec chaleur et même une certaine tyrannie. Il en était jaloux, mais ils ne l'ont jamais trouvé insensible, froid ou seulement distrait en écoutant le récit de leurs peines.

Il exaltait leurs qualités jusqu'à l'enthousiasme, et quand un sentiment de reconnaissance venait se joindre à l'affection qu'il avait pour eux, il épousait ardemment leurs passions et prenait une part agissante dans tous les débats où ils étaient engagés : son esprit, si clairvoyant pour l'ordinaire, méconnaissait leurs plus graves défauts, et ne tolérait à leur égard ni les critiques les mieux fondées ni la plus légère ironie. Nous avons tous connu à Breschet une grande et illustre amitié qui présentait au plus haut degré de semblables caractères.

Doué d'une portée d'intelligence qui l'avait élevé au premier rang parmi nos savans, d'une culture, d'une spontanéité et d'une finesse d'esprit qui donnaient un grand charme à ses discours et faisaient rechercher sa société par les plus habiles connaisseurs en ce genre de mérite, entouré d'une famille qui le chérissait et d'amis qui savaient apprécier ses bonnes et hautes qualités, Breschet a-t-il connu le bonheur sur cette terre? Oui, sans doute, mais il a dû n'en jouir qu'à la volée, n'en ressentir les effets qu'à la manière des phénomènes électriques, car il était dominé par un besoin insatiable de savoir, et pour se livrer à l'étude il renonçait aux plus douces jouissances de la vie, comme à la plupart des avantages que pouvait, dans la pratique de son art, lui procurer sa juste renommée.

Triste et douloureuse compensation! l'amour excessif de la science, ainsi que

tée qu'imparfaitement et dans un récit du professeur Burggraeve; car elle laisse beaucoup à désirer sous le point de vue de l'historique de la maladie et de la description des altérations anatomiques; ce qui n'eût point eu lieu si l'auteur eût donné plus de détails, suivant le cadre adopté par la plupart de nos bons anatomo-pathologistes, cadre qu'ont tourné tant de fois en ridicule les hommes qui font de la pathologie *à priori* et avec des faits rapportés de mémoire ou sans détails qui puissent servir de contrôle. Et si l'on a le droit d'exiger des faits complets, c'est surtout lorsqu'il s'agit de faits nouveaux et uniques, comme l'est peut-être celui dont nous parlons en ce moment.

Dans l'historique de la maladie, par exemple, nous aurions désiré de trouver la durée exacte de la maladie et des différentes périodes qu'elle a présentées malgré sa grande rapidité; il était important aussi de savoir s'il y avait eu des vomissemens dès le début, et surtout combien de temps s'était écoulé entre la mort et l'autopsie.

L'autopsie offre encore de plus importantes lacunes. L'estomac contenait-il encore des alimens? En quel état et en quelle quantité étaient-ils? Le ramollissement occupait-il bien réellement la partie de l'estomac comprise sous le nom de petite courbure, et qui est en rapport avec les deux lames de l'épiploon gastro-hépatique, ou plutôt n'occupait-il pas la surface de la grande courbure, là où l'on observe si fréquemment le ramollissement chimique de la muqueuse et même quelquefois des trois tuniques de l'estomac, et avec lequel celui que vient de décrire M. Burggraeve offre la plus grande ressemblance? La perforation de l'estomac (avec destruction des deux membranes internes) existait-elle avant qu'on eût déchiré le feuillet épiploïque, et alors, par quelle voie aurait passé l'air pour arriver dans toutes les parties du corps? On sait que, dans les cas d'emphysème général, on suit facilement la trace de la marche de l'air dans les tissus, par la manière remarquable dont il dissèque ceux qui sont susceptibles de se laisser traverser de toutes parts.

Si le ramollissement des tuniques de l'estomac, dans ce cas, était réellement le résultat de l'action chimique des sucs gastriques, comme plusieurs circonstances portent à le penser, savoir, le peu de temps écoulé depuis un repas copieux, la présence (probable) des matières alimentaires dans ce viscère, l'absence de toutes lésions aux environs, et spécialement d'adhérences sur le péritoine voisin, nous serions donc réduits à chercher ailleurs l'origine de l'emphysème développé du vivant même du malade et avant que la muqueuse de son estomac eût subi la dissolution chimique dont nous parlons. Et alors peut-être devrions-nous chercher encore de préférence cette lésion dans les voies aériennes elles-mêmes. Cependant on avait observé, pendant la vie, un phénomène morbide fort extraordinaire auquel M. Burggraeve fait jouer un grand rôle dans cette observation, et qui, dans l'hypothèse d'une rupture sur l'un des points des voies respiratoires, serait tout à fait inexplicable. Ce sont ces mouvemens de déglutition qui se succédaient si rapidement chez le malade, et qui, se faisant même à vide, devaient faire pénétrer dans l'estomac une grande quantité de fluide élastique.

Ces doutes, que nous avons cru devoir exprimer, nous ne les aurions pas éprouvés si l'observation eût été plus complète. Au reste, nous terminerons cette discussion en donnant quelques renseignemens sur le sujet de l'observation, qui, menant une vie très active et commettant quelquefois des écarts de régime, se plaignait depuis six mois d'une affection de l'estomac, qu'il attribuait lui-même à une gastralgie. Voici comment M. Burggraeve s'est expliqué la cause de cette mort subite. « Une rupture de l'estomac devait, dit-il, s'être faite sous le péritoine, et l'air attiré avec force par les mouvemens de la poitrine dans le vide qui venait de se produire, s'était introduit dans le tissu cellulaire général, principalement le long de la colonne vertébrale où ce tissu est le plus lâche, et d'où il s'était répandu dans tout le tronc et aux extrémités. De là ces brusques déglutitions que nous avions remarquées pendant la vie. Les viscères thoraciques et les gros vaisseaux avaient dû subir les premiers les effets de la compression, surtout de la part de la colonne d'air remontant dans le médiastin postérieur. Au cou, la compression avait dû être la plus forte, à cause des plans aponévrotiques entre lesquels sont situés la trachée-artère et les troncs vasculaires tant artériels que veineux. L'air s'était arrêté à la voûte du crâne, aucune de ses ouvertures n'ayant pu lui livrer passage, et avait laissé le cerveau intact. Celui-ci n'avait été frappé que plus tard par les progrès incessans de l'asphyxie. »

OBSERVATION DE RUPTURE DE MATRICE; par M. COLSON.

Le pronostic des ruptures de matrice est tellement grave que, aux yeux de tous les accoucheurs, la guérison passe pour une exception on ne peut plus rare. C'est sous ce point de vue que l'observation suivante est principalement remarquable.

OBS. — Une femme, âgée de 38 ans, avait déjà eu trois enfans, dont l'un venu mort après un travail de plusieurs jours, le second né vivant après un travail moins long, mais n'ayant vécu que quelques heures, et le troisième venu au monde putréfié après un accouchement laborieux. Dans sa dernière grossesse, elle ressentit les premières douleurs le 27 avril 1844; les eaux se rompirent le 28 au matin. Le travail se ralentit alors, et la dilatation du col n'était complète que le 29; le vertex fut alors trouvé engagé en partie dans l'excavation.

Les choses en étaient là, et rien n'annonçait d'accident sérieux, lorsque la malade ressentit subitement une sensation indéfinissable mais douloureuse dans l'abdomen, et celui-ci en même temps changea tout d'un coup de forme et de volume. Irrégulièrement distendu, dur et gonflé vers la partie supérieure et gauche, il était mou et déprimé à droite; les membres du fœtus se sentaient facilement à travers les parois abdominales. Les douleurs expultrices cessèrent et furent remplacées par des douleurs continues se faisant sentir particulièrement à gauche de l'abdomen; vomissemens continuels, face pâle, yeux caves, pouls petit, syncopes, sueur froide, respiration anxieuse, voix éteinte. Une certaine quantité de sang s'était échappée par la vulve, et le toucher apprit que la tête du fœtus était remontée et devenue flottante au dessus du détroit supérieur. La vessie ayant été d'abord vidée, le chirurgien introduisit la main droite et l'avant-bras jusque dans l'utérus, et glissant le long du plan latéral de l'enfant, arriva jusqu'à la solution de continuité, par laquelle s'étaient dégagées les extrémités inférieures. La main la franchissant avec assez de facilité, il parvint à ramener d'abord l'une et ensuite l'autre extrémité inférieure. Le tronc sortit aussi assez aisément; mais quant à la tête, la face étant en avant et la matrice ne poussant plus, on dut l'extraire à l'aide du forceps. Après avoir éprouvé à ce moment une syncope en apparence mortelle, la malade reprit ses sens.

Quelques accidens inflammatoires se manifestèrent les jours suivans; mais ils se dissipèrent, pour ainsi dire, d'eux-mêmes.

Au bout d'environ quinze jours, la malade perdit en abondance, par les parties génitales, du pus noirâtre d'abord et puant, puis sanguinolent et séreux.

Le mois entier n'était pas révolu qu'elle entrait en pleine convalescence.

Selon M. Colson, la cause principale de la rupture a été la suivante.

---

toutes les grandes passions, quand leur but est honorable, élève, ennoblit, divinise presque la carrière des hommes qui en sont possédés; mais presque toujours aussi leur existence perd en bonheur et en durée ce qu'elle a péniblement acquis en considération et en célébrité. Pour qu'il en fût autrement, il faudrait que la fortune ou l'ordre social pût reconnaître le mérite supérieur et lui assurer une position exempte de tribulations matérielles, avant qu'il eût, par ses constans efforts, épuisé les sources de la vie chez l'homme ardent à conquérir l'estime de ses semblables. Mais alors il lui manquerait un élément d'activité. La lutte qui développe les facultés et les ressources de l'esprit, la passion qui dévore sans doute, mais qui d'abord anime et vivifie, manqueraient peut-être aux organisations les plus privilégiées, et si nous jouissons avec orgueil de la suprématie qui nous a été accordée sur tous les êtres créés, nous devons accepter avec résignation les inévitables conséquences des avantages dont nous sommes doués.

Mais de semblables réflexions peuvent-elles, devant le cercueil de notre ami, porter la consolation dans nos âmes? En voyant succomber Breschet à l'âge où l'on devrait, comme récompense d'une vie laborieuse et active, jouir d'un honorable repos; en voyant sa mort précédée par de longues et pénibles souffrances; en pensant qu'il ne lui a pas été permis de se préparer dans le calme de la retraite et les douceurs de l'intimité, à quitter sa famille et ses amis, ne serions-nous pas excusables, au contraire, si nous nous plaignions de la rigueur du destin? Oui, le destin semble aveugle ou injuste envers quelques hommes; et en ce jour d'amertume et de deuil, une seule consolation nous reste: Breschet emporte l'estime de tous les gens de bien.

DISCOURS DE M. ANDRAL, AU NOM DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Je viens, Messieurs, au nom de l'Académie des sciences, rendre un dernier devoir à celui de ses membres dont elle déplore aujourd'hui la perte.

Un des caractères de la carrière scientifique de M. Breschet, c'est la grande diversité des travaux auxquels il s'est livré tour à tour avec un égal succès. Lorsqu'en 1835 il devint membre de l'Académie des sciences, sa place y était déjà marquée depuis longtemps par les recherches qu'il avait entreprises sur un grand nombre de points d'anatomie et de physiologie de l'homme, d'anatomie et de physiologie des animaux, d'anatomie pathologique, et enfin de chirurgie. Parlerai-je de ses investigations savantes sur l'anatomie des veines, sur celle de la peau, sur celle de l'organe de l'ouïe? Sera-t-il nécessaire de vous rappeler les recherches expérimentales qu'il entreprit en commun avec M. Edwards sur l'exhalation pulmonaire et sur la digestion, et avec M. Becquerel sur la température des corps vivans? M. Breschet avait compris, à toutes les époques de sa carrière, combien l'étude de l'anatomie comparée pouvait servir aux progrès de la science de l'organisation de l'homme, et cette pensée contribua puissamment à donner à ses travaux leur direction et leur importance.

M. Breschet croyait que c'était à l'anatomie pathologique qu'il appartenait de déterminer, par les faits qu'elle découvre, le siége et la nature des maladies; ses publications et son enseignement aidèrent au progrès de cette branche des sciences médicales, et en rendirent l'étude plus générale. Je n'entrerai point

Le bassin, chez cette femme, n'était pas rétréci, mais difforme : il y avait impossibilité, même avec des efforts, d'atteindre l'axe sacro-vertébral. La difformité consistait dans la trop grande inclinaison du plan du détroit supérieur. Cette disposition entrave considérablement le travail, parce que l'axe de l'utérus n'étant plus parallèle à l'axe du détroit supérieur, tous les efforts doivent venir aboutir et se perdre contre l'angle sacro-vertébral.

De l'efficacité des lavemens opiacés dans le délire nerveux ; par le docteur Sechern.

Nous reproduisons le fait suivant, non pour sa nouveauté, mais à cause de l'affirmation positive, dont l'auteur l'accompagne, que le même moyen lui a réussi dans un grand nombre de cas analogues.

Obs. — La femme Vuilach, âgée de 24 ans, d'une faible constitution, accouche d'un enfant bien portant, et jusqu'au huitième jour n'éprouve rien d'anormal ; mais alors elle commence à parler plus qu'à son ordinaire et sur des sujets hors de sa portée ; l'appétit se perd et il se manifeste de l'insomnie. Cet état persiste jusqu'au dixième jour, quand tout à coup l'accouchée disparaît de la maison et se cache dans la grange dans un état complet de délire. Le lendemain, elle était dans la même position ; elle n'avait pas dormi et la sécrétion du lait se faisait régulièrement. Réfléchissant à l'analogie qui existait entre ce délire et le délire traumatique et pensant que le même moyen pouvait servir dans les deux cas, je fais donner des huitièmes de lavement d'eau tiède, avec addition de six à huit gouttes de laudanum, répétés cinq à six fois par jour, et au bout de deux jours le sommeil revient avec l'intégrité des facultés.

« Depuis ce temps, dit l'auteur, j'ai traité plus de vingt cas analogues, produits par des causes différentes, et presque toujours avec le même succès, là où d'autres moyens avaient échoué. »

VII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1844, janvier, février et mars 1845 renferment les travaux originaux suivans : 1° *Calcul salivaire extrait de la région sublinguale* ; par M. Van Camp. (Pour l'extraire, il n'y eut besoin que de débrider avec le bistouri l'orifice du canal de Warton dans lequel siégeait ce calcul. Si on avait fait une ponction à la peau au-dessous de la mâchoire, elle aurait certainement donné lieu ensuite à une fistule salivaire.) 2° *Rétention d'urine occasionée par un calcul arrêté au méat urinaire* ; par le même. (Extraction favorisée par le débridement du méat ; guérison.) 3° *Crépitation douloureuse des tendons* ; par le même. (Cas ordinaire de crépitation des tendons des muscles radicaux.) 4° *Observations de corps étrangers introduits accidentellement dans les tissus* ; par M. Des Malines. 5° *Mémoire sur l'éclampsie* ; par M. Léva. 6° *Considérations hygiéniques sur la commune de Boom* ; par M. Thys. 7° *Observation d'empalement par une tige de fer entrée par la fesse gauche et sortie à droite de l'ombilic sans lésions viscérales* ; par M. Bessems. 8° *Accidens graves occasionés par une chute sur la tête ; guérison* ; par M. Berchem. 9° *Angine croupale ; sternutatoires ; titillations de la luette ; guérison* ; par M. Lecluyse. 10° *Spermatorrhée abondante ; impuissance ; guérison par l'essence de térébenthine unie au copahu* ; par le même. 11° *Difformité singulière de la matrice ayant amené la présentation du bras de l'enfant dans trois accouchemens successifs* ; par le même. (La matrice au lieu d'être pyriforme dans le sens vertical représentait un ovoïde dirigé transversalement, dont les deux extrémités correspondaient à l'un et à l'autre flanc. C'est à cette disposition reconnue seulement sur la femme vivante et à travers les parois abdominales, que l'auteur croit devoir attribuer cette persistance de la position horizontale du fœtus dont le plus grand diamètre ne se trouvait que dans cette position en rapport avec celui de l'ovoïde utérin.) 12° *De la falsification des feuilles de noyer* ; par M. Vrydag Zynen. 13° *Observation de morve chez l'homme* ; par M. Heylen. 14° *De l'influence des conditions physiques de l'atmosphère sur l'ophthalmie de notre armée* ; par M. Deconde.

Mémoire sur l'éclampsie ; par M. Léva.

Rien de plus vague que le mot éclampsie tel que l'entendent certains auteurs : il n'est pas de convulsions, de spasmes accidentels, survenant chez les femmes enceintes qui n'aient reçu ce nom. L'épilepsie, l'hystérie, se manifestant pendant la grossesse avec leurs caractères ordinaires, chez une femme qui y est depuis longtemps sujette, sont appelées éclampsie, et l'on retrouve en effet dans les classifications le plus en vogue de cette maladie l'éclampsie épileptiforme, hystérique, tétanique, cataleptique, apoplectiforme, choréique, etc. M. Léva s'inscrit contre cette confusion. Pour lui, les diverses affections ont bien certainement quelques rapports avec l'éclampsie ; mais un symptôme distingue toujours celle-ci, c'est l'existence du coma qui se prononce entre les accès. Ce signe est tellement pathognomonique à ses yeux que, lorsqu'il y a retour à la connaissance pendant l'intervalle des accès ou même lorsque la malade ne perd pas tout sentiment pendant les accès eux-mêmes, on peut, dit-il, hardiment déclarer que ce n'est pas une éclampsie.

La cause de l'éclampsie a encore attiré l'attention de notre auteur, non pas la cause qui produit cette maladie chez telle femme enceinte plutôt que chez telle autre, mais l'influence spéciale qui la rend plus fréquente pendant la gestation que dans l'état de vacuité de l'utérus. D'après M. Léva, la grossesse provoque une pléthore sanguine très prononcée ; en outre le sang tiré de la veine d'une femme grosse est remarquable par la densité du caillot et la couenne qui le recouvre. C'est ce qui a sans doute déterminé nos ancêtres à prescrire les saignées dans la grossesse d'une manière si générale qu'une femme qui aurait négligé cette précaution eût été signalée comme imprudente. Ainsi, dans le sang d'une femme enceinte, la fibrine est en excès ; de là une grande aptitude de ce fluide à la coagulation spontanée ; de là un obstacle à la circulation et partant la congestion cérébrale, qui est une cause bien capable d'expliquer les convulsions.

Un autre fait vient encore prouver l'existence de cet obstacle à la circulation et l'influence qu'il exerce sur la production de l'éclampsie. Il est d'observation (et les auteurs notent cette circonstance comme à peu près constante) que presque toutes les femmes atteintes d'éclampsie présentent une infiltration séreuse du tissu aréolaire de l'une ou de l'autre partie sus-diaphragmatique. Quelques personnes croient que

---

dans le détail de ses différens mémoires, tels que ceux sur la formation du cal, sur la mélanos, sur l'anévrisme faux consécutif du cœur, et d'autres non moins importans que je ne rappellerai point ici. Mais comment ne dirai-je pas que c'est à M. Breschet que l'on doit la première description générale qui ait été faite en France de l'inflammation des veines, de cette maladie dont l'étude devait occuper, quelques années plus tard, une place si importante dans les théories et dans la pratique de la médecine ?

Lorsque la maladie vint frapper M. Breschet, il se livrait encore à de nouvelles recherches, et nous avons vu tout récemment paraître, dans le dernier volume des mémoires de cette Académie, un mémoire sur quelques questions d'anatomie comparée, dernier travail de cet homme qui se détruisait chaque jour, et qui s'efforçait de trouver dans le travail une consolation et un refuge. Mais je m'arrête, messieurs ; d'autres vous parleront de la vie privée de M. Breschet ; pour moi, j'ai dû, au nom de l'Académie des sciences, essayer de retracer rapidement les travaux du membre qu'elle a perdu. Mais que sont les travaux les plus importans ? qu'est la science elle-même en présence des pensées qui doivent nous occuper ici !

Discours de M. Pariset, au nom de l'Académie royale de médecine.

Entouré de cet appareil funèbre, à la vue des cendres d'un ami qui me fut si cher, si je n'écoutais que ma propre douleur, ma voix serait muette, et je ne laisserais parler que mon silence ; mais, dans ces tristes momens, ce ne sont point mes profonds regrets, ce sont les regrets de l'Académie royale de médecine que je dois faire entendre. Jamais, peut-être, cette compagnie n'a-eu à déplorer une perte si sensible ; et, pour justifier mes paroles, il me suffira de mettre sous vos yeux le rapide tableau de cette vie laborieuse qui vient de s'éteindre, de rappeler quelques-unes des productions qui l'ont illustrée.

Compatriote de Pascal et de Thomas, Gilbert Breschet naquit en 1783 à Clermont-Ferrand. Il fit ses premières études dans le collége de cette ville, tenu autrefois par des jésuites ; collége où s'étaient formés Delille et Marmontel, et que la révolution venait de dissoudre, et de rétablir sur de nouvelles bases. Breschet, par son ardeur pour l'étude et la douceur de son caractère, se concilia l'amitié de ses maîtres ; en particulier, celle de l'abbé Lacoste de Plaisance, celle de l'abbé de l'Arbre, homme passionné pour les sciences naturelles, et auteur d'une flore et d'une faune de l'Auvergne ; enfin celle du professeur de mathématiques, M. Roccand : trois hommes dont le souvenir attendrissait toujours le cœur de Breschet. Le jeune élève songeait à l'école polytechnique. Pour s'y mieux préparer et pour achever ses études, il vint à Paris. On le recommandait à Vauquelin et à Fourcroy, tous deux pris d'affection pour les Auverguats. Ils le mirent en pension chez M. Trusson, directeur de l'école de pharmacie. C'était le mettre dans le sein des mathématiques, de la physique, de la chimie. Toutefois les impressions qu'il avait reçues de ses premiers maîtres en faveur des sciences naturelles prévalurent. Il oublia l'école polytechnique et les gloires qu'elle promettait, et se décida pour la médecine. Cependant il fallait vivre, il fallait trouver un supplément à la faible pension qu'il tenait de sa famille. A l'imitation de Marmontel, il se fit répétiteur de latin ; et, comme tout s'enchaîne dans le

cette hydropisie indique plutôt un appauvrissement dans le sang. Elles se trompent; car si l'appauvrissement du sang devait amener l'infiltration, il s'ensuivrait que les scorbutiques et les sujets atteints de fièvres graves où le sang est manifestement privé de ses parties spontanément coagulables, il s'ensuivrait, dis-je, que ces sujets seraient plus que tout autres exposés aux infiltrations; et c'est précisément ce qui n'est pas. Il est beaucoup plus rationnel d'attribuer l'accumulation de sérosité à l'obstacle que l'excès de fibrine du sang apporte à la circulation de retour. Bien certainement, cette grande quantité de fibrine qui se trouve dans le sang des femmes surtout vers la fin de la gestation est une cause très suffisante pour gêner le cours du sang dans les capillaires et pour y déterminer une exhalation séreuse.

Quant au traitement, M. Léva repousse l'accouchement forcé. « Si le travail de l'enfantement n'est pas bien établi, dit-il, il n'est permis à personne de le provoquer.... S'il existe encore d'autres moyens de salut, l'accouchement forcé ne doit pas seulement être rejeté parce que le résultat en est incertain, mais parce que c'est un moyen répréhensible, j'allais presque dire criminel. »

Quels sont donc ces *autres moyens de salut?...* M. Léva n'accorde qu'une très médiocre confiance aux saignées, aux antispasmodiques, aux opiacés qui, dans une maladie essentiellement soporeuse, ne lui paraissent pas sans danger. Il faut agir sur la cause même de la maladie, sur le sang, en cherchant à diminuer sa plasticité. Or, de tous les agens capables de produire cet effet, on doit citer en première ligne le mercure et ses préparations. Le mercure par son action fluidifiante est le seul médicament qui jusqu'ici ait produit un bon résultat. Un médecin d'Anvers, M. Dumont, a constaté de la manière la plus formelle et par des expériences comparatives cette propriété dissolvante du mercure sur le sang. M. Léva cite encore à l'appui un cas de sa pratique particulière. Une dame fut atteinte, au cinquième mois de grossesse, de véritables accès éclamptiques auxquels succéda un état de stupeur et d'insensibilité complète avec lenteur du pouls, respiration stertoreuse et mouvement des lèvres simulant l'action de fumer la pipe. Cet état se prolongeant depuis trois jours entiers (sans retour des convulsions, circonstance qui atténuera sans doute l'importance clinique du fait comme argument en faveur des mercuriaux), on fit des frictions avec l'onguent mercuriel, de manière à amener promptement une abondante salivation. Dès ce moment, l'amélioration fut sensible; le lendemain, l'intelligence était revenue. La malade se rétablit. L'accouchement eut lieu au terme habituel et n'offrit rien de remarquable. L'enfant était vivant et bien portant.

— Plusieurs points, dans ce mémoire, nous semblent demander quelques observations. D'abord, pour ce qui est des espèces d'éclampsie, nous sommes tout à fait de l'avis de M. Léva, au moins d'une manière absolue. Avec lui, avec M. Cazeaux, du reste (qui a déjà insisté sur la valeur de ce signe distinctif dans son TRAITÉ D'ACCOUCHEMENS), nous croyons que le coma établit seul une différence légitime et tranchée entre l'éclampsie et les autres maladies convulsives survenant pendant la gestation. Mais c'est là, qu'on nous permette de le dire, une distinction que, quoique excellente en elle-même, il serait peut-être dangereux d'avoir trop présente à l'esprit au lit de la malade. Le coma qui succède aux premiers accès est ordinairement léger; il peut par conséquent passer inaperçu du médecin; et quels regrets ne se préparerait pas celui-ci, si, attendant pour instituer le traitement l'apparition de ce signe trop facile à méconnaître dans le début, il laissait à la maladie le temps de s'aggraver et de devenir ultérieurement réfractaire à tout moyen thérapeutique? Ne vaut-il pas mieux, en pratique, un peu moins de rigueur dans la classification, et plus de garanties contre toute chance d'être pris en défaut? La réponse ne saurait être douteuse, quand il s'agit de l'éclampsie, cette maladie si fatalement active dans son cours; et tous les médecins qui l'ont vue de leurs yeux sont là pour affirmer qu'on compromettrait cent fois moins les intérêts du malade en poussant vigoureusement le traitement alors même qu'il n'y aurait pas une éclampsie véritable, qu'en temporisant jusqu'à l'obtention d'un diagnostic rigoureux.

Quant à la cause invoquée par l'auteur, nous nous contenterons de rapporter ici deux faits: le premier est relatif à l'excès de fibrine que M. Léva prétend exister dans le sang durant la grossesse. Dans l'analyse que MM. Andral et Gavarret ont faite du sang de 34 femmes enceintes, la proportion la plus forte de fibrine qu'ils ont trouvée est de 4,8 sur 1000; la proportion physiologique est de 3 sur 1000 (ESSAI D'HÉMATOL. PATHOL., p. 90). Or, dans la pneumonie et le rhumatisme articulaire aigus, la proportion de fibrine peut monter jusqu'à 10 et même au-dessus; et cependant dans ces maladies, on n'observe pas la moindre trace de gêne dans la circulation capillaire, ni infiltration, ni convulsions. Peut-on donc admettre qu'une proportion de fibrine qui n'atteint pas la moitié de ce chiffre puisse produire de tels effets? — Autre remarque sur la propriété dissolvante que M. Léva attribue au mercure. Dans quatre cas de salivation déterminée par l'usage des mercuriaux, MM. Andral et Gavarret ont trouvé dans le sang, une fois 4,5 de fibrine (proportion normale 3), une seconde fois 5, la troisième 6,4, et la quatrième 6,6 (ouvr. cité, p. 78). Le mercure loin de diminuer la plasticité du sang l'aurait donc augmentée! Ces deux contradictions ont été rappelées dans la discussion ouverte à la société de médecine d'Anvers sur ce mémoire.

Un troisième précepte, sur lequel nous regrettons de trouver encore le langage de l'auteur trop exclusif, est la proscription absolue qu'il semble faire de l'accouchement forcé. Mais l'opinion des accoucheurs en général est tellement opposée à la sienne que nous jugeons superflu de la discuter plus longuement ici. Sans doute l'accouchement forcé est un remède extrême; mais c'est souvent le seul sur lequel l'expérience a appris qu'on peut compter; et ce n'est pas à une époque où le perfectionnement des moyens propres à déterminer l'*accouchement prématuré provoqué* tend de plus en plus à ôter à l'*accouchement forcé* la violence de son mécanisme et les dangers de son exécution, qu'on peut espérer de discréditer cette dernière opération. Loin de la présenter comme ressource ultime ne serait-il pas plus sage, dans les cas où elle paraît indiquée, de la conseiller de bonne heure, et presque dès le début des accidens? L'accoucheur disposant de plus de temps pourrait alors user de moyens moins énergiques et donner, jusqu'à un certain point, à ses manœuvres la continuité et la lenteur d'action qui font l'innocuité de l'*accouchement prématuré artificiel*.

OBSERVATION D'EMPALEMENT PAR UNE TIGE DE FER ENTRÉE PAR LA FESSE GAUCHE ET SORTIE A DROITE DE L'OMBILIC, SANS LÉSIONS VISCÉRALES; par M. BESSEMS.

OBS. — Un enfant de 14 ans, dévideur en soie, était monté sur le bord d'un

monde, il mit dans ce premier travail une application si soutenue, que, déjà guide de ses condisciples pour le latin, il le fut bientôt pour sa science favorite, je veux dire pour l'anatomie.

En 1808, il était élève externe à la Charité; cet hôpital était alors la meilleure des écoles chirurgicales. Breschet y recueillit, y rédigea avec assiduité les leçons du professeur, l'illustre Boyer. Au concours de l'année suivante, il fut nommé l'un des premiers aux places d'élève interne. Il fut attaché à M. Leclerc, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, vaste établissement où la souffrance prend, pour éclairer les esprits, toutes les formes et tous les langages. Avec quel art le professeur formait les élèves au diagnostic des maladies! avec quel soin il relevait les erreurs, rectifiait les inexactitudes, dissipait les obscurités! Digne élève d'un tel maître, avec quelle vigilance Breschet écoutait et suivait ses leçons! Tous les six mois, des relevés de service, disposés en tableaux, étaient transmis à l'administration; et ces tableaux sortaient des mains de Breschet. Une récompense sollicitée par M. Leclerc et par M. Thouret lui fut décernée, et c'est une des premières que le conseil général des hôpitaux ait accordées aux élèves internes.

J'insiste, messieurs, sur ces commencemens, comme je l'ai fait pour Pinel, pour Vauquelin, pour Dupuytren, pour Chaussier, pour Esquirol, parce que c'est au début de ces pénibles carrières que se révèlent avec le plus d'éclat le caractère et la valeur des hommes, et parce qu'il sera toujours à propos de montrer, par ces grands exemples, comment la pauvreté s'affranchit noblement de sa dépendance par le travail; en d'autres termes, comment le pauvre s'élève et s'honore en se rendant, je ne dis pas seulement utile, mais encore nécessaire à ses semblables.

J'abrégerai sur tout le reste: en 1806 et 1807, avec de nouvelles récompenses pour sa belle conduite dans les hôpitaux, Breschet reçut des couronnes pour son savoir: il les reçut dans le sein de la faculté, et même dans le sein de l'Institut, des mains du ministre Chaptal. Il fut dans le même temps nommé au concours aide d'anatomie et professeur particulier. C'est alors qu'il commença la longue série de ses préparations sur l'oreille interne dans les animaux vertébrés; préparations qui servirent de texte aux Mémoires qu'il publia dans la suite sur l'organe de l'audition dans les mammifères, les oiseaux, les reptiles et les poissons.

Il reçut en 1812 les honneurs du doctorat. Sa thèse portait sur un sujet presque neuf, sur les *hydropisies actives*, sorte de flux séreux que l'art doit combattre par la saignée et les antiphlogistiques; paradoxe déjà soutenu par Émile Nouel, mais que Breschet seul a érigé en vérité.

En 1819, Béclard, promu à une chaire de la faculté, laissait vacante la place de chef des travaux anatomiques, place hérissée, disait-on, à dessein, de mille difficultés. Breschet la dispute au concours, et malgré ces difficultés qui renaissaient comme les têtes de l'hydre, Breschet l'emporte. Ce fut alors, pour la première fois, qu'on exigea de chaque concurrent une thèse sur laquelle il était tenu de répondre aux arguments de ses rivaux. Cette thèse roulait sur deux sujets: l'un donné par le sort, l'autre choisi par le candidat. Celle de Breschet se composait de quatre mémoires: le premier, sur les veines du rachis; le second, sur le cal; le troisième sur la hernie crurale, point de pratique sur lequel il avait réuni un grand nombre d'observations; le quatrième sur la dessication et les autres moyens de conserver les pièces anatomiques. Réunir, rédiger, impri-

lit de 4 pieds de hauteur. Tout à côté, se trouvait un bloc en bois sur lequel étaient implantés par leur manche, à quelque distance l'un de l'autre, deux axes de dévidoir, tiges en fer à pointe mousse, de la longueur d'un pied et de la grosseur d'une forte plume à écrire. Dans cette position dangereuse, le pied gauche lui ayant glissé il tomba; et voulant se relever, il se sentit arrêté par la fesse. En même temps, il vit avec étonnement la pointe de l'un des axes lui sortant du ventre à côté du nombril et ayant même perforé en cet endroit sa chemise et son pantalon. Avec un sang-froid remarquable, il détacha l'axe du bloc et descendit ainsi embroché une douzaine de marches. Sa mère accourant lui arracha la tige, laquelle ne présentait qu'une légère courbure à son point de jonction avec le manche.

Entré à l'hôpital trois jours après l'accident, le malade ne présenta que deux petites plaies arrondies, l'une à la paroi antérieure de l'abdomen à 2 centimèt. en bas et à droite du nombril, l'autre à la fesse gauche, dans le pli de la fesse à deux travers de doigt et demi de l'anus. Ces deux plaies fournissaient une légère exsudation. La douleur, qui la veille était vague et rayonnait par tout le ventre, n'était plus que fort légère et circonscrite au pourtour de la plaie antérieure. Du reste, ventre souple, appétit; digestions, selles et urines normales; pas la moindre réaction fébrile.

Ce bon état persista jusqu'à la sortie du malade qui eut lieu vingt jours après sa chute.

Cette bénignité remarquable de symptômes après un accident en apparence aussi grave fit croire à quelques médecins que le fer n'avait pas pénétré dans le bassin ni dans le péritoine, mais qu'il avait longé la face externe du bassin jusqu'au ligament de Fallope et avait alors glissé sous la peau jusqu'à son point de sortie. M. Bessems n'admet pas cette explication: le fait, dit-il, ne serait pas impossible chez un individu à ventre volumineux et flasque, mais il est peu probable chez ce malade dont le ventre sans saillie présentait des parois assez résistantes. Ayant expérimenté avec une tige semblable sur le cadavre d'un jeune homme de 18 ans, placé, autant que possible, dans la même position qu'avait le malade au moment de l'accident, il fit passer le fer par les mêmes points que ceux où siégeaient les deux plaies, et reconnut ensuite qu'il avait traversé le bassin vers le centre du détroit supérieur et passé en arrière et en dehors de la vessie presque vide.

SPERMATORRHÉE ABONDANTE; IMPUISSANCE; GUÉRISON PAR L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE UNIE AU BAUME DE COPAHU; par le docteur LECLUYSE.

OBS. — Un jeune homme âgé de 26 ans, garçon de ferme, sujet depuis plusieurs années à des attaques épileptiformes plus ou moins fréquentes, mais de courte durée et pour lesquelles il n'a encore subi aucun traitement, reçoit le conseil de prendre la potion suivante:

Prenez:	Infusion de fleur de tilleul........	190 grammes	
	Térébenthine de valériane et assa fœtida...........de chacun	4	—
	Sirop de Menthe........	66	—

Les attaques disparaissent aussitôt; mais au bout d'un an il revient auprès du même médecin qui le trouve faible et exténué, se plaignant d'une perte presque continuelle de sperme qui se fait le jour et la nuit et dont il s'aperçoit immédiatement après l'émission des urines et après les efforts faits pour aller à la selle. Cet état durait depuis plusieurs mois et était venu à la suite d'excès vénériens. La verge est remarquable par sa petitesse et sa flaccidité. Le gland pâle, ridé et froid, semble ainsi que le corps caverneux, atrophié au point de présenter à peine, sous une légère pression des doigts, le calibre d'un tuyau de plume. Depuis l'âge de 17 ans, il s'était adonné avec excès à de honteuses habitudes qu'il n'avait abandonnées que par l'impossibilité où il était d'arriver à quelques résultats; mais il produit le sperme goutte à goutte à des intervalles plus ou moins rapprochés sans la moindre jouissance. Il y avait impuissance complète. S'étant assuré que le liquide perdu était réellement du sperme, M. Lecluyse prescrit un régime substantiel et corroborant une médication tonique et spécialement la prescription suivante destinée à stimuler les organes flétris.

Prenez:	Essence de térébenthine et baume de copahu........ de chacun	4 grammes	
	Miel blanc........	16	—

Après quinze jours de traitement, le malade éprouve déjà un mieux sensible. L'écoulement involontaire s'était à peu près tari. Depuis ce moment, le malade a repris sensiblement des forces et promet qu'il est corrigé pour toujours.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 MAI.

Cette séance a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

INFLUENCE DES MANUFACTURES DE TABAC SUR LES OUVRIERS.

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture d'une lettre adressée au président de l'Académie par M. Ruefz, médecin de la manufacture de tabac de Strasbourg, au sujet du rapport de M. Mélier relatif à l'influence des manufactures de tabac sur les ouvriers.

M. Ruefz réfute plusieurs des propositions émises dans le rapport. Les faits qu'il conteste plus particulièrement sont ceux relatifs à l'influence attribuée au tabac sur la phthisie, sur le rhumatisme et les fièvres intermittentes. Il résulterait de relevés statistiques des maladies qu'il a observées depuis un certain nombre d'années sur les ouvriers de la manufacture de Strasbourg que les maladies en question y sont au moins aussi fréquentes, sinon même plus fréquentes que dans la population commune.

M. VILLENEUVE revient de nouveau à cette occasion sur le fait de l'imprégnation du liquide amniotique par la nicotine. Il a consulté, dit-il, plusieurs sages-femmes qui ont eu l'occasion d'accoucher un grand nombre de femmes employées aux manufactures et aucune d'elles ne lui a dit avoir observé ce phénomène.

mer, dessiner, représenter par des planches tous les matériaux de ce grand travail, fut pour Breschet l'œuvre de douze jours. Le prix de tant de peines et de diligence fut une victoire, et quoi qu'on en ait dit, cette victoire fut complète.

Dès 1813, et pendant la campagne de 1814, aussi bien que pendant l'occupation de la France par les étrangers, c'est-à-dire lors des épidémies du typhus et de l'encombrement des blessés, l'administration adjoignit Breschet à son ami Dupuytren; et vers la fin de 1819, après avoir fait le service à l'hôpital des Enfans Trouvés, en qualité de chirurgien en chef, il fut nommé chirurgien ordinaire de l'Hôtel-Dieu.

Dans les derniers jours de 1820, il fut compris, par la volonté du roi, parmi les premiers membres de l'Académie royale de médecine; il eut, en 1832, l'honneur de la présider.

Après deux candidatures malheureuses, où cependant la majorité ne lui manqua que d'une voix, il eut, en 1835, l'honneur de siéger à l'Académie des sciences; il y fut appelé par quarante-sept suffrages: il y succédait à Dupuytren.

Enfin, en 1836, la chaire d'anatomie à la faculté fut mise au concours. Nouveau combat pour Breschet, nouvelle palme qu'il réunit à tant d'autres. La thèse qui le fit triompher est le plus bel ouvrage que l'art possède jusqu'ici touchant la structure, les propriétés et les maladies du système lymphatique.

Je m'arrête ici, Messieurs; je m'arrête comme fatigué, non des louanges que je me plais à donner et que vous donnez avec moi à la mémoire de Breschet, mais fatigué de ces luttes perpétuelles qui l'arrêtaient à chaque pas, mais de cette longue suite d'efforts qu'a déployés son courage pour surmonter tant d'obstacles, pour abattre tant de rivalités, rivalités cependant inévitables, et, je l'avoue, luttes nécessaires même à ce noble athlète, qui eût dédaigné de vaincre sans combattre. Du reste, dans cette longue série de postes où l'a porté son mérite, quel autre eût mieux rempli ses devoirs? Que n'a-t-il point fait pour la Faculté? que ne lui doit point l'anatomie et la physiologie humaine? l'anatomie et la physiologie comparée? l'anatomie et la physiologie pathologique? la chirurgie clinique? la médecine opératoire? et finalement, la médecine clinique elle-même? Tant de travaux importans, je ne les indique ici que par les titres généraux sous lesquels les a rangés leur auteur: ils demanderaient une exposition plus explicite et plus détaillée; mais ce détail doit être réservé pour son éloge; et cet éloge, s'il m'est donné de le faire, si je puis du moins goûter cette consolation, je m'abandonnerai pour l'écrire à ces sentimens de tendresse et de justice que l'on doit à ses amis et à la vérité, deux sentimens que, par respect même pour la mémoire de Breschet, je ne voudrais pas séparer l'un de l'autre. C'est alors que j'essaierai d'apprécier et les travaux qui lui sont propres, et ceux qu'il a exécutés avec le concours de M. Milne Edwards, de M. Vavasseur, de M. Villermé, de Rouel de Vanzene, de M. Rayer; enfin le travail original, délicat, singulier, qu'il a fait de concert avec M. Becquerel, sur la température des différentes parties dont se composent l'homme et les animaux, température dont les variations supposent des variations correspondantes dans tous les états et dans tous les actes de l'organisation. A ce dernier travail se rattache celui par lequel ces deux savans hommes ont montré que les commotions que donne la torpille sont de véritables chocs électriques. Chose étrange! que des poissons renferment en eux le pouvoir de la foudre, ou plutôt soient comme des foudres vivans!

M. P. Dubois : M. Stoltz qui a consigné cette observation est un homme trop digne de foi pour qu'on puisse mettre en doute la réalité d'un fait qu'il a avancé.

M. Villeneuve : Avez-vous observé des faits semblables ?

M. P. Dubois : Je n'ai jamais eu l'occasion d'accoucher des femmes employées à la fabrication des tabacs ; mais quand bien même j'en aurais accouché un certain nombre sans avoir observé ce fait, je n'en conclurais pas pour cela qu'il ne pût point exister.

Ce petit incident n'a pas d'autre suite. D'après la décision du bureau, un extrait de la lettre de M. Ruefz sera inséré dans le Bulletin.

— M. le Président communique officiellement à l'Académie la mort de M. Breschet. Ses obsèques ont lieu en ce moment même. M. le secrétaire perpétuel à son retour sera invité à donner communication à l'Académie du discours qu'il a dû prononcer en son nom.

La parole est à M. Rochoux pour un rapport.

HÉMIPLÉGIE.

M. Rochoux lit, au nom d'une commission dont il est rapporteur, un rapport sur un travail relatif à l'hémiplégie produite par les cordons nerveux. (Le bruit des conversations particulières ne nous permet pas d'entendre le nom de l'auteur.)

Conclusions : Renvoi au comité de publication. (Adopté.)

— Au moment où M. Rochoux vient de terminer son rapport, M. Pariset entre dans la salle, de retour du convoi. Sur l'invitation qui lui en est faite par M. le président, il lit le discours qu'il vient de prononcer sur les restes mortels de Breschet. Cette lecture est couverte d'applaudissemens.

EAUX MINÉRALES SULFUREUSES DE BAGNÈRES DE LUCHON.

M. Fontan (correspondant) lit un travail fort étendu sur les eaux minérales sulfureuses de Bagnères de Luchon.

Après avoir rappelé la composition chimique de ses eaux, leurs propriétés physiques et médicales, il énumère les cas pathologiques auxquels elles conviennent plus particulièrement, et rapporte un certain nombre d'observations de guérisons obtenues par leur usage. Il compare ensuite ces eaux à celles de Bonnes, Barèges, Cauterets, avec lesquelles elles ont le plus d'analogie, et établit les cas d'indication qui réclament plus particulièrement l'usage des unes ou des autres.

Entre autres considérations scientifiques pleines d'intérêt sur l'origine et la nature des eaux minérales sulfureuses, M. Fontan établit une distinction importante entre les eaux sulfureuses naturelles, minéralisées géologiquement, et les eaux sulfureuses accidentelles, c'est-à-dire qui ne doivent leurs propriétés qu'à des circonstances étrangères à la nature des terrains d'où elles sourdent, à la décomposition de matières organiques, par exemple.

Un autre fait qui a également fixé notre attention, c'est que M. Fontan a reconnu que l'emploi des eaux sulfureuses prévient la salivation chez les individus soumis à un traitement mercuriel.

M. Girardin : Je demanderai à l'Académie la permission de dire quelques mots, et à l'occasion du mémoire que vient de lire M. Fontan, et sur ce mémoire lui-même. Je saisirai cette occasion pour faire remarquer à l'Académie jusqu'où l'on a porté l'exagération, depuis quelques années, en ce qui concerne les eaux minérales, et pour lui signaler l'abus que l'on fait de ses rapports. Des rapports qui n'ont ordinairement pour objet que la composition chimique des eaux sont aussitôt transformés en prospectus dans lesquels on lit que ces eaux guérissent toutes les maladies, etc., et cela avec l'approbation de l'Académie.

L'Académie a été trop souvent surprise pour qu'elle ne doive à l'avenir se tenir en garde contre de pareils abus. Cela soit dit d'ailleurs sans aucune application à M. Fontan, dont les travaux et le caractère sont depuis longtemps connus de l'Académie.

Quant au mémoire de M. Fontan, j'y vois beaucoup de choses. J'y vois d'abord un très grand éloge des eaux de Bagnères de Luchon. Il me semble même que M. Fontan n'a rapporté que des exemples de guérison, et pas un seul exemple d'insuccès. Les eaux de Barèges, de Cauterets, Bonnes, comparées à celles de Bagnères, lui seraient très inférieures et ne conviendraient que dans quelques maladies seulement, etc. Il est probable cependant que si nous entendions les inspecteurs de ces eaux, ils tiendraient un langage tout différent, et ils feraient ressortir à leur tour la supériorité des eaux qu'ils administrent.

M. Fontan a suivi une voie que je crois malheureuse : c'est de prendre des faits isolés pour apprécier les propriétés des eaux minérales, au lieu d'étudier sur de grandes proportions, et pendant des années, les modifications physiologiques qu'elles impriment à l'économie. Je crois que cette dernière marche est la seule bonne, c'est celle qu'a tracée Borden, que l'on devrait toujours prendre pour modèle dans ce genre d'appréciations.

M. Velpeau : Si j'ai bien compris M. Fontan, il a voulu établir que les eaux minérales sulfureuses se divisent en deux catégories : les unes qui sont sulfureuses de leur nature, par la nature du sol sur lequel elles reposent ; les autres, qui ne deviennent sulfureuses qu'accidentellement, par le fait de leur passage à travers des terrains accidentellement imprégnés de matières sulfureuses, et que l'on pourrait, à cause de cela, considérer en quelque sorte comme des eaux minérales artificielles. Si cela était, ce serait là un fait d'une grande importance, une distinction d'une très grande portée, qui mériterait d'être sérieusement examinée.

M. Nacquart : La question des eaux minérales doit être examinée sous deux rapports. Il y a deux choses à considérer dans leur action sur l'économie : 1° les modifications qui résultent de l'effet général des bains et des boissons, de l'espèce d'imprégnation générale à laquelle les malades sont soumis. Ce premier effet est commun à toutes les eaux, ce qui explique jusqu'à un certain point les bons effets quelles ont pu produire dans des cas analogues, malgré la différence de leur composition. Il y a ensuite les effets spéciaux relatifs au mode particulier d'action des élémens dont ces eaux sont composées. Il faut tenir grand compte, à mon avis, de ces deux modes d'action fort distincts dans l'appréciation de l'efficacité des eaux minérales.

M. Roux pense aussi, comme M. Nacquart, qu'il y a quelque chose de commun dans la manière d'agir des eaux minérales ; elles produisent une grande modification dans l'économie, indépendamment de leur mode d'action spéciale. Il ne partage pas à cet égard les doutes que vient d'exprimer M. Girardin sur l'efficacité des eaux minérales en général.

En ce qui concerne celles de Bagnères-de-Luchon, il est d'autant plus porté à croire à la sécurité des observations rapportées par M. Fontan, qu'il a été lui-même un sujet d'observation sous ce rapport. Il doit à l'usage de ces eaux la guérison d'une affection rhumatismale très bizarre, dont il était affecté depuis un certain nombre d'années, et cette guérison s'est si bien maintenue que depuis deux ans il ne s'est plus ressenti de son ancienne affection. Il pense que l'Académie ne saurait accorder trop d'attention à la communication de M. Fontan, dont tout le monde connaît d'ailleurs les belles et savantes recherches que lui doit la science sur les eaux minérales en général et en particulier sur celles des Pyrénées.

M. Chevallier partage l'opinion de M. Gérardin sur l'absence de contrôle à l'égard de l'appréciation des résultats attribués aux eaux minérales. On ne connaît, dit-il, que les cas de succès ; mais les insuccès, on n'en tient nul compte. C'est là une lacune fâcheuse, qui empêchera de savoir jamais à quoi s'en tenir au juste sur le degré d'efficacité de telles ou telles eaux.

Quant aux deux sortes d'eau sulfureuse dont a parlé M. Fontan, cette distinction lui paraît fondée.

M. Prus : M. Fontan a dit que les eaux de Bonnes et les eaux de Cauterets avaient une heureuse influence sur les tubercules au premier degré ; quelle est

---

Breschet était railleur, mais inoffensif ; il aimait à protéger les jeunes talens. Lors du sac de l'archevêché, il osa se mêler à la furie du peuple pour le calmer, l'arracher à ses égaremens, pour lui ouvrir les yeux sur le mal qu'il se faisait à lui-même : car nuire à autrui c'est nuire à soi. Le peuple ému céda et l'incendie fut éteint par les mains qui l'avaient allumé.

Breschet était le modèle de la piété filiale. Des chagrins éprouvés par sa vieille mère au fond de l'Auvergne eurent sur lui, m'a-t-on dit, un contre-coup funeste et le tinrent plusieurs jours de suite dans une irritation cérébrale qui se termina par une touche d'apoplexie, légère en apparence, mais en réalité grave et profonde. Tout son être en fut altéré. Il alla demander au beau ciel de l'Italie quelque secours contre son mal ; mais Clermont était sur sa route ; et le mal y prit une exaspération nouvelle. Le voyage fut à peine une distraction. Breschet revint. On lui conseillait les eaux de Vernet ; mais la chute finale se précipitait avec une effrayante rapidité. Elle fut bientôt consommée, et dans la matinée du 10 mai dernier, Breschet ferma les yeux pour jamais.

Breschet était officier de la Légion-d'Honneur, docteur en médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, chirurgien du roi, professeur à la Faculté de médecine, membre de la société philomatique, de l'Institut, de l'Académie royale de médecine. Il appartenait à presque toutes les sociétés savantes nationales et étrangères. Madrid, Rome, Athènes, Bologne, Turin, Vienne, Berlin, Londres, Dublin, Copenhague, Stockholm, Philadelphie, ressentiront la perte qu'elles ont faite, comme Toulouse, Dijon, Marseille, comme Erland, Bonn, Heidelberg, Bruxelles, etc., comme la ressent aussi chacun de nous, comme je la ressens moi-même ; car je pourrais me dire ce qu'Horace disait de Quintilius à Virgile :

Multis ille quidem flebilis occidit ;
Nulli flebilior quam mihi.

DISCOURS DE M. DEMARQUAY, AU NOM DES INTERNES DE L'HÔTEL-DIEU.

Permettez qu'un élève de l'Hôtel-Dieu vienne au nom de ses collègues mêler sa voix à celle de ses maîtres pour adresser un dernier adieu à celui dont nous allons nous séparer pour toujours. M. Breschet n'était point seulement un maître pour nous, mais encore un ancien interne de l'Hôtel-Dieu. C'est là qu'il commença sa brillante carrière, aussi ses souvenirs de jeunesse les plus chers se rattachaient à cet hôpital où son nom doit rester. Nous aimerons toujours à nous le rappeler entouré de nombreux élèves et souvent d'illustres étrangers, au milieu desquels il brillait par la finesse de son esprit et par la variété et l'étendue de ses connaissances. Cet entourage remplissait son cœur de joies infiniment vives. Plein de sollicitude et de bienveillance pour tous, il savait nous inspirer l'amour de l'étude et nous la rendre douce et fructueuse, en nous indiquant les sources fécondes où nos intelligences pouvaient puiser. La richesse des faits cliniques que possédait sa mémoire donnait à son enseignement pratique un intérêt tout particulier. Toujours occupé de l'avenir de ses élèves, il était heureux de leurs succès et fier d'y avoir contribué ; c'était à ce point qu'un jour je le vis pleurer de joie aux témoignages d'une sincère reconnaissance que lui adressait un jeune homme à l'avenir duquel il avait contribué. Toutefois ces marques de bonté du maître pour l'élève n'allèrent jamais jusqu'à la fai-

cette influence? C'est ce qu'il importe d'élucider. Je désirerais aussi qu'on eût bien spécifié les caractères auxquels on a reconnu la tuberculisation.

M. Rochoux conteste qu'il y ait aucun caractère auquel on puisse reconnaître les tubercules commençans.

M. Fontan : M. Gérardin paraît croire que je suis venu, comme ont pu le faire d'autres personnes, lire une communication qui n'aurait eu d'autre but que de faire l'éloge des eaux que j'administre. Que M. Gérardin se rassure : je n'ai pas, sans doute, l'avantage d'être connu de lui, mais je professe, comme lui, un souverain mépris pour tous les moyens auxquels recourt le charlatanisme. D'ailleurs, depuis quinze ans que j'ai consacré tout mon temps à l'étude des eaux minérales, mon zèle n'a pas été tout à fait stérile pour la science; l'Académie, du moins, m'a autorisé à le penser en me faisant l'honneur de m'appeler parmi ses membres correspondans.

M. Gérardin me reproche de n'avoir signalé que des succès et d'avoir constamment fait ressortir les avantages des eaux de Luchon sur les autres eaux sulfureuses. Il n'a sans doute pas entendu la lecture de mon mémoire, car il résulte des observations que j'y ai rapportées que, dans certaines affections, contre lesquelles les eaux de Luchon sont restées impuissantes, celles de Bonnes ou Cauterets ont eu les plus heureux résultats, et j'ai résumé les cas d'indication qui réclament plus spécialement l'usage des unes ou des autres. Ainsi, j'ai spécifié, par exemple, que les eaux de Luchon ne convenaient pas aux personnes d'une vive susceptibilité; j'ai dit aux médecins : n'adressez pas les tuberculeux à Luchon, envoyez-les plutôt à Bonnes ou à Cauterets.

M. Prus m'a demandé si je m'étais bien assuré que les sujets tuberculeux chez lesquels j'ai constaté les bons effets des eaux de Bonnes fussent réellement tuberculeux. Je prie M. Prus de croire que j'ai assez longtemps suivi les hôpitaux de Paris pour savoir à quels signes on reconnaît la présence des tubercules dans les poumons. (Ici M. Fontan énumère rapidement ces signes.)

Enfin M. Velpeau a signalé avec raison l'importance de la distinction que j'ai établie entre les eaux sulfureuses naturelles et les eaux sulfureuses accidentelles. Cette distinction est effectivement très importante et digne de toute l'attention des chimistes. Il entre sur ce sujet dans de nouvelles considérations chimiques, qu'il nous est impossible de suivre et de saisir.

BANDAGE A EXTENSION GRADUELLE POUR LES ANKILOSES INCOMPLÈTES DE L'ARTICULATION CUBITO-HUMÉRALE.

M. Rault, médecin à St-Brieuc, correspondant de l'Académie, présente un bandage à extension graduelle et continue, applicable aux ankiloses incomplètes de l'articulation cubito-humérale. Le grand nombre de causes qui peuvent la produire en expliquent la fréquence incontestable. Ainsi les contusions, les plaies, soit à la main, soit à l'avant-bras, l'ostéalgie, si fréquente dans l'enfance, surtout à l'articulation huméro-cubitale, le déplacement de l'extrémité supérieure du radius, les fractures de l'humérus, ou ses luxations, les fractures et les luxations de la clavicule, en obligeant à tenir l'avant-bras fléchi sur le bras pendant quinze, dix-huit ou vingt jours, déterminent une contracture des muscles biceps brachial et brachial antérieur, qui fait naître une grande difficulté dans le mouvement d'extension. D'un autre côté, la grande mobilité de l'articulation huméro-scapulaire, la facilité et l'étendue de ses mouvemens permettent au malade de s'habituer, pour ainsi dire sans s'en douter, à faire porter tous les mouvemens de l'extrémité supérieure sur l'articulation huméro-scapulaire sans opérer l'extension de l'avant-bras; de là, au bout d'un certain temps, une ankilose plus ou moins complète de l'articulation huméro-cubitale.

Le bandage que M. Rault propose pour remédier à cet accident se compose d'une demi-gouttière en tôle, qui enveloppe la demi-circonférence postérieure du bras, auquel elle est fixée par des courroies; sur la partie convexe de cette gouttière est établi un levier du premier genre; la puissance s'exerce, à l'extrémité supérieure, au moyen de deux vis, l'une de pression et l'autre de rappel; l'extrémité inférieure du levier présente des douilles destinées à recevoir la courroie qui fixe cette extrémité au poignet. Pendant que la puissance (la vis) détermine l'extension graduelle de l'avant-bras, les courroies qui fixent la gouttière exercent, sur le muscle biceps brachial, une compression qui paralyse ses contractions, et rend ainsi l'action du bandage bien plus prompte, en faisant disparaître l'obstacle le plus direct et le plus puissant.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES MALADIES DES ARTICULATIONS, accompagné d'un atlas de 65 planches; par A. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Lyon. — 2 vol. in-8°. Paris, 1845, chez J.-B. Baillière et Germer Baillière, libraires, rue de l'Ecole-de-Médecine. Lyon, chez Savy, libraire, 14, place Louis-le-Grand.

Deux ordres de travailleurs cultivent la science : les inventeurs et les compilateurs. Bien distincts les uns des autres par leur but, par l'espèce particulière de succès et de considération qui les attend, par les difficultés spéciales à chacun d'eux, ils le sont plus encore par la nature de leur esprit. Ce sont presque, dans le monde psychologique, deux races étrangères, deux classes sans affinité aucune. Scission profonde, persistant à travers les siècles comme une marque de notre imperfection native, et dont les efforts même faits pour l'effacer viennent attester l'invincible empire. L'état présent de notre société, dans laquelle nulle aptitude n'a un milieu où elle se trouve librement à l'aise, fournit chaque jour le spectacle de quelque tentative de ce genre; et toutes confirment l'immuable loi de séparation entre l'auteur original et l'écrivain didactique. Cet homme brillait par l'étendue et la sûreté de ses connaissances. Librement épanouie dans les pages d'un in-8° classique, sa critique semblait annoncer l'esprit le plus pénétrant et le plus fin. Si jamais il se décide à composer de son crû, disait-on!.... Il s'est décidé; un concours le pressant, ou son ambition peut-être se chargeant de lui présenter à sa manière ce vœu du public, il a enfin voulu payer son tribut. Déception soudaine! De vieilles idées prétentieusement agencées, une tendance perpétuelle, mais toujours à l'état de tendance vers l'originalité, des théorèmes à chaque pas, de preuves nulle part, cette critique si sûre pour les autres faisant défaut à l'auteur alors qu'il en aurait le plus besoin vis-à-vis de ses propres conceptions, voilà ce que nous offre tous les jours le mouvement scientifique contemporain, voilà catalogués d'après nature les produits de cette soif *d'inventer malgré Minerve*, que l'indifférence publique semble alimenter sans pouvoir parvenir à éteindre.

Reconnaissons-le toutefois, le tableau ne serait absolument juste qu'à ce seul point de vue. Jamais l'homme d'invention qui entreprend une œuvre de longue haleine ne fera craindre à ses lecteurs de désappointemens aussi complets. Il y a plus : dans certaines conditions, cette alliance entre le génie et l'art d'exposer donne des garanties qu'on demanderait en vain à l'un ou à l'autre isolément. Sans doute, pour l'esprit habitué à saisir, à créer de nouveaux rapports, la méthodique allure qui lui est alors imposée comprimera d'abord son élan et pourra, au début, refroidir sa

blesse; comme il s'était élevé par le travail et le devoir, il exigeait de celui-là même à qui il accordait toute sa bienveillance l'accomplissement complet et régulier des soins qui lui étaient confiés. Cette sévérité était d'ailleurs bien salutaire, car elle unissait plus intimement l'élève au maître et le faisait participer plus directement et d'une manière profitable aux soins qu'il prodiguait à ses malades. Le travail et le devoir, c'étaient là les deux voies par lesquelles le disciple arrivait sûrement à l'affection du maître. Plein de sollicitude pour le malheur, M. Breschet ressentit vivement les douleurs morales, aussi trouvait-il dans son âme des paroles pleines de bonté et de douceur pour ceux dont le cœur était affligé.

Laissez-moi, Messieurs, vous dire une circonstance de la vie de M. Breschet, où je vis toute la délicatesse et la sensibilité de son cœur. La chirurgie militaire venait de perdre une de ses gloires, Larrey venait de mourir, M. Breschet parlait au nom de l'Institut; vous savez tous avec quel talent et quelle délicatesse il sut rendre ce qu'il y avait de grand et de généreux dans cette noble existence; mais ce que vous ignorez sans doute, ce sont les impressions qu'éprouva M. Breschet dans l'esquisse de cette belle vie : son émotion était telle qu'il ne put nous lire le discours qu'il venait de composer; son cœur était plein de larmes, et sa voix émue ne lui permit pas d'adresser à celui qu'il regrettait les derniers adieux qu'il avait si noblement exprimés. Ce sont là les qualités par lesquelles ce maître nous était cher et qui font que sa perte est pour nous un jour de deuil et d'éternels regrets.

— Cours public théorique et clinique sur les maladies mentales. (5e année.) — M. Baillarger, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, commencera ce cours mardi prochain 20 mai, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les mardis et jeudis de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons cliniques auront lieu à la Salpêtrière tous les dimanches à neuf heures du matin à partir du dimanche 25 mai. Les premières leçons seront consacrées à l'étude de la paralysie générale des aliénés.

— Traité d'hygiène publique et privée; par Michel Lévy, médecin ordinaire de première classe et professeur d'hygiène et de médecine légale à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris. — Tome II, in-8° de 800 pages. Prix : 8 fr.

Prix de l'ouvrage complet (2 vol. in-8°) : 15 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— Traité élémentaire de physiologie végétale; par L. J. Leboucher-Delalande, ancien pharmacien de Paris, etc. — In-8°. Prix : 7 fr.

Paris, chez Firmin Martin, éditeur, rue de la Michodière, 20.

verve. Mais s'il est bien prémuni contre le dégoût des lenteurs nécessaires en pareil cas, s'il a la volonté et le temps d'élaborer son œuvre de manière à en faire un véritable *traité complet*, si, par de précédentes publications, il a déjà pu émousser en lui cette passion de produire du nouveau, caractère inhérent à sa trempe intellectuelle, alors cet homme est mûr pour une œuvre de si haute importance, et la science peut attendre beaucoup d'un ouvrage conçu et préparé sous de tels auspices.

Ce n'est pas dans ce journal que l'opportunité des remarques précédentes, à l'occasion du nouveau livre de M. Bonnet, aura besoin d'être longuement discutée. Si ce que nous venons de dire est vrai en principe, les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE sont édifiés dès à présent sur la valeur de cet ouvrage; car il n'est pas un seul d'entre eux qui ne connaisse déjà favorablement l'auteur par l'une des nombreuses productions originales dont il a enrichi nos colonnes. Il nous suffira donc d'ajouter ici que le TRAITÉ DES MALADIES DES ARTICULATIONS, fruit d'un travail assidu de cinq années, se présente comme l'œuvre de prédilection de M. Bonnet; que sa position à la tête de l'Hôtel-Dieu de Lyon durant six années lui a permis d'en vérifier toutes les idées au lit du malade, à la salle d'opérations, à l'amphithéâtre anatomique; que dans un enseignement public il n'a cessé d'appeler sur ces mêmes idées le contrôle de la polémique et de la controverse; que, depuis une année enfin, affranchi des pénibles sollicitudes du service d'hôpital, il a pu revoir en silence et corriger d'une main plus froide des pages que l'inspiration ne sait jamais remplir sans les surcharger; voilà ce que nous pourrions dire à ceux qui craindraient de trouver ici la matière traitée d'une façon plus originale que complète. A ceux qui, sur l'aspect de deux gros volumes, seraient tentés d'exprimer la crainte opposée, nous n'aurions qu'à leur rappeler le nom de M. Bonnet, nom que chacun peut juger à sa guise, mais qui du moins n'a jamais servi jusqu'ici de sauf-conduit à des idées rebattues ou aux vieilleries remises à neuf qui encombrent aujourd'hui nos marchés scientifiques.

A le considérer sous le rapport du choix des sujets qu'il embrasse, l'ouvrage de M. Bonnet offre de nombreuses éliminations volontairement établies, qui lui constituent un caractère spécial, malgré la généralité de son titre. Il ne contient ni les fractures des articulations, ni les luxations traumatiques, ni celles des difformités articulaires qui ne sont pas consécutives aux lésions locales des jointures, telles que les pieds-bots, les luxations congénitales du fémur et les déviations de la taille. Les entorses, contusions et plaies y sont étudiées, mais principalement dans leurs rapports avec les inflammations, les douleurs, les abcès auxquels elles peuvent donner naissance. Ainsi bornée aux altérations organiques, autrement dites vitales ou spontanées des articulations, la description ne porte que sur des objets homogènes; aucune des considérations d'ensemble ne résiste à l'application; et le lecteur, s'il est de ceux qui cherchent dans un livre autre chose que l'*état actuel de la science*, sait bon gré à l'auteur de s'être donné des limites qu'il n'aurait pu franchir sans perdre, sur une foule de points, le droit de parler d'après son expérience personnelle.

Quelque simplifié que le sujet fût ainsi devenu, l'ordre à choisir pour son étude n'en était pas moins embarrassant. Les auteurs qui se sont jusqu'à présent occupés des maladies articulaires les envisagent sous deux points de vue bien différens : les uns considèrent la cause de la lésion, les autres son siége. Les premiers tiennent surtout compte du côté médical de la question; les derniers s'arrêtent plutôt à ses élémens matériels, à ce qu'il y a, dans la phénoménalité de l'affection, de modifiable par les agens mécaniques ou chirurgicaux. A ceux-là nous devons d'excellentes monographies sur la goutte, le rhumatisme articulaire, la carie, les tubercules des os, etc.; ceux-ci ont principalement avancé les problèmes du diagnostic local, les recherches anatomo-pathologiques. Ces deux tendances contraires ont tour à tour dominé dans la science à l'exclusion l'une de l'autre; mais c'est à les concilier et non à opter entre elles que doit aujourd'hui s'appliquer tout homme vraiment progressif. Les maladies articulaires sont trop souvent dues ou liées à une diathèse pour qu'on puisse placer à un rang secondaire l'état général qui presque toujours les complique. D'un autre côté, l'influence des élémens anatomiques particuliers dont se composent les jointures est telle sur la marche et la symptomatologie des affections qui s'y fixent qu'on aurait à coup sûr un tableau bien trompeur de ces désordres si l'on s'imaginait pouvoir le trouver dans une description générale de l'arthrite, de la carie, de la goutte, etc. M. Bonnet, ne voulant laisser en dehors de son cadre aucun document, aucune lumière, de quelqu'école qu'elle soit venue, a adopté l'ordre suivant. Une première catégorie est consacrée à exposer les caractères communs à la plupart des maladies articulaires : ainsi, relativement à l'anatomie pathologique, les fongosités, les congestions sanguines, l'ulcération des cartilages; pour l'étiologie, les causes externes et les influences générales qui activent le développement de ces lésions; quant au traitement, les règles générales qui concernent l'immobilisation des jointures malades, les douches, la cautérisation, l'application de l'hydrothérapie, l'emploi des eaux minérales. Dans la seconde classe sont passées en revue les diverses maladies divisées par leur nature, l'entorse, l'arthrite, le rhumatisme articulaire, les hydarthroses, les abcès, les luxations consécutives, etc. Enfin, une dernière série de chapitres complète l'étude en indiquant les particularités qu'offre chacune de ces altérations, selon qu'on les observe dans le genou, le coude, l'épaule, etc. Ce plan est-il le meilleur? Sans contredit, il expose à de fréquentes redites; on du moins elles n'ont souvent pu être évitées qu'en morcelant en fragmens çà et là disséminés des considérations qu'on eût quelquefois mieux aimé pouvoir lire sans interruption; mais il assurait plus qu'un autre contre toute chance d'omissions, et c'est vraisemblablement pour ce motif que l'auteur, qui sans doute n'en méconnaissait point les désavantages, a persisté à le conserver.

Nous n'essaierons point de faire connaître en l'analysant un livre dont le mérite est bien moins dans l'arrangement que dans la valeur intrinsèque des idées. Quelques citations rempliront mieux notre but ainsi que la curiosité des lecteurs. Nous les prendrons indifféremment dans les diverses parties de l'ouvrage, en préférant toutefois celles des idées de l'auteur qui n'ont pas déjà fait le sujet de publications dans la GAZETTE MÉDICALE.

L'un des points principaux, et le principal à notre avis, qui ait droit à être mentionné d'une manière favorable, c'est la préoccupation constante de l'auteur pour cette partie de la thérapeutique qui, dans les affections articulaires, s'adresse, non à une lésion locale, mais à la constitution même du malade. En disant que M. Bonnet a le premier traité des causes générales des maladies articulaires, certes nous semblerons d'abord avancer un paradoxe. Mais on sera bien près de partager notre opinion, si l'on songe combien d'écrivains ont dit *qu'il faut s'occuper* de cette partie de la question, et combien peu s'en sont *par le fait occupés* de manière à augmenter la somme des notions capables d'être avantageusement utilisées au lit du malade. M. Bonnet a une tout autre façon de procéder. Il ne se contente pas d'affirmer la fâcheuse influence de tel ou tel agent anti-hygiénique; il analyse son action, montre ses effets, confirme par l'expérience ce que la raison en faisait pressentir, discute les circonstances qui peuvent obscurcir les rapports de causalité, et fait, en un mot, si bien suivre au lecteur les phases et le travail graduel de son observation que celui-ci se sent entraîné à partager d'instinct ses convictions, presque persuadé qu'il les a acquises au même prix et vérifiées aux mêmes épreuves que l'auteur. Lisez, par exemple, le chapitre qu'il consacre à l'étude de l'influence exercée par le séjour dans les habitations humides. Il commence par distinguer entre l'air rendu humide par la vaporisation d'une eau pure et l'humidité qui se dégage des murs nouvellement construits, de ceux qui sont adossés à un terrain peu sec, des murs qui ont longtemps baigné dans l'eau, et enfin de la terre fraîche sur laquelle on se couche. Le danger d'un contact prolongé avec les corps de cette dernière espèce ne saurait être nié; la plupart des malades atteints d'arthralgies le reconnaissent d'eux-mêmes, et attribuent à des imprudences semblables l'origine de leur mal sans attendre que le médecin leur en suggère l'idée. Plusieurs fois cependant, poursuit M. Bonnet, on voit des parens dont l'enfant souffre de quelque maladie articulaire mettre en doute la justesse de cette explication, parce que, disent-ils, ils ont habité la même maison que lui et que cependant leur santé n'en a souffert aucune atteinte. Mais sans alléguer ici la susceptibilité bien plus vive du jeune âge, il est le plus souvent facile de surprendre chez ces individus si bien portans à leur dire quelques signes qui trahissent l'échec qu'a subi leur constitution. Ils ont depuis lors été sujets à des douleurs erratiques dans diverses parties du corps, à des catarrhes fréquemment renouvelés; leur teint est devenu plus pâle. Ils appartiennent à cette classe si nombreuse de gens qui croient jouir d'une bonne santé, tandis qu'ils portent en eux la prédisposition à des maladies graves et multipliées. Car on n'a pas une bonne santé, continue encore l'auteur, si l'on prend des rhumes, des ophthalmies, des diarrhées, des maux de gorge, des douleurs, sous l'influence du plus léger refroidissement, par suite d'une de ces transitions du chaud au froid qui sont inséparables de notre manière de vivre. Un tel homme sort, marche; il mange et dort; il vaque à ses occupations habituelles. Le considérerez-vous cependant comme bien portant?....

Comme moyens rationnels de contrebalancer cette action délétère, M. Bonnet préconise l'usage des agens généraux capables d'augmenter dans l'individu affecté la puissance de résister au froid et de lui donner un sentiment général de forces. Ces secours précieux, il les trouve dans l'emploi des bains russes et surtout des bains froids administrés suivant les procédés hydrothérapeutiques. Pris avec persévérance et dans les conditions individuelles convenables (conditions sur lesquelles le médecin doit toujours être appelé à statuer), ils rétablissent les fonctions de la peau, portent le sang aux parties externes d'une manière durable, resti-

tuent les sécrétions de sueur supprimées, et augmentent la force de résistance au froid. Médiatement ensuite, les articulations malades éprouvent de cette médication une influence souvent assez rapide pour étonner même le médecin; et l'amélioration locale est ici d'autant plus satisfaisante qu'elle n'a été opérée que par le fait d'une modification favorable accomplie dans l'ensemble de la constitution. Soit à l'hôpital, soit en ville, M. Bonnet a obtenu de ce procédé des résultats qui l'ont confirmé dans l'idée avantageuse que, théoriquement déjà, il avait pu se former sur son compte. Ceux qu'il cite dans son ouvrage nous ont paru tout à fait propres à réhabiliter, aux yeux de ceux auprès desquels elle pourrait en avoir besoin, cette puissante méthode thérapeutique.

Les diverses diathèses n'ont pas été moins fructueusement étudiées par notre auteur dans leurs rapports avec l'étiologie des maladies articulaires. Les idées que lui ont suggérées à ce sujet ses recherches d'anatomie de texture sont vraiment dignes par leur nouveauté et leur importance d'être citées avec quelques détails. On sait que la lymphe plastique parcourt successivement plusieurs périodes : d'abord inorganique et composée de sérosité et de fibrine, elle se pénètre bientôt de vaisseaux capillaires; puis à une troisième phase elle devient celluleuse, fibreuse ou cartilagineuse, revêt, en un mot, les caractères de l'organisation. M. Bonnet, ayant analysé, à ce point de vue, les fongosités qui se développent souvent dans les articulations malades, les trouva formées de fibrine et de sérosité, parcourues par de petits vaisseaux capillaires. C'était donc exactement de la lymphe plastique arrivée à la seconde période. Mais pourquoi cette matière qui, partout ailleurs, accomplit régulièrement son évolution, qui jamais à l'état normal ne reste à ce second degré que d'une manière transitoire, y persiste-t-elle là avec une si déplorable ténacité? Pourquoi y est-elle l'analogue des bourgeons charnus de mauvaise nature, de ceux, qui entourent le pois d'un cautère, et ne se transforme-t-elle pas au contraire graduellement en tissu fibreux, ainsi que le font les bourgeons charnus des plaies dans le travail régulier de cicatrisation? M. Bonnet reconnut sans peine qu'une cause morbide, quelquefois locale, le plus souvent générale, entrave là la marche de la nature. Il y a ici un véritable arrêt de développement; les fongosités ne sont autre chose que de la lymphe plastique dont l'organisation a été suspendue par une influence interne. Et cela est si vrai, ce petit coin de l'organisation où règne la maladie est si bien la copie de ce qui se passe dans le reste de l'économie, que là comme ailleurs, si l'énergie vitale un instant paralysée (1) reprend le dessus, vous voyez les fongosités se convertir en tissu fibreux. Aux articulations, comme dans les membranes séreuses, la transformation fibreuse est l'heureux apogée, le dernier terme du *nisus formativus*; et toutes les fois que vous trouvez une couche fibreuse à la surface articulaire d'os privés de leurs cartilages, que vous voyez ce tissu étendu en membranes, ou jeté en faisceaux d'une tête articulaire à l'autre, vous pouvez annoncer qu'il y avait eu là un pas vers la guérison, un effort médicateur opéré par la nature pour compléter l'évolution de la lymphe coagulable.

Entre les mains de M. Bonnet, cet aperçu n'est point resté stérile. Selon les mêmes principes, et toujours à la lumière de l'anatomie pathologique et de la chimie, il établit parmi les produits de sécrétion qui se forment dans les articulations malades trois ordres distincts. Les premiers qui s'organisent régulièrement; les seconds qui sont arrêtés dans leur organisation; les troisièmes qui ne s'organisent pas du tout. Eh bien! les diathèses, causes si bien démontrées des arthralgies, peuvent très logiquement être caractérisées elles-mêmes par leur tendance à favoriser la sécrétion de l'une ou de l'autre de ces trois espèces de produits. Dans les moins graves (la diathèse rhumatismale aiguë ou chronique), il y a tendance à sécréter des produits qui s'organisent; telles sont les effusions de lymphe plastique. Viennent ensuite les diathèses marquées par la disposition à sécréter des produits qui s'organisent incomplètement (la diathèse scrofuleuse, celle avec laquelle on rencontre le plus souvent des fongosités de la synoviale). Enfin, les plus graves, celles dans lesquelles il y a tendance à la sécrétion de produits qui ne s'organisent pas (diathèses tuberculeuse, purulente et goutteuse qui s'accompagnent de la déposition de tubercules, ou de pus, ou d'acide urique). On voit du premier coup d'œil toute la simplicité et la clarté que ces idées, si l'avenir en confirme la justesse, peuvent jeter dans le pronostic des maladies articulaires. Elles auront encore l'inestimable avantage de servir la thérapeutique, en fixant désormais les efforts et l'attention du médecin sur l'état général, dont l'importance dans ces cas est bien loin encore d'être suffisamment sentie.

Le mérite du livre de M. Bonnet ne serait pas convenablement apprécié, si l'on pensait qu'il s'est borné à donner le signal de cette réforme. Plusieurs chapitres fournissent les exemples les plus développés et les plus probans de l'esprit dans lequel il sait lui-même la conduire. Citons encore ce qui concerne les tumeurs fongueuses articulaires. Cherchant quelles sont les causes de cette lésion, l'auteur n'hésite pas à l'attribuer aux scrofules. Mais, dit-il, il y a des scrofuleux de plusieurs espèces. Déjà, depuis quelques années, on a senti la nécessité de détacher de cet ordre nosographique les sujets tuberculeux; et le tableau qu'on a tracé de ceux-ci suffit bien en effet pour justifier leur classement à part, soit d'après leur physionomie et leur apparence extérieure, soit à cause de la nature toute spéciale des lésions qu'ils offrent. Mais une fois cette première élimination faite, on trouve encore parmi les individus dits scrofuleux deux espèces bien distinctes. Les uns, pâles, maigres, sans trace de tuméfaction dans les glandes extérieures, à joues creuses, paupières et lèvres minces, teint pâle, se présentent affectés d'un nombre plus ou moins considérable d'abcès froids *sans tubercules*. C'est-là, selon M. Bonnet, la diathèse purulente. Les autres ont la face pleine, les ailes du nez, les lèvres, les paupières tuméfiées, les glandes du cou ordinairement volumineuses; ils sont disposés aux congestions avec sécrétion muqueuse; aux ophthalmies, aux otorrhées. Ce sont eux qu'on appelle plus particulièrement scrofuleux, et que M. Bonnet proposerait de considérer plutôt comme affectés de *diathèse fongueuse*. Et, en effet, chez eux on trouve surtout, comme lésions locales, ces masses charnues, molles, tendant à la suppuration et qu'on désigne en général sous le nom de *fongosités*. Chez eux, en même temps que les fongus des articulations, on en voit fréquemment dans des os où ils prennent le nom de *spina ventosa*, dans les glandes qu'ils tuméfient, au nez et aux joues où ils peuvent, en s'ulcérant, devenir le point de départ de certaines dartres rongeantes, etc.

On voit de suite dans quelle idée cette classification a pris sa source. C'est une nouvelle application de la distinction très méthodique que M. Bonnet établit, quant à leur gravité, entre les produits de sécrétion morbide qui ne s'organisent qu'incomplètement et ceux qui ne s'organisent en aucune manière. Mais, de quelque part qu'elles soient venues, ces considérations ne pouvaient être sans influence sur la thérapeutique; et l'on reconnaîtra aisément à la lecture de l'ouvrage de M. Bonnet ce que la science a gagné à ce que de nouvelles divisions aient ainsi été introduites dans l'étude de l'affection scrofuleuse.

Un autre point de vue entièrement différent a été pour M. Bonnet l'occasion d'une correction non moins utile aux idées généralement reçues. Aux yeux de presque tous les chirurgiens, une articulation est en repos quand ses mouvemens sont empêchés par un appareil approprié; ils n'imaginent rien de mieux que cette situation, et croient avoir satisfait par l'immobilité à la première et principale indication. Eh bien! pour notre auteur ce prétendu repos n'est dans l'immense majorité des cas rien autre chose que la permanence dans une position vicieuse, et telle que la synoviale et les ligamens sont distendus sur l'un des côtés de l'articulation, que les surfaces osseuses sont comprimées de l'autre et qu'un effort permanent tend à altérer les rapports naturels des os. L'inaction même, dans cet état défavorable, devient alors un agent irritant, une cause d'aggravation du mal. Malheureusement ces attitudes pernicieuses sont très souvent choisies par les malades; de sorte que le chirurgien a ici successivement deux conditions à remplir : 1° ramener le membre dans une bonne position, c'est-à-dire dans celle qui n'entraîne la distension d'aucune partie de la synoviale et des ligamens, qui n'expose à aucune luxation spontanée et qui permettra, dans le cas d'ankylose, l'exercice le plus facile du membre; 2° fixer la partie dans cette position pendant un temps plus ou moins considérable, et suffisant pour laisser à la guérison la possibilité de s'accomplir. Ces sages principes ont valu à l'auteur des résultats on ne peut plus satisfaisans. Un soulagement ordinairement instantané accompagne, dans presque tous les cas, la conversion des attitudes vicieuses en situations convenables. M. Bonnet, du reste, ne s'est pas contenté d'indiquer ces idées d'une manière générale. Il a déterminé par l'observation clinique et l'expérimentation répétée sur le cadavre quelle est, pour chaque articulation, l'attitude nuisible et l'attitude avantageuse. Puis il a fait construire une série d'appareils propres à remplir ces vues. Chaque jointure du corps humain a ainsi été dotée de moyens mécaniques calculés de manière à la ramener et à la fixer dans l'état le plus propre à accélérer la guérison. Ces machines constituent un ordre tout particulier d'agens médicateurs, une méthode thérapeutique vraiment nouvelle contre des maladies remarquables surtout par leur ténacité, par leur tendance opiniâtre à une terminaison funeste. La pratique de M. Bonnet a déjà fait beaucoup pour en vulgariser l'emploi; son livre

(1) Nous devons reconnaître toutefois que cette série d'idées et de faits était implicitement contenue dans l'étiologie générale essentielle que M. J. Guérin a attribuée aux *artralgies*. Pour cet auteur, la coxalgie et toutes les variétés de la même espèce consistent essentiellement dans une paralysie du système nerveux organique. Nous avons assisté pendant près d'une année aux développemens de cette vue nouvelle, que les faits cités par M. Bonnet tendraient encore à confirmer.

achèvera sans doute de la répandre en éveillant la sollicitude des praticiens sur l'efficacité d'un mode de traitement avec lequel on annonce les résultats les plus prompts et les plus satisfaisans sans avoir fait courir au malade le moindre risque de douleur ou d'exacerbation morbide.

Parmi les élémens nouveaux apportés par M. Bonnet à l'histoire thérapeutique des affections articulaires, nous devons signaler encore ses études pratiques sur les effets divers de la cautérisation, selon qu'elle est opérée par le calorique ou par des agens chimiques. Persuadé que les bons effets dus au premier de ces deux modes de publication tiennent surtout à l'excitation que la chaleur imprime aux tissus sous-jacens, il s'est livré à quelques expériences pour déterminer les conditions suivant lesquelles le calorique se propage ainsi. Une première circonstance favorise la transmission, c'est que le cautère actuel agisse sur une peau intacte. Plus dense que les autres tissus, la membrane tégumentaire est plus propre à ne pas éteindre le feu, à ne pas absorber à son profit exclusif les rayons calorifiques. Ainsi un fer rougi, appliqué légèrement sur la peau d'un cadavre de manière à ne pas la détruire, fait pénétrer la chaleur beaucoup plus profondément que si on le plonge vivement à travers l'enveloppe cutanée dans les parties sous-jacentes. Autre expérience : tracez, avec un fer rouge, des raies sur la face épidermique d'un morceau de peau, le doigt appliqué sur la face profonde sentira très promptement l'impression de chaleur. Placez au contraire le cautère sur cette face, il sera impossible de faire pénétrer la chaleur jusqu'à la pulpe des doigts qui auront été mis sur le côté opposé. — Quant au moxa, c'est le moyen le plus capable de faire parvenir la chaleur à de grandes distances. D'après ce qu'il a observé en expérimentant sur le cadavre, M. Bonnet pense que les moxas un peu volumineux, de 3 centimètres de diamètre, remplissent incomparablement mieux ce but que ceux dont on se sert habituellement, et il ne serait point éloigné de réhabiliter le large moxa égyptien, avec ses dimensions sans lesquelles cet agent est évidemment dépourvu d'une grande partie de sa puissance.

D'heureux effets ont surtout été obtenus de la cautérisation transcurrente autour des articulations malades. Empruntant aux vétérinaires leurs idées sur une opération qu'ils ont si fréquemment l'occasion de pratiquer, l'auteur pose en principe de passer huit à dix fois le fer rouge dans les mêmes raies, avec la précaution d'appuyer à peine sur la peau. Les douleurs sont alors beaucoup moins vives qu'on ne le pourrait croire. Une fois que le premier contact a carbonisé les couches superficielles, le feu est aisément supporté, et son application réitérée se borne presque à faire pénétrer la chaleur dans des parties de plus en plus profondes, but essentiel de l'opération.

Si nous avons jusqu'à présent insisté sur des remarques générales, sur des données n'ayant rien de spécial à telle ou telle espèce de maladie, à telle ou telle région, il ne faut pas croire que l'ouvrage de M. Bonnet ne prête point, sous ce dernier rapport, prêter matière à des emprunts moins nombreux et moins attachans. Les exigences de l'analyse ont seules dicté notre choix; mais les première et seconde parties, quoique plus difficiles à retracer dans un compte-rendu, offriront à celui qui voudra les étudier assidûment une foule d'aperçus tout aussi intéressans et encore plus directement susceptibles d'application dans la pratique que ceux dont nous venons de citer quelques exemples. Si, parmi les chapitres consacrés aux maladies de telle ou telle articulation, il en est quelques-uns qui, au premier coup d'œil, risquent de lui paraître incomplets; si, dans d'autres, la préférence de l'auteur pour certains points de vue spécialement traités à l'exclusion de certains autres semble un peu arbitraire, le plus souvent la largeur, le caractère pratique des développemens dédommageront amplement le lecteur d'une confusion plus apparente que réelle, de lacunes qui, pour la plupart, n'existent véritablement pas, et que le plan seul de l'ouvrage pourra faire supposer à ceux qui n'en consulteraient qu'une partie isolée. Nous aurions, dans ces dernières divisions, plusieurs fragmens à mentionner où la précision des détails, la rigueur des démonstrations le disputent à l'élévation, à la hardiesse des conceptions. Mais nous craindrions de défigurer, en voulant ici l'abréger, ce que nous avons eu tant de plaisir à lire et à relire. Contentons-nous, seulement pour appuyer notre jugement, de citer le chapitre entier sur l'alongement et le raccourcissement des membres inférieurs dans les maladies de la hanche (morceau dont on peut dire pour tout éloge qu'on le méditera certainement avec fruit, même après avoir pris connaissance des travaux si nombreux publiés sur cette question); les expériences relatives aux mouvemens forcés imprimés aux articulations (recherches vraiment remarquables de persévérance et de patience, notions d'autant plus précieuses qu'elles constituent un ordre de faits que chacun sera maître d'interpréter, d'utiliser, de féconder à son gré); les conseils sur le massage et sur les mouvemens artificiellement imprimés aux articulations dans le cas d'entorse; la constatation de ce fait général, qu'on peut percevoir, dans une hydropisie articulaire, la sensation de plusieurs fluctuations isolées, bien qu'il n'existe qu'une seule poche, lorsque l'articulation est examinée dans certaines attitudes propres à faire naître cette illusion; les considérations sur les fâcheux effets de l'immobilité trop prolongée (dangers que M. B. Teissier a du reste le premier fait connaître; voy. Gaz. Méd., 1841, p. 609); l'emploi des injections iodées dans les articulations, moyen dont M. Bonnet a fait le premier l'application, comme il le démontre, contradictoirement aux prétentions élevées par M. Velpeau (le passage relatif à cette question mérite d'être cité comme un modèle de polémique aussi digne pour la forme que probante quant au fond); la manière simple et rationnelle d'envisager la nature de la nécrose et de la carie, etc., etc.

L'atlas qui accompagne cet ouvrage permettra de saisir d'un coup d'œil tout ce qui se rapporte aux positions vicieuses, aux effets des injections dans les articulations sur le cadavre, à la mensuration des membres inférieurs dans la coxalgie, aux appareils contentifs imaginés par M. Bonnet, etc. Ce secours n'a nulle part dispensé l'auteur de la clarté; mais tout en rappelant au lecteur les objets, il aura surtout l'avantage de l'aider à répéter les expériences et à faire construire les appareils indiqués.

La critique n'aura que bien peu de reproches à diriger contre cet ouvrage, si du moins elle consent à se placer au point de vue d'où M. Bonnet peut légitimement demander qu'on l'examine et qu'on le juge. Ecrivain si éminemment original, oserait-on exiger de lui la correcte et calme méthode d'exposition, l'abondante érudition, l'art de n'omettre ni un nom ni une date, qualités ordinaires de ceux qui n'ont rien à dire de neuf? Et quant aux idées qu'il a mises ici en lumière, si on l'en trouve de temps en temps quelque peu enthousiaste (accusation que nous ne voudrions pas, pour notre compte, exprimer ici, ne pouvant faute d'espace la justifier pour le moment d'une manière convenable), l'auteur ne serait-il pas autorisé à en appeler de cette sentence, en réclamant avant tout l'épreuve des faits pour des principes qu'il n'a lui-même adoptés qu'après la sanction de l'expérience? C'est au lit seul du malade qu'il convient d'en discuter la valeur; et une fois ce contrôle institué, il y en aurait, je crois, bien peu parmi les opposans qui, en faveur de ce que ces réformes leur présenteraient de réellement utile, ne fussent tout prêts à absoudre l'auteur de l'importance quelquefois un peu considérable que, en sa qualité d'inventeur, il semble disposé à leur accorder.

Comme critiques de détail, nous n'aurions nous-même que peu d'observations à faire sur le caractère chirurgical de ce livre et sur l'esprit dans lequel les appréciations de procédés ou de doctrine y sont formulées. Signalons cependant à M. Bonnet une inadvertance qui pourrait le compromettre aux yeux de quelques lecteurs superficiels. Un chapitre est intitulé : *Du rhumatisme aigu, suite de l'infection purulente*; et l'un des suivans : *Du rhumatisme aigu, suite d'une distension de l'urètre*. Evidemment il n'y a rien dans les accidens dont il est ici question qui puisse même indirectement être rapporté au rhumatisme. Il est très vrai que l'auteur déclare immédiatement après que la première espèce est entièrement distincte du rhumatisme proprement dit, et que la seconde tient souvent à une véritable infection purulente. Mais, malgré ces réserves très explicites, nous pensons que, pour l'intérêt de sa réputation, l'auteur devra faire disparaître, dans une seconde édition, ces titres malencontreux dont le seul aspect suffirait pour faire suspecter l'orthodoxie de ses vues en pathogénie.

Puisque nous avons indiqué une correction à M. Bonnet, il nous saura sans doute gré de placer encore sous ses yeux un passage où il nous semble avoir été entraîné trop loin, quoique par un sentiment tout honorable. A propos de l'excision cunéiforme d'un os, proposée et exécutée avec tant de bonheur pour remédier à l'horrible incommodité que produit une ankylose anguleuse, il s'exprime ainsi : « C'est une de ces opérations que l'on peut pratiquer au milieu de ces illusions dont se berce tout homme qui invente une opération nouvelle; mais aucun de ceux qui ne sont pas égarés par l'illusion qui s'attache à toutes les inventions ne voudra exposer les malades aux accidens d'une fracture compliquée, et par suite à la mort pour raccourcir un membre déjà trop court et substituer une difformité à une autre. La médecine opératoire n'a rien à faire dans le traitement des ankyloses. » Si la manie d'opérer à tout prix a ses illusions, la philanthropie exagérée a aussi les siennes; elle compte également des victimes. Nous espérons trop du bon jugement de M. Bonnet pour croire qu'il persévère dans cet anathème contre une opération que ses succès ont généralement fait classer par tous les chirurgiens instruits au nombre des ressources les plus précieuses et les plus rationnelles de l'art.

A l'article *abcès des articulations*, M. Bonnet, examinant les diverses méthodes proposées pour en obtenir la cure, affirme que dans l'immense majorité des cas la ponction sous-cutanée ne produit aucun résultat durable. Puis, cherchant à appuyer cette conclusion sur le raisonnement, il fait remarquer que ceci ne doit pas étonner, puisque dans l'hydrocèle, qui est placée dans de bien meilleures conditions locales et générales, la

ponction seule est constamment insuffisante et suivie du retour de l'épanchement. — Notre avis sur ce point différerait de celui du chirurgien de Lyon, d'abord par la grande raison que nous avons vu plusieurs succès définitifs obtenus par M. J. Guérin à l'aide de son procédé d'aspiration de la totalité du liquide. S'il fallait, en second lieu, poursuivre la discussion sur le terrain du raisonnement, il nous serait aisé de montrer que la comparaison de l'hydrocèle, séduisante de justesse au premier coup d'œil, a cependant le tort de supposer aux abcès articulaires une résistance à l'action curative de la ponction qui ne leur appartient réellement pas. Dans l'hydrocèle, l'épanchement s'est fait passivement; il ne cause aucune douleur; il consiste en sérosité; il ne détermine par sa présence nul trouble général, nulle réaction fébrile. Quant aux abcès articulaires, qui ne sait que pour avoir un tableau fidèle de leur symptomatologie la plus ordinaire il n'y aurait qu'à prendre exactement le contrepied de ces caractères? Il y a donc là une irritation chronique, sourde, obtuse si vous voulez, mais une irritation réelle et continue. Aussi, en enlevant le pus, mais *tout le pus, jusqu'à la dernière goutte*, vous arrachez l'épine, vous ôtez *une des causes* qui perpétuaient le mal, tandis qu'en évacuant le liquide de l'hydrocèle, on ne soustrait qu'*un produit*. La différence des résultats dans l'un et dans l'autre cas n'a par conséquent rien de plus obscur à comprendre que de difficile à constater.

Il est une dernière rectification dont nous aurions encore à suggérer l'idée à l'auteur; et sa bonne foi scientifique nous est si bien connue que nous ne craignons pas de trop nous avancer en affirmant qu'elle ne lui paraîtra ni moins importante, ni moins légitime que les précédentes. M. Bonnet cite peu, mais il cite juste. Auteur lui-même de nombre de perfectionnements majeurs, il connaît le prix de la propriété scientifique; et il le montre dans plus d'un passage de son livre par le soin tout particulier qu'il met à découvrir et à rétablir les titres des véritables inventeurs. C'est donc avec surprise qu'après avoir eu à le louer, dans sa polémique sur l'emploi des injections articulaires, la justesse de son coup d'œil et sa perspicacité à discerner les droits réels, nous l'avons trouvé moins clairvoyant lorsqu'il s'agissait de rendre justice à d'autres chirurgiens. Nous voulons parler de quelques applications de la méthode sous-cutanée, dont l'origine ne semble pas avoir été bien comprise par le professeur de Lyon. C'est ainsi qu'à propos du traitement des hydarthroses par la méthode sous-cutanée, et de l'extraction des corps étrangers articulaires par le même moyen, il écrit: « C'est à M. Goyrand d'Aix qu'on doit ce traitement » (voy. introd., page xxxvj); jugement qu'il répète ensuite plus explicitement: « L'idée d'évacuer par une incision sous-cutanée de la synoviale le liquide des hydarthroses appartient à M. Goyrand » (t. I, p. 451); et plus loin: « L'idée de la méthode d'extraction des corps étrangers par l'incision sous-cutanée appartient à M. Goyrand » (*ibid.*, p. 487). M. Bonnet qui, dans son premier ouvrage (voy. SECTIONS TENDIN. ET MUSCUL.), avait approfondi si scrupuleusement les caractères de ce qui mérite le nom de découverte, sait aussi bien que nous que dans toute méthode thérapeutique nouvelle il y a deux parts distinctes de mérite et d'honneur, l'une pour celui qui a eu l'idée première, l'autre pour celui qui a appliqué. Or, dans la question actuelle, de ces deux parts, M. J. Guérin a incontestablement la première, et il pourrait aussi faire valoir à la seconde des droits égaux pour le moins à ceux de M. Goyrand. Quant à l'idée première, en effet, le traitement des hydarthroses et des corps étrangers par la méthode sous-cutanée a été formulé si catégoriquement par M. J. Guérin dès 1840 (voy. MÉM. SUR LES PLAIES SOUS-CUT. DES ARTIC., lu à l'Académie des sciences le 4 mai 1840, et ESSAIS SUR LA MÉTHODE SOUS-CUT.; 1841; p. 84 et 113) qu'il ne peut rester le moindre doute sur sa priorité à cet égard. Quant aux procédés d'exécution, si, avec M. J. Guérin lui-même, nous reconnaissons à l'opération de M. Goyrand pour l'extraction des corps intra-articulaires sur celle décrite par M. J. Guérin le grand avantage d'avoir été pratiquée et d'avoir réussi, il n'en est pas de même du procédé de ce chirurgien pour l'évacuation du liquide des hydarthroses, dont l'idée consiste à faire passer ce liquide sous la peau par une incision sous-cutanée à la synoviale. De toute évidence, cette pratique n'est ni plus efficace ni plus sûre que l'évacuation pure et simple à l'aide de la seringue, telle que le fait M. J. Guérin. Elle expose de plus à ne vider qu'incomplètement la poche; elle laisse en permanence sous la peau un liquide toujours incommode s'il n'est pas irritant. A tous égards donc ce mode de traitement doit céder le pas à celui de M. J. Guérin.

En terminant la lecture de cet ouvrage, une réflexion se présente naturellement à l'esprit, c'est que si quelques hommes avaient apporté à l'étude des affections articulaires le même dévouement, la même conscience que M. Bonnet, depuis longtemps déjà cette classe de maladies encore si pleine d'obscurités et de lacunes posséderait son histoire complète. C'est un grand pas que la science vient de faire sous l'impulsion heureusement associée d'une imagination féconde et d'un jugement mûri par l'expérience. Mais le bien que nous espérons de cette publication ne se bornera pas aux enseignements qui s'y trouvent explicitement formulés. C'est là, pour les amis de l'art chirurgical, à la fois une conquête, un exemple et un service: conquête de notions pratiques dont l'intérêt le dispute à l'utilité; exemple de ce que peut la méthode alliée à une assiduité sagace; enfin service véritablement rendu à ceux qui suivant à l'avenir la même carrière n'y découvriront de nouveaux horizons que grâce à la lumière dont le présent traité les éclairera avec tant de profusion. Sous ce triple rapport, M. Bonnet a bien mérité des travailleurs, ainsi que de la science. Cet éloge nous le donnons avec plaisir parce qu'il a été honorablement et laborieusement mérité; nous le donnons sans crainte d'être démentis, assurés que tous nos lecteurs ou sont déjà en mesure ou s'empresseront de se mettre à même de le confirmer avec connaissance de cause.

H. DIDAY.

VARIÉTÉS.

REFUS D'UN HOMME DE L'ART DE DÉPOSER, EN SA QUALITÉ DE MÉDECIN, DANS UNE AFFAIRE DE DUEL.

Dans l'audience du 11 avril du tribunal correctionnel de Bruxelles a eu lieu un incident qui intéresse vivement tous les hommes de l'art.

Les prévenus sont au nombre de six: ce sont MM. le comte Goblet et le baron d'Hoogvorst, poursuivis pour s'être battus en duel en février dernier; et MM. le marquis de Chasteleer, le baron de Knyff, le vicomte de Walckiers et le comte d'Ansembourg, prévenus de complicité, en qualité de témoins, aux termes de la loi du 8 janvier 1841 sur le duel. Ils ont pour défenseur Me Vervoort, avocat à la cour d'appel.

M. le substitut Dobbeleer remplit les fonctions du ministère public.

Le docteur SEUTIN déclare qu'en février dernier il a été appelé chez M. le marquis Chasteleer; mais, comme c'était en qualité de médecin, il croit ne devoir rien révéler de ce qui s'est passé; il pense que l'art. 378 du Code pénal lui donne le droit de se taire et lui en fait même un devoir.

M. LE PRÉSIDENT: Si donc il y avait un assassinat, vous vous refuseriez à en déposer?

M. le docteur SEUTIN: Sans doute. Cela est arrivé dans les environs de Mons: un individu a tué son fils d'un coup de pistolet; le médecin qui était présent a refusé d'en déposer.

M. PRÉSIDENT: Il a eu tort.

Le docteur SEUTIN: J'ai à cet égard des principes absolus. Ainsi, une femme qui se serait fait avorter m'aurait confié son secret que certes je ne le trahirais pas.

M. LE PRÉSIDENT: Mais vous seriez coupable si vous aidiez une femme à se faire avorter.

Le docteur SEUTIN: Je le sais; mais dans ce cas ma position serait toute différente; je ne serais pas témoin, mais je serais accusé.

M. LE PRÉSIDENT: Une loi de 1818 vous fait un devoir de révéler ce que vous savez.

Le docteur SEUTIN: C'est possible. Il y a en France un règlement analogue; cependant, après l'échauffourée des 5 et 6 juin 1832, les médecins de Paris, invités par l'autorité à dénoncer les blessés, s'y sont refusés d'un commun accord. C'est un exemple que je suivrai toujours.

Malgré l'insistance du tribunal et de M. le substitut, le docteur Seutin persiste dans son refus de déposer. Le tribunal décide qu'il sera passé outre; il autorise M. Seutin à se retirer.

Voilà un fait dont nous invitons nos collègues à tenir compte. Les médecins jouent ordinairement un grand rôle dans les dépositions judiciaires. C'est à eux à savoir jusqu'où doivent aller leurs révélations devant la justice.

Convenons cependant qu'il y a quelque chose d'incertain dans cette décision tacite du tribunal. — Un journal de cette ville, après avoir blâmé le peu de dignité qui a présidé aux débats, fait à cette occasion les réflexions suivantes: « Suffisait-il d'autoriser purement et simplement M. Seutin à se retirer après lui avoir fait prêter un serment que n'a suivi aucune déposition? N'eût-il pas été convenable de vider cet incident par une décision judiciaire, et de statuer sur les motifs graves allégués par M. Seutin d'une manière aussi formelle et avec une conviction aussi arrêtée? »

Pour notre part, quoique partageant entièrement l'opinion de M. Seutin sur la matière, nous eussions aussi voulu voir intervenir ici une décision judiciaire. La chose, nous semble-t-il, en valait la peine.

(GAZETTE MÉDICALE BELGE.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

La fièvre typhoïde est-elle ou n'est-elle point contagieuse? L'est-elle toujours et partout? Telle est la question qui a été soulevée à l'Académie de médecine par un rapport de M. Bricheteau sur un mémoire de M. Patry, médecin dans le département d'Indre-et-Loire. M. Patry s'est proposé de démontrer, dans ce mémoire, que la fièvre typhoïde est contagieuse dans la localité où il exerce. Les détails précis dans lesquels il est entré ne permettent pas un instant de mettre en doute et la nature de l'affection qu'il a décrite, et sa parfaite identité avec la fièvre typhoïde commune dont nos hôpitaux nous fournissent de si fréquens exemples.

On sait que, depuis quelques années, la question de la contagion de la fièvre typhoïde, soulevée par M. Bretonneau, a paru à un grand nombre de médecins de province devoir être résolue par l'affirmative. Longtemps niée à Paris, elle semble n'y être admise aujourd'hui par un petit nombre de médecins que comme un fait très exceptionnel; elle y est considérée plutôt comme possible que comme réelle. Quelques-uns même persistent à nier qu'elle y ait jamais été constatée. D'où peut provenir cette différence, si elle est fondée, dans le mode de propagation d'une maladie que l'on s'accorde à considérer d'ailleurs comme parfaitement identique à Paris et dans les autres localités de la France? Faut-il dire, avec M. Rochoux, qu'une maladie qui est contagieuse dans une contrée et qui ne l'est point dans une autre, n'est point, par cela seul, la même maladie? M. Bricheteau a cherché à se rendre compte de cette circonstance, et il a cru en trouver l'explication dans les conditions hygiéniques toutes différentes au milieu desquelles vivent les habitans des grandes villes et ceux des petites localités, conditions qui seraient tout à l'avantage des premiers. Tandis que, dit-il, dans les petites localités, la malpropreté habituelle des habitans, la construction vicieuse des habitations, le défaut d'aération, l'absence de toute mesure hygiénique dans les pratiques habituelles de la vie, et souvent même des soins de première nécessité pendant la maladie, tendent à aggraver toutes les affections et à constituer un foyer d'infection en quelque sorte permanent autour des malades, des conditions toutes contraires existent dans les grandes villes. C'est certainement là un argument à prendre en considération; mais cette circonstance suffit-elle à elle seule pour rendre raison des faits en question? Le défaut de propreté et de soins hygiéniques constitue sans doute une condition d'*infection*; mais cela explique-t-il les faits de *contagion* dont M. Bricheteau ne conteste pas l'existence? Et d'ailleurs, des foyers d'infection pareils à ceux qu'il signale dans les petites localités ne se rencontrent-ils pas aussi dans certains quartiers des grandes villes? Il faut donc chercher dans d'autres conditions les élémens d'une solution de cette question.

Feuilleton.

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Le 19 septembre 1841, un arrêté du roi Léopold, contresigné Nothomb, créait l'Académie royale de médecine de Belgique. Cette institution n'existait pas sous le gouvernement précédent. Elle est l'œuvre de la sollicitude d'un prince ami des sciences, et d'un homme d'état que les vicissitudes politiques ont laissé assez longtemps au pouvoir pour qu'il s'occupât sérieusement de l'organisation de son pays. Aussi l'Académie de médecine belge porte-t-elle le cachet d'une œuvre réfléchie. Ce n'est pas une imitation des académies de Paris; elle ne ressemble pas davantage aux sociétés savantes du nord: elle a son existence propre. Ses statuts, son personnel, ses habitudes, ses mœurs, en font une Académie à part. La pensée d'où elle émane l'a empreinte d'une véritable originalité qui l'harmonise avec ce que le pays offre lui-même de plus distinctif. Le voyageur impartial est d'autant plus heureux de constater cette circonstance, qu'en général on se préoccupe assez peu du côté original de la Belgique. Par des causes faciles à expliquer, la Belgique a beaucoup pris des autres nations; mais cet emprunt forcé du premier moment, elle se l'est assimilé avec le temps; son indépendance, son milieu, ses besoins, ont amené petit à petit, dans sa constitution, des modifications profondes qui en feront tôt ou tard une organisation propre. Cela commence à être sensible pour ceux qui n'ont pas visité la Belgique depuis vingt ans. Le contraste révèle des différences qu'une première et seule vue ne peut laisser deviner. Au sortir de Paris, Bruxelles a, jusqu'à un certain point, la physionomie d'une ville de province, du reste, comme Amsterdam, Munich, Berlin, et même Vienne. Mais il ne s'agit pas d'une question de degré ou de quantité; Bruxelles n'est ni grand, ni beau, ni vivant comme Paris; mais il est beau, grand et vivant à sa manière. N'est-ce pas tout ce qu'on peut exiger à l'endroit de ses prétentions plus ou moins légitimes à l'originalité? Il en est de même de toute la Belgique. Ceux qui ne l'avaient pas vue il y a quinze ans ne se doutent pas des changemens qui se sont opérés dans son sein. Un foyer nouveau l'anime, de nouvelles artères la sillonnent et portent la vie dans tous ses membres. Ces modifications profondes du dedans commencent à s'imprimer au dehors; les vieilles formes s'amoindrissent, s'effacent peu à peu et cèdent la place aux nouvelles. Dans ce travail de lente mais profonde substitution il ne faut chercher ni le changement à vue du théâtre, ni le bouleversement de la création; le résultat qui s'opère est pareil aux causes qui le produisent. Des institutions, des idées, des mœurs nouvelles s'infiltrent peu à peu dans l'ancienne matière, et celle-ci, sous l'apparence de l'immobilité, subit de proche en proche, jusqu'à sa surface, la revification du feu central. Parmi les progrès véritables qui se sont ainsi opérés dans le pays intellectuel, on peut compter la création de l'Académie royale de médecine.

Ainsi que l'indique son titre, on n'a pas institué une académie de Bruxelles, mais de Belgique. Ceci la caractérise tout d'abord. Le réseau de chemins de fer, qui relie les principales villes belges à Bruxelles, a fait de toutes ces villes scien-

En admettant comme réellement bien démontré que la fièvre typhoïde est contagieuse dans certaines localités, tandis que les médecins des grandes villes lui auraient méconnu ce caractère, n'y aurait-il point d'autres raisons pour expliquer cette divergence d'opinion ?

Un premier obstacle était de nature à s'opposer à ce que l'on pût constater la transmissibilité de la fièvre typhoïde dans les grandes villes comme on l'a fait pour les petites localités : c'est l'impossibilité presque absolue où l'on est dans les grands centres de population, tels que Paris, par exemple, d'assister au premier développement d'une maladie, d'en suivre la progression et la filiation au milieu d'une aussi grande fluctuation, de contacts et de rapports aussi nombreux et aussi variés que ceux qui ont lieu journellement entre les habitans. Cette difficulté n'existerait pas, sans doute, s'il s'agissait d'une de ces maladies contagieuses à virus fixe, inoculable, telles que la variole, la syphilis, la rage, dont on peut en quelque sorte saisir, voir et suivre dans toutes ses évolutions le principe de contamination. Là, d'ailleurs, l'expérience directe vient mettre hors de doute la contagion. Mais il n'en est pas de même pour la fièvre typhoïde, ainsi que pour la plupart des fièvres graves, soit endémiques, soit épidémiques. Sans aborder ici la question de contagion ou d'infection, n'importe quel soit le mode de propagation, la transmissibilité de ces affections n'a pas besoin, pour être admise, que l'on démontre l'existence d'un virus, d'un miasme ou d'une matière inoculable. C'est par ses effets que la contamination se démontre, et c'est justement dans la constatation précise et rigoureuse de ces effets au centre des grandes populations que gît la difficulté que nous signalons.

Mais cette difficulté, comme on va le voir, n'est pas la seule.

La contagion est loin d'être un fait aussi absolu que paraît le croire M. Rochoux, qui en fait le caractère essentiel, la condition *sine quâ non* des maladies réputées contagieuses. Elle ne diffère pas seulement d'une maladie à une autre par son degré et par sa puissance d'activité ; mais elle diffère encore en ce que si, dans quelques maladies, elle paraît effectivement constituer un phénomène constant, inhérent à la maladie même, dans d'autres, elle est un phénomène accessoire, variable, dépendant, soit du temps, soit des lieux, soit de certaines conditions contingentes inappréciables et inconnues dans leur essence. Qui ne sait combien les climats, les saisons, les conditions topographiques, les mœurs et les habitudes hygiéniques des peuples, la circonstance d'endémicité ou d'épidémicité influent sur le caractère des maladies et sur leur plus ou moins grande facilité de propagation ? C'est faute d'avoir fait cette distinction, et pour avoir pris la contagion comme terme absolu, que les opinions ont toujours été jusqu'à présent si exclusives entre les contagionistes et les non contagionistes. C'est ce que M. Castel a parfaitement fait ressortir dans son argumentation, en exagérant peut-être un peu, suivant nous, le rôle subalterne qu'il assigne à la contagion.

La circonstance de l'épidémicité surtout a une influence incontestable sur le développement de l'élément contagieux des maladies. Telle maladie qui, à l'état sporadique, n'est jamais contagieuse, le devient souvent par le seul fait de son développement sous forme épidémique. Quel exemple plus frappant, sous ce rapport, que l'ophthalmie belge ? Les maladies virulentes elles-mêmes n'échappent pas à cette influence ; ne sait-on pas à quel degré d'activité s'élève la puissance de contamination pendant les épidémies de petite-vérole ? Mais, en même temps que l'épidémicité met hors de doute ce fait de l'existence temporaire et purement contingente de l'élément contagieux dans des maladies qui n'ont nullement ce caractère à l'état sporadique, et d'une sur-activité insolite de cet élément dans les maladies naturellement contagieuses, elle contribue aussi à rendre beaucoup plus difficile l'appréciation de la part d'influence qui revient à la contagion sur la propagation du mal ; car ici l'impulsion épidémique est le fait dominant auquel viennent se joindre, comme moyens auxiliaires de propagation, la contagion et l'infection. Aussi est-il souvent presque impossible, en temps d'épidémie, de déterminer, dans un cas particulier, si le développement de la maladie est dû à l'influence épidémique, à la contagion ou à l'infection, d'autant plus que la transmissibilité par voie de contagion et la spontanéité sont loin de s'exclure.

Un autre ordre de considérations dont il faut d'ailleurs tenir compte se rattache au degré d'activité du contagium et aux conditions et aptitudes individuelles. La contagion ne saurait être considérée ainsi d'une manière abstraite et en dehors des circonstances individuelles qui en favorisent ou neutralisent l'action. Quelle différence ne présentent pas, à l'égard du degré d'activité et de la constance de leurs effets, le virus rabique, par exemple, qui ne reconnaît ni prédispositions, ni aptitudes, et l'agent contagieux du typhus, qui choisit, si l'on peut s'exprimer ainsi, ses victimes ! Que l'on descende encore plus bas dans cette échelle de dégradation de la puissance contaminatrice, que l'on arrive jusqu'à la fièvre typhoïde, par exemple, et l'on verra que, tandis que l'immunité à l'égard de la rage constitue l'exception, c'est le contraire qui a lieu pour celle-ci. En d'autres termes, moins l'agent morbifique a d'intensité, plus l'organisme a de chances de se montrer réfractaire à son action. Dans le premier cas, c'est la maladie elle-même qui est transmise de toutes pièces sous la forme du germe virulent ; dans le second, c'est plutôt une cause occasionnelle qui demande, pour être développée, que l'organisme soit suffisamment disposé à subir son influence. C'est le virus qui fait tous les frais dans le premier cas, tandis que c'est l'organisme dans le second, qui entre pour la plus grande part dans la production de la maladie. Il arrive en effet quelquefois que, par suite de l'action prolongée de certaines influences débilitantes, l'organisme tombe dans un tel degré de susceptibilité qu'il s'offre, toutes portes ouvertes, à l'action de la première cause morbifique venue. Qui ne connaît de ces êtres débilités et impressionnables au point de contracter presque toutes les maladies à l'influence desquelles ils se trouvent momentanément exposés ? Des faits de ce genre n'expliquent-ils pas comment une maladie dont la contagionabilité est très faible peut néanmoins développer, à l'égard de certains individus, une grande puissance de contagion ? N'est-ce pas là peut-être le cas le plus ordinaire de la contagion de la fièvre typhoïde ? Un exemple cité par M. Moreau nous a frappés sous ce point de vue. Une jeune fille contracte la fièvre typhoïde ; sa mère veille auprès d'elle jusqu'au moment de sa mort, qui a lieu au bout de vingt-un jours. La veille, un frère vient la voir et passe vingt-quatre heures auprès d'elle ; il est pris de la fièvre typhoïde, à laquelle il succombe au bout de quelques jours. La mère, qui n'avait cessé de veiller auprès de sa fille, veille encore auprès de son fils jusqu'à sa dernière heure ; elle est prise à son tour et succombe. Si, comme nous avons cru l'entendre, la maladie ne régnait point épidémiquement dans le pays qu'habitait cette famille, c'est là sans contredit un fait qui parle en faveur de la contagion. On ne saurait interpréter autrement du moins la mort du fils. Mais, pour la mère, ce fait ne prouve-t-il pas surtout cette aptitude acquise par l'influence prolongée de causes-

---

tifiques une seule métropole de la science. Liège, Gand, Namur, Anvers, Louvain, Malines, ont fourni, en vertu même d'un article des statuts organiques du corps, leur contingent d'Académiciens. Aussi, pour chaque séance, les sommités médicales de ces villes se rendent-elles par la voie de fer à Bruxelles. L'Académie de Bruxelles est donc réellement le corps médical belge tout entier, représenté par ce qu'il y a de plus capable et de plus élevé dans chaque ville. Ici la partie est véritablement, comme nous l'avons dit, en parfaite harmonie avec le tout. Si quelque chose caractérise aujourd'hui la Belgique, c'est le nombre et la rapidité des communications, qui suppriment pour ainsi dire les distances et font de ce petit royaume comme une seule et même ville. L'Académie de médecine a heureusement été conçue en vue de cet avantage. Aussi que de conséquences nouvelles au profit de la science, de la profession et de l'Académie elle-même ! A peine est-il nécessaire de les indiquer. Ce ne sont pas cinquante ou soixante médecins confinés dans une même ville, que cette ville s'appelle Paris ou Londres ; mais un corps de médecins tout entier répandu et observant sur tous les points du royaume, apportant à jour et heure indiqués, au contrôle et à la discussion de tous, ce qu'ils ont vu et fait dans un temps donné, sous des conditions atmosphériques, hygiéniques et professionnelles différentes. — Et, à un autre point de vue, le privilège de la distinction n'appartient plus à la célébrité, souvent oisive, de la capitale, mais se partage entre toutes les activités éclairées du pays. En s'exerçant sur un plus grand théâtre, l'émulation écarte les frottemens de l'amour-propre ; elle amortit les aspérités de l'envie, et laisse à la profession un lustre que ne ternit pas aussi aisément le souffle des passions rivales. La compagnie elle-même, en se recrutant sur un plus grand nombre, et dans des lieux différens, a moins à craindre les coteries et les conspirations de la médiocrité. Que tout cela soit vu quelque peu à travers le prisme de l'idéal, nous en convenons volontiers ; mais la réalité contraire n'a-t-elle pas infiniment plus de chance de se rencontrer sous des conditions différentes. Paris, la grande ville, avec ses académies modèles, est-il sans rivalités jalouses, sans coteries, sans médiocrités préférées ? Oh ! si, d'une part, les capacités réelles qu'il renferme étaient dispersées à Montpellier, Strasbourg, Lyon, Bordeaux, et si, de l'autre, les hommes d'élite, qui ne manquent pas dans ces villes, avaient chance de poser au premier plan, nul doute que la perspective ne fît mieux supporter et juger les proportions des uns, et la vue rapprochée mieux apprécier le mérite des autres. Eh bien ! c'est ce qui est réalisé de fait à l'Académie de Belgique ; cette heureuse condition la domine, et les particularités secondaires que nous allons faire connaître n'en sont que de judicieux corollaires.

L'Académie de Belgique se compose de 36 membres résidans, de 18 membres adjoints, d'un nombre indéterminé de membres honoraires, et de 80 membres correspondans belges et étrangers ; elle se divise en six sections : 1° anatomie et physiologie générales ; 2° pathologie médicale ; 3° pathologie chirurgicale ; 4° hygiène publique, médecine légale ; 5° pharmacie, pharmacologie, chimie médicale ; 6° médecine vétérinaire. Chaque section est composée de 6 membres titulaires et de 3 membres adjoints ; en tout 54 membres. — Dans les choix des membres titulaires ou adjoints, l'Académie se guidera, disent les statuts organiques, autant que possible, par la considération qu'elle doit être composée, *au moins* pour moitié, de membres résidant hors Bruxelles. — Les titulaires et les adjoints sont élus sur une liste de trois candidats présentés par la section

profondément dépressives, à contracter une maladie à laquelle les personnes de son âge sont ordinairement peu disposées, et qui, dans toute autre circonstance, eût été, suivant toute apparence, sans aucune influence sur elle?

En résumé, que faut-il conclure de ce qui précède? que ce n'est ni en temps d'épidémie, ni dans les grands centres de population qu'on doit chercher à déterminer si une maladie est ou non essentiellement contagieuse par sa nature, mais à l'état sporadique et dans les petites localités, au sein de populations circonscrites au milieu desquelles on puisse suivre de l'œil les individus dans leurs rapports et leurs contacts journaliers et les circonstances à la faveur desquelles se développent, marchent et se propagent les maladies. C'est ce qui donne, à notre avis, une valeur beaucoup plus grande, sous ce rapport, aux documens recueillis dans les provinces, qu'aux recherches et aux observations que l'on a pu faire soit à Paris, soit dans les autres grandes villes. Les faits nouveaux qu'invoque M. Patry en faveur de la contagion de la fièvre typhoïde, viendraient donc donner un nouvel appui à l'opinion introduite dans la science par M. Bretonneau, soutenue depuis par M. Gendron, par MM. Lombard et Fauconnet de Genève et par une foule d'autres bons observateurs dont les lumières et les consciencieux travaux donnent de l'autorité à cette opinion. De ce que la contagion de la fièvre typhoïde serait démontrée dans diverses localités de la France et qu'on ne l'aurait point constatée d'une manière évidente à Paris, en faudrait-il conclure que ce n'est point la même maladie? Faudrait-il, comme le voudrait M. Rochoux, réserver le nom de fièvre typhoïde à la maladie qui règne à Paris et appeler typhus celle qu'on observe en province? non, sans doute. La contagion, si tant est qu'elle existe dans la fièvre typhoïde, n'exerce son influence que dans de très petites limites, elle n'y est en quelque sorte qu'à son minimum d'intensité. C'est ce qui explique, avec le concours des circonstances que nous signalions au début de cet article, comment on aurait pu jusqu'à présent la méconnaître à Paris. D'ailleurs, fût-il bien réellement constaté que la fièvre typhoïde ne s'est jamais propagée dans nos murs par voie de contagion, ce que nous croyons loin de la vérité, ce ne serait pas un motif suffisant pour considérer comme différentes des maladies qui, sous tous les autres rapports, présentent de si nombreuses et de si grandes analogies.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

OBSERVATIONS SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉGNÉ PENDANT LES MOIS DE DÉCEMBRE 1841 ET DE JANVIER 1842 DANS LA CASERNE DU CORPS DE GENDARMERIE DE LA VILLE DE STOCKHOLM; par MAGNUS HUSS, professeur de la clinique médicale à l'École de médecine de Stockholm.

(Suite. — Voir les numéros 15 et 16.)

A. CARACTÈRES PRINCIPAUX DE LA PREMIÈRE FORME, C'EST-A-DIRE DE CELLE OU LES SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX ÉTAIENT PRÉDOMINANS.

A. PRODROMES. Sur les 22 sujets qui ont présenté cette forme, il n'y en a que six qui soient tombés malades sans indisposition préalable; les autres ont tous ressenti des avant-coureurs plus ou moins significatifs. La durée de cette période a varié d'un à trois jours; chez aucun elle n'a dépassé ce dernier terme. Les symptômes qui se sont manifestés pendant cette période furent, en grande partie, de la pesanteur de tête avec propension à l'étourdissement ou à l'obscurcissement de la vue au moindre mouvement, sentiment de faiblesse avec perte d'appétit et sommeil agité; il n'a pas été rare non plus que le malade ait eu de légers frissons qui se dissipaient bientôt et se faisaient sentir, tantôt au dos, tantôt à la tête ou au bas ventre. Plusieurs ont eu des saignemens de nez pendant cette période de prodromes.

B. INVASION DE LA MALADIE. Elle a été marquée dans 18 cas par une violente secousse de frisson, dans deux cas par des évanouissemens, et immédiatement après par du délire, et dans deux autres par une faiblesse si grande qu'elle obligea les malades à se mettre au lit. L'époque de la journée où survenait l'attaque de frisson était indéterminée; dans la plupart des cas cependant c'était le soir ou le matin de bonne heure, ce dernier instant le plus souvent chez ceux qui avaient fait patrouille pendant la nuit et qui alors étaient saisis du frisson à leur rentrée au logis. La durée de ces premières attaques de frisson variait depuis l'espace de quelques minutes jusqu'à plusieurs heures; ordinairement plus l'accès était violent plus sa durée était courte; il y eut cependant aussi quelques exceptions à cet égard; car plusieurs malades déclarèrent qu'ils avaient continué pendant quatre à cinq heures à greloter, au point qu'ils pouvaient à peine se tenir dans leur lit. Cette première attaque de frissons était dans beaucoup de cas la seule; dans d'autres cas, elle se répéta une ou plusieurs fois, mais en diminuant de violence, pendant le cours de la première journée.

C. SYMPTÔMES APRÈS L'INVASION DE LA MALADIE. Il importe de diviser ces symptômes en deux périodes, lesquelles bien qu'elles ne se soient pas toujours manifestées d'une manière bien sensible dans chaque cas, se sont cependant présentées assez souvent pour que leur apparition puisse être considérée comme la règle et leur non apparition comme l'exception.

1° *Première période.* Après que la maladie s'était déclarée par un frisson survenait un sentiment de chaleur à la peau, accompagné de céphalalgie sus-orbitaire avec battement aux tempes; il persistait sans qu'à aucune époque de la journée on signalât une rémission appréciable. En même temps la face devenait bouffie; les joues se coloraient d'un rouge foncé porté quelquefois jusqu'au violet; l'expression des yeux était vivace, mais la sclérotique ne tardait pas à s'injecter; les pupilles étaient ou normales ou dilatées; dans 2 cas seulement elles parurent contractées, dans trois cas, il y eut photophobie, dans quatre cas seulement, le délire se manifesta presque immédiatement après l'invasion de la maladie; dans le reste des cas, le délire ne vint que plus tard, sans époque déterminée, depuis le deuxième jusqu'au cinquième jour. Il apparaissait d'ordinaire pour la première fois pendant la nuit, prenait volontiers un caractère de violence tel que le malade voulait se lever, criait et frappait autour de lui. Dans quelques cas il persista jour et nuit à peu près au même degré, mais ordinairement il se calmait un peu vers le matin et pendant le jour. Avant l'apparition du délire, le malade avait souffert d'insomnie et à la moindre tentative de s'endormir, de vertiges. Le saignement de nez s'est présenté dans 14 cas; ainsi dans 6 cas seulement ce phénomène n'a pas eu lieu. On n'a point noté que le saignement de nez ait paru tel jour plutôt

---

dans laquelle se trouve la vacance. Cependant, si l'Académie le juge convenable, elle rejette cette liste et charge une nouvelle commission de lui en présenter une autre. (On comprend la portée de cette disposition.) Tout membre titulaire ou adjoint nouvellement élu fait, dans les six mois qui suivent son élection, un discours de réception sur un point de la science.

Le bureau de l'Académie est élu pour trois ans; il se compose du président, de deux vice-présidens et d'un secrétaire, qui remplit en même temps les fonctions de trésorier, et d'un secrétaire adjoint. Le secrétaire seul est nommé par le roi. Le bureau est chargé de la gestion administrative et financière de l'Académie.

Les séances de l'Académie ont lieu tous les derniers dimanches de chaque mois; chaque séance dure quatre heures, de dix à deux heures. Les membres honoraires, titulaires et adjoints inscrits sur la liste de présence, reçoivent: *un* jeton s'ils habitent Bruxelles, *deux* jetons s'ils habitent de deux à dix lieues de Bruxelles, *trois* jetons s'ils résident de dix à quinze lieues, *quatre* jetons s'ils habitent à plus de quinze lieues de Bruxelles. La valeur du jeton est de 6 fr.

Quelques-unes des dispositions disciplinaires ne sont pas moins utiles à indiquer; l'Académie de médecine de Paris pourrait se les approprier avec avantage.

Les rapports sont imprimés avant toute discussion; chaque membre en reçoit une épreuve. Aucun ne peut parler plus de deux fois sur les mêmes questions, à moins que l'assemblée n'en décide autrement. (Que d'Académiciens de la capitale se feraient difficilement à ce régime!) — Tout membre qui veut faire une proposition la remet au président écrite et signée. — Il est fait tous les trois mois appel des rapports arriérés et des commissions chargées de ces rapports. — Le secrétaire fait dresser tous les ans le catalogue des objets donnés à la Compagnie, ou acquis par elle dans le courant de l'année, et tous les cinq ans ces catalogues sont fondus en un catalogue général.

Nous passons sous silence beaucoup d'autres dispositions de moindre importance. Ajoutons cependant encore que l'Académie a son costume réglé comme il suit: « habit de drap violet foncé, doublé en soie de même couleur et garni au » collet, aux poches et aux paremens, de broderies d'or, représentant des bran» ches de chêne et de laurier entrelacées; boutons de métal, plaqués en or et » ciselés en relief aux armes du royaume; gilet, culotte et bas de soie noire » mate; cravate blanche; souliers à boucles d'or; chapeau demi-claque, garni » intérieurement de plumes blanches pour le président et de plumes noires pour » les autres membres; épée à poignée d'or et de nacre. » Tout cela, bien entendu, est facultatif et ne sert qu'aux grandes cérémonies.

Ce qui précède n'est, pour ainsi dire, que la lettre morte de l'Académie belge. Nous avons eu le bonheur d'assister à une de ses séances; nous avons vu les hommes et les choses en action. Il serait téméraire de se prononcer d'une manière quelconque d'après ce seul aperçu; aussi n'est-ce point sur cette donnée insuffisante que nous nous sommes permis d'asseoir notre opinion. Le voyageur qui se dispose à visiter une ville consulte d'abord l'itinéraire, prend préalablement connaissance de l'histoire, des monumens, des mœurs, des caractères du pays. Nous avons fait de même; notre itinéraire à nous a été le bulletin des séances de l'Académie, les journaux de médecine du pays; là nous avons cherché quels hommes, quelles opinions, quelles habitu-

que tel autre; il n'y eut rien de déterminé non plus quant à sa durée ou à son retour; il s'est présenté dans quelques cas, comme cela a été précédemment cité, pendant la période des prodromes; dans d'autres cas, il apparut dès le premier jour; dans d'autres, au contraire, pas avant le cinquième jour, tantôt il vint seulement une fois, tantôt plusieurs fois; il se répéta même dans quelques cas chaque jour et aussi plusieurs fois dans le jour; quelquefois il était très peu abondant et se bornait à quelques gouttes seulement; d'autres fois au contraire il était si abondant et persistait si longtemps qu'il y avait danger imminent d'hémorrhagie mortelle. Ce saignement de nez ne parut pas exercer d'influence décidée sur la marche de la maladie, sinon que plusieurs malades dirent avoir éprouvé de la diminution dans le mal de tête, aussitôt après avoir saigné du nez. On remarque encore que dans les cas où il y avait délire, ce délire semblait diminuer un peu pendant une ou deux heures sous l'influence de ces épistaxis. Le sang ainsi épanché était un brun noir ou plus clair, toujours très fluide et ne se coagulait pas complètement. L'ouïe ne parut avoir été affectée que dans 2 cas où l'on constata que ce sens était surexcité et que tout bruit causait de la douleur; dans le reste des cas, il n'y eut que plus ou moins de tintement ou de bourdonnement aux oreilles. Le pouls était les premiers jours, sans exception d'aucun cas, plein et égal, mais il variait considérablement quant à ses autres qualités; dans un cas, il était mou; dans l'autre, subdurus, et quelquefois, quoique plus rarement, d'une dépressibilité extrême; sa fréquence se maintint presque toujours aux environs de 100; le degré de lenteur le plus bas où il soit descendu fut de 88 à 92; sa plus grande accélération de 108 à 112. L'activité du cœur était en rapport direct avec le pouls; les bruits étaient renforcés, mais normaux pour leur rhythme. A mesure que la première période approchait de sa fin, le pouls perdait graduellement de sa plénitude; les bruits du cœur devenaient alors plus faibles, et le premier temps moins prolongé. Le sang qui fut recueilli des premières saignées et ventouses se montra toujours avec des qualités physiques identiques; il n'était jamais chargé de couenne; dans six cas seulement il était recouvert d'une gelée branlante, semblable au blanc d'œuf; le sérum y était en petite proportion, tantôt clair, tantôt un peu coloré; le caillot était, sans exception, peu consistant, flasque, se divisant au moindre mouvement, cela cependant à des degrés différens, à partir de l'état où il se divisait de lui-même dans une masse de bouillie jusqu'à celui où il ne pouvait supporter aucune pression. L'extérieur du caillot était ordinairement adhérent aux parois du vase.

La langue avait dès le commencement un aspect à peu près uniforme chez tous les malades; elle était en général d'un rouge-viande aux bords et à la pointe, avec gonflement des papilles; le reste de la langue était recouvert d'une couche jaune tirant parfois au brun. Humide et molle au commencement, elle devenait bientôt un peu sèche, plus tard complètement sèche et raide; elle était parfois un peu tremblotante vers la fin de cette période. L'haleine avait une odeur ordinairement aigre dans le commencement, mais elle devenait par la suite plus ou moins puante. Le goût était aigre, amer ou âcre; la soif n'était pas accrue, dans quelques cas; dans d'autres, au contraire, il y avait soif assez vive avec désir d'eau froide pour boisson. L'abdomen plus ou moins mou et déprimé, était toujours sans douleur à la pression; dans aucun cas, il n'y eut diarrhée; le plus souvent au contraire il y eut constipation.

Dans les organes de la respiration, il n'a été noté rien d'anormal, si ce n'est que l'acte même de la respiration était accéléré jusqu'à 30 ou 40 fois par minute, et que, dans 5 cas, il survint des symptômes de congestion vers les poumons. La peau, à la vérité, avait, chez tous les malades, une température élevée (dans les cas où cette température a été déterminée par le thermomètre, elle était, au creux de l'estomac, entre 35, 38 et 40 degrés centig.); mais elle n'était pas toujours sèche; au contraire, elle se maintint, dans quelques cas, pendant toute cette période, molle et souple; elle est restée même, dans quelques cas, humide et moite, surtout le matin. Chez tous les malades, la peau a été le siége d'une éruption d'un caractère tout particulier, celle qu'on appelle érythème typhoïde. Elle commençait toujours par de petites plaques rouge clair sur la poitrine et les épaules, et elle s'étendait ensuite plus ou moins abondamment sur toute la surface du corps, plus abondamment cependant et plus distinctement au tronc et à la face interne des extrémités; mais le visage en était presque toujours garanti, ainsi que le ventre. Cette éruption consistait en de petites taches rougeâtres, plates, sans élévation au dessus du niveau de la peau, de la grosseur d'un petit pois ou, au plus, d'un haricot, d'abord disparaissant à la pression, mais revenant immédiatement après. Elles n'affectaient jamais, ni à leur apparition, ni plus tard, de forme parfaitement déterminée. Leur couleur changeait peu à peu pendant la durée de cette période; de rouge-clair qu'elles étaient au commencement, elles devenaient bientôt plus brunes, puis tiraient de plus en plus au bleu, puis enfin au violet bleu.

L'époque de l'apparition de cet érythème n'a jamais été bien déterminée; quelquefois il commençait à se déclarer dès le premier jour; dans le plus grand nombre des cas, dans le courant du troisième ou du quatrième jour; dans quelques cas exceptionnels, il ne paraissait pas avant le sixième.

Bien que cet érythème ne parût pas exercer une influence décisive sur la marche de la maladie, on a cependant remarqué, comme effet constant, que plus il prenait la couleur tirant au bleu, plus les symptômes cérébraux acquéraient d'intensité, et plus par conséquent l'issue de la maladie devenait dangereuse, d'autant plus que, dans ce cas, la maladie prenait, à sa dernière période, un aspect particulièrement grave.

Dans 2 cas seulement, il fut remarqué que la sensibilité était un peu exaltée, de telle sorte que, quelque partie de la surface du corps qui fût touchée (mais principalement la poitrine), le malade en ressentait des douleurs violentes.

Aucun malade n'eut, durant cette période, d'escarres gangréneuses.

Quant à l'urine, elle n'a pas été examinée dans tous les cas; mais quand il y a eu examen, cette urine s'est montrée, ou brun-rouge, ou jaune-brun, ou jaune-clair, quelquefois complètement claire, quelquefois avec léger nuage; toujours elle a rougi le papier de tournesol. Vers la fin de cette période, 4 malades souffraient d'incontinence d'urine, 3 de rétention.

2° *Seconde période.* Après une durée des phénomènes qui viennent d'être énumérés, qui ne dépassait pas le terme de cinq à neuf jours, les symptômes cérébraux commençaient à diminuer un peu, mais surtout l'état du pouls et les bruits du cœur se modifiaient d'une manière notable. Il n'y avait pas de symptôme particulier qu'on pût considérer comme indiquant d'une manière déterminée le passage de la première à la seconde période; ce passage s'opérait insensiblement dans le courant de deux à trois jours, au bout desquels il pouvait être considéré comme accompli.

---

des nous rencontrerions, et notre visite n'a été, pour ainsi dire, que le complément de nos études. Nous nous félicitons d'avoir procédé de cette manière; car les choses vues fonctionnant sous l'empire de circonstances accidentelles, montrent rarement ce qu'elles sont en réalité. Ce n'est pas que la séance à laquelle nous avons assisté ait été stérile et muette à cet égard; au contraire, nous y avons à peu près trouvé ce que nous avions l'espoir d'y rencontrer.

La première impression qu'on éprouve est très favorable; cela résulte indubitablement de la gravité, de la distinction du personnel; on est en présence de tout le pays médical: Bruxelles s'y trouve représenté par MM. Vleminckx, Graux, Seutin, Lebeau, Sauveur, Tallois, Thiernesse, Verheyen, Cunier, Gouge, Lequime, Marinus, Philips, Varlez; la ville et l'université de Louvain par le respectable et savant M. Baud, par MM. Craninx, François, Martens, Michaux; la médecine et l'université de Liége y ont donné MM. Delavacherie, Lombard, Frankinet, Pasquier, Pétry, Raiken; la médecine et l'université de Gand, MM. Burggraeve, Guislain, Heusmens, Verbeeck, Decaisne, Mareska, Lutens aîné; Anvers, MM. Broeckx, Gouzée, Lutens jeune; Namur, MM. Fallot, Thirion; Bruges, MM. De Labaye, de Meyer; Ostende, M. Janssens, etc. La plupart de ces hommes appartiennent à l'enseignement universitaire et aux hôpitaux. Tous sont connus par des travaux importans ou de véritables découvertes. Leur réunion, indépendamment du caractère élevé de l'institution, offre quelque chose de grave et en quelque façon de solennel, qui tient au mode d'organisation et de composition de la compagnie. Qu'on se rappelle que ses membres sont choisis dans toutes les villes du royaume. La différence de résidence et la rareté des rapports conservent entre eux cette espèce de décorum, de fraîcheur de considération et de respect personnel, qui s'effacent toujours plus ou moins par les rapports fréquens et les contacts familiers. Ce sentiment général paraît dominer l'assemblée : il s'empare aisément de ceux qui y assistent; et c'est, lors de notre visite, ce que nous avons cru éprouver à un très haut degré.

La tenue des séances est très bonne. Le plus grand silence est observé; tout le monde écoute ou semble écouter. Beaucoup d'ordre, un ton de parfaite convenance règne d'habitude dans les discussions. Ce résultat est dû, en grande partie, au président, dont le caractère et la haute intelligence se reflètent dans les débats. M. Vleminckx, que la confiance du gouvernement et le suffrage de ses confrères ont porté et maintenu au poste médical le plus élevé du royaume (M. Vleminckx est inspecteur-général du service de santé des armées), a vu se perpétuer dans ses mains, depuis la création de l'Académie, l'honneur de la présidence. Ce sont là de ces exceptions qui n'arrivent pas deux fois. Personne aussi n'a jamais mieux compris les difficiles fonctions dont il est investi. Esprit calme et modéré, il sait allier à une patience réfléchie une résolution rapide et sûre; observateur rigide des convenances et des réglemens, il ne laisse rien échapper qui puisse blesser les unes ou avoir l'air d'une infraction aux autres. Cette sévérité ne se relâche pour personne. Malgré cela, M. Vleminckx a su se concilier l'estime et l'amitié de tous : c'est qu'il est toujours impartial et logique. Doué d'un sens exquis, d'une pénétration rare, il n'interrompt l'orateur que juste au moment où le sentiment général va l'interrompre. On dirait que l'Académie s'est incarnée en lui, et que, par une communauté d'instinct et une réciprocité de confiance, l'un est facilement averti par l'autre de ce qu'ils pensent, conçoivent et délibèrent au même instant. Ces affinités sont rares : l'Aca-

Ainsi, la durée de la première période était au moins de cinq jours, souvent entre cinq et sept jours. Il n'y eut que 2 cas, dont je parlerai ci-après, où ces symptômes durèrent jusqu'au neuvième jour. Aux environs des cinquième ou septième jours, la violence du délire commençait à diminuer; le malade était plus tranquille, il avait un certain penchant à se parler à lui-même; il se plaisait dans l'immobilité, couché sur le dos; peu à peu, dans le cours de trois à quatre jours, il se déclarait, dans la moitié des cas observés, le *delirium mussitans*, avec soubresauts des tendons; dans le reste des cas se manifestait le *delirium mite*, ou encore une profonde stupeur, pendant lesquels le malade s'affaissait souvent dans son lit, ayant les genoux pliés ou les pieds hors du lit. L'expression de la face changeait alors; sa couleur devenait plus rouge-clair, souvent avec une rougeur circonscrite ou sur les deux joues, ou sur l'une ou l'autre joue; l'enflure diminuait et à sa place se montrait une dépression ou sorte de sillon qui, du nez, descendait jusqu'à la mâchoire inférieure. Les yeux, qui auparavant étaient vifs, souvent brillans, devenaient mats; l'injection de la sclérotique diminuait quelquefois; d'autres fois, elle restait, mais avec un caractère passif.

Le saignement de nez se montrait bien une ou deux fois pendant que cette période se formait; mais il ne se montra que dans un seul cas en pleine deuxième période, et cela le dixième jour.

L'ouïe fut, dans 7 cas, plus ou moins émoussée; dans 2 cas, il survint une surdité complète; dans les autres cas, on n'a observé aucune espèce d'altération de ce sens, ou tout au plus quelques malades se sont plaints de bruits et de tintemens dans les oreilles.

La photophobie ne s'est présentée chez aucun sujet; seulement, dans un seul cas (voir l'obs. 6), les pupilles étaient contractées.

La langue se modifiait de deux manières : ou bien le dépôt dont elle était chargée se dissolvait, et toute la superficie était écorchée, rude comme une lime ou une râpe; ou bien encore la couche restait; elle prenait une couleur brune, se séchait et se changeait en une croûte brune ou noire qui se fendait. Dans les deux cas, il n'était pas rare qu'elle devînt tremblotante quand le malade la sortait; quelquefois les lèvres ou les dents étaient chargées de croûtes; la mâchoire inférieure tremblotante; l'haleine, sans exception, était plus ou moins puante; la soif était pour ainsi dire inextinguible, avec un désir particulier d'eau froide.

Le ventre continuait à être mou, sans douleur; jamais de diarrhée, plutôt au contraire constipation; dans aucun cas, il n'y eut évacuation involontaire des excrémens.

Le pouls commençait habituellement le cinquième jour à perdre sa plénitude; alors il commençait à devenir moins développé, à faiblir peu à peu, pendant que la fréquence augmentait. Après le septième jour, il était, dans la plupart des cas, faible, battant environ 110 à 112 par minute; puis il devenait, dans quelques cas rares, petit, menu et inégal, environ 120-128, ou même inappréciable, à cause des soubresauts des tendons. Les bruits du cœur se modifiaient en même temps dans les mêmes rapports que le pouls, mais d'une manière plus sensible et plus aisée à constater. Vers la fin de la première période, le premier bruit du cœur commençait à se faire sentir plus court et plus faible qu'auparavant; puis il devenait si court qu'il se confondait presque avec le second; enfin, ce premier bruit du cœur devenait si faible qu'on pouvait à peine l'entendre.

Il ne se présentait pas de propension particulière à l'affection des organes respiratoires; seulement, dans les cas où, dans le cours de la première période, il y avait eu des symptômes de congestion aux poumons, ces symptômes continuèrent, ce qui occasionna de la toux, mais sans expectoration.

La peau restait, durant cette période, couverte de l'érythème dont j'ai précédemment parlé, et dont la couleur était alors la plupart du temps bleuâtre. On ne remarqua pas que la disparition de cet érythème eût lieu en un jour déterminé; il s'effaçait peu à peu, mais ne se dissipait pas ordinairement d'une façon complète pendant cette période; la disparition complète n'avait lieu qu'aux approches de la convalescence, et après le rétablissement complet, les marques restaient souvent, même après que le malade avait quitté le lit. Sauf les cas où la crise s'opérait par la transpiration, la peau se maintenait sèche, rude, chaude, et souvent brûlante; dans quelques cas où on examina la température à l'épigastre, le thermomètre ne monta jamais au delà de 38-40° cent. Il ne se manifesta d'escarres sur les parties déclives que dans 4 cas; encore furent-elles bénignes; elles n'eurent pas d'influence marquée sur la marche de la maladie et n'eurent aucune signification critique; au contraire, dans les cas où elles apparurent, la convalescence eut lieu par lysis.

L'examen de l'urine ne montra rien qui fût digne de remarque, excepté dans les cas où la crise eut lieu par une abondante évacuation urinaire; aussitôt après qu'elle avait été lâchée, elle rougissait le papier de tournesol; mais à peine s'était-il écoulé quelques heures, qu'elle redevenait ordinairement ammoniacale; elle était avec ou sans nuage, et tantôt ce nuage nageait au milieu du vase, tantôt il se précipitait au fond. Dans 6 cas, il y eut des évacuations urinaires involontaires; dans 3 cas rétention.

Pour résumer l'examen que nous venons de faire des phénomènes appartenant à la seconde période, nous rappellerons que son établissement datait du moment où le *delirium* devenait *mite* ou était remplacé par la stupeur, du moment où le pouls devenait faible, le premier bruit du cœur court, faible et presque inappréciable, la langue plus rude ou chargée de croûte, et où les forces commençaient notablement à tomber.

CONVALESCENCE. La durée de la seconde période ne pouvait être précisée que dans les cas où une crise marquait le passage de celle-ci à la convalescence; dans le surplus des cas, le passage était plus indéterminé, puisqu'il s'opérait peu à peu. Des 22 cas, 10 se passèrent avec crise significative, 2 avec crise moins significative, et 8 sans aucune crise. 2 cas se terminèrent par la mort. Ces crises ont consisté dans les phénomènes suivans :

Sommeil seul, dans 2 cas;

Sommeil réuni à la transpiration, dans 2 cas;

Sommeil réuni à un redoublement d'évacuation urinaire, dans 1 cas;

Sommeil réuni et à la transpiration et au redoublement d'évacuation urinaire, dans 1 cas;

Transpiration seule, dans 2 cas;

Redoublement d'évacuation urinaire seul, dans 1 cas;

Transpiration et évacuation urinaire réunies, dans 1 cas.

A. Les 2 cas où le sommeil seul opéra le passage de la maladie au commencement de la convalescence, se trouvent en quelque sorte complètement isolés au milieu des autres cas appartenant à cette forme, en ce que dans aucun d'eux n'a eu lieu la division en deux périodes, telle que je viens de l'admettre. Dans ces cas, par exemple, les symptômes appartenant à

---

démie en connaît le prix; elle l'a montré par l'exception toute particulière dont elle a honoré son président.

Dans tout ce que nous venons de dire, nous n'avons été que l'écho de l'opinion générale. Pour notre compte particulier, nous sommes resté convaincu de tous ces mérites reconnus à M. Vleminckx : nous avons trouvé seulement que de l'exagération même de ses qualités pourrait naître un défaut dont il saura se garder. A notre avis, la manière supérieure et distinguée dont il préside n'aura atteint sa perfection que le jour où l'Académie paraîtra tirer d'elle-même les impulsions qu'il lui communique.

A Bruxelles, comme à Paris, les allures verbeuses de la politique tendent à envahir les tribunes de la science. On préfère, au laconisme positif des faits, la redondance des théories; l'on discute beaucoup plus qu'on ne travaille. Cependant, — est-il besoin de le faire remarquer? — la science sévère et établie prête peu à la controverse. Les questions les plus favorables aux développemens oratoires sont précisément celles que leur peu de maturité devrait faire écarter. L'Académie belge, plus que toute autre, ferait bien d'y prendre garde. Elle ne se réunit qu'une fois par mois. Le petit nombre de ses séances et l'intervalle qui les sépare ne lui permettraient guère de s'occuper longtemps d'un seul sujet, et encore moins de le traiter à fond. La lecture de ses comptes-rendus le montre à chaque pas. Plusieurs discussions sur l'emploi des *huiles de poisson*, sur la *fièvre typhoïde*, *l'accouchement prématuré*, etc., ont eu lieu; toutes ont été traversées et interrompues par une foule de sujets incidens, et aucune n'a pu être menée à fin. Ce qui est arrivé arrivera toujours. Pour ces causes et plusieurs autres qu'il est inutile de développer ici, l'Académie de médecine belge ferait donc bien de s'en tenir aux formes simples et économiques de la science. Parler moins et agir davantage la mettraient en parfaite harmonie avec le caractère et le but qui la distinguent. Ce n'est pas qu'elle manque d'improvisateurs distingués; ils y abondent, au contraire; et c'est sans doute ce qui la fait se complaire dans ses tendances oratoires. Pour ne parler que des plus connus, il est impossible de ne pas citer M. Fallot, esprit élevé, parole grave et mordante; M. Seutin, tribun scientifique plein d'original té, de verve et de causticité; M. Tallois, dont la parole mesurée et l'articulation précise feraient envie aux orateurs de profession; M. Lebeau, qui répand dans tout ce qu'il dit l'onction et la distinction de sa personne; sans oublier M. Variez, dont le talent, comme les opinions et la pratique, s'exerce dans une sphère à part. Nous avons regretté de ne pas entendre MM Burggraeve, Guislain, Graux, Lombard, Daumerie, Lequime, Delavacherie, et plusieurs autres, qui passent pour manier très bien la parole, et qui ont fait naguère les frais de plusieurs discussions importantes. Ces hommes sont aussi, pour la plupart, ceux qui représentent les différentes nuances de l'opinion médicale en Belgique. A côté des praticiens proprement dits, ce sont les esprits qui fermentent, qui remuent et passent au crible les idées du passé et du présent. Ils existent en assez grand nombre dans l'Académie de Bruxelles. Leurs doctrines sont très diverses. Humoristes, solidistes, vitalistes, organiciens, éclectiques, phrénologistes, homéopathes : il y a de tout. On y retrouve presque en individualité MM. Andral, Bouillaud, Chomel, Louis, Castel, Rochoux, avec les idées qui les caractérisent. Et qu'on ne croie pas que les uns existent à l'imitation des autres; ce sont simplement des répétitions des mêmes types, des individualités du même genre; et les uns comme les autres

la première période continuèrent sans interruption, avec délire assez violent, jusqu'au neuvième jour; alors survint le sommeil qui dura dans l'un quarante-huit heures, dans l'autre trente-six heures sans interruption, sans qu'on observât durant ce temps aucune augmentation de sécrétion quelconque. Au réveil, les malades étaient dans un parfait état moral, avec signes manifestes d'un commencement de convalescence.

B. Le sommeil avec transpiration pendant tout le temps de sa durée eut lieu dans un cas le dixième jour; il dura alors dix-huit heures; dans un second cas, le onzième jour et le sommeil se mintint près de trente heures.

C. Le cas où le sommeil arrivant le dixième jour, réuni à un redoublement d'évacuation urinaire, forme crise, se trouve précédemment cité d'une manière assez développée (obs. 3).

D. Quand le sommeil, la transpiration et le redoublement d'évacuation urinaire se manifestèrent simultanément, ces phénomènes commencèrent à la fin du treizième jour et continuèrent pendant la première moitié du quatorzième, environ douze heures de temps.

E. Dans les deux cas où la transpiration seule se montra critique, elle commença dans l'un le onzième jour (obs. 4); et dans l'autre le quatorzième jour.

F. Le redoublement d'évacuation d'urine ne se rencontra seul qu'une fois, et cela le onzième jour au soir, continuant pendant la nuit si abondamment, que le vase de nuit n'y put suffire et que l'urine traversa le lit et alla mouiller le plancher, ce qui empêcha d'en apprécier la quantité.

G. La transpiration en réunion avec un redoublement d'évacuation urinaire se manifesta une fois et eut lieu le quatorzième jour. Il résulte de ces détails que ces crises se manifestèrent toutes entre le neuvième et le quatorzième jour; 2 le neuvième jour; 2 le dixième, 3 le onzième, 1 le treizième et 2 le quatorzième.

Quant aux 2 cas où la crise fut moins évidente, elle eut lieu dans un cas par une transpiration modérée pendant les matinées des dix-septième, dix-huitième et dix-neuvième jours; le second cas est celui qui est rapporté ci-dessus (obs. 5) où la pleine convalescence ne s'établit pas avant qu'une suppuration se fût établie au dehors, quand la maladie durait déjà depuis quarante-deux jours. Dans l'un et l'autre cas, on peut mettre en question si ces phénomènes furent critiques ou non.

Dans 8 cas, la convalescence arriva sans avoir été signalée par quelque phénomène critique; ce ne fut qu'une lysis, avançant petit à petit, qui opéra dans ces cas le passage à la santé. Cette lysis commença dans deux cas environ le onzième jour; dans 3 cas le quatorzième jour, et dans 3 cas après.

Quel que fût le phénomène par lequel commençât la convalescence, les symptômes qui apparurent pendant tout le cours de sa durée furent assez semblables et d'accord les uns avec les autres. Le délire cessait, l'expression des yeux et de la face devenait plus vivace; le pouls battait moins précipitamment et en même temps s'élevait; le premier bruit du cœur était plus sensible à l'ouïe, la langue plus molle et plus humectée, la peau plus souple et moins chaude. Quand cette convalescence se déclarait, le malade demandait ordinairement de lui-même à manger, se plaignant de la faim et disant qu'il ne sentait plus de mal, mais qu'il manquait seulement de force. Le seul malaise qu'il accusait encore, c'était un bourdonnement aux oreilles, avec vertige, quand il essayait de tenir la tête dressée. La durée de cet état de convalescence jusqu'à ce que le malade eût recouvré ses forces, qu'il fût complètement rendu à la santé et qu'il pût quitter l'établissement, variait selon que les forces avaient été plus ou moins abattues pendant la maladie, de deux semaines à deux semaines et demie et au-delà; la seule chose qu'on puisse remarquer à cette occasion, comme plus constante, c'est que la convalescence avançait plus vite dans les cas où il y avait eu crise, et plus lentement quand il n'y avait eu que lysis. Chez deux sujets la convalescence traîna en longueur par la survenance d'une tumeur dans la parotide d'un côté, qui parvint à la suppuration; cette tumeur peut d'autant moins être considérée comme ayant une signification de crise, qu'elle survint quand déjà la convalescence avait été constatée par lysis pendant plusieurs jours.

Des 22 cas de cette forme, qui ont été traités, 2 seulement se sont terminés par la mort. L'un, où l'issue fatale est arrivée le cinquième jour, a été précédemment cité (obs. 1); dans l'autre, le malade vécut jusqu'au dix-septième jour. Le premier mourut donc dans la première période de la maladie; le second pendant ou plutôt après la seconde période. Ce dernier cas méritait peut-être bien d'être exposé dans son entier; mais je l'ai passé sous silence, parce que la mort n'était pas la suite directe de la maladie primitive elle-même, mais bien d'une pneumonie qui survint après le commencement de la convalescence. Voici quelle en fut la marche en deux mots: le treizième jour, la convalescence était manifestement commencée par lysis; elle continua jusqu'au quinzième jour; alors le malade, sans demander qu'on l'aidât, alla seul pendant la nuit aux latrines, pieds nus et couvert seulement d'une chemise; sitôt arrivé là il s'évanouit et resta environ une demi-heure dans cet état, sans que son absence fût remarquée. Le lendemain matin il eut un point de côté à droite; la pneumonie se déclara, et la mort s'ensuivit après le deuxième jour. En outre, des altérations dans les poumons qui sont la conséquence de la pneumonie, on trouva, après la mort, un coagulum fibrineux considérable, d'une fermeté particulière, dans les cavités droites du cœur; la rate était ratatinée et ridée, flasque au pincer, mais pas en bouillie. On reconnut dans les petits intestins, tout aussi bien aux glandes de Peyer qu'aux glandes solitaires, des traces qui indiquaient que ces glandes avaient été gonflées; car, dans la partie inférieure de l'iléum surtout, elles avaient une couleur gris-bleu et leurs conduits excréteurs étaient notablement agrandis; il en était de même dans le colon ascendant transverse.

Ces deux cas de mort ne sauraient nous fournir l'occasion d'émettre quelques réflexions sur les caractères anatomiques de cette épidémie, d'autant moins que, comme on le verra plus bas, il n'y a eu dans les autres formes de la maladie aucun cas qui se soit terminé par la mort. Je ne pourrais tout au plus que renvoyer au cas précédemment cité, où l'autopsie a montré le cœur flasque, le sang décomposé, la rate en bouillie, et les glandes intestinales gonflées, sans pour cela prétendre décider d'une manière certaine jusqu'à quel point le même état de choses pouvait exister dans les cas qui se sont terminés par le retour à la santé.

(La suite prochainement.)

---

sont arrivés, dans les deux pays, sous l'influence de causes communes, aux mêmes conclusions, spontanément et par leur propre réflexiod, observation et expérience. M. Lebeau, par exemple, est aussi convaincu que M. Bouillaud de l'efficacité des saignées dans la pneumonie et les fièvres typhoïdes, sans pour cela qu'il ait pris, dans les ouvrages et les théories de l'auteur de Paris, les motifs de ses opinions et de sa pratique. D'ailleurs, il faut le dire à la louange du médecin belge, la chaleur de ses convictions n'est pas telle qu'elle lui ôte toute confiance dans la bonne foi de ses adversaires. En général, l'Académie ne semble pas favorable aux doctrines organiciennes. Elles régnaient, il y a dix ou douze ans, avec une assez grande autorité en Belgique. Lors du choléra, on croyait fermement au caractère inflammatoire de cette redoutable maladie: c'était une gastro-entérite de grande dimension. Depuis lors, on en est bien revenu; et s'il fallait absolument formuler la pensée du plus grand nombre, nous dirions qu'elle tend beaucoup plus à l'humorisme chimique qu'à toute autre doctrine.

Telle est l'Académie de médecine belge. Il manque peut-être à ce croquis quelques teintes à l'endroit surtout de ce que les esprits difficiles trouvent à reprendre dans les faits et gestes de la docte compagnie. Cela n'était pas absolument indispensable à notre but: nous voulions faire apprécier le mode d'organisation de ce corps, et la haute distinction qui le caractérise; aller plus loin eût été téméraire de notre part. Nous laissons ce soin à ceux qui le voient plus souvent et de plus près. S'il est vrai que les académies, comme les grands hommes, perdent toujours quelque chose à des contacts trop rapprochés, nous avons moins de regret de n'avoir vu l'Académie belge que le temps qu'il fallait pour l'apprécier et lui rendre justice; et nous nous félicitons d'être resté, en la voyant, à la distance où l'incorrection des détails n'empêche pas d'apercevoir les mérites de l'ensemble.

Nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur faisant connaître nominativement le personnel de l'Académie royale de Belgique.

LISTE DES MEMBRES DE L'ACADÉMIE.

BUREAU D'ADMINISTRATION.

M. Vleminckx, président.
M. Graux, premier vice-président.
M. Lombart, second vice-président.
M. D. Sauveur, secrétaire.
M. Tallois, secrétaire-adjoint.

MEMBRES HONORAIRES.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
Baud	19 septembre 1841.	Louvain.
Beckers........................	7 novembre 1843.	La Haye.
Bégin........................	31 décembre 1842.	Paris.
Bertini........................	— —	Turin.
Berzelius........................	— —	Stockholm.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

VIII. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1844, janvier et mars 1845 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *De la cataracte et de son extraction par un procédé particulier*; par M. Pamard. (Nous avons déjà décrit ce procédé d'après l'auteur ; voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 748.) 2° *Recherches pratiques sur les tumeurs enkystées de l'orbite*; par M. A. Bérard. (Travail déjà analysé dans la GAZ. MÉD., voy. 1845, p. 151.) 3° *Observation d'iritis intermittente*; par M. Fallot. (Le chirurgien observa trois accès d'iritis aigue, revenant à deux jours d'intervalle, chez un malade qui était déjà porteur d'une iritis chronique de l'autre œil. Le sulfate de quinine administré à la dose d'un gramme et plus par jour mit fin à cet état.) 4° *Observation d'un cas de mydriase monoculaire très prononcée, non accompagnée de trouble de la vision, survenue à la suite de l'administration d'un vomitif*; par M. de Vooght. (Fait intéressant en ce qu'il est un exemple bien tranché d'une affection qui a été rarement observée aussi dépourvue de complications, la mydriase abdominale ou du nerf sympathique. La mydriase survenue d'un côté seulement, dans un œil sain jusque-là, à la suite de quelques vomissemens provoqués par l'ipécacuanha, se dissipa entièrement au bout de trente-six heures.) 5° *Aphorismes pratiques sur divers points d'ophthalmologie*; par M. Sichel. 6° *Note pratique et historique sur l'opération de la pupille artificielle par iridectomédyalise*; par M. Jans. (Exemple de succès à la suite de cette opération pratiquée pour un albugo qui couvrait les trois quarts internes de la cornée d'un œil, l'autre étant entièrement désorganisé.) 7° *Des lunettes et des états pathologiques consécutifs à leur usage irrationnel.* (Article très intéressant dont, vu son étendue et l'abondance des détails pratiques qu'il renferme, nous devons nous borner à recommander la lecture.) 8° *Note sur la microphthalmie*; par M. Pétrequin. (Extrait d'un rapport sur l'observation de microphthalmie de M. Stœber, que nous avons rapportée ci-dessus d'après l'auteur lui-même, dans l'analyse du JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.) 9° *Micropthalmie et surdi-mutité héréditaires*; par M. Gunier. 10° *Note sur l'usage des collyres*; par M. Stœber. (L'auteur considérant la difficulté que les malades éprouvent à user convenablement des collyres liquides, recommande de leur préférer toutes les fois que la chose est possible sans inconvénient, l'emploi des pommades qu'on étend dans la fente palpébrale.) 11° *Quelques réflexions sur les premières impressions d'un aveugle-né rendu clairvoyant; suivies de considérations sommaires sur la manière d'opérer les cataractes de naissance de différens âges*; par M. Hég. Duval. 12° *Notice sur l'ophthalmie qui règne fréquemment dans la Rivera, dans la province de Valence* (*Espagne*) ; par M. Sérapio Escolar.

DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE PTOSIS OU CHUTE DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE; par M. SICHEL.

M. Sichel a particulièrement fixé son attention, dans cette note, sur le diagnostic différentiel des diverses espèces de ptosis ; et c'est là effectivement le point le plus important de leur histoire, car c'est de cette notion, souvent difficile à acquérir, que découle le choix à faire entre des méthodes de traitement entièrement différentes.

Ptosis paralytique. Presque toujours symptôme ou précurseur d'une paralysie de la troisième paire, ce ptosis est caractérisé par les signes suivans. La peau de la paupière abaissée est lisse, sans flaccidité extraordinaire et sans rides ni plis. Si l'affection est incomplète, un effort peut encore faire remonter la paupière, mais seulement jusqu'à un certain degré. Est-elle complète ; la paupière ne peut se relever et même l'on ne voit point de contraction musculaire, quelque effort que fasse le malade.

Ptosis atonique congénial, venu à la suite d'œdème, de l'emploi prolongé des émolliens, etc. Ici la peau de la paupière supérieure est flasque, ridée, parfois même plissée transversalement, ou pendant au devant du tarse sous forme de pli transversal qui descend au-dessous de son bord libre. Un pli qu'on y fait avec deux doigts ne s'efface que lentement et après que l'œil a été ouvert plusieurs fois. Tant qu'on serre cet excédant de peau entre les doigts ou avec une pince, la paupière peut être relevée plus ou moins complètement, ou, si elle ne se relève pas, au moins on aperçoit sous la peau les contractions du muscle élévateur s'exercer sous l'effort de la volonté. Ce point de diagnostic demande quelques développemens. On se sert ordinairement, pour se rendre ainsi compte de l'état du muscle, des doigts et d'une pince à entropion. Mais ce moyen laisse du doute parce qu'il faut que la main ou la pince suive la paupière et qu'on ne sait jamais au juste de combien on a aidé l'action du muscle. Si la pince, après avoir fixé le pli cutané, est abandonnée à son propre poids, on la verra presque toujours entraîner la paupière en bas, l'action du muscle ne suffisant pas à porter en haut avec la paupière un corps aussi lourd. M. Sichel obvie à cet inconvénient en se servant d'un instrument trop léger pour empêcher le muscle d'agir librement. C'est une petite pince faite d'un morceau de fil d'archal trempé, plié en deux et formant à l'une de ses extrémités un ou deux tours de spirale qui agissent comme un ressort. Elle peut facilement être soulevée par la paupière dont un pli transversal suffisamment grand a été introduit entre ses branches. La paupière s'élève et s'abaisse parfaitement dès que ce petit appareil a été appliqué. On peut même l'utiliser, au moment de l'opération, afin de calculer et de déterminer avec précision la quantité de peau qui doit être excisée pour que la paupière recouvre ensuite la régularité de ses fonctions.

Ptosis lipomateux. Beaucoup plus rare que les précédens, observé par Dupuytren et par l'auteur, on le trouve déjà indiqué dans Rhazès, Avicenne et surtout Aboulkasem. Il est produit par une certaine quantité de graisse déposée entre la peau et le muscle orbiculaire, ou sous ce muscle lui-même. Ses caractères sont les mêmes que ceux du ptosis atonique; si ce n'est qu'au lieu d'être flasque et ridée, la paupière est, au contraire, lisse et gonflée, et présente une tumeur quelquefois même un peu élastique sous le doigt. Le plus ordinairement cette tumeur est circonscrite entre le bord adhérent de la paupière et son grand pli transversal. Son poids plus considérable que celui d'un simple pli de la peau rend les mouvemens de la paupière plus difficiles. L'extirpation faite en incisant la peau, ou en enlevant un lambeau selon le volume de la masse graisseuse, est le traitement qui convient le mieux.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
BIAGI	31 décembre 1842	Florence.
BRANDES (R.)	— —	Salzuflen.
BRESCHET	— —	Paris.
BRIGHT	— —	Londres.
BRODIE	7 novembre 1843.	Londres.
CAROLY	19 septembre 1841.	Bruxelles.
CARUS	31 décembre 1842.	Leipzig.
CHEVALLIER (A.)	— —	Paris.
CHOMEL	— —	Paris.
CLARCK (J.)	— —	Londres.
COOPER (S.)	— —	Londres.
DELVAUX	19 septembre 1841.	Liége.
DESPRETZ	31 décembre 1842.	Paris.
DUMAS	— —	Paris.
EHRMANN	7 novembre 1843.	Olmültz.
EVERARD	31 décembre 1842.	La Haye.
FLOURENS	— —	Paris.
FOUQUIER	7 novembre 1843.	Paris.
GUTHRIE (W.)	31 décembre 1842.	Londres.
HORN	7 novembre 1843.	Berlin.
JACMART	19 septembre 1841.	Bruxelles.
JACOBI	31 décembre 1842.	St-Pétersbourg.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
JOSE DE LIMA-LUTAS (A.)	31 décembre 1842.	Lisbonne.
JUNGKEN	— —	Berlin.
KLUYSKENS	19 septembre 1841.	Gand.
LALLEMAND	31 décembre 1842.	Montpellier.
LANGENBEEK	— —	Gottingue.
LAWRENCE	— —	Londres.
LIEBIG	— —	Giessen.
LISFRANC	— —	Paris.
LOMBART	— —	Genève.
LOUIS	— —	Paris.
MAC-GRÉGOR (J.)	— —	Londres.
MARJOLIN	7 novembre 1843.	Paris.
MAYOR	31 décembre 1842.	Lausanne.
MAGENDIE	— —	Paris.
MARSHALL-HALL	— —	Londres.
MITSCHERLICH	— —	Berlin.
MOREAU	— —	Paris.
NUMAN	— —	Utrecht.
ORFILA	— —	Paris.
OTTO	— —	Breslau.
PARISET	7 novembre 1843.	Paris.
PORTAL (P.)	31 décembre 1842.	Palerme.

CAS DE MICROPHTHALMIE ET DE SURDI-MUTITÉ HÉRÉDITAIRES; par M. CUNIER.

Une femme née d'une mère microphthalmique, mais ayant les deux yeux parfaitement développés, s'est unie à un homme dont la grand'mère était sourde et muette. De ce mariage sont nés cinq enfans, trois garçons et deux filles; ces deux dernières sont affectées de microphthalmie. Chez l'une d'elles, qui est en même temps sourde et muette, il y a absence complète de l'iris; l'autre est mariée, et un enfant qu'elle a mis au monde il y a trois ans est sourd et muet en même temps qu'affecté de microphthalmie avec colobome de l'iris. Cette hérédité de la surdi-mutité et de la microphthalmie dans une même famille est bien digne de fixer l'attention. Elle vient en quelque sorte corroborer le raisonnement de M. Burggraeve, qui s'est attaché à faire ressortir l'analogie qui existe entre les imperfections innées de l'appareil de la vue et celles de l'appareil de l'ouïe.

IX. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les numéros d'octobre, décembre 1844, janvier et février 1845, contiennent les articles originaux suivans : 1° *Résumé des travaux de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers, établie à Willebroeck*; par M. Van Berchem. 2° *Tentative d'empoisonnement par l'acide nitrique*; par M. Van den Broeck. 3° *De la morve du cheval communiquée à l'homme; guérison par l'arsenic*; par M. Ebrhardt; précédé des observations de M. P. Merson. 4° *Lettre concernant les aliénés*; par M. Crommelinckx. 5° *Emploi de la pile voltaïque pour la cautérisation des nerfs des dents cariées*; par M. Louyet. 6° *Considérations générales sur l'absorption, la nutrition et la résorption ou absorption interstitielle*; par M. Dugniolle. 7° *Rapport sur le service de la maison de correction de St-Bernard, pendant le troisième trimestre 1844*; par M. Stacquez. 8° *Avulsion d'une partie des muscles extenseur propre du gros orteil et extenseur commun du second orteil; guérison sans accident*; par M. Lamberty. (Par suite de l'engagement de l'extrémité du pied dans une machine en mouvement, la première phalange du gros orteil et la moitié de la phalange unguéale du second furent emportées. On trouva, attenans à ces parties ainsi détachées, deux morceaux de tendons. Rapprochés du malade, celui du gros orteil remontait au delà de la moitié de la jambe, et celui du second à la hauteur du cou-de-pied. Quinze jours suffirent à la guérison.) 9° *Considérations sur le traitement moral de la folie*; par M. Bongard. 10° *Nouveau ciment pour les dents*; par M. Ostermaier. 11° *Mémoire sur la compression temporaire de l'aorte ventrale dans le cas de métrorrhagie grave, suite de couches*; par M. Seutin. 12° *Observation de résection du péroné*; par M. Graux. (Carie du péroné; résection de 5 pouces environ de cet os dans sa partie moyenne, jusqu'auprès de la malléole externe; conservation de cette malléole; guérison. Six mois après l'opération, le pied a sa rectitude naturelle; la malléole externe n'a aucune tendance à se porter en dehors et ne paraît nullement souffrir dans les essais de progression.) 13° *Mémoire sur les préparations martiales*; par M. E. Sélade. 14° *Quelques considerations sur les sourds-muets*; par M. Verté. 15° *De l'action physiologique du seigle ergoté*; par M. Sovet. 16° *Note sur l'action thérapeutique des huiles grasses*; par M. Ad. Burggraeve. 17° *Mémoire sur la vaccine primitive*; par M. S. Verheyen.

EMPLOI DE LA PILE VOLTAÏQUE POUR LA CAUTÉRISATION DES DENTS CARIÉES; par M. LOUYET.

NOUVEAU CIMENT POUR LES DENTS; par M. OSTERMAIER.

CAUTÉRISATION GALVANIQUE. En réfléchissant sur le mode défectueux de cautérisation employé par les dentistes, M. Louyet exprima, il y a déjà quelque temps, à M. le docteur Talma, la pensée d'employer la pile à cet usage. Sans décrire ici de toutes pièces un instrument pour la cautérisation galvanique, il se borne à dire d'après quelles règles celui-ci devrait être construit.

Le grand inconvénient du cautère actuel appliqué aux dents, c'est que, malgré le ou les renflemens dont on munit la tige métallique, elle se refroidit toujours très promptement et quelquefois même avant qu'on soit parvenu à la mettre en contact avec le point qu'on voulait brûler. Avec la pile, rien de semblable; on pourra disposer tout à son aise le petit appareil dans la cavité, et, à un signal donné, le porter brusquement à l'incandescence. Mais pour atteindre ce but, il faudra que l'extrémité des fers à cautériser ne soit plus simple comme à présent, mais composée de deux branches parallèles formant anneau, très rapprochées si l'on veut, mais ne se touchant pas, disposition absolument nécessaire pour le passage du courant voltaïque.

Quant à la pile à employer, il faudra se servir des élémens dits *à grande surface* comme dans les piles à la Wollaston, parce qu'ils sont surtout convenables pour produire de grands effets de chaleur. On devra aussi s'arranger de telle manière que ce soit la partie à rougir qui soit la plus mince de tout le système; sans cela, ce serait peut-être une portion extérieure du conducteur qui se trouverait ainsi chauffée à blanc, avec danger pour les parties voisines. Enfin, on aura soin de proportionner la force de la pile au volume de la tige; car si celle-ci n'était pas assez grosse pour suffire au passage du courant, il se produirait des commotions fort désagréables pour le patient.

M. Louyet fait encore remarquer qu'en plaçant d'avance, dans la cavité dentaire, de petites masses d'un métal quelconque, il serait possible, à l'aide d'une pile convenable, de les amener promptement à la fusion; ce qui aurait le précieux avantage de déterminer à la fois et instantanément la cautérisation et le plombage de la dent.

CIMENT DENTAIRE. On sait l'imperfection, avouée par les meilleurs dentistes, des diverses pâtes proposées pour oblitérer la cavité des dents cariées. La formule que présente M. Ostermaier doit inspirer un peu plus de confiance, parce que le composé dont il s'agit, se rapprochant beaucoup de la nature de l'émail, il semble que sa solidité et sa blancheur doivent être semblables, autant que cela est possible, à celles de la substance naturelle. Voici cette composition : chaux caustique, 13 parties; acide phosphorique anhydre, 12 parties. La chaux doit être chimiquement pure et finement pulvérisée; l'acide phosphorique anhydre s'obtient par la combustion du phosphore à l'air sec. On mêle promptement les deux substances; il en résulte une poudre qui devient humide pendant le mélange. La cavité dentaire étant préalablement desséchée avec de la ouate

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
PUCCINOTTI	31 décembre 1842.	Pise.
BRUYS VAN DER HOEVEN	— —	Leyde.
QUETELET	— —	Bruxelles.
RAMON-FRAN	— —	Madrid.
ROUX	— —	Paris.
RUTTEN	19 septembre 1841	Verviers.
SCHOENLEIN	31 décembre 1842.	Berlin.
SCHROEDER VAN DER KOLK	— —	Utrecht.
SÉBASTIAN	— —	Groningue.
SERRE	— —	Montpellier.
SEYDLITZ	— —	St-Pétersbourg.
SOUBEIRAN	— —	Paris.
TEXTOR	20 octobre 1842.	Wurtzbourg.
TIEDEMANN	31 décembre 1842.	Heidelberg.
TOMMASINI	— —	Parme.
TORTUAL	— —	Munster.
TRAVERS	— —	Londres.
UYTTERHOEVEN père	— —	Bruxelles.
VALENTINE-MOTT	— —	New-York.
VAN CUTSEM	19 septembre 1841.	Bruxelles.
VAN MONS	— —	Louvain.
VELPEAU	31 décembre 1842.	Paris.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
VROLIK	31 décembre 1842.	Amsterdam.
VULPES	— —	Naples.
WILLIE	— —	St-Pétersbourg.

MEMBRES TITULAIRES.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
BROECKX	19 septembre 1841.	Anvers.
BROGNIEZ	— —	Bruxelles.
BURGGRAEVE	— —	Gand.
CRANINX	— —	Louvain.
DE HEMPTINNE	— —	Bruxelles.
DE LABAYE	— —	Bruges.
DE LAVACHERIE	26 septembre 1841.	Liége.
DE MEYER	19 septembre 1841.	Bruges.
FALLOT	— —	Namur.
FOUDRIGNEY	— —	Tournay.
FRANÇOIS	— —	Louvain.
FRANKINET	— —	Liége.
FROIDMONT	— —	Bruxelles.
GAUDY	— —	Bruxelles.
GOUZÉE	— —	Anvers.
GRAUX	— —	Bruxelles.

ou du papier joseph, on y introduit une quantité suffisante de cette poudre, et on l'y tasse en ayant soin de niveler et de lisser convenablement la surface supérieure, qu'on humecte ensuite avec un peu d'eau.

MÉMOIRE SUR LA COMPRESSION TEMPORAIRE DE L'AORTE VENTRALE DANS LE CAS DE MÉTRORRHAGIE GRAVE SUITE DE COUCHES; par M. SEUTIN.

Un court extrait fera suffisamment connaître les idées particulières de M. Seutin sur les indications de ce moyen thérapeutique et sur la manière dont il conseille de l'appliquer.

Et d'abord, un point important, c'est que, tandis que dans les traités classiques, la compression de l'aorte est mentionnée comme devant être mise en usage après une série d'autres moyens auxquels on est censé avoir eu préalablement recours, d'après M. Seutin, il faut la faire immédiatement, pour peu que l'hémorrhagie offre de gravité, et les moyens ordinairement usités ne sont qu'accessoires.

Quant à l'exécution, la femme étant couchée sur un plan horizontal, le chirurgien placé à droite réserve sa main droite libre pour aider à l'action compressive, ou pour aider aux manœuvres obstétricales que l'hémorrhagie peut réclamer, telles que titillation de la matrice, extraction du placenta ou des caillots, etc. La main gauche est destinée à la compression. Ses trois doigts médians, légèrement fléchis, présentent leur pulpe de champ sur le même plan. Par des ondulations douces et successives, propres à refouler les circonvolutions intestinales, ils plongent derrière et à gauche du globe utérin, à peu près vers le niveau de l'ombilic, en déprimant les parois abdominales relâchées. Dès lors les pulsations aortiques sont reconnues, le plan digital est apposé en cylindre du vaisseau dans le sens longitudinal, mais avec une obliquité de haut en bas et de dedans en dehors, telle que les trois doigts n'en obturent complètement la lumière que par leur apposition simultanée. L'axe de l'artère est ainsi fixé sur le plan latéral gauche du corps des vertèbres. *On évite la compression de la veine-cave*, en ne reportant pas trop à droite le plan digital.

La main droite, si elle est restée libre, et mieux celle d'un aide, s'ajoute à l'effort compressif, en appuyant sur la main appliquée immédiatement. Quarante à cinquante secondes de cette compression suffisent ordinairement pour modérer le flux sanguin, souvent même pour l'arrêter. En cas de danger, on la continuerait plus longtemps. Mais M. Seutin craindrait qu'en la prolongeant beaucoup au-delà de ce terme, *d'une manière continue*, on ne favorisât une hyperémie dangereuse des viscères sus-jacens au vaisseau comprimé, le sang des extrémités inférieures refluant irrésistiblement alors vers le haut du tronc. Il faut donc suspendre par momens l'oblitération de l'aorte. Pour cela, le doigt supérieur du plan comprimant est soulevé de façon à ne plus laisser passer qu'une petite rigole sanguine; puis les deux autres doigts se relâchent successivement ou s'appliquent plus méthodiquement sur le vaisseau, selon que l'hémorrhagie diminue ou reparaît à la suite de cette manœuvre. Ces alternatives plus ou moins répétées sont ainsi continuées d'ordinaire pendant 10 à 20 minutes. On n'y fait trève que lorsque tout danger a disparu.

MÉMOIRE SUR LES PRÉPARATIONS MARTIALES; par le docteur E. SÉLADE.

Ce travail est trop long pour que nous pensions à l'analyser; d'ailleurs, comme on y trouve discutées toutes les questions les plus importantes qui se rattachent à l'étude des préparations ferrugineuses considérées spécialement sous le point de vue pratique, nous serions forcés de reproduire des faits depuis longtemps déjà connus; aussi nous nous bornerons à signaler quelques uns des points sur lesquels l'opinion de l'auteur diffère d'une manière notable de celles qui sont généralement admises ou au moins le mieux connues. Ainsi nous ne dirons rien des différentes formes sous lesquelles on administre ces préparations et que M. Sélade décrit d'une manière très exacte pour arriver immédiatement à la partie de son travail où il examine quelles sont celles de ces préparations qui doivent être considérées comme les meilleures. La solution de ce problème déjà tentée bien des fois et qui n'a pas encore été donnée d'une manière définitive exige que l'on écarte d'abord quelques opinions qui reposent sur des faits en opposition avec les lois de la chimie ou avec les observations pratiques recueillies et interprétées d'après de nouvelles vues ou enfin avec quelques expériences propres à l'auteur. Ainsi M. Sélade repousse d'abord l'opinion de Jacomini pour lequel les ferrugineux seraient des hyposténisans, tandis qu'il est d'accord avec M. Trousseau pour voir en eux un tonique puissant, mais n'admettant pas avec ce dernier que le fer ne possède que les propriétés hémostatiques, et lui reconnaissant au contraire une action emménagogue très prononcée dans certaines circonstances particulières. Lorsqu'on administre le fer, dit l'auteur, à une femme, atteinte de chlorose avec aménorrhée, par exemple, les menstrues ne tardent pas, dans la majorité des cas, à paraître après quelques semaines de traitement, quand la chlorose n'est pas liée à une affection organique. Dans cette hypothèse donc, il est un véritable emménagogue. Ce n'est, il est vrai, que médiatement; car, il faut le reconnaître, c'est là plutôt un des effets du véritable mode d'action de ce médicament qui se fait sentir primitivement sur le sang, augmente le nombre de ses globules, et en modifie la qualité que le résultat immédiat de cette même action. Dans le cas d'une hémorrhagie par suite de l'appauvrissement du sang, chez une chlorotique ou chez un malade dont le tempérament est détérioré par une maladie de longue durée, le fer, au contraire, peut agir comme hémostatique; mais il n'a également cette propriété que médiatement, en ce sens qu'il n'a pas d'influence directe sur la matrice, mais que, en reconstituant le sang qui est altéré, il diminue l'hémorrhagie et régularise la circulation, puisque le sang privé d'un de ses principaux élémens constitutifs est impropre à remplir cette fonction.

Les maladies sur lesquelles le fer a les plus heureux résultats sont celles qui offrent une débilité profonde de l'organisme, que l'on ne peut point rattacher à des lésions organiques et qui semblent être le produit d'une nutrition imparfaite. Les meilleures de ces préparations considérées sous ce point de vue sont donc celles qui agissent sur les fluides sanguins en rendant aux globules le fer qui leur manque dans les maladies où cet élément est diminué ou altéré, et l'auteur met en première ligne le chlorure, le carbonate et le lactate de fer. Suivant les phénomènes qui se manifestent lorsque les sucs gastriques sont en contact avec ces préparations ferrugineuses, il les voit presque toutes se transformer en chlorure de

MM.	Dates des nominations.		Résidences.
GUISLAIN	19 septembre	1841.	Gand.
HENSMANS	—	—	Gand.
JANSSENS	26 septembre	1841.	Ostende.
LEBEAU	19 septembre	1841.	Bruxelles.
LOMBART	—	—	Liége.
LUTENS	27 mai	1844.	Anvers.
MARTENS	19 septembre	1841.	Louvain.
MICHAUX	26 septembre	1841.	Louvain.
PASQUIER	19 septembre	1841.	Liége.
PÉTRY	—	—	Liége.
RAIKEM	—	—	Liége.
SAUVEUR	—	—	Bruxelles.
SEUTIN	—	—	Bruxelles.
STAS	26 septembre	1841.	Bruxelles.
THIERNESSE	19 —	1841.	Bruxelles.
TALLOIS	26 —	1841.	Bruxelles.
VAN COETSEM	19 —	1841.	Gand.
VERBEECK	19 —	1841.	Gand.
VERHEYEN	26 —	1841.	Bruxelles.
VLEMINCKX	19 —	1841.	Bruxelles.
VOTTEM	19 —	1841.	Liége.

MEMBRES ADJOINTS.

MM.	Dates des nominations.		Résidences.
BELLEFROID	28 mars	1842.	Bruxelles.
BOULVIN	28 mai	1842.	Gilly.
CARLIER	28 décembre	1841.	Bruxelles.
CHANDELON	28 février	1842.	Liége.
DAUMERIE	28 mai	1842.	Bruxelles.
DAVREUX	28 février	1842.	Liége.
DELWART	28 mars	1842.	Bruxelles.
DE MERSSEMAN	24 avril	1842.	Bruges.
EVRARD	28 mars	1842.	Dinant.
FOSSION	31 janvier	1842.	Liége.
HAIRION	28 décembre	1841.	Louvain.
LANGLET	31 janvier	1842.	Bruxelles.
LEQUIME	28 mai	1842.	Bruxelles.
LUTENS jeune (1)	31 janvier	1842.	Anvers.
MARESKA	28 février	1842.	Gand.
MARINUS	24 avril	1842.	Bruxelles.
MASCART	—	—	Ohain.

(1) M. Lutens jeune a été agréé comme membre titulaire par arrêté royal du 27 mai 1844.

fer avant de pénétrer dans la circulation et en conclut que ce sel doit être le plus efficace et ensuite successivement les autres préparations dans lesquelles le fer est combiné avec des substances pour lesqnelles il a le moins d'affinité d'où il suit qu'après le chlorure de fer ce sont le citrate, le lactate, l'acétate et surtout le carbonate de fer, que l'on doit préférer quand on n'a d'antre but qoe d'employer le fer à titre de *reconstituant*. M. Sclade apporte à l'appui de cette assertioo une foule de preuves déjà connnes et surtont quelques expériences qui lui sont personnelles, faites sur des animanx et desqnelles il résulte que les préparations ferruginenses ingérées dans l'estomac passent en grande partie à l'état de chlorure ferreux avant d'être absorbées. Il est vrai que cette transformation ne se fait que très lentement et que la quantité de chlorure ferreux produite est loin d'être en proportion avec celle du fer et de l'acide chlorhydrique libre que contient l'estomac; mais les choses ne se passent pas dans l'estomac absolument comme dans une cornue; l'assimilation a ses lois qui dominent et régularisent ici celles de la chimie.

X. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1844, janvier, février et mars 1845 comprennent les mémoires originaux suivans : 1° *Du rhumatisme, de ses symptômes, de son diagnostic différentiel, de sa nature et de son traitement prophylactique et curatif*; par M. Henri Ginirac. 2° *Deux cas de chlorose compliquée*; par M. Gotischalk. 3° *Dans la phthisie pulmonaire, les règles étant supprimées, doit-on appliquer des sangsues à la vulve aux époques menstruelles?* Note, par M. Putégnat. 4° *Observations de chirurgie pratique*; par M. Verhaeghe. 5° *Considérations sur la physique terrestre*; par M. River. 6° *Du doute philosophique en médecine*; par M. Camille Bernard. 7° *Études sur la maladie de la hanche*; par M. Pigeolet. 8° *Ramollissement du cerveau et d'une partie de la moelle épinière*; par M. Bigot. 9° *De l'emploi du nitrate de potasse et de l'acide benzoïque dans l'incontinence nocturne d'urine*; par M. Delcour. 10° *Considérations sur l'instinct machine, l'instinct sentiment et la raison*; par M. Putégnat. 11° *Cataracte monocle avec strabisme interne de l'œil droit; opérations heureuses; guérison*; par M. Rul Ogez. 12 *Tableau présentant des matériaux pour servir à l'histoire de l'antagonisme pathologique en ce qui concerne les fièvres intermittentes paludeuses et la phthisie pulmonaire, dressé d'après les documens officiels publiés en Angleterre*; par M. Fallot. 13° *Relation d'une épidemie de fièvre typhoïde qui a régné à Vaux, arrondissement de Clermont (Oise), pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1843, janvier et février 1844*; par M. Debourge. 14° *Observation de rhumatisme des muscles de l'œil*; par M. Valez. (L'affection produite par un refroidissement consistait en uoe douleur fixée dans les muscles de l'œil et des paupières, douleur qui augmentait pendant leurs mouvemens, leur fatigue, par la pression du globe oculaire, et qui disparaissait par le repos de l'œil, la chaleur du lit et l'application d'un bandeau. Il ne se joignit à cette maladie presqu'aucuo signe extérieur d'inflammation oculaire. Ce qui contribue encore à proover sa nature rhumatismale, c'est que depuis la guérison (amenée surtont par les frictions locales avec le laudanum de Roussean); toutes les fois que le malade (médecin lui-même) s'expose à un refroidissement, on est pris d'une affection catarrhale, la douleur des muscles de l'œil se reproduit. Il faut noter qu'il n'avait eu antérieurement aucun autre symptôme de rhumatisme.) 15° *Observation sur une brûlure à la cornée, occasionée par un cigarre allumé, et dont les conséquences ont été la perte complète de l'œil*; par M. Vallez. (Inflammation, ramollissement, puis rupture de la cornée.) 16° *Considérations sur le bain d'immersion dans le traitement de l'aliénation mentale*; par M. Bnugard.

CATARACTE TRAUMATIQUE MONOCULAIRE; DISPARITION SPONTANÉE DU CRISTALLIN APRÈS DIX-HUIT MOIS D'OPACITÉ; par M. VERHAEGHE.

Obs. — Un homme de 38 ans, mécanicien, reçut dans l'œil droit une parcelle de fer, le 12 mars 1842, en travaillant une barre de ce métal. L'auteur le vit peu d'instans après et remarqua an centre de la cornée transparente une petite plaie linéaire d'un millimètre, beaucoup de larmoiement et de photophobie, la conjonctive oculaire très rouge. L'examen étant rendu très difficile par les symptômes inflammatoires, on ne put alors découvrir aucun corps étranger. La phlegmasie tomba en quelques jours; mais la vue de ce côté resta trouble, diminua peu à peu, et au bout d'un mois, la cécité étant complète, M. Verhaeghe constata une cataracte parfaite, au milieu de laquelle était implantée une petite parcelle de fer, qu'on distinguait aisément à l'œil nu. A cette époque la cicatrice de la cornée était à peine perceptible. Le malade reçut le conseil d'attendre un moment opportun pour l'opération de la cataracte.

Il revint au mois d'août 1843 demander à l'auteur de le traiter d'une ophthalmie catarrhale de l'œil droit. Peu de temps après la guérison de cette ophthalmie, la vue commença à s'améliorer, et bientôt après cet œil put distinguer le jour de l'obscurité et même quelques objets d'un gros volume. M. Verhaeghe, ayant alors examiné l'œil, reconnut avec surprise qu'il n'offrait plus aucune trace de cataracte. Toute opacité avait disparu, ainsi que la parcelle de fer qu'on avait vue, quelque temps auparavant, implantée dans le cristallin. La pupille était nette, d'un beau noir, mais dilatée et immobile. La faculté visuelle se bornait à distinguer le jour de la nuit et à reconnaître d'une manière confuse les personnes et les objets de quelque volume. Aujourd'hui, que plusieurs mois se sont écoulés, la vue n'est pas encore tout à fait revenue. Plusieurs petits vésicatoires placés autour de l'œil et pansés avec la strychnine ne l'ont point améliorée.

— Ce fait est assurément très concluant; mais une foule d'omissions dans sa relation diminuent l'intérêt qu'il pourrait offrir en pratique. Ainsi quels étaient les caractères de la cataracte? La mydriase exista-t-elle dès le moment de l'accident? A quelles causes probables peut-on attribuer l'ophthalmie qui survint au bout de 18 mois? On comprend combien la solution de ces diverses questions faciliterait l'explication d'un cas aussi extraordinaire.

S'il nous fallait cependant, malgré la pénurie des documens, essayer une hypothèse sur la cause de cette singulière terminaison, nous n'hésiterions pas à dire que l'inflammation a été ici l'agent principal de cette absorption tardive. L'influence d'une inflammation *légère* comme moyen d'activer les forces absorbantes est un principe dont la thérapeutique sanctionne tous les jours à son profit l'exactitude. Or, chez ce malade 1° l'ophthalmie était catarrhale, forme la moins intense habituellement de toutes les phlegmasies qui sévissent sur l'œil; 2° ce c'est que vers le dé-

MM.	Dates des nominations.		Résidences.
Phillips	31 janvier	1842.	Bruxelles.

MEMBRES CORRESPONDANS.

MM.	Dates des nominations.		Résidences.
Ammon (d')	29 octobre	1842.	Dresde.
Amussat	21 —	1843.	Paris.
Andral	21 —	1843.	Paris.
Arnold	29 —	1842.	Fribourg.
Bosch	21 —	1843.	Maestricht.
Bouillaud	29 —	1842.	Paris.
Bouley jeune	21 —	1843.	Paris.
Carswell	29 —	1842.	Bruxelles.
Casper	26 —	1844.	Berlin.
Chelius	29 —	1842.	Heidelberg.
Cruveilhier	21 —	1843.	Paris.
Cunier	29 —	1842.	Bruxelles.
Decaisne	29 —	1842.	Gand.
De Condé	29 —	1842.	Liége.
De Koninck	29 —	1842.	Liége.
Delafond	26 —	1844.	Alfort.
Delcour	26 —	1844.	Verviers.
Didot	21 —	1843.	Dinant.
Dieffenbach	29 octobre	1842.	Berlin.
Dieudonné	21 —	1843.	Bruxelles.
Ducniolle	21 —	1843.	Bruxelles.
Fiévée	26 —	1844.	Paris.
Fleury	26 —	1844.	Paris.
Forget	29 —	1842.	Strasbourg.
Giacomini	21 —	1843.	Padoue.
Gluge	29 —	1842.	Bruxelles.
Guérin (J.)	29 —	1842.	Paris.
Henlé	29 —	1842.	Zurich.
Herberger	21 —	1843.	Kaiserslantern.
Hertwig	21 —	1843.	Berlin.
Heusinger	26 —	1844.	Marbourg.
Hubert	29 —	1842.	Louvain.
Jacobson	29 —	1842.	Copenhague.
Jager	29 —	1842.	Vienne.
James-Copland	29 —	1842.	Londres.
Kerst	21 —	1843.	Utrecht.
Leroy-d'Étiolles	29 —	1842.	Paris.
Londe	26 —	1844.	Paris.
Lutens aîné	21 —	1843.	Gand.
Martinet	26 —	1844.	Paris.

clin de cette ophthalmie que la vue est revenue, que, par conséquent, le travail de résorption a pris une certaine activité.

On pourrait encore ajouter qu'il y a eu dans ce cas, comme pour beaucoup de cataractes traumatiques, une tendance constante vers la résolution à partir du moment de l'accident; que cet effort a été longtemps entravé par la présence au milieu des parties enflammées de la parcelle de fer qui y perpétuait une forte irritation; qu'enfin, la parcelle ayant graduellement disparu en s'oxidant et se dissolvant au fur et à mesure de l'oxidation (ainsi qu'on en a observé d'autres exemples), l'action de résolution a dû alors s'opérer librement, et la résorption des parties opacifiées en a été l'effet naturel. Ces deux explications se concilient et se corroborent, du reste, parfaitement l'une l'autre.

L'explication de M. Verhaeghe est la suivante : « On trouve chez notre malade tous les signes qui indiquent une dissolution du cristallin resté en place. Il y a eu, en effet, déchirure de la capsule cristalline par le corps vulnérant resté implanté dans la substance de la lentille. Celle-ci ayant ainsi été mise en contact immédiat avec l'humeur aqueuse a fini par en être attaquée et par s'y dissoudre en totalité. »

XI. BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE POITIERS.

Les numéros de l'année 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Quelques réflexions sur la fièvre typhoïde, à l'occasion de l'épidémie qui a régné à Poitiers en 1843*; par M. de Morineau. 2° *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Poitiers : entropion congénital opéré par un nouveau procédé; tétanos à la suite d'un écrasement de l'extrémité inférieure du radius : mort; ulcère cancéreux; résection et désarticulation de la moitié gauche du maxillaire inférieur; récidive; tumeur blanche du coude; résection de l'articulation huméro-cubital; nécrose des deux os de l'avant-bras; ablation du membre; guérison*; par M. Gaillard. 3° *De l'utilité de la création des médecins inspecteurs de décès dans les grandes villes*; par M. Bonnet. 4° *Sur l'emploi des ferrugineux et sur le carbonate de protoxyde de fer*; par M. Melliet. 5° *Colique de plomb; moyen préservatif de cette maladie*; par le même.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par M. de MORINEAU.

Dans un très bon travail sur la fièvre typhoïde à l'occasion d'une épidémie qu'il a eu occasion d'observer à Poitiers en 1843, M. de Morineau émet quelques idées pratiques pleines de justesse sur le traitement de cette affection qui, loin de réclamer une méthode absolue, ne saurait être convenablement traitée, suivant lui, qu'à la condition de tenir un compte rigoureux de toutes les indications qui se puisent soit dans les formes particulières de la maladie et ses complications, soit dans les conditions individuelles et toutes les circonstances concomitantes auxquelles on peut attribuer une action quelconque sur l'organisme. Parmi les méthodes diverses que l'auteur passe en revue, il en est une dont il signale les cas d'indication et de contr'indication, et qui nous paraît en général être un peu trop négligée parmi nous : nous voulons parler de la médication vomitive. L'émétique, dont on fait un usage si fréquent dans les hôpitaux de Montpellier, administré au début des fièvres graves, produit souvent des effets vraiment remarquables que l'on ne pourrait s'expliquer par une simple action évacuante. Aussi n'est-ce pas dans les cas seulement où existe un état saburral des premières voies, que M. Morineau, à l'exemple des cliniciens de Montpellier, prescrit un émétique; mais il le donne encore si la maladie n'est qu'à son début, si le malade est un de ceux qui se nourrissent mal à l'habitude, s'il a été longtemps exposé à l'action d'émanations délétères, si enfin sa constitution paraît détériorée, ou s'il porte le cachet de la débilité, pourvu qu'il n'y ait pas de contr'indication formelle, c'est-à-dire de symptômes d'inflammation ou une faiblesse extrême. Mais si le malade est dans un état de débilité extrême et de stupeur trop grande, on ne pourrait alors administrer l'émétique sans imprudence. Il faudra encore s'en abstenir ou au moins le faire précéder d'une saignée générale, s'il y a céphalalgie intense, sécheresse de la peau, soif ardente, dureté du pouls, etc.

ENTROPION CONGÉNITAL OPÉRÉ PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ; par M. GAILLARD.

Voici le procédé qu'a imaginé M. Gaillard pour un entropion congénital, et qu'il a appliqué dans un cas avec succès :

Une aiguille à suture, garnie d'un fil double ciré, est enfoncée de haut en bas, au devant du bord ciliaire, dans l'épaisseur du muscle orbiculaire, à quelques millimètres de l'angle interne de la paupière, et ressortie à 2 centimètres environ au dessous du point d'entrée; ensuite les deux bouts du fil sont noués ensemble en rapprochant les deux issues, l'une d'entrée, l'autre de sortie, de manière à tirer le bord ciliaire en dehors.

Un autre fil est placé de la même manière vers l'angle externe de la paupière.

Le résultat de cette opération est que les fils agissent comme ligature; ils coupent la peau et le tissu musculaire qu'ils compriment, et à mesure que la section avance vers l'extérieur, il se forme derrière un tissu inodulaire qui, après la cicatrisation complète, forme une bride capable de maintenir la paupière dans la position que les deux ligatures lui ont imprimée.

Un malade affecté d'entropion congénital et opéré par ce procédé est sorti guéri de l'hôpital au bout de vingt-cinq jours.

L'auteur ne dit pas s'il a revu le malade depuis, circonstance bien importante pour faire apprécier la valeur réelle et définitive du procédé.

NÉCROSE DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS; par le même.

Ce cas offre un grand intérêt au point de vue physiologique, comme donnant une confirmation nouvelle de la théorie de la formation du tissu osseux aux dépens de son périoste externe. Voici en deux mots le résumé de ce fait : chez un jeune homme de 20 ans, il se développa environ sept mois après une chute de cheval, une tuméfaction considérable du coude accompagnée de vives douleurs qui l'obligèrent à entrer à l'Hotel-Dieu pour y réclamer des soins. Le coude considérablement tuméfié, tandis que le bras était très amaigri, était percé de sept ouvertures fistuleuses. Le stylet pénétrait à travers chacune d'elles jusqu'aux os dénudés, et faisait éprouver à la main une sensation de frottement sur un corps rugueux.

MM.	Dates des nominations.		Résidences.
MATTHYSSENS	29 octobre	1842.	Anvers.
MULLER	29 —	1842.	Berlin.
NASSE	29 —	1842.	Bonn.
NORDMANN (DE)	29 —	1842.	Odessa.
PARCHAPPE	26 —	1844.	Rouen.
PÉTREQUIN	26 —	1844.	Lyon.
PURKINJE	29 —	1842.	Breslau.
RAYER	26 —	1844.	Paris.
REIKEN	29 —	1842.	Bruxelles.
RUL-OGEZ	26 —	1844.	Anvers.
SCHOENFELD	29 —	1842.	Charleroy.
SCHWANN	29 —	1842.	Louvain.
SOUPART	26 —	1844.	Gand.
SOVET	29 —	1842.	Beauraing.
SPRING	29 —	1842.	Liége.
STILLING	26 —	1844.	Hesse-Cassel.
STROMEYER	29 —	1842.	Munich.
SYMPSON	29 —	1842.	Edimbourg.
TALMA	29 —	1842.	Bruxelles.
THIRION	29 —	1842.	Namur.
TOMBEUR	26 —	1844.	Liége.
UYTTERHOEVEN (A.)	21 —	1843.	Bruxelles.
VALENTIN	29 octobre	1842.	Berne.
VAN BERCHEM	29 —	1842.	Willebroeck.
VARLEZ	29 —	1842.	Bruxelles.
VAN MEERBEECK	29 —	1842.	Anvers.
VRANCKEN	29 —	1842.	Louvain.
WAGNER (R.)	29 —	1842.	Gottingue.
WEMAER	21 —	1843.	Bruges.
WOETS	29 —	1842.	Dixmude.

— M. Werner, peintre du Muséum, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur. Tous les amis de la science applaudiront à cet acte de justice rendu à un artiste aussi connu par son rare désintéressement que par la distinction de son talent.

— MÉMOIRES SUR LA NATURE ET LE DÉVELOPPEMENT DES PRODUITS ACCIDENTELS; par CH. BARON, médecin du bureau central des hôpitaux. (Extrait du t. XI des MÉM. DE L'ACAD. ROYALE DE MÉDECINE.) — in-4°. Prix : 4 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Après un mois de traitement interne infructueux, le mal faisant d'incessans et rapides progrès, M. Gaillard se décida à pratiquer la résection du coude. Environ vingt jours après cette opération, il survint une vaste inflammation phlegmoneuse. Les ouvertures que nécessite une suppuration abondante permettent de toucher les deux os dénudés et nécrosés dans toute leur étendue. La fièvre s'allume, la diarrhée et la suppuration minent les forces du malade. Sa vie est prochainement menacée; M. Gaillard se décide à enlever l'avant-bras d'un seul coup de bistouri. Le malade a dû à ce sacrifice la conservation de ses jours. Voici l'état dans lequel on a trouvé les deux os :

Les deux os de l'avant-bras sont, dans toute leur longueur, nécrosés et recouverts d'un tuyau osseux de nouvelle formation appartenant au périoste ossifié, ou du moins aux liquides plastiques sécrétés entre lui et l'ancien os. Cet étui osseux, perforé et incomplet dans plusieurs points, offre cependant, dans la majeure partie, une *gaîne complète*. Il est aréolaire, comme celluleux et spongieux, percé d'une foule de canaux vasculaires; son tissu est blanc, sec et fragile; son épaisseur est de 1 à 2 millimètres. Presque partout il est isolé de l'ancien os par un intervalle de 2 à 3 millimètres. L'ancien os est lisse et poli à sa surface, usé, corrodé et troné en plusieurs points.

Jamais la nécrose, fait remarquer M. Gaillard, n'a mieux mérité le nom de maladie aiguë, et jamais le travail de réparation n'a plus promptement succédé au travail de désorganisation. Si les forces du malade avaient pu résister à cette vaste suppuration, les deux sequestres auraient été expulsés, laissant un os nouveau à leur place.

MOYEN PRÉSERVATIF DE LA COLIQUE DE PLOMB; par M. MEILLET, pharmacien à Poitiers.

De fréquentes manipulations de sels de plomb et de mercure, que M. Meillet s'est trouvé à même de faire dans plusieurs laboratoires, lui ont suscité l'idée de chercher un moyen de mettre un terme aux coliques des ouvriers qui pulvérisent ces différens sels.

Voici le moyen qu'il a imaginé, moyen bien simple et dont les bons effets paraissent avoir été déjà sanctionnés par une expérience assez étendue.

On applique sur la figure une sorte de masque en fer blanc auquel est adaptée une espèce de tube cylindrique vis-à-vis du nez et de la bouche; dans l'intérieur du tube est un petit grillage métallique par dessus lequel on place une éponge fine imbibée d'une solution d'hydrosulfate de soude très étendue; l'éponge est placée de manière à remplir entièrement la cavité du cylindre; on l'assujétit au moyen d'un couvercle également garni d'un grillage métallique. L'air étant obligé de se tamiser à travers un corps imbibé d'un liquide décomposant les poussières, les vapeurs restent toutes dessus à l'état de sulfure. Ce sel se décompose lentement et d'une manière uniforme par l'acide carbonique, toujours très abondant dans ces fabriques. L'ouvrier se trouve ainsi respirer toute la journée une quantité extrêmement minime d'hydrogène sulfuré, le neutralisant le plus efficace des effets du plomb. Quant aux mains, M. Meillet les fait frotter avec une pommade contenant 20 grammes d'hydrosulfate de soude par livre d'axonge. On s'en sert de manière à la faire pénétrer dans la peau, et on essuie le surplus qui aurait géné.

Ces moyens ont été mis en usage, par le conseil de M. Meillet, dans plusieurs fabriques de plomb de chasse, où ils paraissent avoir produit les plus heureux résultats.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 MAI.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE L'ASCENSION SUR LES LIEUX ÉLEVÉS.

M. CASTEL communique une note sur les phénomènes physiologiques observés par des voyageurs dans leur ascension au sommet de hautes montagnes.

Ces phénomènes sont, suivant lui, le produit de la diminution de la pression de l'atmosphère; ce n'est point que cette pression soit, comme on l'a avancé, l'agent immédiat de la circulation dans les vaisseaux capillaires et dans les veines; mais elle exerce une influence directe et incessante sur la contractilité, de laquelle le mouvement des liqueurs animales n'est jamais indépendant. Les modifications de l'une doivent donc amener les anomalies de l'autre. La contractilité est d'autant plus en échec que la pression de l'atmosphère a subi une diminution plus considérable. C'est dans ces rapprochemens qu'il faut chercher l'explication des phénomènes qui ont été exposés devant l'Académie des sciences par M. Lepileur. Il n'en est aucun qui ne doive être attribué à l'embarras, au trouble de la circulation. Ce trouble, cet embarras dans leur succession et leurs progrès ont été la suite de divers degrés dans la raréfaction de l'air. C'est ainsi qu'à une hauteur comprise entre 3000 et 3500 mètres on a éprouvé de la fatigue, des vertiges, des nausées, trois signes caractéristiques d'un commencement d'atonie. Entre 3400 et 4000 mètres, il est survenu des étouffemens, de la somnolence, de l'accablement, des coliques, des défaillances, des syncopes. Qui ne reconnaîtra dans ces symptômes la dilatation des extrémités vasculaires par la stase du sang? D'abord l'irritation et ensuite la compression d'une portion du système nerveux.

Entre 4000 et 4500 mètres, douleurs dans les membres, anhélation, épuisement, lassitude extrême dans les membres; pourquoi? c'est que la distension des vaisseaux n'a presque plus de frein. L'anhélation en est la conséquence la plus notable, parce que les organes de la respiration sont les plus vasculaires de tous. L'impuissance du système musculaire atteste la diminution toujours croissante de la contractilité. Cette impuissance des muscles n'est-elle pas aussi dans les diverses fièvres un des symptômes les plus redoutables? alors aussi elle est le résultat d'une grande diminution de la contractilité.

Enfin, à la hauteur de 5000 mètres, la dilatation des vaisseaux et la lenteur de la circulation s'étendent jusqu'aux gros troncs veineux et jusqu'au cœur même. Cette dernière période est caractérisée par le développement des phénomènes déjà signalés, par des palpitations, par l'accélération du pouls qui, en général, devient d'autant plus fréquent qu'il est plus faible, comme il arrive aux approches de la mort. La plénitude des vaisseaux et l'absence de tout frein amènent souvent la rupture non seulement des extrémités artérielles ou veineuses, mais encore celle de gros vaisseaux.

Le JOURNAL DES SAVANS a cité, il y a un grand nombre d'années, la mort de M. Plantade, ing. géographe, qui périt d'hémorragie au sommet des Pyrénées. On sait que les régions élevées ne conviennent point aux poitrines faibles. Les mêmes causes peuvent provoquer l'apoplexie. Les vaisseaux de l'encéphale ne sont-ils point comme ceux des autres grandes cavités sujets à l'expansion et à l'engorgement par la raréfaction de l'air. Est-il besoin de dire que celle-ci est en raison directe de la hauteur des lieux et *vice versâ?* M. Amontons a prouvé par des calculs exacts que si l'on pouvait augmenter à volonté la hauteur d'une colonne d'air atmosphérique, ses dernières couches auraient la densité du mercure. N'est-ce point sur les rapports de densité et de pression que la nature a établi les différences de volume et la puissance des principaux appareils de la respiration et de la circulation dans les diverses classes du règne animal. Dans les oiseaux le volume du cœur relativement à la masse du corps est dans le rapport de 1 à 168. Dans les quadrupèdes, il est dans le rapport de 1 à 263. Dans les poissons, il est dans le rapport de 1 à 1360. Mesurez maintenant la densité respective des milieux dans lesquels ces animaux vivent et l'influence de chacun de ces milieux sur la contractilité, qui, disons-le en passant, est le mobile trivial de toute fonction.

Telles sont les données par lesquelles la physiologie doit rendre raison de tout ce qu'on éprouve quand on s'élève sur les montagnes. Si les phénomènes sont divers, leur cause est uniforme ou ne diffère que par le plus ou moins d'intensité. Aussi la distinction proposée par M. Lepileur entre ceux qui sont dus à la raréfaction de l'air et ceux qu'il attribue au mouvement musculaire, me paraît-elle sans fondement. S'ils laissent voir moins de violence dans le cavalier que dans le piéton, c'est que dans l'un l'action de la plus grande partie des muscles ne s'exerce point, tandis que dans l'autre elle est assujétie à de continuels efforts.

SUR LES FIÈVRES ÉPIDÉMIQUES RÉPUTÉES TOUR A TOUR CONTAGIEUSES ET NON CONTAGIEUSES.

M. HOMBRON, ancien chirurgien de l'*Astrolabe*, envoie un travail sur ce sujet. On doit, dit-il, entendre par contagion la transmission d'une maladie par le contact médiat ou immédiat d'un virus; ce mode de propagation n'appartient qu'aux maladies qui renaissent par inoculation. Les miasmes, résultats d'une réunion d'hommes, pourront produire un empoisonnement miasmatique; mais ils ne différeront en rien de ceux que porterait un vent délétère, dans ce sens qu'ils n'auront rien de spécifique.

Les maladies épidémiques par infection, dit-il plus bas, constituent une classe d'affections auxquelles le nom de peste convient bien parce qu'il rappelle leur origine. L'auteur essaie de les classer : Nous ferons, dit-il, mieux ressortir leurs rapports et leurs caractères. Il divise cette classe de maladies par infection en deux ordres : 1° les affections par intoxication externe qui sont primitivement locales et se propagent par inoculation; 2° les affections par intoxication interne, qui sont primitivement générales et se contractent par la respiration et l'absorption tégumentaire. La variole est la transition du premier ordre au second, car elle peut se transmettre par inoculation; en vertu de sa violence extrême, elle tarde peu à devenir une affection générale.

Le second ordre, le seul qui occupe l'auteur dans ce travail, celui des maladies par intoxication générale, se divise en deux groupes : 1° les empoisonnemens par les miasmes; 2° les empoisonnemens par les effluves. La variole et toutes les fièvres éruptives constituent le premier genre des empoisonnemens par les miasmes. Ce genre contient deux sous-genres : le sous-genre variole, qui comprend la maladie de ce nom et ses variétés; c'est l'espèce pestilentielle par excellence puisqu'elle est contagieuse; le sous-genre rubéole où se trouvent la rougeole, la scarlatine et leurs variétés, etc.

En recherchant la nature de ces diverses maladies par infection générale et étudiant comparativement leurs épidémies, on arrive, dit l'auteur, à cette conclusion, que leurs points de départ, comme leurs marches, ont la plus grande identité; que si l'on reconnaît que l'une de celles qui n'offrent point d'excrétion pathologique est contagieuse, toutes celles qui sont dans le même cas doivent l'être aussi; mais cette contagion n'est alors qu'une hypothèse. Pour se bien convaincre de cette assertion, il suffit, dit-il, de bien observer ce qui se passe lorsque ces maladies ne sont que sporadiques. Il considère la fièvre jaune comme ne constituant pas un typhus. Elle est, suivant lui, au typhus ce qu'est le scor-

but proprement dit à la même maladie, c'est-à-dire une complication; et comme telle son histoire est celle des maladies par infection miasmatique.

INDIENS JOWAYS.

M. Jacquinot, chirurgien de marine, qui a fait partie de l'expédition de *la Zélée*, adresse une note sur les indiens Joways. Il croit que les deux Amériques ne sont peuplées que par une seule et même race d'hommes dont les diverses peuplades, rameaux d'une même famille, offrent les mêmes caractères anthropologiques et ne sont séparées que par des nuances légères qui, loin de former des races ou des espèces tranchées, présentent seulement ces légères variétés qui se retrouvent ordinairement parmi les différentes nations d'une même race. Il n'en excepte que les Esquimaux et quelques tribus à peau noirâtre de la Californie, qui, suivant quelques voyageurs, paraîtraient offrir des différences assez prononcées.

Indépendamment de l'analogie qu'il croit exister entre les peuples des deux Amériques, M. Jacquinot signale aussi des rapports semblables entre ces peuples et d'autres peuples situés à de grandes distances, les insulaires de la Polynésie. C'est particulièrement avec les habitans de la Nouvelle-Zélande que les Indiens joways lui paraissent avoir le plus d'analogie, à tel point que si quelques hommes de ces deux peuples étaient rassemblés dans le même lieu, il lui semble qu'il serait impossible de distinguer les uns des autres.

M. Serres déclare ne pas partager les opinions exprimées dans cette note; il se borne pour l'instant à s'inscrire contre, en attendant le rapport de la commission sur les Indiens joways actuellement à Paris.

APPLICATION DES DIAPASONS AU DIAGNOSTIC.

M. Bonnafont écrit, à l'occasion du travail récent de M. Desprets sur une question d'acoustique, qu'en 1832, étant chargé de préparer et de répéter le cours d'anatomie à Alger, il se livra à quelques recherches anatomo-pathologiques sur l'organe de l'audition; et c'est en faisant des expériences sur l'influence que divers instrumens à corde et à vent pouvaient exercer sur la membrane du tympan qu'il y comprit un diapason qui se trouvait placé sous sa main. Plus tard, étendant ses études aux maladies de l'oreille et reconnaissant l'insuffisance des divers moyens pour apprécier les degrés de lésion des nerfs acoustiques, il eut l'idée de faire usage du diapason et bientôt du *tic-tac* d'une montre appliquée sur les différentes régions du crâne ou seulement présentée à une faible distance du pavillon de l'oreille. Il se servit d'abord du diapason ordinaire qui donne le quatrième *la*. Mais ayant remarqué, appliqué sur le crâne de quelques sourds, que le son était entendu sur certaines régions et nullement sur d'autres, il se servit d'une série de diapasons dont le son répondait aux huit notes de la quatrième gamme de piano. Pouvant alors varier ses expériences, il ne tarda pas à constater que dans telle région du crâne où le diapason *la* n'était pas entendu les notes des degrés inférieurs l'étaient très distinctement. Après avoir constaté ce phénomène, M. Bonnafont s'est posé les deux questions suivantes: Est-ce une disposition toute particulière ou une altération de l'organe de l'ouïe qui fait que dans des conditions qu'il serait très important d'apprécier certains sons arrivent de préférence à d'autres? ou bien serait-ce, comme on est en droit de le supposer maintenant, un affaiblissement de la sensibilité qui occasionne cette aberration des nerfs? Cette supposition qui paraît être la vraie présente quelque chose d'assez curieux. C'est qu'au fur et à mesure que la sensibilité diminue l'oreille perd la faculté d'entendre le diapason à note aiguë, tandis qu'elle conserve celle de percevoir distinctement les notes plus graves, soit qu'on présente le diapason à une faible distance de l'oreille, soit, si la surdité est plus prononcée, qu'on l'applique sur les différentes régions du crâne.

M. Arago fait observer à l'occasion de cette communication que l'inverse de ce qu'annonce M. Bonnafont a quelquefois lieu, c'est-à-dire que dans quelques cas la surdité a commencé à se manifester par l'absence de perception des sons graves.

MALADIES DE L'OREILLE.

M. Pappenheim écrit pour rectifier plusieurs erreurs qui se sont glissées dans la note qu'il a communiquée dernièrement à l'Académie sur la surdité.

1° Ce n'est pas comme résultat du cathétérisme, dit-il, mais bien comme conséquence de fièvre typhoïde que j'ai trouvé quelquefois la cholestérine dans l'oreille moyenne et interne.

2° Ce n'est pas la présence des cristaux de carbonate de chaux dans l'oreille interne, laquelle est constante, mais bien l'augmentation anormale, qui d'après mes recherches a été, dans quelques cas de surdité, le seul fait pathologique que j'aie pu constater.

CÉRUMEN.

M. Berger envoie un mémoire sur le cérumen. Le cérumen, suivant lui, n'est point un corps homogène, c'est un composé de matière huileuse, de bulbes, de globules, de poils, d'animalcules infusoires, d'épithéliums, de cristaux, des débris de tous ces corps et des poussières de l'air ambiant. Sa densité et sa coloration sont d'autant plus grandes qu'il est plus anciennement formé; insoluble dans l'alcool, il se dissout en partie dans l'eau, qui lui donne une couleur jaune-paille et le rend plus homogène, etc.

D'après l'auteur, le globule serait susceptible de se transformer en arachnide et le poil en une espèce d'infusoire dont la description détaillée fait l'objet d'une seconde communication.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Gérardin demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de l'ordonnance royale approuvant l'élection de M. Longet.

M. le Président invite M. Longet, s'il est présent à la séance, à signer la feuille et à prendre place parmi les membres. M. Longet est absent.

M. Gérardin: En demandant la parole à l'occasion du procès-verbal, je m'empresse de déclarer que la démarche que je fais est spontanée et dégagée de toute influence étrangère. Dans la précédente séance, à l'occasion de la lecture d'un mémoire sur les eaux de Bagnères-de-Luchon, je me suis élevé avec toute l'énergie dont je suis capable contre un système de spéculation qui s'est introduit dans les établissemens d'eaux minérales, et que je considère comme honteux, contraire aux intérêts de la science et à la dignité de l'art. En ce qui concerne le mémoire j'ai cru devoir critiquer la manière dont les faits y étaient présentés, et je n'ai fait en cela qu'user de mon droit d'Académicien. J'ai cru reconnaître que mes paroles y avaient été mal interprétées, à en juger par les susceptibilités qu'elles ont éveillées et qu'il n'a pas dépendu de moi de détruire. C'est pourquoi je viens aujourd'hui remplir un devoir de convenance en déclarant que dans tout ce que j'ai dit il n'y a en, dans ma pensée, rien de personnel. Je répète et je tiens à ce qu'il soit bien entendu que la déclaration que je fais en ce moment est toute spontanée et qu'elle ne m'a été imposée par qui que ce soit. (Très bien.)

M. Dubois (d'Amiens) fait observer à M. Gérardin que le bureau avait parfaitement interprété les paroles de M. Gérardin dans le sens qu'il vient d'exprimer lui-même.

M. Louis saisit cette occasion pour rendre personnellement hommage au caractère de M. Fontan, qu'il connaît depuis longtemps. Personne, dit-il, ne pousse plus loin que lui la loyauté et la délicatesse dans l'exercice de ses fonctions. (Marques d'assentiment général.)

M. Fontan, qui avait demandé la parole après M. Gérardin, y renonce.

REMÈDES SECRETS.

M. Bouoet lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports sur des demandes de brevets d'invention pour divers remèdes. Chacun de ces rapports est terminé par la formule d'usage: Il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation demandée, etc.

PRÉPARATIONS D'ANATOMIE ARTIFICIELLES.

M. Bérard fait, au nom de MM. Blandin, Amussat et au sien, un rapport sur les préparations artificielles d'anatomie en cuir repoussé, de MM. Carteaux et Chaillou. Le rapporteur, après avoir indiqué sommairement les procédés à l'aide desquels les inventeurs de ces préparations sont parvenus à reproduire avec la plus grande fidélité les dispositions anatomiques les plus délicates, insiste particulièrement sur l'utilité qu'elles peuvent offrir, soit comme moyen auxiliaire de l'étude de l'anatomie, soit pour guider les chirurgiens dans le manuel de certaines opérations. Il exprime le désir que les auteurs apportent surtout leurs soins aux pièces destinées à rappeler l'anatomie des régions.

Il propose pour conclusions d'approuver les travaux de MM. Carteaux et Chaillou et de les engager à persévérer dans leurs efforts.

Plusieurs membres demandent qu'on présente les pièces.

M. Bérard: Les pièces ont été présentées devant l'Académie par les auteurs; mais elles ne sont pas restées dans les collections de l'Académie.

M. le Président propose, avec l'assentiment de M. le rapporteur, que le vote des conclusions soit suspendu jusqu'à ce que les pièces soient de nouveau déposées sur le bureau.

M. Bussy: Je regrette que M. le rapporteur n'ait pas cru devoir entrer dans de plus amples détails sur quelques-unes des particularités de la confection de ces pièces, qu'il eût été intéressant de connaître. Il n'a pas été question, par exemple, de leur coloration. Il est important de savoir cependant si ces préparations reproduisent avec fidélité les diverses nuances de couleur des tissus et les modifications qu'elles subissent sur le cadavre.

M. Bérard: Ces pièces sont coloriées; cela a été dit dans le rapport.

M. Bussy: Je ne l'avais pas entendu. Dans ce cas, il y aurait toujours à savoir de quelle nature sont les couleurs dont on a fait usage. Sont-ce, par exemple, des couleurs végétales ou minérales? Cela est utile à connaître; car on sait que les couleurs végétales ne se conservent pas en général longtemps; et il serait bon de s'assurer si leur durée est en rapport avec celle des matières employées dans la confection de ces préparations.

Plusieurs voix: On verra cela lors de la présentation des pièces. — Le renvoi des conclusions est adopté.

CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Bricheteau lit en son nom et au nom de M. Castel un rapport sur un mémoire de M. Patry, médecin dans le département d'Indre-et-Loire, sur la contagion de la fièvre typhoïde. M. Patry émet l'opinion que la fièvre typhoïde est contagieuse, et il appuie cette opinion sur un grand nombre de faits qu'il a observés dans le pays où il pratique. Cette opinion est, du reste, ainsi que le fait remarquer M. le rapporteur, celle de presque tous les médecins qui pratiquent dans les petites localités. Il y a cet égard une différence notable entre les observations faites à Paris et dans les grandes villes et les faits observés dans les petites localités. Quelques personnes ont cru que cette différence n'était qu'apparente et qu'elle tenait uniquement à ce qu'à Paris, par exemple, il est presque toujours impossible de suivre la progression de la contagion, tandis que dans les petites villes et dans les campagnes les rapports journaliers qu'ont les habitans entre eux permettent de suivre cette progression. M. le rapporteur pense qu'il y a une autre raison qui explique pourquoi la contagion, ou plutôt l'infection, a lieu d'une manière beaucoup plus évidente dans les campagnes que dans les grandes villes, c'est que dans les campagnes toutes les maladies en gé-

néral acquièrent un plus grand degré d'intensité, par suite du défaut de soins, de la malpropreté des habitations, de l'absence souvent des secours les plus nécessaires, et enfin de l'inobservation des premières règles de l'hygiène. Sans doute, dans les grandes villes, il y a aussi de la misère et les habitans y sont souvent encombrés dans des espaces rétrécis; mais ils reçoivent en général de prompts et efficaces secours dès le début de leur maladie, et toutes les mesures hygiéniques sont généralement beaucoup mieux pratiquées.

En résumé, M. le rapporteur pense que les faits rapportés par M. Patry prouvent effectivement que la fièvre typhoïde est contagieuse et infectieuse dans les petites localités. Si elle ne l'est pas, ou ne l'est du moins que d'une manière beaucoup moins manifeste dans les grandes villes, cela doit être attribué uniquement à ce que les secours y sont plus prompts, dirigés plus à propos et les règles de l'hygiène mieux observées.

M. le rapporteur propose pour conclusions d'adresser des remercîmens à l'auteur du mémoire, de lui donner les encouragemens qu'il mérite et d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de correspondans.

M. Moreau : Je partage entièrement l'opinion de l'auteur du mémoire. Mais je diffère avec M. le rapporteur en ce qui concerne l'infection et la contagion auxquelles il fait jouer indistinctement le même rôle. Je crois que, si les fièvres typhoïdes se transmettent dans les petites localités, ce n'est pas uniquement par l'infection, comme paraît le croire M. Bricheteau, mais par une véritable contagion; la fièvre typhoïde y est contagieuse *per se*. Voici un exemple qui me paraît mettre ce point hors de doute. Un fermier des environs de Paris, habitant dans une localité très saine, une maison vaste, bien aérée, et vivant dans l'aisance, avait une jeune fille de 21 ans, qui fut prise d'une fièvre typhoïde, à laquelle elle succomba le vingt-unième jour, entourée de tous les soins et de tous les secours possibles. Elle avait eu pour garde constante sa mère, qui ne l'avait pas quittée un seul instant. Un de ses frères, âgé de 24 ans, robuste et très bien portant, habitant une ferme à quelque distance de celle de son père, vint voir sa sœur plusieurs fois; la veille de sa mort il passa toute la journée auprès d'elle, et ne la quitta qu'après lui avoir rendu les derniers devoirs. De retour chez lui, il fut pris aussitôt de fièvre typhoïde et mourut le huitième jour. La mère, qui était allée lui donner ses soins, comme elle avait fait pour sa sœur, fut prise à son tour et mourut au bout de quatre jours. Ces trois malades ont été soignés par un médecin fort instruit et vus par M. Chomel et moi. Il est évident que dans ce cas il y a eu contagion et non infection, car l'habitation de cette famille était vaste, saine, bien aérée, et il y régnait, je le répète, la plus grande propreté et toutes les apparences d'une grande aisance.

M. Bricheteau : Nous sommes parfaitement du même avis, M. Moreau et moi. Je n'ai pas dit que la transmission de la fièvre typhoïde fût due exclusivement à l'infection; je reconnais qu'il y a des cas où elle se transmet évidemment par contagion.

M. Rochoux : On parle des maladies des grandes et des petites localités, comme si cette circonstance en changeait le caractère. Il faudrait prouver d'abord qu'une maladie à Paris n'est pas la même en province; autant vaudrait dire que le soleil qui éclaire Paris n'est pas celui qui éclaire les départemens. S'il est réellement démontré que la fièvre typhoïde dont il est question dans ce mémoire est contagieuse, ce n'est pas évidemment la même maladie que la fièvre typhoïde de Paris; car il n'est aucun médecin ici, M. Bricheteau lui-même, qui puisse citer, depuis 25 ou 30 ans, un seul cas de contagion. (Dénégations sur plusieurs bancs.) Le typhus de 1814 était contagieux. Les soins de propreté, l'aération en préservaient-ils? Nullement. Il n'a pas reparu depuis, tandis que la fièvre typhoïde n'a jamais cessé de régner, et, je le répète, je défie qu'on me cite depuis cette époque un seul cas bien constaté de transmission de la fièvre typhoïde par contagion. On confond évidemment des maladies différentes; la fièvre dont il est question dans les départemens est le typhus et non la dotyunentérite; je n'en veux d'autre preuve que ce qu'en a dit M. Bricheteau lui-même, lorsqu'il attribue le développement de cette maladie à la malpropreté et au défaut de soins hygiéniques des petites localités, tandis que tout le monde sait que ces conditions ne suffisent pas pour faire naître la dotyunentérite.

M. Bricheteau : La maladie dont il est question dans le mémoire est parfaitement décrite, et les symptômes sont parfaitement les mêmes que ceux de notre fièvre typhoïde. M. Rochoux prétend qu'il n'existe pas d'exemple de contagion à Paris; il se trompe; il y en a, et j'en ai vu moi-même. Le mémoire de M. Delaroque en renferme plusieurs exemples incontestables. On sait, d'ailleurs, qu'une maladie peut, suivant certaines circonstances, être ou n'être pas contagieuse, sans que cela change rien à sa nature.

M. Collineau. J'ai vu des fièvres typhoïdes à Paris et en province; c'est absolument la même maladie. Cependant je dois dire que la contagion m'a paru évidente en province, tandis qu'à Paris je n'en ai pas vu d'exemple. L'opinion des médecins qui exercent dans les départemens est presque unanime à cet égard.

M. Castel : On ne s'entendra jamais sur cette question tant qu'on considérera la contagion d'une manière absolue. La contagion est un être relatif. Il n'est aucune maladie dont on puisse dire qu'elle est toujours ou qu'elle ne sera jamais contagieuse. C'est, en un mot, un phénomène accessoire. Quant à la distinction que l'on cherche à établir entre les maladies qui se communiquent par infection et celles qui se communiquent par contagion, je voudrais la voir effacée du vocabulaire médical. N'y a-t-il pas infection aussi toutes les fois qu'il y a contagion? La seule différence que j'y vois, c'est que, dans ce que l'on appelle la contagion, la transmission se fait d'un individu à un autre, tandis que, dans l'infection, elle se fait d'un foyer quelconque à l'individu. Faire de cela deux modes différens de transmission, c'est une futilité. C'est aux nuances, aux degrés de la maladie, plutôt qu'à sa nature qu'il faut attribuer la facilité ou la difficulté avec laquelle elle se communique.

Les conditions de malpropreté, de soins hygiéniques, dont on a parlé, ont sans doute une influence manifeste sur la contagion; mais une influence bien plus grande est celle qu'exercent les climats et les saisons. Telle maladie qui ne sera pas contagieuse dans une saison peut le devenir dans une autre; une maladie qui n'est point contagieuse en France peut l'être en Espagne.

En résumé, la contagion est un être relatif et non absolu, c'est un épiphénomène plutôt qu'un phénomène inhérent à la maladie.

M. Rochoux : Les opinions diffèrent, comme on va le voir. La contagion est, suivant moi, un phénomène fondamental de la maladie. La variole, la syphilis, la morve, ne sont ce qu'elles sont que parce qu'elles sont contagieuses.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Gaultier de Claubry dit qu'il aurait des observations à faire sur cette question; il annonce qu'il en fera l'objet d'une communication spéciale dans l'une des prochaines séances.

AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE.

M. Lucien Boyer présente à l'Académie un jeune garçon de 10 à 12 ans, auquel il a pratiqué l'amputation sus-malléolaire. Cet enfant porte une jambe mécanique de M. Martin, à l'aide de laquelle il marche, court, saute et fait toutes les évolutions possibles avec presqu'autant de facilité que s'il avait son membre naturel.

INOCULATION DE LA PETITE-VÉROLE.

M. Auzias-Turenne montre à l'Académie un singe vivant auquel il a inoculé la petite-vérole. Il avait d'abord déposé du pus varioleux sur deux incisions faites aux paupières d'un singe. Six jours après, deux pustules s'étaient montrées à l'endroit de ces deux inoculations, et le dixième jour l'animal mourut en même temps qu'une éruption générale de boutons mal caractérisés se manifestait. L'autopsie ne montra qu'un peu de rougeur sur la membrane muqueuse des voies aériennes. Depuis M. Auzias a fait une seconde expérience en procédant de la même manière. Le lendemain et les deux jours suivans, l'endroit des inoculations ne parut être le siége d'aucun travail. Le quatrième jour, de la rougeur se manifesta dans le voisinage. Aujourd'hui il existe, d'un côté, une petite croûte, due probablement à ce que l'animal s'est gratté, tandis que de l'autre est une pustule.

ADDITION A LA SÉANCE DU 13 MAI.

INFLUENCE DES MANUFACTURES DE TABAC SUR LA PHTHISIE, LE RHUMATISME ET LES FIÈVRES INTERMITTENTES; lettre adressée à M. le président de l'Académie royale de médecine, par le docteur Maurice Ruef, de Strasbourg.

Monsieur,

La dernière conclusion du rapport remarquable de M. Mélier sur la santé des ouvriers dans les manufactures de tabac : « L'Académie recevra avec intérêt et gratitude tous les documens qui pourront lui être adressés à l'avenir, » m'engage à vous adresser quelques courtes remarques fruit d'une observation de quatorze ans sur les ouvriers de la manufacture de Strasbourg, manufacture qui se trouve dans les conditions cliniques les plus favorables, en ce que presque tous les ouvriers y sont entrés depuis la première jeunesse, et y passent toute leur vie à la manipulation des tabacs. De plus, ils ne s'adressent qu'à moi, eux et leurs familles, pour les moindres indispositions.

M. Mélier a fait mention spéciale de trois maladies : la phthisie, les rhumatismes et les fièvres intermittentes, toutes les trois très fréquentes à Strasbourg. Pour la première fois en 1836 (Arch. méd. de Strasbourg, t. ii, 1836), et plus tard en 1842 (Gaz. méd. de Paris) j'ai appelé l'attention des médecins attachés aux manufactures sur la phthisie, disant que cette *maladie est rare parmi les ouvriers qui sont employés depuis leur enfance à la manipulation des tabacs; de plus, que cette maladie fait des progrès moins rapides qu'à l'état ordinaire chez ceux qui apportent dans ces ateliers un germe déjà développé.* J'espère pouvoir maintenir et prouver cette assertion par un relevé exact de ceux de mes ouvriers tuberculeux qui travaillent depuis de longues années à la manufacture, par d'autres malades entrés il y a deux ans et dont la tuberculisation a été constatée par plusieurs médecins, et enfin par une comparaison de la marche de la phthisie chez les différens membres de la même famille au dedans et en dehors de ces ateliers. Comme toutes les preuves statistiques, celle-ci aura d'autant plus d'autorité qu'elles aura été continuée plus longtemps (*in medicina plus valet experientia quam ratio*, Baglivi). J'attendrai encore quelques années avant de tirer des conclusions définitives. Toutefois, je ne puis m'empêcher de protester dès aujourd'hui de toute la force d'une conviction toute opposée contre l'opinion, j'ose dire prématurée, que, suivant le compte-rendu publié par la Gazette Médicale et la Presse, M. Mélier a émise au sujet de cette question : « Préserverait-il (le travail du tabac) de la phthisie, pourrait-il en ralentir la marche et même la guérir comme on l'a dit? » Il (M. Mélier) n'a vu aucun fait qui l'appuie; il en a vu de contraires.

Quant aux rhumatismes, je n'ai pas observé que les émanations de tabac soient efficaces contre cette affection!... elle est au contraire très fréquente; elle entre pour un cinquième à peu près dans le chiffre total des maladies et est due à l'incurie de nos ouvriers qui s'exposent sans précaution aux changemens subits de température; sur 271 ouvriers (189 hommes et 82 femmes) dont se compose la manufacture, j'ai compté en

1842 (mai)	38 rhumatismes	sur	192	affections.
1843	41 —		191	—
1844	31 —		138	—

Je passe au troisième point. « Le travail du tabac paraît être propre à préserver des fièvres intermittentes! » est-il dit dans le rapport; cette assertion aussi n'est rien moins que confirmée par le relevé de mes malades des trois dernières années : sur 271 ouvriers j'ai compté 4 fièvres intermittentes en 1842;

17 en 1843 et 1 seulement en 1844. En comparant ces chiffres avec le nombre de fièvres intermittentes observées dans les familles des ouvriers et sur le reste de la population j'arrive absolument à la même proportion pour chacune des trois années.

Pour atteindre le plus vite et le plus sûrement la solution des différentes questions soulevées par l'honorable rapporteur de l'Académie, il serait peut-être utile d'adresser une série de demandes aux médecins attachés aux manufactures de France; quant à moi, je ferai tous mes efforts pour me rendre digne de cette marque de confiance, si l'Académie voulait bien nous l'accorder.

Agréez, etc.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRE SUR LA NATURE ET LE DÉVELOPPEMENT DES PRODUITS ACCIDENTELS; par CH. BARON, médecin du bureau central des hôpitaux. — 1845. Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Il y a dans l'histoire de tout progrès partiel de la médecine deux époques en général bien distinctes qui correspondent aux deux grandes méthodes entre lesquelles oscillent sans cesse les sciences. Uniquement préoccupé d'abord du soin de classer les faits et les notions acquises sur de certains groupes de phénomènes, on cherche à peu près exclusivement dans leurs apparences extérieures, dans leurs caractères les plus saillans, les dissemblances et les analogies qui doivent déterminer leur ordre de classement. On s'occupe peu encore de l'origine des phénomènes, de leurs causes, des évolutions successives qu'ils parcourent avant d'arriver à la dernière expression de leur développement. On les prend, si je puis m'exprimer ainsi, à l'état adulte, c'est-à-dire alors que maintes circonstances intercurrentes sont déjà venues, par leur influence, en modifier le caractère primitif. On tient beaucoup moins de compte des analogies que des dissemblances, parce que celles-ci frappent plus l'esprit, généralement, que les premières. De là, des distinctions qui manquent de fixité, parce qu'elles ne reposent le plus souvent que sur de simples apparences, sur des caractères dont la valeur et la signification réelle ne sont point encore déterminées. A l'aide de ces caractères qui sont aux faits pathologiques ce que sont aux êtres normaux les caractères empruntés à leurs formes et à leurs apparences extérieures, on peut bien, à l'exemple des naturalistes, parvenir à former des groupes de genres, de familles et d'individus, mais on ne tarde pas à reconnaître le peu de solidité de cette base et à s'apercevoir combien, à mesure qu'ils se produisent, les faits se prêtent peu à ces divisions arbitraires. La médecine a d'ailleurs un autre but que celui de classer et de catégoriser des faits d'après de certaines affinités. Quel parti, par exemple, espérerait-on tirer, en pratique, d'une classification de maladies uniquement basée sur des caractères physiques empruntés à la nature morte, en dehors de toute considération physiologique et pathologique? L'insuffisance d'une pareille méthode se juge bientôt par la stérilité même de ses résultats. Telle est cependant celle qui préside presque constamment aux premières recherches, à la première période des progrès d'une science.

Une voie bien autrement large et féconde se présente à l'esprit lorsque s'affranchissant du joug de l'empirisme, et substituant à l'observation directe et en quelque sorte passive des faits accomplis, l'observation réfléchie des phénomènes de formation et d'évolution, il sait, à l'aide de l'analogie, s'élever jusqu'à l'intelligence des procédés toujours si simples à l'aide desquels la nature réalise des effets si variés. Les faits se montrent alors, non plus avec ces caractères de variété, ces dissemblances apparentes qu'ils empruntent à des circonstances intercurrentes, à des causes accessoires, mais avec cette physionomie simple, uniforme, commune à un grand nombre de faits appartenant au même ordre de phénomènes, mais exclusivement propre à cet ordre, et qui trahit la communauté d'origine, l'unité de cause qui préside à leur formation. La médecine sur quelques points semble avoir atteint ou devoir atteindre prochainement cette seconde période; mais sur combien d'autres n'en est-elle pas encore à la première? Qui n'a reconnu déjà à laquelle de ces deux périodes appartient l'histoire actuelle des productions morbides accidentelles? qui ne sait que ce n'est encore que sur des considérations de forme, de siége, d'apparences physiques prises à l'état de complète formation ou du moins alors qu'elles sont déjà accessibles à une grossière inspection, que les productions morbides sont pour la plupart classées et distinguées les unes des autres; et qu'à peine pour quelques-unes a-t on cherché à remonter à leur point de départ et à suivre leurs évolutions successives? Cependant, disons-le, on ne saurait contester que la science ne soit à cet égard, comme sur bien d'autres points, sur la voie du progrès et déjà nous pouvons signaler avec plaisir une tendance manifeste à la faire entrer dans la direction que nous signalions tout-à-l'heure. On en ugera du reste par l'analyse rapide que nous allons faire du travail remarquable que vient de publier M. Ch. Baron sous le titre de MÉMOIRE SUR LA NATURE ET LE DÉVELOPPEMENT DES PRODUITS ACCIDENTELS.

Il ne sera pas inutile de rappeler comment M. Baron a été conduit à entreprendre ce travail, car il y a toujours d'utiles enseignemens à puiser dans la manière dont l'esprit procède dans les recherches de cette nature; la valeur des résultats se juge souvent, d'ailleurs, au coin de l'idée qui en a fourni le germe. « Étant interne dans les hôpitaux de Paris, dit M. Baron, je rencontrai par hasard, en faisant l'autopsie d'un individu mort d'une affection du foie, des tubercules et des caillots sanguins dans les ramifications de la veine-porte. Ce fait excita mon attention; je commençai dès lors à étudier scrupuleusement et minutieusement l'anatomie des tubercules, et je découvris certaines dispositions relatives à l'évolution commençante de ces productions morbides ainsi qu'à leurs connexions vasculaires. Ces dispositions qui s'accordent avec celles que j'avais rencontrées précédemment dans le foie étaient semblables dans tous les cas où je me livrai à cette recherche. Je dus donc concevoir sur l'origine et la nature du tubercule l'opinion générale que j'ai formulée dans mon mémoire à ce sujet. »

« Dans les poumons des tubercules qui servaient aux recherches que je viens d'indiquer, je rencontrais des dépôts de matière noire, et en examinant attentivement les tubercules, je saisissais aussi facilement la disposition de la mélanose qui d'ailleurs était très souvent liée à celle de la matière tuberculeuse. Je me formai donc encore sur la nature de la mélanose une opinion née de l'observation.

« Je fus fort surpris, plus tard, de trouver sur un sujet des hydatides et des foyers apoplectiques pulmonaires dans des rapports mutuels particuliers, que je n'avais pas observés jusqu'alors. Cette coïncidence m'excita à analyser avec soin tous les cas d'hydatides qui seraient soumis postérieurement à mon observation, et ayant encore rencontré sur d'autres sujets des dispositions analogues à celles qui m'avaient été offertes dans le premier cas, je dus concevoir sur les hydatides les idées que j'ai émises. »

» J'étais déjà frappé de l'analogie qui existait entre la mélanose et les tubercules; je le fus bien davantage en m'apercevant de celle que je découvris entre ces deux productions morbides et les hydatides. Ce fut seulement alors que je commençai à penser que peut-être tous les produits anormaux avaient entre eux des liens de formation originelle. Dès-lors je cherchai à m'éclairer sur le mode de formation première de tous les tissus morbides, etc. »

Nous avons cité ces lignes parce qu'on y voit déjà une première série de faits à l'appui du principe que l'on pressent en devoir ressortir. Joignant au résultat de ses propres recherches les faits déjà acquis à la science et les résultats auxquels ont conduit l'examen microscopique et l'analyse chimique des élémens des tissus anormaux, M. Baron a cherché à remonter à l'origine des productions accidentelles et à la connaissance de leur nature. Pour arriver à quelque notion nouvelle et utile sur ce point, il ne fallait pas se borner, comme on l'avait fait jusqu'alors, à prendre pour point de départ l'état où le tissu commence à se manifester à une inspection grossière, mais s'attacher surtout aux états que l'on a justement omis d'étudier, ceux que le tissu morbide traverse depuis le moment de son origine jusqu'à celui où il devient très apparent. C'est ce qu'a fait M. Baron. Muni des faits que cette méthode d'exploration devait mettre en lumière, il établit d'abord que toutes les productions accidentelles ont une nature et une origine identiques. Les raisons sur lesquelles il appuie cette proposition, sont: la similitude fréquente des tissus anormaux, les transformations mutuelles qui s'établissent parfois entre quelques-unes de ces productions, leur simultanéité, l'analogie de structure, leur mode d'organisation et de vitalité, l'analogie de développement, l'analogie de siége, leur tendance commune à se généraliser, la similitude pour toutes les productions anormales de l'état du tissu organique qui les environne, l'analogie des symptômes, de la marche et de la terminaison de la maladie, la communauté d'un certain nombre de conditions étiologiques pour la plupart de ces productions, enfin l'analogie de composition chimique.

Ce n'était pas tout d'avoir fait ressortir de ces nombreuses analogies toutes les raisons qui militent puissamment en faveur de l'identité d'origine et de nature des produits accidentels; il est évident que si l'on démontrait aussi l'identité d'origine des produits morbides sans analogues et des produits analogues aux tissus normaux, on aurait considérablement avancé la question, car il en résulterait que les tissus morbides et les tissus normaux ont en définitive une origine commune; c'est ce qu'il était facile d'établir. Si l'on se rappelle que les propositions qui précèdent s'appliquent à peu près également à ces deux classes de productions accidentelles, si l'on tient compte en outre, de la simultanéité fréquente des dé-

générescences analogues et des produits hétérologues, on peut considérer comme à peu près démontrées et l'identité d'origine de ces deux sortes de productions et, comme conséquence naturelle, l'identité d'origine de toutes les productions morbides et des tissus normaux.

Ceci établi, quel est le mode de formation des productions accidentelles? Est-ce la sub-inflammation, comme on l'a cru longtemps et comme le soutiennent encore MM. Trousseau et Leblanc dans un très bon travail récent sur cette question? est-ce la phlébite, comme le croit M. Cruveilhier? M. Baron n'adopte ni l'une ni l'autre de ces opinions et les raisons qui les lui font récuser paraissent assez fondées. En effet, outre que l'identité au moins très probable, sinon démontrée, de la cause productrice des tissus accidentels et des tissus normaux, éloigne naturellement toute idée de participation de l'inflammation, il est de fait qu'on n'observe en général des phénomènes inflammatoires dans les tissus ambians qu'à la période de ramollissement, c'est-à-dire plus ou moins longtemps après la déposition du produit morbide, et qu'ils ne se développent même pas du tout lorsque les produits morbides ne se ramollissent pas. Pourrait-on d'ailleurs s'expliquer par la génération inflammatoire comment l'aspect des productions accidentelles serait semblable dans tous les organes? comment l'inflammation pourrait donner lieu à la production d'une tumeur complexe? comment enfin elle pourrait présider au développement des productions accidentelles, lorsqu'on voit ces productions se déposer au sein de plusieurs organes, sans donner lieu au moindre symptôme de réaction inflammatoire, sans occasionner la moindre fièvre? Quant à la phlébite, tout en reconnaissant qu'elle peut agir, dans certains cas, comme cause productrice, M. Baron ne pense pas qu'il en soit ainsi dans le plus grand nombre des cas; ce qui tendrait à éloigner en effet cette explication, c'est que l'on ne trouve pas habituellement les petites veines qui entourent les productions anormales remplies de sang coagulé ou de substances morbides comme M. Cruveilhier dit l'avoir constaté souvent, ou lorsqu'on rencontre cet état on peut s'assurer que la transformation morbide s'est opérée hors des vaisseaux avant de s'opérer dans leur intérieur; enfin d'une autre part le sang peut se coaguler dans les vaisseaux par d'autres causes que par l'inflammation de leur parois.

Quel est donc le principe des productions accidentelles et de quelle manière s'opère leur génération? Le principe générateur des produits morbides, suivant M. Baron, est le sang. De même que c'est du sang contenu dans les capillaires que se séparent les élémens nécessaires à la formation des tissus normaux, de même, c'est à l'aide des élémens du sang arrêté dans les vaisseaux ou épanché dans les tissus et coagulé que se forment les produits anormaux, soit qu'ils résultent d'une véritable sécrétion qui exsude des caillots sanguins, ou d'une succession de transformations subies par un ou plusieurs élémens. C'est, en d'autres termes, comme on le voit, en vertu d'un travail moléculaire analogue à la nutrition, ou d'une sorte de nutrition incomplète ou anormale, que se développent les produits morbides.

Cette conclusion générale, à laquelle semblent légitimement conduire les points multipliés de contact, et les nombreuses analogies qu'offrent entre elles les diverses sortes de produits morbides considérés, soit à leur point d'origine, soit dans le cours de leurs évolutions, est-elle confirmée par l'examen spécial de chacun de ces produits en particulier? M. Baron s'est efforcé de le démontrer dans une série de mémoires ayant chacun pour objet l'une des productions morbides dont on a fait autant d'espèces particulières. C'est la matière encéphaloïde, c'est le cancer gélatiniforme ou colloïde, la mélanose, le tobercule, le squirrhe, le pus; ce sont les hydatides, les concrétions pierreuses, les fausses membranes, les polypes et les végétations polypiformes du cœur, etc., dont les élémens primordiaux sont ramenés aux élémens constitutifs du sang plus ou moins modifiés, plus ou moins altérés, soit dans l'intérieur même des vaisseaux, soit hors des vaisseaux, dans la trame même des tissus au sein desquels le sang est accidentellement épanché. Ici, c'est un caillot déposé dans la trame organique des tissus, ou encore contenu dans les vaisseaux, qui devient le principe générateur du cancer encéphaloïde. Là c'est le cancer colloïde qui se manifeste dès le principe sous l'apparence de points blanchâtres développés dans le sang coagulé; c'est le cruor, l'élément le plus carbonisé du sang qui, par sa séparation des autres élémens constitutifs de ce liquide, et par suite d'une altération chimique spéciale, devient l'origine de la mélanose. C'est encore aux élémens du sang, suivant toute probabilité, qu'on pourrait rapporter l'origine du squirrhe, si déjà son analogie avec l'encéphaloïde ne rendait cette recherche en quelque sorte superflue. C'est le sérum, dont la transformation purulente, dans un grand nombre de cas, ne saurait être douteuse. Ce sont les parties salines qui concourent manifestement aux productions calcaires et pierreuses; ce sont enfin les fausses membranes, les polypes, les végétations, dont le mode de génération est si généralement reconnu, qu'à peine était-il nécessaire d'y insister.

Pour quelques produits, cependant, la filiation est plus difficile à établir. Est-ce bien à une transformation morbide des élémens du sang que doivent être attribués les tobercules et les hydatides, par exemple? On a vu que c'était précisément par les faits relatifs aux tubercules et tendant à faire soupçonner que la matière tuberculeuse emprunte ses élémens principaux au sang, que l'auteur a ouvert la série de ses observations. Mais il ne s'est pas dissimulé lui-même que c'était un des points de sa proposition générale les plus difficiles à prouver. Aussi s'est-il attaché à démontrer la réalité de cette origine avec une attention et un soin tout particulier. Les faits nombreux qu'il invoque en faveur de cette théorie tendent, il faut en convenir, à lui imprimer les caractères d'une très grande vraisemblance, et des autorités respectables lui viennent en aide pour éclairer ce point encore douteux d'organogénie pathologique. Quant aux kystes hydatiques, la coïncidence fréquente et les rapports intimes de siége et de connexion, que M. Baron paraît avoir constatés entre les kystes de cette espèce et les foyers apoplectiques (ceux du poumon en particulier), sembleraient autoriser, par rapport à ce genre de production, les conclusions qui s'appliquent à tous les autres produits accidentels.

Les arguments déduits de la chimie, comme on le pense bien, n'ont point été négligés, et ils sont effectivement favorables à la théorie à laquelle ils fournissent un point d'analogie de plus, en montrant dans tous les produits accidentels, à des proportions relatives près, les élémens même du sang.

Tout tend donc réellement à faire admettre la conséquence générale que M. Baron déduit de son travail, savoir: que les productions morbides ont toutes une origine commune, qu'elles sont le résultat des transformations que subissent les élémens du sang, soit arrêté dans ses vaisseaux, soit épanché dans la trame organique. Cette identité d'origine implique-t-elle l'identité de composition et de nature entre tous les produits accidentels? Le titre même des mémoires de M. Baron pourrait peut-être faire croire que telle est son opinion, et que son but a été de démontrer cette complète identité. Bien qu'il ne se soit pas explicitement énoncé à cet égard, nous croyons aller au devant de sa pensée en déclarant qu'il n'a pu avoir cette prétention. Proclamer l'identité des productions morbides en s'appuyant sur leur communauté d'origine serait non seulement abuser de l'induction, mais méconnaître et les influences organiques ou extérieures, qui dès leur germe tendent à modifier et à façonner à leur manière les élémens primordiaux des productions morbides, et la valeur des caractères physiques différentiels qui traduisent ces influences, et celle des caractères bien autrement importans qui se déduisent des symptômes auxquels ces productions donnent lieu, du mode spécial d'impression qu'elles exercent sur l'économie et de réaction qu'elles provoquent; ce serait, exagérant les conséquences de l'analogie et sacrifiant au profit de ce seul principe les résultats de l'observation et les produits réels de l'analyse, ne voir dans l'adulte que ce que contient l'embryon, et absorber dans une unité confuse tout ce qui constitue les caractères et les attributs de l'individualité. Ce serait enfin mettre hors de cause un ordre tout entier de faits dont l'influence sur la nature des productions morbides ne saurait être révoquée en doute, nous voulons parler de ces altérations particulières des humeurs qui ne se révèlent que par leurs effets, et dont l'existence n'est pas moins réelle pour n'avoir pu jusqu'à présent être constatée par la chimie.

La question de la nature intime et spéciale des productions morbides (il ne s'agit, bien entendu, ni des productions analogues, ni de celles dont l'évolution est si simple qu'il est aisé d'y reconnaître dans tous les temps les élémens sanguins transformés qui en constituent la trame), cette question, disons-nous, est encore à résoudre; mais bâtons-nous d'ajouter que c'est avoir fait un pas sensible vers cette solution que d'avoir préalablement établi, sur des preuves à peu près incontestables, la communauté d'origine de ces productions, et d'avoir en quelque sorte démontré le mécanisme de leur première évolution. Or, c'est là le caractère de l'œuvre de M. Baron et ce qui la recommande aux hommes de science.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 22. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 31 MAI 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DE L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

M. Paul Dubois a fait à la dernière séance de l'Académie une communication des plus intéressantes, relative à l'opportunité de l'opération du bec-de-lièvre chez les nouveau-nés. On sait que la plupart des chirurgiens du siècle dernier ont blâmé cette opération chez les très jeunes enfans. Beaucoup de praticiens, de nos jours, et l'école de Dupuytren tout entière, professent encore la même opinion. Cependant les chirurgiens anglais, et en France MM. Bonfils et Delmas, ont fait connaître des succès si positifs qu'on s'explique difficilement l'opposition systématique des continuateurs de Dionis. La question n'était donc pas complètement résolue; c'est ce qu'a pensé M. Paul Dubois. Encouragé par le souvenir de la pratique de son illustre père, qui, après avoir compté parmi les adversaires de l'opération exécutée chez les très jeunes enfans, s'y était cependant décidé deux fois avec succès, notre habile confrère a opéré ou fait opérer sept nouveau-nés, et dans tous les cas il a obtenu des résultats qui nous paraissent propres à fixer définitivement ce point intéressant de pratique chirurgicale.

Les 7 enfans opérés par M. Paul Dubois, ou d'après son avis, étaient tous âgés de 1 à 2 jours : un seul avait 15 jours. Chez plusieurs, le voile du palais était divisé; chez deux, il y avait tout à la fois division du voile du palais et de la voûte palatine. On voit que l'opération a été faite dans des conditions très différentes; néanmoins, chez tous les sujets, la réunion a été immédiate, complète et durable. Ce résultat si constamment heureux ne peut pas être mis sur le compte d'un procédé particulier : M. Dubois a eu recours au procédé ordinaire, avivement des bords et réunion à l'aide de la suture entortillée. Il est tout au plus permis d'attribuer une partie du succès à l'habileté bien connue de l'opérateur. Mais cette condition doit toujours être supposée, dans l'appréciation d'une indication ou d'une méthode. Les faits seuls ont donc prouvé directement et positivement à M. Dubois qu'il fallait renverser le principe à peu près universellement accepté de nos jours : c'est-à-dire ne plus considérer les succès obtenus chez les nouveau-nés comme des exceptions heureuses, mais comme le fait général, et en induire la règle d'opérer dans le plus grand nombre des cas.

Voulant conserver définitivement aux faits l'autorité qu'il leur a rendue, M. Dubois s'est attaché à combattre une à une toutes les préventions qui s'étaient élevées et maintenues contre l'opération pratiquée dans les premiers jours et les premières semaines de la vie. Il a montré successivement que la douleur de l'opération, l'hémorrhagie, l'ingestion du sang, la mollesse et la sécabilité des tissus, les efforts de succion après l'opération, n'avaient aucun inconvénient réel. Il a très bien prouvé, au contraire, que plusieurs de ces circonstances, ou bien avaient été exagérées ou même complètement dénaturées. Ainsi, il pense, à l'égard de la

Feuilleton.

LE MÉDECIN APPELÉ A LA SUITE D'UN DUEL POUR SOIGNER LES BLESSURES QUI EN ONT ÉTÉ LE RÉSULTAT EST-IL TENU DE DÉPOSER EN JUSTICE SUR LE FAIT DE CES BLESSURES?

La Gazette Médicale a rapporté, dans l'un de ses derniers numéros, une ordonnance du juge d'instruction de la Pointe-à-Pitre, qui condamne à l'amende de 150 f. M. le docteur St-Pair, pour refus de témoignage en justice. Ce refus était fondé sur ce que M. le docteur St-Pair n'avait point été témoin du fait incriminé, qu'il avait seulement été appelé à donner des soins à un blessé, et qu'il ne pouvait dès lors, sans manquer aux devoirs de sa profession, donner des renseignemens à la justice sur les causes de la blessure et sur les faits qu'il n'avait appris que dans l'exercice de sa profession. Un pourvoi en cassation a été formé contre l'ordonnance du juge.

Nous sommes informés que, depuis ce premier refus de déposition, M. le docteur St-Pair a été cité, dans la même affaire, devant la Cour d'assises de la Guadeloupe ; qu'il a persisté à garder le silence; mais que la Cour, loin de lui appliquer, comme le juge d'instruction, l'art. 80 du Code d'instruction criminelle, a reconnu, qu'aux termes de l'art. 378 du Code pénal, il avait le droit de s'abstenir de déposer. M. le procureur-général, qui avait d'abord formé un pourvoi contre cette décision, s'est depuis désisté de ce recours. Le pourvoi de M. St-Pair est donc le seul qui demeure pendant devant la Cour de cassation.

Il importe que la question que soulève ce pourvoi soit l'objet d'un mûr examen; car elle touche aux devoirs du médecin, à l'exercice de sa profession, à ses obligations morales comme citoyen et comme homme de l'art; elle met en présence et pour ainsi dire en opposition la loi spéciale de la science et la loi générale de la société, l'intérêt de la profession qui doit respecter les secrets qui lui sont confiés, et l'intérêt social qui veut la répression des crimes et des délits et par conséquent doit saisir tous les moyens de parvenir à leur découverte.

La question est principalement dans l'art. 378 du Code pénal ; en voici le texte : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 fr. à 500 fr. »

Il faut, d'abord, remarquer que cet article se borne à punir la violation des secrets confiés à la profession. En général, la révélation des secrets confiés à toute personne ne peut être considérée que comme une infraction aux règles de la morale ; elle ne relève que de la conscience ; la loi n'intervient que lorsque ces secrets ne sont pas seulement *volontaires*, mais lorsqu'ils sont *nécessaires*, et que leur dépôt est l'un des actes de la profession. Le délit consiste dans la divulgation volontaire du fait confié à la foi du dépositaire, dans l'abus fait du dépôt ; la loi a principalement voulu punir les révélations indiscrètes inspirées par la mé-

douleur, qu'elle est diminuée, chez les très jeunes sujets, de toute la quantité que lui donnent l'appréhension et le souvenir chez des sujets plus avancés; et, à l'égard de l'alimentation, il résulte directement, des faits qu'il a communiqués à l'Académie, qu'elle n'est entravée en aucune façon, et que par conséquent les objections tirées du danger de la succion ou des inconvéniens de l'abstinence tombent d'elles-mêmes. Il en doit être de même de l'opinion émise par quelques auteurs, à savoir que les traces de l'opération chez les nouveau-nés seraient aussi prononcées que chez des adultes.

Une seule objection peut arrêter. Est-il vrai, ainsi que le croyait Dupuytren, que les chances de mortalité augmentent chez les nouveau-nés par cette opération? M. Dubois a encore résolu cette grave difficulté par les faits seuls. Aucun des 7 opérés dont il a entretenu l'Académie n'a éprouvé de trouble notable dans la santé. Beaucoup d'autres opérations analogues, celles pratiquées par M. Bonfils, n'ont pas été plus nuisibles. Cependant M. Dubois n'a pas voulu en tirer des conclusions absolues. Il pense, au contraire, qu'il faut conserver à l'objection de Dupuytren une certaine portée; qu'il convient, par exemple, de s'abstenir chez les enfans délicats, chez ceux qui sont nés avant terme, et sous l'influence des maladies qui règnent avec quelque gravité. Tout le monde applaudira à cette sage réserve; elle prévient toute opposition et assure, suivant nous, aux idées de M. Dubois, un triomphe complet et durable dans l'esprit de tous ceux qui savent apprécier ce qui est logiquement, judicieusement et expérimentalement démontré.

Nous renvoyons d'ailleurs au compte-rendu de la séance pour les détails de l'intéressante communication de M. Dubois.

CHIRURGIE PRATIQUE.

RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE (extrait d'un travail adressé à l'Académie royale de médecine, le 21 septembre 1844); par le docteur L.-AUGUSTE MERCIER.

(Suite. — Voir les numéros 6, 10, 14 et 17.)

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE.

Souvent on n'est appelé auprès d'un malade affecté de rétrécissement que parce qu'il est pris d'une rétention d'urine complète ou presque complète. La première indication à remplir est donc de débarrasser la vessie; ce n'est qu'ensuite qu'on s'occupe de rendre à l'urèthre son calibre naturel.

DES MOYENS DE REMÉDIER A LA RÉTENTION D'URINE ET DE FRANCHIR LES RÉTRÉCISSEMENS.

Comme c'est ordinairement à la suite d'excès, soit en boissons alcooliques, soit en femmes, ou bien après des voyages prolongés, soit à cheval, soit en voiture, que le cours de l'urine se supprime, et comme cette suppression coïncide presque toujours avec la manifestation de symptômes inflammatoires, des auteurs en ont conclu que cette rétention était le résultat d'un gonflement de la muqueuse au niveau du rétrécissement, qu'il y aurait danger à traverser celui-ci, et que c'est à l'aide des antiphlogistiques seuls qu'on doit combattre l'ischurie. Ils ont en conséquence conseillé des bains tièdes et prolongés, des sangsues au périnée, etc.

Il y a, dans cette assertion, du vrai et du faux. Il est certain que l'inflammation joue souvent un grand rôle dans la production de cet accident; mais c'est moins en gonflant la muqueuse, que nous avons vue presqu'entièrement dépourvue de vascularité dans le lien rétréci, qu'en provoquant la contracture du col de la vessie.

Les antiphlogistiques pourront donc être utiles; ils pourront même faire cesser peu à peu l'ischurie, en dissipant l'inflammation; mais on m'accordera que, si l'on pouvait débarrasser de suite la vessie, le soulagement serait encore plus immédiat et plus sûr; car, pendant tout le temps qu'on temporisera, le malade sera en proie aux tourmens que cause une rétention d'urine, et il pourra même arriver que la vessie s'enflamme, se gangrène, se rompe, ou bien que la distension la fasse tomber dans un état d'inertie dont elle aurait de la peine à sortir. Joignons à cela que les évacuations sanguines, qui font la base du traitement antiphlogistique, ne peuvent pas toujours être employées sans danger, surtout chez les personnes qui ont depuis longtemps des inflammations des voies urinaires. J'ai vu quelques malades jetés, par ces évacuations, dans un tel état de débilité qu'il leur a été impossible de s'en relever. Dans le cas où ce traitement paraîtrait indispensable, il agira avec beaucoup plus d'efficacité lorsque la vessie sera en état de repos que si elle restait distendue.

Toutefois, le cathétérisme ne devra être fait qu'avec une extrême circonspection; on se souviendra qu'il ne s'agit pas de pénétrer dans la vessie, quoi qu'il en coûte, et qu'avant d'en venir à l'emploi de certains procédés expéditifs, mais toujours dangereux, on a encore, dans les antiphlogistiques, les calmans, les applications froides ou chaudes, etc. (1), moyens que j'ai indiqués à propos des valvules du col de la vessie, des ressources qu'on ne doit pas négliger. (Voy. RECH. SUR UNE CAUSE, etc., p. 190 et suiv.)

C'est également alors le cas d'essayer les injections forcées de M. Amussat. On sait que ce chirurgien, présumant que la rétention complète, chez les sujets affectés de rétrécissement, est occasionnée par un bouchon de mucosités, eut l'idée de refouler ce bouchon en poussant un jet d'eau à travers le rétrécissement, à l'aide d'une sonde ouverte à ses deux extrémités. (LEÇONS, etc., p. 70.) Cette méthode doit effectivement réussir dans les cas que l'on suppose; mais ne doit-elle réussir qu'alors, et le succès prouve-t-il nécessairement l'existence de ce genre d'obstruction? Je ne le pense pas. En admettant un spasme du sphincter, une manœuvre aussi violente ne pourrait-elle pas le faire cesser? Ne pourrait-elle pas encore réveiller la contractilité de la vessie précédemment affaiblie par la distension? L'eau, en s'accumulant derrière la coarctation, ne pourrait-elle pas soulever la valvule et entr'ouvrir l'orifice interne de l'urèthre?

(1) M. Pirondi dit que, dans les rétrécissemens accompagnés de rétention d'urine, le copahu dilate le canal (GAZ. MÉD., 1835, p. 765). Il est évident que cette substance n'agit ici qu'en combattant l'uréthrite concomitante.

---

chancelé et le dessein de diffamer et de nuire. (Arr. Cass., 23 juillet 1830.)

Mais, en frappant l'abus, en punissant le délit, la loi a tracé le devoir, elle a posé la règle; cette règle est l'obligation générale du secret imposée aux médecins et à toutes les personnes qui exercent l'art de guérir. Voilà la loi de leur profession. Mais cette règle est-elle absolue? Reçoit-elle, au contraire, dans certains cas, quelques limites? Si l'art 378 ne punit que la révélation volontaire et faite à dessein de nuire, s'ensuit-il que toute autre révélation soit permise? Voilà la question qu'il s'agit d'examiner.

L'art. 378 n'inculpe les révélations des personnes obligées par état ou profession à la loi du secret, que lorsqu'elles sont faites *hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs.* Quel est le sens de ces dernières expressions? A quels cas doivent-elles s'appliquer?

Les art. 103, 104 et 105 du Code pénal de 1810 punissaient *toutes personnes* qui, ayant eu connaissance de complots formés ou de crimes projetés contre la sûreté de l'Etat, ne les avaient pas dénoncés au gouvernement. C'est à ces articles que se référait l'art. 378; l'obligation du secret imposée aux médecins cessait quand il s'agissait de complots politiques et de crimes de lèse-majesté: l'intérêt de la sûreté de l'état avait paru au législateur de 1810 nécessiter cette exception. Or, les art. 103 et suivans du Code pénal ont été abrogés par la loi du 28 avril 1832. Les personnes qui ont connaissance de crimes politiques n'ont donc plus l'obligation de les dénoncer, et l'exception contenue en l'art. 378 se trouve dès lors virtuellement abrogée.

Cependant l'art. 30 du Code d'instruction criminelle veut que « toute personne qui aura été témoin d'un attentat, soit contre la sûreté publique, soit contre la vie ou la propriété d'un individu, soit tenu d'en donner avis au procureur du roi; » et l'on pourrait penser que l'art. 378 se réfère encore à cette disposition. Mais il suffit de remarquer que cet article, qui, d'ailleurs, est dénué de toute sanction, ne s'applique qu'aux personnes qui ont été *témoins* des attentats. Or, dans l'espèce que nous examinons, le médecin n'avait pas été témoin du duel, il n'avait fait que donner des soins au blessé, près duquel il avait été appelé après le combat. Nous reviendrons plus loin sur cette distinction.

Enfin, un dernier cas d'application peut encore être cité. Un édit de décembre 1666, portant réglement pour la ville de Paris, disposait que: « les maîtres chirurgiens seraient tenus de déclarer aux commissaires du quartier les blessés qu'ils auront pansés chez eux ou ailleurs, pour en être fait, par ledit commissaire, son rapport à la police. » Deux ordonnances de police des 8 novembre 1780 et 4 novembre 1788 ont reproduit cette disposition: « Enjoignons aux maîtres en chirurgie et à tous autres exerçant la chirurgie à Paris, d'écrire les noms, qualités et demeures des personnes qui seront blessées, soit de nuit, soit de jour, et qui auront été conduites chez eux pour être pansées, ou qu'ils auront été panser ailleurs, et d'en informer incontinent le commissaire du quartier, sous peine de 300 livres d'amende, d'interdiction et même de punition corporelle. » Deux arrêtés du préfet de police du 4 pluviose an XII et 25 mars 1816 ont tenté de remettre ces dispositions en vigueur. Mais il est évident qu'elles ont cessé d'exister. « L'édit de décembre 1663, disent MM. Chauveau et Faustin Hélie, seule base légale d'une pénalité quelconque, était un réglement spécial pour la police de Paris; il n'a jamais eu force de loi hors de cette ville et de ses faubourgs. Il ne peut donc être invoqué comme une loi à laquelle ait pu se

J'ai déjà publié l'observation d'un sous-officier de Bicêtre qui me fit appeler pour une rétention d'urine dont il venait d'être atteint tout à coup. Il me dit qu'il avait un rétrécissement de l'urèthre et qu'il avait déjà été pris plusieurs fois de l'accident qu'il éprouvait en ce moment. Je lui introduisis une bougie conique jusque dans la vessie, et je l'avais à peine retirée que l'urine jaillit avec force et par un jet volumineux. Mais le réservoir urinaire n'était pas à moitié vidé que le liquide s'arrêta tout à coup pour ne plus reparaître, bien que je répétasse plusieurs fois, et toujours avec facilité, l'introduction de la bougie. J'allais essayer de passer une sonde élastique ; mais le malade, qui paraissait regarder son infirmité comme sans conséquence, me dit que le soulagement que je venais de lui procurer lui suffisait pour le moment, et qu'il était sûr que le cours de l'urine allait se rétablir.

Il est évident que ce qui empêcha la vessie de se vider entièrement n'était ni l'étroitesse du rétrécissement, ni un bouchon de mucosités, mais plutôt qu'il existait à l'orifice interne de l'urèthre une valvule spasmodique ou permanente dont les effets se reproduisirent du moment que la vessie ne fut plus que médiocrement distendue.

Lorsqu'on se décide à pratiquer le cathétérisme, quels instrumens doit-on choisir de préférence ? On s'accorde assez généralement sur ce point que, lorsqu'une sonde ordinaire ne peut pas franchir un rétrécissement, les bougies sont les corps dilatans par lesquels on doit commencer. Les plus généralement employées aujourd'hui sont celles en boyau, celles dites en gomme élastique et celles en cire.

Quant aux premières, je les rejette à peu près complètement, parce qu'elles sont trop raides, trop piquantes lorsqu'elles sont sèches, trop molles et trop renflées lorsque leur tissu est pénétré d'humidité. Or, c'est ce qui leur arrive pour peu qu'elles soient fines et qu'on soit obligé de tâtonner avant de les engager dans le point rétréci. Elles exposent donc à des fausses routes si l'on se presse trop, à des manœuvres inutiles si l'on y met une lenteur prudente.

Les bougies en cire, bonnes dans quelques circonstances que j'exposerai plus loin, ne peuvent presque jamais servir lorsqu'il s'agit de franchir un rétrécissement très étroit, parce que, lorsqu'elles sont fines, elles ont trop peu de résistance, surtout lorsque la chaleur les a ramollies ; elles perdent alors leur poli, se pelotonnent à leur extrémité et se courbent de toutes manières.

Les bougies de gomme élastique n'ont pas ces inconvéniens : la chaleur et l'humidité ne les ramollissent que très peu. Et d'ailleurs, je n'ai pas besoin de rappeler qu'il y en a de plus ou moins fines, de plus ou moins raides, des cylindriques, des coniques, des fusiformes ; j'ai déjà dit qu'il y en avait de terminées par un renflement olivaire. Elles sont toutes parfaitement polies.

Généralement, celles dont on se sert pour franchir les rétrécissemens sont terminées en cône plus ou moins fin, plus ou moins alongé. Je vais exposer les règles qui me guident dans leur emploi.

J'évite autant que possible celles qui sont très pointues, et ce n'est jamais par elles que je débute ; j'en prends ordinairement une de 3 millim. de diamètre, ne s'amincissant que graduellement et de manière à ne se terminer que par une extrémité mousse ; je la graisse, et, pour cela, je préfère une matière qui ait quelque consistance, comme le cérat, le beurre ou même le suif.

Pour l'introduction des bougies, il faut, autant que possible, que le malade se tienne debout devant le chirurgien. Celui-ci saisit la verge derrière le gland, entre le médius et l'annulaire gauches, de manière que le pouce et l'index restent libres pour découvrir le gland et écarter les lèvres de l'orifice uréthral. La verge est alors tenue horizontalement et modérément allongée, afin d'effacer autant que possible ses courbures.

Je suppose maintenant que le rétrécissement soit situé à la région spongieuse.

La bougie, saisie de la main droite, comme une plume à écrire, est présentée par son extrémité à l'orifice du gland. On l'introduit alors lentement, très lentement, et dans la direction du canal, jusqu'à ce qu'elle rencontre un obstacle. La longueur dont elle a pénétré indique si elle est arrivée au rétrécissement ; car je suppose qu'une exploration préalable a été faite. D'ailleurs, en la retirant une ou deux fois de quelques millimètres et en la réintroduisant, il y a lieu de croire qu'elle est arrivée au rétrécissement si elle s'arrête chaque fois au même point ; car, dans les cas où elle est arrêtée par l'introduction de son extrémité dans un follicule, il suffit presque toujours de la retirer un peu et de changer légèrement sa direction pour qu'elle passe outre.

Ici doit naturellement trouver place une petite remarque qui n'est pas sans quelque importance : généralement on ne fait pas assez attention à une courbure que décrit la portion balanienne du canal en se dirigeant de la face inférieure de la verge vers le sommet du gland. Cette courbure varie selon les sujets et elle est quelquefois si prononcée que si l'on n'a pas la précaution d'imprimer à la bougie une direction appropriée, c'est-à-dire oblique de haut en bas, elle va inévitablement heurter contre la paroi supérieure du canal ; et comme il existe en cet endroit des follicules assez larges, sa pointe s'y introduit et delà des tâtonnemens et une douleur vive, pour peu qu'on persiste dans cette mauvaise direction. La fig. 1re de la pl. XI de Ch. Bell offre en ce point deux petits pertuis qui probablement ont été ainsi faits. La fig. 2 de la pl. IX des œuvres de J. Hunter présente en ce point une lacune si large qu'il est à croire qu'elle a été agrandie de la même manière.

Je présume que cette source d'obstacles n'a jamais entraîné des conséquences fâcheuses ; mais il est important de la connaître à cause de l'effet qui peut en résulter sur l'esprit du malade. Il est déjà alarmé de voir prendre une bougie pointue et si on le blesse immédiatement, ses craintes redoublent. Quand même on lui produirait la même douleur plus profondément, il s'en alarmerait moins, parce que l'espace parcouru lui fait comprendre la possibilité d'en parcourir davantage encore.

Arrivé à l'endroit rétréci, il faut tendre davantage le canal ; on soutient ainsi l'instrument, on rend la saillie formée par le rétrécissement moins abrupte, et on détermine, au devant de lui, une espèce d'entonnoir qui a pour effet de diriger dans son ouverture la pointe de la bougie. On presse ensuite sur celle-ci d'une manière lente et continue, et si on la sent pénétrer peu à peu et sans douleur, si, en exerçant sur elle une légère traction, on éprouve de la résistance, c'est qu'elle est engagée dans le rétrécissement. Dans le cas où elle serait arrêtée, elle pourrait bien, en fléchissant, donner lieu de croire qu'elle pénètre ; mais, en cessant la pression, sa tige ressortirait du canal, et on n'éprouverait aucune résistance en la retirant. Dans le cas où sa pointe pénètre dans les parties saines, une main exercée perçoit presque toujours une légère sensation qui a quelque analogie avec celle qu'on éprouve lorsqu'avec une épingle peu

référer l'art. 378. Et puis, ne serait-ce pas détruire entièrement cet article, en ce qui concerne les médecins et chirurgiens, que de les contraindre à dénoncer toutes les blessures qu'ils sont appelés à soigner ? N'est-ce pas précisément dans le secret de ces soins qu'est placé le devoir de leur profession ? L'édit de 1666, eût-il le caractère d'une loi générale, eût-il survécu à l'abrogation successive des lois de cette nature prononcée par la législation intermédiaire, se trouverait aujourd'hui virtuellement abrogé par l'article 378 lui-même ; car ce ne serait pas seulement une exception à cet article qu'il faudrait en déduire, il s'agirait de tous les cas à peu près où les médecins sont appelés à connaître, dans l'exercice de leur art, des faits qui peuvent se rattacher à des délits ; il s'agirait de leur ravir l'indépendance de leur profession, d'effacer leur obligation la plus sacrée, pour les transformer en dénonciateurs d'office des malades auxquels ils donnent leurs soins. » (THÉORIE DU CODE PÉNAL, t. VI, p. 531.)

Il résulte de ces observations que l'exception écrite dans l'art. 378 se trouve aujourd'hui virtuellement abrogée et n'a plus d'application. Maintenant, faut-il créer une autre exception, en dehors des termes de la loi, pour les cas où la révélation est provoquée par la justice elle-même ? Si le médecin est cité comme témoin et que le juge l'interpelle de déclarer les faits qui sont à sa connaissance, doit-il faire cette déclaration ?

Une distinction doit être posée. Il ne s'agit pas de savoir si le médecin peut s'abstenir de déposer relativement à des actes criminels auxquels il aurait pris une part quelconque ; car, dans ce cas, il serait complice de ces actes, et ce n'est pas comme témoin, mais comme prévenu, qu'il serait cité devant la justice. Il ne s'agit pas même de savoir si le médecin, qui a été comme citoyen ordinaire témoin d'un crime ou d'un délit, doit refuser son témoignage ; car c'est la profession seule qui fait l'obligation du secret. Mais il est des cas où il assiste comme médecin et en tant que médecin à quelques circonstances d'un crime ou d'un délit. Ainsi, lorsqu'il est présent à un duel, ce n'est pas comme témoin, mais comme médecin ; car, s'il y intervient, c'est dans la prévision que ses soins pourront être utiles, au cas où il y aura des blessures. Que, par suite de cette circonstance principale, qui motive et caractérise sa présence, il ait été témoin des préliminaires du duel, c'est toujours à cause de sa qualité de médecin, bien que les blessures n'existassent encore qu'en expectative, ou même qu'elles n'aient pas existé du tout. Et, en effet, s'il n'avait pas été médecin, on ne l'y eut pas appelé. Or, le médecin ne doit la révélation à la justice que des faits qu'il a connus en dehors de sa profession, comme citoyen ordinaire ; et il doit s'abstenir de déclarer tous ceux qu'il a connus directement ou indirectement dans l'exercice de son art, et à cause de l'exercice de son art. Il ne doit donc jamais son témoignage que dans les cas où il a été réellement et exclusivement témoin, et non témoin à l'occasion de l'exercice de sa profession.

Cela posé, il est évident que, s'il refuse de rendre compte en justice des circonstances qu'il a connues dans l'exercice et à cause de l'exercice de son ministère, il ne sera passible d'aucune peine ; car, ainsi qu'on l'a vu, l'art. 30 du Code d'instruction criminelle ne s'applique qu'aux *témoignages* et non aux renseignemens recueillis dans l'exercice d'une profession. En second lieu, on ne peut méconnaître que l'obligation du secret est une nécessité de la profession du médecin ; car, s'ils n'inspiraient pas sous ce rapport une entière confiance, quel serait le sort des malades dont la maladie est un indice d'un crime

acérée on transperce une peau de baudruche modérément tendue. En outre, il y a douleur, et la bougie, comme dans le cas précédent, ne communique aucune sensation de résistance quand on la retire.

Lorsqu'on s'aperçoit qu'elle n'a pas pénétré, il faut la repousser de nouveau et de la même manière; seulement il est souvent utile de lui faire exécuter *auparavant* un léger mouvement de rotation qui, pour peu que sa pointe soit courbée, suffit pour la porter dans une direction un peu différente. Toutefois il faut bien distinguer cette manœuvre de ces mouvemens de vrille que beaucoup d'auteurs conseillent de lui imprimer, mouvemens qui peuvent bien quelquefois favoriser son passage lorsqu'elle est engagée dans la bonne voie, mais qui sont très souvent cause de fausses routes dans le cas contraire, outre qu'ils exposent à la déformer et tordre.

Avec ces précautions et beaucoup de patience, on réussira presque toujours. Sinon, on agira comme je le dirai plus bas.

Si le rétrécissement existe à la courbure de l'urèthre, on devra se conduire un peu différemment.

D'abord, il sera bon de courber légèrement en haut l'extrémité de la bougie, comme on l'a conseillé, mais d'une manière trop générale; c'est surtout alors qu'on croirait avoir à redouter que le bec ne s'engageât dans les follicules; mais, s'il est bon d'être prévenu de cette possibilité, il faut aussi savoir qu'elle ne constitue pas une difficulté sérieuse. D'ailleurs, le meilleur moyen d'éviter cette pénétration, c'est de relever légèrement la verge pour donner à l'urèthre une courbure appropriée à celle qu'on a fait prendre à la bougie jusqu'à ce que celle-ci ait passé au-dessous de la symphyse; alors on revient à la position horizontale, et on se conduit comme je l'ai dit précédemment; mais c'est surtout dans ce cas qu'il faut se garder des mouvemens de vrille. On ne peut même pas changer la direction du bec, ou du moins la changer notablement, parce que c'est presque toujours en lui faisant longer la paroi supérieure qu'on rencontrera l'orifice du rétrécissement.

Si l'on ne courbait pas la bougie de manière à rapprocher la direction de sa pointe de celle de la portion ascendante de l'urèthre, très souvent elle buterait contre le fond de la région bulbeuse, et, pour peu que son extrémité fût fine et raide, ou que la surface interne du canal offrît des inégalités au devant du rétrécissement, son bec ne se relèverait pas et n'enfilerait pas la portion membraneuse. On conçoit que les difficultés seraient plus grandes encore si la courbure de cette dernière était augmentée par le spasme des faisceaux musculaires de Wilson.

Quel que soit le siége du rétrécissement, du moment que la bougie s'y est engagée, il faut la pousser d'une manière lente et continue, tant qu'elle fait des progrès, et, s'il se peut, jusqu'au delà de l'orifice interne de l'urèthre; car, si l'on s'arrêtait après avoir franchi l'obstacle, on ne serait pas sûr qu'il n'en existe pas d'autres plus profondément.

Si la distension de la vessie est considérable, on retire la bougie, et presque toujours l'urine jaillit immédiatement par un filet plus ou moins ténu. Lorsque le jet s'est arrêté, ou la réintroduit, ce qui ne présente ordinairement pas de difficulté, et on la laisse en place jusqu'à ce que la vessie soit de nouveau distendue.

Lorsque le malade peut attendre quelque temps, il vaut mieux ne pas retirer l'instrument: quelquefois, après un séjour d'une demi-heure, une heure, l'urine peut sortir autour de la bougie.

Mais parfois celle-ci ne passe pas; plusieurs raisons peuvent en être cause.

La première est l'impossibilité d'engager sa pointe dans l'orifice du rétrécissement.

Je regarde cette impossibilité comme très rare dans la région spongieuse; mais il n'en est pas de même à la courbure du canal. Le changement de direction, le spasme des fibres musculaires, qui tirent la portion membraneuse en avant, s'opposent quelquefois à ce que le bec de l'instrument pénètre dans la portion ascendante; mais les difficultés les plus embarrassantes proviennent presque toujours de petites fausses routes préalablement faites à côté du rétrécissement, surtout dans le bulbe.

J'ai déjà eu occasion de dire combien cet accident est fréquemment l'effet du cathétérisme à l'aide des algalies, même dans des cas où le canal est libre. (RECH. SUR LES MAL. DES ORG. URIN., etc., p. 306.) Ne devra-t-il pas être encore plus commun quand il existe un rétrécissement à l'entrée même de la portion membraneuse?

Supposons donc que la bougie soit arrêtée, et qu'à la facilité avec laquelle on la retire, au lieu de croire qu'elle s'engage dans une fausse route, il est clair qu'alors l'emploi de la force ne pourrait qu'augmenter le mal. Si une sensibilité particulière, si un écoulement de sang donnent à penser que la fausse route est récente, et si les accidens ne pressent pas trop, il faut attendre la cicatrisation pour recommencer les manœuvres: ce serait même surtout alors qu'on devrait recourir aux palliatifs dont je parlais en commençant ce chapitre. Si, au contraire, il y a urgence de traverser le rétrécissement, il faut aller, pour ainsi dire, à sa recherche à l'aide d'une bougie plus fine et assez flexible pour céder à une pression qui aurait pour effet d'augmenter la fausse route.

Que celle-ci soit récente ou non, il est rare qu'elle devienne un obstacle sérieux quand elle se trouve dans la portion spongieuse de l'urèthre. On courbe tant soit peu l'extrémité de la bougie, puis on l'introduit avec beaucoup de lenteur, le bec dirigé du côté opposé au siége présumé de la fausse route; on se garde bien, pendant ce premier temps, de lui imprimer le moindre mouvement de rotation. Si l'on ne pénètre pas directement, il ne faut pas trop insister; on retire la bougie d'un ou deux centimètres et on la repousse comme la première fois, *après* avoir, par un très léger mouvement de rotation, changé tant soit peu la direction de son bec. On présente ainsi successivement celui-ci à différens points de la circonférence du canal, jusqu'à ce qu'il ait enfilé le rétrécissement. Sitôt qu'on sent qu'il s'engage, il faut se garder des mouvemens de va-et-vient, comme on le voit faire tous les jours, pour peu que l'instrument se trouve arrêté, parce qu'il pourrait très bien arriver qu'on ne retombât pas de suite dans le rétrécissement; il faut, au contraire, insister par une pression douce et soutenue qu'on peut porter aussi loin que la tige le supporte sans fléchir; on peut même allonger le canal sur elle pour la soutenir, et quelquefois on remplit encore plus utilement cette indication en glissant sur elle jusqu'à l'obstacle un tube métallique droit ouvert à ses deux extrémités. Avec la bougie que j'ai recommandée, on n'a rien à craindre lorsque sa pointe est engagée dans le rétrécissement. Ces manœuvres, exécutées avec beaucoup de lenteur et de patience, seront presque toujours couronnées de succès.

Mais les difficultés sont plus grandes encore lorsqu'une fausse route, même peu profonde, a été faite dans la paroi postérieure du bulbe; car celle-ci se trouvant alors dans la direction de la portion spongieuse, et en

---

ou d'un délit? Retenus par la crainte d'une indiscrétion, d'une dénonciation peut-être, leur faudrait-il donc se passer des soins de l'art? On invoque les droits de la société qui exige la punition des crimes, les devoirs du citoyen qui doit son appui à la justice. Mais la société a des intérêts multiples qui se croisent les uns les autres et qu'il s'agit de concilier; elle veut sans doute la répression des crimes, mais elle veut aussi que les moyens par lesquels ces crimes sont découverts soient honnêtes et moraux, elle veut surtout qu'à cet intérêt, quelque pressant qu'il soit, ne soit pas sacrifié le sentiment d'humanité qui commande de donner des soins aux blessés et aux malades. Ne serait-ce donc pas acheter trop chèrement la punition d'un crime que de ne l'obtenir qu'au prix d'un malade abandonné à ses souffrances ou d'une dénonciation perfide? La société gagnerait-elle beaucoup en se servant de l'immoralité ou de la cruauté la plus atroce pour arriver à la justice?

Le médecin est citoyen, mais il est médecin, et il est impossible d'admettre que cette qualité ne lui crée pas des devoirs spéciaux à côté de ses devoirs généraux. Ces devoirs spéciaux ne peuvent résulter que de l'exercice de sa profession; c'est donc seulement à l'égard des faits qui se rattachent à cet exercice qu'il peut les invoquer; mais en ce qui concerne ces faits, il est médecin avant d'être citoyen, ou plutôt ces deux qualités se confondent et lui imposent une obligation nouvelle; car il importe aux citoyens en général aussi bien qu'aux médecins, que ceux-ci sachent garder les secrets de leur profession. Cette profession est en quelque sorte une fonction publique exercée dans l'intérêt de tous, et dont tous peuvent invoquer la protection. « Doivent-ils, disent les auteurs que nous avons déjà cités, être contraints de révéler leurs actes d'assistance, de trahir la confiance dont ils ont été l'objet, de détruire la sûreté des rapports de leur profession avec les citoyens? La société n'a-t-elle d'autre intérêt que de découvrir partout les indices des crimes? N'a-t-elle pas aussi l'intérêt non moins sacré de maintenir la sûreté des relations des citoyens, de protéger la foi jurée, de veiller à l'accomplissement des devoirs moraux? »

Pensera-t-on que l'interpellation de la justice délie le médecin des liens de sa profession? Mais l'intervention des juges ne modifie nullement les obligations des personnes auxquelles les secrets sont confiés à raison de leur état ou de leur profession; elle peut exempter de la peine; elle ne saurait briser la loi morale, le devoir des médecins. Ce principe a été à plusieurs reprises formellement consacré par la cour de cassation qui a jugé: « 1° qu'un prêtre ne peut être tenu de déposer, ni même être interrogé sur les révélations qu'il a reçues dans le secret de la confession. » (Arr. cass., 30 novembre 1810.) « 2° Qu'un avocat qui a reçu des révélations qui lui ont été faites à raison de ses fonctions, ne pourrait, sans violer les devoirs spéciaux de sa profession et la foi due à ses cliens, déposer ce qu'il a appris de cette manière. » (Arr. cass., 20 janvier 1826.) « 3° Que c'est aux avocats, quand ils sont appelés en témoignage, à interroger leur conscience, et à discerner ce qu'ils doivent dire de ce qu'ils doivent taire. » (Cass., 22 février 1828.) « 4° Enfin, qu'un témoin qui, en sa qualité d'avoué de l'accusé et sous le sceau de la confiance due à son ministère, aurait eu connaissance des faits sur lesquels il était appelé à déposer, a la faculté de ne pas déposer de ces faits. » (Arr. cass., 18 juin 1834.)

Nous résumerons ces observations en répétant l'opinion des deux criminalistes que nous avons cités. « Les médecins doivent, comme tous les autres ci-

étant pour ainsi dire la continuation, le bec des bougies s'y engage presque nécessairement. Je possède une pièce anatomique sur laquelle on voit une fausse route de ce genre parfaitement organisée et profonde de 8 à 10 millimètres : la portion membraneuse s'ouvre sur la paroi supérieure de la portion bulbeuse par un orifice extrêmement étroit, qu'on distingue à peine des lacunes avoisinantes, et ces raisons, la première surtout, ont fait que, pendant vingt-cinq ans, on n'a jamais pu parvenir dans la vessie.

Ainsi, les fausses routes, sauf quelques cas où l'on a employé une force que rien ne justifie, ne sont pas très graves par elles-mêmes, parce qu'en raison de leur direction, le courant urinaire tend plutôt à appliquer leurs parois l'une contre l'autre qu'à s'engager dans leur intérieur; mais on voit, par ce que je viens de dire, qu'elles ont quelquefois des conséquences extrêmement fâcheuses, puisqu'elles peuvent rendre incurable une maladie dont le traitement, sans cela, n'aurait présenté aucune difficulté. On ne saurait donc trop prendre de précautions pour les éviter ou pour leur laisser le temps de se cicatriser lorsqu'elles ont été faites. Il est probable que celle dont je viens de parler ne se serait pas organisée, si l'on n'eût engagé plusieurs jours de suite des instrumens dans son intérieur; car j'en ai vu de bien plus profondes guérir en très peu de temps.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'une fausse route existe dans le bulbe et qu'il importe de traverser le point coarcté, il ne faut pas oublier que l'ouverture anormale se trouve presque toujours au dessous et en arrière du rétrécissement. Il faudrait donc, après avoir introduit une bougie un peu plus courbée encore à son extrémité que dans le cas précédent, tenir à peu près constamment son bec tourné vers la paroi supérieure, n'imprimer à celui-ci que de très légers changemens de direction et lui faire parcourir successivement les différens points qui avoisinent l'entrée de la portion membraneuse par des mouvemens de va-et-vient opérés avec une extrême lenteur. La lenteur a ici un double avantage: elle n'expose pas à augmenter la fausse route et permet, dans le cas où l'on enfilerait le rétrécissement, de ne pas en retirer involontairement la bougie. Il m'est arrivé de réussir ainsi, après des manœuvres déjà si longues que je commençais à désespérer du succès, notamment chez un malade que m'avait adressé M. Mialhe, et chez lequel de nombreuses tentatives de cathétérisme avaient constamment échoué. Le rétrécissement existant à la courbure de l'urèthre n'était ni très étroit, ni très dur; seulement une fausse route s'opposait à ce que la bougie s'y engageât directement.

Si l'on perd espoir de réussir ainsi, on peut essayer des algalies de différens volumes; non pas que j'adopte les idées de M. Mayor, comme on le verra plus loin; mais parce qu'avec le bec de ces instrumens métalliques, il est assez souvent facile de sentir une légère dépression correspondant à l'ouverture par laquelle l'aponévrose moyenne du périnée laisse passer la portion membraneuse de l'urèthre. C'est là surtout qu'il faut appuyer; car cette dépression, dont on augmente ainsi la profondeur, pourra servir de guide à la bougie, et d'ailleurs, comme les rétrécissemens de cette région sont moins constamment durs que ceux de la région spongieuse, ainsi que Boyer en avait déjà fait la remarque (Mal. chir., t. ix, p. 204, 4ᵉ éd.), il arrive quelquefois qu'on sent l'algalie pénétrer peu à peu. Alors donc on insiste et on peut même s'aider pour cela de la main gauche appliquée sur le périnée et pressant sur la convexité de l'instrument. Mais il faut avoir bien soin de ne pas dépasser un certain degré de force que l'expérience seule apprend; il faut surtout se garder des mouvemens brusques, saccadés, dirigés à chaque instant dans des sens différens : c'est presque toujours ainsi qu'on fait des fausses routes; car, pour peu que le bec de l'algalie soit mousse et arrondi, une pression lente et continue peut déprimer assez fortement les tissus sans les rompre. Je n'ai pas besoin de dire que c'est surtout alors que doivent être proscrits ces mouvemens de vrille que préconisent quelques praticiens.

Lorsque l'algalie ne pénètre pas et que la dépression est sensible, on peut introduire jusqu'à elle un tube ouvert à ses deux bouts et légèrement courbé près de son extrémité vésicale. Cette extrémité, appuyant au centre de la dépression, pourra servir de guide à une bougie passée dans l'intérieur du tube. M. Beniqué conseille même de remplir un conducteur de ce genre de bougies fines de boyan, et de les pousser successivement jusqu'à ce que l'une d'elles tombe sur l'orifice et y pénètre. (De la rét. d'ur., 1838.) Je n'ai jamais eu besoin de faire usage de ces procédés; mais je crois qu'on devrait les essayer avant de recourir aux dernières ressources qui nous restent alors, et qui sont : la ponction de la vessie, le cathétérisme forcé par la méthode de Boyer, ou bien l'opération d'une boutonnière pratiquée au devant du rétrécissement.

Mais la ponction de la vessie ne fait que remédier aux symptômes les plus urgens. Dans les cas dont il s'agit actuellement, elle n'ôte rien ou presque rien aux difficultés du cathétérisme.

Le cathétérisme forcé avec les sondes coniques, sur lequel j'aurai bientôt occasion de revenir, serait ici extrêmement dangereux; car il faut convenir que ce ne serait que par un hasard bien grand que l'instrument s'engagerait dans la bonne voie, que nous supposons fort étroite, plutôt que dans l'ouverture accidentelle, puisque nous verrons que quand il n'existe pas de fausse route, on ne manque presque jamais d'en faire.

Quant à la boutonnière, je ne l'ai ni pratiquée, ni vu pratiquer; mais il paraît qu'elle compte de beaux succès : elle a réussi à J.-L. Petit (Mém. acad. chir., t. i), et quelques ouvrages anglais contiennent un assez bon nombre de faits encourageans. On ne peut disconvenir que, si elle a l'inconvénient d'être plus effrayante pour les malades que le cathétérisme forcé, elle a l'avantage de ne pas exposer à des accidens aussi graves et particulièrement aux infiltrations urineuses. Il est extrêmement rare, comme je l'ai dit plus haut, que l'urèthre soit entièrement oblitéré, et il doit être assez facile de reconnaître et de traverser le point rétréci quand on a la surface interne du canal sous les yeux.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDICINISCHE ANNALEN.

Publié par PUCHELT, CHELIUS et NÆGELE.

Le cahier du 10ᵉ volume contient : 1° *Sur les paralysies partielles de la sensibilité*; par le professeur Puchelt. 2° *Sur la fièvre typhoïde* (4ᵉ article). 3° *Sur la trépanation*; par le docteur Spaeth. (Discussion

toyens, déclarer à la justice tous les faits qui sont parvenus à leur connaissance, *autrement que comme dépositaires par état* des secrets qui leur ont été confiés à raison de leurs fonctions. Dans ce dernier cas, ils doivent interroger leur conscience et taire tout ce que la morale et les devoirs de leur état leur défendent de révéler. A la vérité, leur décision est soumise à l'appréciation des tribunaux, qui conservent le pouvoir de leur infliger une amende pour refus de déposition; mais ce n'est qu'au cas qu'il serait reconnu qu'ils ont acquis la connaissance des faits *par une autre voie que par leur état*, que cette mesure pourrait être prise à leur égard, et en général ils restent les souverains appréciateurs de l'application et des limites d'une règle qu'ils ne doivent observer que dans l'intérêt de la morale et de l'humanité, et jamais avec la pensée de nuire à la découverte de la vérité. »

P. S. — Les règles qui viennent d'être posées n'ont pas été entièrement confirmées par un arrêt de la cour de Bruxelles, dont nous rapportons dans ce numéro l'espèce et les débats. Cependant nous ferons remarquer que l'arrêt consacre d'une manière générale le privilége des médecins. Si néanmoins M. le docteur Sentin a été condamné à l'amende de 100 fr., c'est que le fait sur lequel il était interrogé a été considéré exceptionnellement comme étranger à la profession. Cependant il nous est impossible d'admettre la distinction qui a dirigé les magistrats de Bruxelles. Ils ont donné à la présence de M. Seutin au duel deux caractères différens, suivant qu'ils l'ont considérée à telle ou telle période de l'événement. Pour eux l'intervention de la profession n'a commencé que du moment où les blessures ont réclamé les soins du chirurgien : cinq minutes auparavant il n'y avait pas de médecin, mais un témoin. Cette distinction n'a besoin que d'être exprimée dans ces termes pour montrer combien elle est peu logique et arbitraire. Et si notre honorable confrère s'était borné à répondre à l'interpellation du président « qu'à tous les instans du duel sa présence avait été celle de l'homme de l'art appelé dans la prévision ou l'imminence d'une blessure, et non celle d'un spectateur, ou d'un témoin, » il eût peut-être prévenu la confusion qui a servi de prétexte à sa condamnation.

X.

— Hygiène oculaire, ou Conseils aux personnes dont les yeux sont faibles et d'une grande sensibilité, avec de nouvelles considérations sur les causes de la myopie ou vue basse; par J. H. Reveillé-Parise, docteur en médecine, chevalier de la Legion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine. — Troisième édition. Un vol. in-18.

Paris, chez Mequignon-Marvis fils, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Oculus ad vitam nihil facit, ad vitam beatam, nihil magis. Boerh.

« L'œil ne fait rien pour la vie, mais pour la vie heureuse, il n'est rien au-dessus. »

et critique des différentes opinions sur cette opération.) 4° *Hypertrophie de l'ovaire droit avec grossesse utérine*; par le docteur Vanotti. (Au commencement de la gestation, on a trouvé dans l'aine droite une tumeur longue de 8 pouces et large de 5 pouces et demi; la grossesse s'est passée heureusement; l'enfant est né bien portant, et après les couches la tumeur a presque complètement disparu sans traitement. Déjà à la dixième semaine de la grossesse, l'auteur avait distinctement entendu le bruit de souffle et les battemens doubles.) 5° *Sur les différens phénomènes à la suite de l'intoxication par des matières cadavéreuses, par la morve, etc.*; par le docteur Ritter. (Article non achevé.) 6° *Extraits de journaux*; par le docteur Schneider.

SUR LES PARALYSIES PARTIELLES DE LA SENSIBILITÉ; par le professeur PUCHELT à Heidelberg.

Si la peau d'une partie du corps est entièrement privée de sensibilité (anesthésie complète), toutes les impressions sont abolies; mais il y a des cas où certaines impressions ne sont pas perçues du tout ou le sont à un degré moindre que d'autres; c'est ainsi que M. Puchelt a observé plusieurs cas où la faculté de toucher de la main avait été plus ou moins diminuée, une fois même tout à fait abolie, sans que la faculté de percevoir d'autres impressions ait été diminuée.

OBS. I. — Un homme de 63 et quelques années perdit tout à coup le 3 février 1835 la sensibilité du bras gauche, surtout à la face postérieure, sans diminution de la mobilité de l'organe qui était froid au toucher. Après une saignée de 16 onces, le bras devint de nouveau chaud et la sensibilité y reparut. Depuis ce temps, cet homme était devenu morose et colère et se plaignit de vertiges et de pesanteur de tête.

Le 17 février 1837, il eut une forte syncope qui le fit tomber par terre sans autre suite; mais le 22 mars il fut frappé d'une véritable apoplexie avec paralysie du côté droit qui se dissipa encore peu à peu; tout à coup le 18 juin survint une tympanite qui amena la mort dans la nuit du 26 au 27.

A l'autopsie, on trouva une ossification de la carotide droite, des artères vertébrales, de la basilaire et de ses branches; de plus, entre la couche optique et le corps strié gauches un kyste rempli de sang granulé probablement extravasé lors de l'apoplexie du 22 mars, et une étroitesse extrême de l'S du colon (*flexura sigmoidea*) par épaississement calleux de cette membrane qui rendit compte des constipations et de la tympanite.

Depuis le premier accident du 3 février 1835, cet homme n'a plus pu de la main gauche mettre sa cravate, ni fermer de bouton qu'avec une grande difficulté et en s'aidant de la vue, ainsi que cela arrive aux malades qui sont gênés dans leur marche par la perte de la sensibilité des doigts de pieds; cependant le moindre attouchement de la main ou des doigts, ainsi que la température de tous les objets pris dans la main étaient perçus, ainsi que le moindre picotement ou pincement douloureux. On pourrait donc dire que le malade percevait tout par la main gauche sans pouvoir le reconnaître par elle.

C'est à l'ossification des artères cérébrales qu'on peut tout au plus attribuer la cause de cette anesthésie partielle qui insuffisamment examinée fit porter plus tard toute l'attention sur des cas pareils.

OBS. II. — Un jeune homme de 33 ans, ruiné par l'abus des spiritueux, entra à l'hôpital le 22 novembre 1838 avec les symptômes d'une affection cérébrale et ayant un foie dont le bord inférieur touchait à l'os iliaque; plus tard, il fut paralysé des deux extrémités gauches; il y avait perte de sensibilite et à la jambe diminution de motilité avec contraction spasmodique des orteils. Contre tout espoir le malade se rétablit et sortit de l'hôpital le 7 mars 1840.

Plusieurs expériences avaient été faites sur le malade ayant les yeux bandés; il ne put reconnaitre à l'aide du toucher aucun des objets qu'on lui mit dans la main gauche, tels que toile, clefs, bourse, bouteille, etc.; ce ne furent que les corps métalliques froids dont il pouvait soupçonner la nature par leur basse température; il appréciait également la température de tout autre objet et était très sensible à une légère piqûre, pincement ou autre impression douloureuse provoquée sur la main privée de tact. En général, il ne reconnaissait les objets qu'à la faveur des qualités perceptibles par la sensibilité générale.

OBS. III. — Une dame de 75 ans, sujette de temps en temps aux vertiges, fut atteinte dans la nuit du 19 au 20 mai 1844 d'une paralysie complete du bras et de la jambe gauches; les facultés intellectuelles restèrent intactes; la sensibilité de la peau n'était pas abolie, mais la malade, les yeux bandés, ne reconnaissait pas les objets; pourtant elle pouvait dire s'ils étaient froids ou chauds, durs ou mous, petits ou grands. Cette malade ne paraissait avoir perdu que la faculté d'apprécier les formes des objets, et cela probablement parce qu'elle ne pouvait pas se servir des doigts.

OBS. IV. — Dans un autre cas, un paysan affecté aussi de paralysie par suite d'apoplexie reconnaissait au contraire, les yeux bandés, tous les objets placés dans la main paralysée, mais ne jugeait pas bien de la température des corps; c'est ainsi que lorsqu'on plongeait la main malade dans de l'eau très chaude, il n'éprouvait qu'une très légère sensation de chaleur, tandis qu'il retirait immédiatement l'autre main, mise dans la même eau, en accusant une violente brûlure.

OBS. V. — Une fille de 30 ans, replète, bouffie, n'étant plus réglée depuis quelques années, fut frappée le 29 septembre 1844 d'apoplexie, suivie de paralysie du côté gauche; les facultés intellectuelles restèrent intactes; les mouvemens du côté paralysé revinrent peu à peu au point que le 10 octobre la malade put porter sa main gauche sur la tête, la marche était encore incomplète. Au commencement la sensibilité était tout à fait détruite depuis le sommet de la tête jusqu'aux orteils à gauche; encore le 10, le bras était insensible jusqu'au-dessus du coude à la piqûre d'une épingle, et pourtant la malade, les yeux bandés, reconnaissait les objets après les avoir longtemps palpés. Le mouvement et la sensibilité se rétablirent peu à peu, et même au bout de quelques semaines la piqûre et les impressions de l'eau chaude étaient devenues plus douloureuses à gauche qu'à droite; mais la malade avait encore besoin de palper les objets pendant quelque temps pour les reconnaître, quelquefois même elle ne les reconnaissait pas du tout; par exemple, le doigt du médium qu'elle distinguait immédiatement si elle le touchait avec la main droite; elle pouvait enfiler et coudre. Le tabac appliqué dans la narine gauche et le sucre sur la moitié gauche de la langue étaient moins bien perçus qu'à droite, la vision et l'audition étaient égales de deux côtés.

Tout en considérant les paralysies partielles comme des degrés inférieurs des paralysies totales où toute espèce de sensibilité est détruite dans une partie, elles se distinguent encore par des formes particulières, en ce que dans les paralysies dites partielles, c'est tantôt telle espèce de sensibilité, tantôt une autre qui est abolie; ainsi dans un cas de perte complète du toucher, le malade percevait les températures et les sensations douloureuses; dans un autre, il ne pouvait juger de la température quoique le toucher fût conservé.

Ces variétés de paralysie peuvent avoir leur cause dans des modifications de la peau, des filets nerveux, la moelle épinière et le cerveau.

Nous n'entrerons pas avec l'auteur dans des considérations physiologiques sur le siége probable de ces paralysies qu'il place toujours dans le cerveau lorsqu'une espèce de mixtion est conservée, tandis que d'autres sont abolies dans un organe.

De ces observations encore très peu nombreuses, l'auteur arrive au résultat suivant :

1° La perte de sensibilité d'une partie ne s'étend pas toujours d'une manière égale à toute espèce d'impression;

2° Dans un cas, c'était exclusivement la sensibilité de la température qui était perdue (obs. 4);

3° Dans d'autres cas, c'était la faculté de reconnaître la forme des objets extérieurs par le toucher qui était diminuée (obs. 1, 2, 3) ou entièrement abolie (obs. 2) sans que la sensibilité pour la température ni les impressions douloureuses fussent diminuées ou abolies au même degré;

4° Une fois la piqûre d'une épingle n'était pas perçue, et pourtant le toucher conservé à un faible degré (obs. 5); plus tard la sensibilité sous la température et les impressions douloureuses a été augmentée, et le toucher est resté dans l'état de faiblesse;

5° Le siége de ces paralysies partielles n'a pas été dans l'organe paralysé ni dans les filets nerveux, ni dans les troncs nerveux, ni dans la moelle épinière, mais bien dans le cerveau.

II. OESTERREICHISCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

RÉCLINAISON SPONTANÉE D'UNE CATARACTE DOUBLE; par le docteur PLUSKAL, à Lomnitz.

OBS. — Esther Gottlieb, âgée de 86 ans, d'une constitution autrefois forte, pléthorique, et sujette à la goutte, fut atteinte aux deux yeux après sa soixantième année de cataracte qui se développa lentement. Pendant seize ans, la malade resta aveugle, aucun des oculistes consultés n'ayant voulu l'opérer, vu son grand âge et sa cachexie arthritique. En entrant un jour dans une chambre bien éclairée, elle distingua subitement plusieurs objets, et plus tard des couleurs, et reconnut ses petits-enfans. Pendant quatre ans, elle conserva la vue, qu'elle perdit ensuite complètement. La malade avait aussi l'ouïe dure, des douleurs arthritiques dans la tête et aux yeux, un fort écoulement hémorroïdal, périodique, une grande faiblesse, mais bon appétit. A l'un et l'autre œil, derrière l'iris, on pouvait voir distinctement des fragmens floconneux du cristallin. Actuellement elle est complètement aveugle.

Il est assez probable que c'est par la contraction brusque des muscles du globe de l'œil, de l'iris et de l'orbiculaire des paupières excités par une vive et subite clarté que s'est opérée la réclinaison des cristallins, qui sans doute n'étaient déjà plus adhérens et ont été renversés comme par l'aiguille d'un opérateur.

DE LA VACCINE COMME PRÉSERVATRICE OU GÉNÉRATRICE DE MALADIES; par le docteur Moos, de Vienne.

Après une pratique très active de vingt-trois ans, pendant laquelle l'auteur dit avoir vacciné plus de 5000 individus, qui presque tous sont restés ses cliens, M. le docteur Moos émet des propositions qui nous paraissent plus ou moins hasardées et contraires à l'histoire et à l'observation de tous les jours : la vaccination, pratiquée depuis quarante-deux ans en Allemagne, n'est pas parvenue à éteindre complètement la variole; par contre, elle a contribué à multiplier des maladies déjà connues ou à en produire de nouvelles, telles que la varioloïde, la varicelle et le typhus abdominal.

Cette dernière maladie est une affection toute nouvelle, non encore connue avant le siècle actuel, une maladie qui remplace la petite-vérole; elle est le résultat de la propagation de la vaccine et la triste prérogative des vaccinés; jamais, dit l'auteur, il n'a eu occasion de traiter pour le *typhus abdominal* un individu qui avait eu la petite-vérole, ou, après avoir été vacciné, une varioloïde très violente.

Le typhus abdominal et la variole sont une seule et même maladie qui a déjà perdu et perdra encore plus de son intensité avec le temps, à mesure que la vaccination et la revaccination feront des progrès.

La vaccination ne devrait jamais être faite avant l'âge de 3 ans; ce n'est qu'alors que l'organisme est assez fort pour être convenablement modifié; plus l'individu a été vacciné jeune, plus tôt il redevient apte à contracter la varioloïde ou le typhus abdominal; et plus aussi il faut recourir de bonne heure à la revaccination, cependant jamais avant l'âge de 18 ans.

OBSERVATION D'ILÉUS; PORTION D'INTESTIN EXPULSÉE PAR LES SELLES; GUÉRISON; par le docteur NAGEL, à Lemberg.

OBS. — K. J., domestique, âgé de 21 ans, fort, toujours bien portant, sauf de fréquentes coliques depuis quelques années, fut pris, dans la nuit du 12 au 13 février 1843, d'une douleur très vive dans le bas-ventre, accompagnée de frissons suivis de chaleur, de fréquens vomissemens et de selles. Entré à l'hôpital dans la matinée du 13, il était dans l'état suivant : tête brûlante, douloureuse; langue chargée; soif; ventre tuméfié, chaud et très sensible au toucher; peau sèche; pouls plein, dur et fréquent; vomissemens et selles limpides, teintés de sang. (Traitement antiphlogistique.)

Les symptômes restèrent les mêmes jusqu'au 16, où ils diminuèrent d'intensité, et les selles n'étaient plus mêlées de sang.

Le 19, ténesme violent, accompagné, le 23, d'un prolapsus d'une portion d'intestin, qu'on put facilement faire rentrer dans l'intestin sans causer de douleur.

Le 26, le malade, sans fièvre et dans un état très satisfaisant, rendit, dans une selle, une portion d'intestin longue de 20 pouces et large de 2 pouces et demi dans quelques endroits, formé par une partie de l'iléon, le cœcum, l'appendice vermiculaire, tout le colon ascendant et une portion du colon transverse. La muqueuse, tournée en dehors est brunâtre, marbrée de noir, surtout au cœcum; elle est ramollie et se laisse facilement enlever; la tunique péritonéale est également brune et corrodée, laissant voir à nu la couche musculaire aussi détruite en quelques points; une légère douleur au bas-ventre subsista encore pendant quelques jours, mais déjà le 23 mars le malade sortit complètement guéri de l'hôpital.

OPÉRATION CÉSARIENNE FAITE POUR LA SECONDE FOIS SUR LA MÊME PERSONNE, AVEC SUCCÈS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT; par le docteur MESTENHAUSER.

OBS. — Clara Englisch, âgée de 31 ans, délivrée par l'opération césarienne, en 1840 (même journal, 1841, p. 141), d'une fille âgée de 3 ans et encore bien portante, pour cause de difformité du bassin rempli d'exeroissances osseuses, devint de nouveau enceinte en 1843.

Le 7 août, terme de sa grossesse, les contractions utérines se déclarèrent et durèrent toute la nuit.

Le lendemain, l'opération fut pratiquée avec une grande régularité dans la ligne blanche, et il ne survint aucun accident extraordinaire ni pendant, ni après l'opération. L'enfant, qui se portait bien, a été élevé à l'eau.

Déjà, le vingt-huitième jour après l'opération, la mère, complètement guérie, a pu retourner dans son pays.

CONVULSIONS GUÉRIES PAR UNE OPÉRATION; par le docteur ENGEL, à Czernowitz.

OBS. — Une femme de 33 ans éprouvait depuis deux mois, jour et nuit, des douleurs atroces au dessus de la malléole externe droite; le moindre attouchement, même l'application de la couverture du lit, augmentait les douleurs au point d'occasionner des convulsions; cependant tous les mouvemens de l'articulation du pied étaient complètement libres. Cette maladie, survenue à la suite d'une entorse faite au neuvième mois de sa sixième grossesse, qui au reste s'était très bien passée, une foule de moyens ont été employés par un grand nombre de médecins. Comme la douleur paraissait avoir son siége dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans la peau dure au toucher, qui couvraient la malléole, ou dans un filet nerveux, M. Engel se décida à exciser une portion longue de 2 pouces et d'un pouce de large.

La plaie fut réunie par la suture entortillée et guérit par première intention.

Dès ce moment, la malade fut complètement guérie et pour toujours débarrassée de ses souffrances.

Le tissu de la pièce enlevée, examiné sous le microscope, présentait l'aspect d'un fongus médullaire.

Il est probable que M. Engel ne se serait pas décidé si vite à une opération sanglante, si déjà auparavant tous les autres moyens de la thérapeutique n'avaient pas été épuisés.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

OESOPHAGOTOMIE; par le docteur MARTINI à Saulgau.

OBS. — Un homme fort et robuste, âgé de 31 ans, avala, le 19 février 1844, un os du volume d'une noix en voulant parler pendant qu'il le rongeait; l'os s'arrêta dans l'œsophage et occasionna de violens accidens de suffocation. Deux saignées, des tentatives nombreuses pour extraire le corps étranger ou le pousser dans l'estomac, des lavemens de belladone furent employés inutilement. Le malade ne pouvait avaler une goutte d'eau et refusa l'opération de l'œsophagotomie; il fit ensuite lui-même des efforts pour pousser l'os dans l'estomac en introduisant au moins soixante fois dans l'œsophage une corde neuve, durcie dans l'eau et effilée au bout; il injecta aussi, le 21 et le 22, sans succès, de l'huile dans l'œsophage.

Le 23, il demanda à être opéré. Avant d'y procéder, on fit à huit heures du matin de nouvelles tentatives pour déplacer le corps étranger; puis on injecta un grain d'émétique dans une veine. Une heure après, de violents efforts de vomissemens accompagnés de danger de suffocation firent rejeter 24 onces de liquide contenant beaucoup de bile. Pour calmer les vomissemens et les suffocations qui menacèrent de compromettre bientôt la vie, on donna des lavemens avec du vinaigre et de la teinture d'opium.

A quatre heures du soir, les vomissemens ayant cessé, on fit l'opération en incisant un peu au-dessus de la clavicule où l'os avalé faisait saillie; puis on souleva l'œsophage avec une sonde introduite par la bouche et qui perfora les parois du canal alimentaire gangrené; la plaie fut agrandie par un bistouri boutonné; immédiatement après le malade fit un effort pour avaler et s'écria : l'os est descendu dans l'estomac; c'était en effet ainsi; tous les accidens de suffocation avaient disparu; la plaie fut fermée avec des bandelettes agglutinatives convertes de fomentations froides.

Le 24 au soir, l'opéré eut de la fièvre; les extrémités se refroidirent, et il mourut le 26 à six heures du matin.

A l'autopsie, on trouva l'œsophage gangréné; la plaie plus grande qu'elle n'avait été faite avec le bistouri; l'extrémité inférieure de l'œsophage, l'estomac et le duodénum enflammés. L'os, du volume d'une noix et assez rond, se trouvait déjà dans le rectum.

Il est assez probable que la gangrène de l'œsophage a été produite par le corps étranger et par les nombreux efforts faits pour le déplacer, surtout par ceux que le malade a exercés lui-même à l'insu des médecins; mais ce qui nous a le plus intéressés dans cette observation, c'est le moyen dont on s'est servi pour faire vomir le malade.

CROUP D'UN ADULTE; par le docteur TOBEL à Zaupheim.

OBS. — Une femme de 30 ans, malade depuis trois jours, était menacée de suffocation et présentait tous les symptômes du croup. Deux grains de sulfate de cuivre donné toutes les demi-heures firent rendre des matières pulpeuses et des fausses membranes déjà en partie organisées. On prescrivit plus tard des préparations mercurielles pour enrayer la formation des exsudations plastiques. Guérison.

DELIRIUM TREMENS; par le même.

OBS. — Chez un homme tombé, à la suite d'abus d'eau-de-vie, dans un état de délire tel qu'il a fallu le lier, l'infusion de digitale donnée à dose croissante jusqu'à 1 gros et demi dans les vingt-quatre heures n'a pas répondu au succès que M. Tobel en avait déjà retiré antérieurement. De hautes doses d'opium parvinrent à rétablir le calme.

ÉPISTAXIS REMPLAÇANT LES RÈGLES DEVENUE MORTELLE; par le docteur FRICKER, à Horb.

OBS. — Une servante de 19 ans, blonde, à peau fine, paraissant bien portante, fut prise à l'époque de sa puberté de battemens de cœur, de dyspnée et d'un grand abattement. A la place des règles, elle eut un saignement du nez copieux, très inquiétant, difficile à arrêter. Elle se remit si bien qu'elle put

reprendre son service; mais les symptômes revenant quatre fois de six en six semaines, la fille devint hydropique, fut paralysée d'un côté, perdit l'usage de la parole, eut de la peine à avaler et succomba dans un état d'anémie complete.

REMARQUES SUR LE CROUP; par le docteur DIHLMANN, à Tettmang.

Lorsque les enfans affectés du croup sont pâles, bleuâtres, livides, ont le pouls peu élevé et baissant bientôt, et lorsqu'ils sont tranquilles, la maladie est plus lente, moins orageuse et cependant généralement mortelle.

Dans la forme inflammatoire avec forte fièvre, face rouge, brûlante, pouls dur, toux fréquente, le tartre stibié donné dans des émulsions fait merveille. Il n'en est pas de même lorsque le croup existe chez des enfans de la première catégorie; ici le tartre stibié, le sulfate de cuivre, les sangsues, le calomel échouent.

Il est remarquable que dans certaines familles deux et trois enfans sont pris en même temps ou successivement de la maladie, apparaissant avec les mêmes caractères, au point qu'on est tenté d'y voir une contagion nullement admise aujourd'hui.

Nous souscrivons en tout point aux opinions de l'auteur, même à ce qu'il dit au sujet de la contagion; il y a peu de semaines que nous avons encore eu la douleur de voir succomber chez un de nos amis ses trois enfans dans un espace de peu de jours, et certes les soins n'ont pas manqué; chez l'un des enfans l'on a même eu recours à la trachéotomie.

DE L'EMPLOI DES VÉSICATOIRES DANS LES MALADIES AIGUES DU CERVEAU; par le docteur TRITSCHLER, à Cannstatt.

Le vésicatoire, dont on fait un si fréquent usage, et qu'on applique sur toutes les parties du corps, n'est pourtant jamais placé sur le front, endroit cependant le plus convenable dans les affections aiguës du cerveau, d'après le dire de M. Tritschler. Il couvre tout le front, et même la racine du nez d'emplâtre vésicatoire; ordinairement il arrive, outre une forte suppuration, un abondant écoulement de mucus par le nez.

L'auteur s'étonne que la céphalalgie frontale, qui est pourtant la plus fréquente, n'ait pas décidé plus tôt les médecins à préférer le front à toute autre partie pour y appliquer des vésicatoires. S'ils ne l'ont pas fait, c'est qu'ils n'ont pas voulu défigurer leurs malades.

OBSERVATIONS; par le docteur WUNDERLICH, à Pfallingen.

Nous extrayons d'un compte-rendu sur les maladies régnantes des années 1842, 43 et 44 les faits suivans:

SYPHILIS.

Un enfant né d'une mère syphilitique fut mis en pension chez une femme qui avait d'autres petites pensionnaires. Un enfant de deux ans ayant reçu dans la bouche un nouet à sucer de l'enfant malade, contracta un chancre à la gorge. La mère de ce dernier, l'ayant repris chez elle, en fut bientôt infectée. Ceue même syphilis fut aussi transmise à une fille de 15 ans et à un garçon de 4 ans; tous les deux eurent des chancres à la gorge, et de plus, le garçon eut des condylomes à l'anus. Deux autres enfans, l'un (de 18 mois) fut couvert d'un exanthème syphilitique, l'autre (de 2 ans et demi) eut des ulcérations à la cavité buccale et à l'anus.

Un autre exemple de la transmission de la syphilis, c'est celui d'un enfant mis en pension chez une veuve, chez laquelle il mourut bientôt. Cette veuve, âgée de 35 ans, eut pendant quelques mois des douleurs à la gorge, qu'elle ne prit que pour de simples angines, jusqu'à ce que la luette fût complètement rongée. Les adultes furent guéris par le sublimé uni à l'opium et les enfans par le précipité rouge administré d'après la méthode de Berg.

Il est à regretter que l'auteur ne soit pas entré dans plus de détails, surtout sur les symptômes primitifs et consécutifs de ces différens malades; ainsi il ne dit pas un mot du siége et de la forme de la maladie du premier enfant.

EMPOISONNEMENT PAR LE TABAC.

OBS. — Un enfant de 18 mois, laissé seul dans une chambre d'auberge, fut pris subitement de coma, de convulsions, de vomiturations et de dyspnée. M. Wunderlich qui fut appelé, en examinant les mains et la bouche, s'assura que ces symptômes étaient produits par de la cendre et un restant de tabac que l'enfant avait ramassé et avalé. Un vomitif fit rejeter une quantité considérable de ce narcotique. L'enfant fut bientôt rétabli.

ÉPILEPSIE.

AUTOPSIE. — Dans l'autopsie d'un épileptique, âgé de 42 ans, on trouva dans le plexus choroïde une grande quantité d'hydatides; en examinant les testicules, on constata la présence d'une hydatide grande comme une tête d'épingle à l'épididyme droit; et au testicule gauche une hydatide demi-transparente de la dimension d'un haricot.

IV. JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN;

PUBLIÉ PAR LES PROFESSEURS BAREZ ET ROMBERG.

Nous empruntons au cahier de février 1844 l'article suivant:

SUR LES MALADIES DE POITRINE DES ENFANS, OBSERVÉES A L'HÔPITAL DE MOSKOU; par le docteur KRONENBERG.

PNEUMONIE DES ENFANS.

Sur 62 pneumonies, 40 furent traitées à la Polyclinique et 22 à l'hôpital, dont 6 étaient primitives (accompagnées une fois de coqueluche, une fois d'hépatite et une fois de rachitisme), et 16 consécutives à d'autres maladies (3 rougeoles, 2 fièvres typhoïdes, 5 coqueluches, 3 scrofules, une fracture du fémur). Des 6 premiers malades, celui affecté de rachitisme du thorax succomba, les 5 autres guérirent; le plus jeune avait trois ans, le plus âgé 12. Des 16 derniers, 11 succombèrent et 5 guérirent. A l'autopsie on trouva toujours une hépatisation diagnostiquée sur le vivant.

Sur 1337 enfans qui ont été traités à la Polyclinique en 1843, il y eut 40 pneumonies, 20 garçons et 20 filles; 3 seulement moururent, 27 guérirent, et l'observation des 10 autres, n'a pas été rapportée.

DURÉE. En faisant abstraction des pneumonies compliquées d'autres maladies et de celles traitées à la Polyclinique, où l'on n'a pas pu suivre exactement les malades, vingt jours formaient la durée la plus longue de la maladie et 7 la plus courte.

Nous passerons l'énumération des symptômes, quoique très bien faite, mais elle n'offre rien de nouveau.

SIÉGE. De 6 pneumonies de la Polyclinique, 4 étaient à la partie inférieure postérieure droite, s'étendant deux fois aussi en avant, une à la partie supérieure et une autre à la partie inférieure du poumon gauche.

Sur les 16 pneumonies observées à l'hôpital et consécutives à d'autres affections, 3 étaient doubles et avaient leur siége dans les lobes supérieurs; 6 fois c'était le poumon gauche, 7 fois le droit qui étaient enflammés; 10 fois le lobe inférieur et 3 fois seulement le lobe supérieur; 10 fois la partie antérieure et 2 fois l'inférieure (1). Des 3 pneumonies doubles, 2 enfans guérirent, tandis que des 9 qui n'affectaient qu'un seul poumon, 8 succombèrent.

PRONOSTIC. Les enfans affectés de pneumonies primitives guérirent tous, excepté celui dont le thorax était déformé. Sur 30 des enfans traités à la Polyclinique dont on a recueilli l'observation, 2 seulement sont morts. Le pronostic de la pneumonie secondaire est fâcheux, et il le devient encore plus par le séjour à l'hôpital.

CAUSES PRÉDISPOSANTES ET OCCASIONNELLES. Plus les enfans sont encore éloignés de l'âge de puberté, plus ils sont sujets à la pneumonie.

Des 20 enfans traités à l'hôpital, 12 étaient âgés de 3 à 5 ans, 3 de 5 à 10, 2 de 10 à 12. De 19 où la pneumonie s'est jointe à d'autres maladies, 3 avaient 5 à 9 ans, tous les autres de 2 et demi à 5 ans. Des 20 enfans vus à la Polyclinique, 18 étaient âgés de 4 mois à un an et 20 de un à trois, et 2 avaient plus de 5 ans. Ce qui confirme les observations recueillies à Paris sur la fréquence des pneumonies secondaires chez les enfans au-dessous de 5 ans et des pneumonies primaires chez ceux qui n'ont que quelques mois jusqu'à 3 ans.

SEXE. 29 pneumonies primitives: 14 garçons et 15 filles; 31 pneumonies consécutives: 20 garçons, 11 filles.

TRAITEMENT. Les sangsues, et chez les enfans au-dessus de 3 ans la saignée générale de 4 à 5 onces, qui même a été répétée jusqu'à trois fois sur un garçon de 7 ans, sont les moyens essentiels dans le traitement de la pneumonie au premier degré. Arrivée à l'état d'hépatisation, elle fut combattue par des petites doses de calomel, de digitale et de kermès. Chez les enfans au-dessous de 3 ans, ces médicamens n'ont jamais été mélangés. De plus, on a eu recours à des frictions mercurielles, aux cataplasmes sur la poitrine et à des vésicatoires sur le bras ou sur la poitrine.

(1) C'est probablement une faute d'impression; nous pensons qu'il faudrait lire 10 fois la partie postérieure et 2 fois l'antérieure.

(NOTE DU RÉDACTEUR.)

PHTHISIE TUBERCULEUSE.

17 cas, dont 10 (5 garçons et 5 filles) furent traités à l'hôpital et 7 à la Polyclinique. Le plus souvent les tubercules et les cavernes se sont trouvés à la partie supérieure du poumon. La maladie a été bornée aux poumons une seule fois; dans les autres cas la tuberculisation s'étendait à d'autres organes.

AFFECTIONS CHRONIQUES DU COEUR.

2 cas de dilatation avec hypertrophie et 3 rétrécissemens des orifices, dont une avec dilatation du ventricule droit. Outre les signes stéthoscopiques on a observé chez tous les 5 un pouls régulier, un sentiment d'oppression dans la poitrine, de la douleur dans la région du cœur et de la dyspnée. Les trois enfans affectés des maladies des ventricules et des orifices se sont plaints de douleurs évidemment rhumatismales dans les membres, et principalement dans le bras gauche. On a toujours pu remonter aux causes premières de la maladie, telles que refroidissement, mouvemens violens, etc., et la maladie organique était précédée d'inflammation du cœur ou de son enveloppe.

Le même cahier contient un article, par M. Weisse, médecin de l'hôtel des Enfans à St-Pétersbourg, sur la diarrhée des enfans sevrés. Il recommande contre cette maladie si rebelle et si meurtrière l'usage de la viande de bœuf crue de première qualité; on la coupe en morceaux très menus, ou on la râpe pour les enfans qui n'ont pas encore de dents; ils peuvent en consommer jusqu'à une livre et plus dans les 24 heures.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 MAI.

ANTHROPOLOGIE.

M. le docteur Hombron lit un mémoire intitulé : Aperçu sur la côte nord de l'Australie et sur la côte sud de la Nouvelle-Guinée. Nous extrayons de ce mémoire ce qui est relatif à la description des habitans de ces deux contrées.

La physionomie des Australiens est partout uniforme; tout ce que les voyageurs en ont dit, quel que soit le point où ils les observent, est parfaitement applicable à ceux des baies Raffles et Essington. Les habitans de cette plage ne diffèrent en rien de ceux observés par Forster, Lesson, Péron, d'Urville, etc., sur les côtes de la baie des Chiens marins, au port du Roi Georges, à la baie Servis, au port Jackson.

On prétend qu'il existe dans l'intérieur des terres des peuplades d'Australiens supérieurs à ceux que nous mentionnons ici. Il doit en être ainsi sur le bord des rivières abondant en poissons; mais il y a plus, la race doit aller s'améliorant à mesure que le pays s'élève davantage.

L'insensibilité matérielle des Australiens du nord est parfaitement en rapport avec l'impassibilité de leur intelligence; aussi, au milieu des matériaux nécessaires pour construire des abris et de belles pirogues, ils ne font rien pour améliorer leur sort. — Leur chevelure retombe en longues mèches tournées en tire-bouchon; leur seule toilette consiste à se barbouiller de chaux en traçant sur leur peau noire des lignes dénuées d'originalité. Leur chevelure leur fait une tête énorme qui contraste d'une manière peu agréable avec la maigreur de leurs membres. Leurs pieds sont plats et rappellent ceux du singe; leur gros ventre flasque et pendant, ajoute à la laideur de leur ensemble. Leurs grands yeux injectés ont le regard de la brute; leurs grosses pommettes, leur front fuyant, la saillie de leur énorme maxillaire supérieur, leurs moustaches et leur barbe crépue, l'énorme ouverture de leur bouche, les rides épaisses qui sillonnent leur face, tout cela forme un masque repoussant et dont nul animal ne fournit d'exemple.

Il est sur la côte d'Afrique des noirs d'une belle race, tels sont ceux de la côte d'Or; il en est de laids, tels sont, entre autres, les Congos :

Sous le rapport du caractère moral, les premiers sont remarquables par leur légèreté, par le peu de fixité de leurs idées, mais ils ne manquent ni de finesse ni de délicatesse : les seconds sont tout matière; ils n'agissent que pour assouvir les besoins matériels; leur nourriture est leur principale occupation, encore tout leur est-il bon.

Les habitans des îles Arrou, dans le voisinage de la Nouvelle-Guinée, que M. Hombron a vu l'occasion d'observer, appartenaient à une race métis issue de Malais et de Papons. Leur peau noire reflète une teinte de cuivre assez vive, de sorte qu'il serait difficile de dire quelle est de ces deux couleurs celle qui l'emporte sur l'autre. Leur taille se rapproche de celle des Malais; aussi est-elle au-dessus de la moyenne, et dépasse-t-elle beaucoup celle des Papous. Ils sont bien faits et plus vigoureux que leurs parens : les traits de leur figure ne sont point aussi délicats que ceux des Papous, dont le visage a des formes assez déliées et présente un ensemble agréable, mais ils en ont conservé le type de physionomie; ils en ont les grands yeux, sans en avoir le regard sérieux dans l'âge mûr, doux et mélancolique dans la jeunesse. Leur alliance avec les Malais se reconnaît au contraire à la vivacité du regard. Ces métis diffèrent évidemment de la variété observée par M. Durville au Havre Dorei.

L'auteur s'attache ensuite à prouver que les naturels de la baie Triton diffèrent beaucoup des naturels du Havre Dorei, quoique appartenant au même pays, ce qu'il faut attribuer, suivant lui, à une origine moins mêlée. Il pense que par des rapprochemens de cette nature on peut arriver à distinguer les diverses races humaines qui habitent l'archipel indien des espèces qui leur donnèrent le jour. Il se propose, dans un travail spécial, de donner des développemens sur ce sujet.

OPTIQUE.

M. de Haldat adresse quelques nouvelles observations sur la théorie de la vision, en réponse à une opinion récemment émise par M. Forbes, d'Edimbourg.

M. Forbes cherchant à expliquer l'aptitude que l'œil possède à s'approprier à la vision distincte des objets placés à différentes distances, l'attribue à un changement qu'opérerait dans la forme du cristallin l'action des muscles moteurs du globe de l'œil. La compression exercée par ces muscles serait suivant cet auteur, transmise au cristallin par l'intermédiaire des fluides qui l'entourent. — M. de Haldat fait observer que la force attribuée ici aux muscles de l'œil n'est ni admise ni admissible, à raison de leur peu de masse et de volume et de la disposition désavantageuse de leurs insertions. L'explication de M. Forbes serait réfutée d'ailleurs par le fait de l'invariabilité de la forme de la cornée, fait qui a été établi par M. Young et confirmé par les nouvelles preuves qu'en a données M. de Haldat lui-même. Il a voulu néanmoins en démontrer le peu de fondement par une expérience directe. Voici de quelle manière il y a procédé :

A l'aide d'un appareil particulier, il a soumis un œil de mouton à une pression transmise par un liquide et bien supérieure à celle que peuvent exercer les muscles oculaires. Cet œil avait été préalablement ouvert au centre de son hémisphère postérieur et muni d'un verre de montre légèrement graissé pour suppléer à la rétine qui avait été enlevée. Quelle que fût la pression qu'on produisît au moyen d'un piston, on n'observait nul changement dans la pureté de l'image; d'où M. Haldat conclut qu'une compression bien supérieure à celle que pourraient exercer les muscles de l'œil n'influe en rien sur la forme du cristallin. Comment dès lors, ajoute-t-il, pourrait-on admettre l'hypothèse de M. Forbes?

QUARANTAINES CONTRE LA PESTE.

M. Aubert Roche écrit une nouvelle lettre sur ce sujet à l'Académie. Il rappelle qu'une ordonnance récente vient d'abolir les quarantaines pour les provenances du Maroc, de la Grèce et de Tunis. C'est un progrès sans doute, dit-il, mais cette mesure ne sera que très incomplète tant qu'on ne l'aura pas étendue aux provenances de la Turquie, de la Syrie et de l'Egypte où les intérêts français sont principalement lésés par suite de l'abolition des quarantaines pour les provenances de ces contrées, par l'Autriche et l'Angleterre.

L'administration attendant sans doute pour prendre une détermination à cet égard que l'Académie des sciences ait émis son opinion, M. Aubert prie le président de l'Académie de vouloir bien inviter la commission à hâter son rapport.

La commission est invitée à s'occuper de cette question.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Blandin dépose sur le bureau de l'Académie, de la part de leurs auteurs, un mémoire sur les hémorrhagies utérines et sur les moyens de les prévenir, par M. Sêne; et une note de M. Corbin, chirurgien à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, sur un nouveau moyen d'extraction des corps étrangers des voies aériennes.

M. Velpeau présente de la part de M. Desjardins un mémoire sur plusieurs cas d'hydropisie sans lésion organique.

EAUX MINÉRALES.

M. Boulay fait au nom de la commission des eaux minérales une série de rapports, les uns relatifs au mode de puisement et d'analyse, les autres aux propriétés chimiques de plusieurs sources sur lesquelles l'Académie a été consultée. Les conclusions en sont adoptées sans discussion.

PRÉPARATIONS ANATOMIQUES ARTIFICIELLES.

M. A. Bérard, conformément au vœu exprimé par plusieurs membres de l'Académie dans la séance dernière, fait mettre sous les yeux de l'assemblée, comme spécimen, un certain nombre des préparations anatomiques artificielles de MM. Carteaux et Chaillou.

M. Bérard répond à la question que lui avait faite M. Bussy relativement au mode de coloration de ces pièces, par la lecture d'une lettre de MM. Carteaux et Chaillou dans laquelle leur procédé est décrit en détail. Les couleurs dont ils se servent sont les couleurs à l'huile qu'ils appliquent après l'opération préalable de l'encollage.

Personne ne demandant la parole, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Sur la demande de M. Gérardin, les auteurs seront invités à laisser une de ces préparations à l'Académie, comme pièce à l'appui du rapport.

SUR LE BEC-DE-LIÈVRE CONGÉNIAL.

M. Paul Dubois a la parole pour une communication verbale et s'exprime ainsi :

J'ai demandé la parole pour faire à l'Académie une communication qui ne lui paraîtra pas sans doute dépourvue d'intérêt. Elle est relative en effet à une maladie contre laquelle les ressources de notre art sont toutes puissantes, et elle se rattache à une question litigieuse pour la solution de laquelle les esprits les plus éclairés et les plus compétens sont encore partagés. Cette maladie, c'est le bec-de-lièvre congénial, et cette question litigieuse, c'est celle de savoir à quel âge il convient de faire l'opération que cette maladie réclame. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de rappeler d'abord à l'Académie l'état de la science sur ce dernier point; je serai d'ailleurs naturellement conduit à le faire, du moins implicitement, quand j'apprécierai les objections que l'on a depuis longtemps élevées contre la conclusion que je me propose d'exprimer et de justifier. Je commencerai par exposer à l'Académie aussi brièvement que cela me sera possible plusieurs faits que je la prie d'écouter avec une indulgente attention, car ils doivent servir de base à la solution que je veux proposer et aux développemens qui doivent la suivre.

Il y a quatre ans à peu près, un jeune médecin, fils d'un ancien élève et ami de mon père, vint me prier d'aller voir son enfant né le jour même et qui était affecté d'on bec-de-lièvre. La division labiale simple était située sur le côté gauche. La voûte palatine était intacte, mais le voile du palais était divisé. Ce jeune confrère était vivement affecté du malheur qui venait de le frapper, et il désirait très vivement en voir disparaître les traces apparentes. Je lui rappelai que mon père, après avoir été pendant presque toute sa carrière professorale l'un des adversaires de l'opération pratiquée chez les très jeunes enfans, s'y était cependant décidé deux fois, et m'étayant de cette dernière circonstance, je convins alors avec lui que l'opération serait faite dès le lendemain; souffrant alors d'un bras, je ne pus m'en charger moi-même, et nous résolûmes de prier un ami commun, M. Jobert, de me remplacer; il y consentit; l'opération fut donc exécutée par lui, rapidement et habilement, et suivie d'un succès aussi complet que nous pouvions l'espérer. La réunion des bords divisés de la plaie fut prompte et solide; peu de jours après, l'enfant confié à une nourrice fut transporté à la campagne, où il succomba six mois plus tard à une maladie aiguë; la guérison de la lèvre ne s'était pas démentie.

Un an après, je fus prié par une sage-femme, ancienne élève de l'hospice de la Maternité, d'aller voir un enfant qu'elle avait reçu le matin même et qui portait, comme le précédent, un bec-de-lièvre simple du côté gauche; mais chez celui-ci la voûte palatine et le voile du palais étaient intacts. Je conseillai une opération très prochaine, et les parens y ayant consenti, je la pratiquai dès le lendemain; elle fut facile et prompte comme l'avait été la précédente et un résultat également heureux la suivit. Cet enfant fut quelques jours après envoyé à la campagne où malgré mes conseils on l'allaita artificiellement; il était délicat, et il succomba deux mois plus tard à une affection inflammatoire des voies digestives. La réunion des bords divisés de la lèvre s'était parfaitement maintenue.

Quelques mois après on apporta chez moi, des environs de Paris, un enfant né la veille et affecté d'un bec-de-lièvre simple comme le précédent; chez cet enfant aussi, la voûte palatine et le voile du palais étaient intacts. Je conseillai l'opération, qui fut acceptée par les parens, et ils s'installèrent à Paris pour quelques jours; j'opérai cet enfant dès le lendemain, c'est-à-dire le troisième jour après sa naissance, et elle eut le résultat des précédentes. Le petit opéré resta, sur ma demande, quelques jours de plus à Paris, et quand il retourna au domicile de ses parens la cicatrice était peu apparente et très solide; cet enfant a joui depuis cette époque et jouit encore d'une excellente santé.

Le 8 du mois d'avril dernier, je reçus un enfant très bien développé, mais atteint, comme les précédens, d'un bec-de-lièvre simple du côté gauche. Chez lui, comme chez les deux derniers, il n'existait aucune division de la voûte palatine ni du voile du palais. Nos confrères MM. Jadioux et Michon étant les médecins de la famille du petit malade, je les consultai sur la convenance d'une opération prompte, elle fut décidée par nous, acceptée par les parens, et je l'exécutai le lendemain, c'est-à-dire trente heures environ après la naissance, en présence de nos deux confrères. Cette opération fut facile, prompte et heureuse, comme les autres l'avaient été; l'enfant qui l'a subie est le plus âgé des trois que j'ai présentés à l'Académie au commencement de cette séance.

Le 5 de ce mois, notre confrère M. Sestier m'adressa un enfant né depuis treize jours et affecté d'un bec-de-lièvre simple du côté gauche; la division labiale était malheureusement compliquée dans ce cas de la division de la voûte palatine et du voile du palais, et aussi, mais à un faible degré, de celle du bord alvéolaire. L'opération me parut indiquée chez ce petit malade comme chez les autres, et je l'exécutai le 7, l'enfant était alors âgé de quinze jours. La guérison fut prompte et solide; cet enfant est, relativement à l'âge, le second de ceux que j'ai présentés.

Enfin, le 18 de ce mois, un enfant est né à l'hospice de la Maternité, portant un bec-de-lièvre, encore du côté gauche, coïncidence singulière sur laquelle je reviendrai plus tard; la voûte palatine était intacte dans la plus grande partie de son étendue; mais elle offrait en arrière, ainsi que le voile du palais, une division bien apparente. L'opération m'ayant paru opportune, je l'ai pratiquée jeudi dernier; l'enfant était âgé alors de quatre jours. Les résultats ont été les mêmes que ceux des opérations précédentes. C'est le plus jeune des trois enfans que j'ai fait conduire à cette séance.

J'ajouterai, pour terminer cette série de faits, qu'un de mes anciens chefs de clinique, M. le docteur Depaul, éclairé par le résultat heureux de mes premières opérations, l'a pratiquée lui-même il y a dix-huit mois à peu près, chez un enfant nouveau-né, et qu'il a obtenu le même succès.

Je pense, Messieurs, que ces faits m'autorisent à conclure qu'il est possible d'opérer le bec-de-lièvre chez de très jeunes enfans, avec succès et sans compromettre leur santé et à plus forte raison leur existence.

Mais je ne me dissimule pas que, si je m'arrêtais, à ce point, je n'aurais qu'incomplètement résolu la question grave que j'agite, et que j'aurais en conséquence imparfaitement atteint le but que je me suis proposé.

Je sens qu'il y a une grande différence entre la possibilité et l'extrême probabilité du succès, entre une tentative permise et une opération opportune, convenable, indiquée. Or, si les faits nombreux que la science possède déjà, et qui sont analogues à ceux que je viens de faire connaître, n'ont pas encore établi cette opportunité et cette convenance, cela tient évidemment à ce qu'ils ont été considérés seulement comme des exceptions heureuses et qu'ils ont laissé subsister les préventions qui se sont élevées et qui règnent encore contre la pratique de l'opération dans les premiers jours ou dans les premières semaines de la vie. Je demande donc à l'Académie la permission d'ajouter quelques développemens à ceux que je viens de lui donner, afin d'examiner et d'apprécier les préventions auxquelles je fais allusion, et d'éviter ainsi que cette communication n'ait le sort des publications qui l'ont précédée.

Je commencerai par dire quelques mots relativement à l'opération elle-même.

Le procédé opératoire que j'ai employé est celui que tous les chirurgiens préfèrent aujourd'hui. J'ai rendu saignans les bords de la division labiale et les ai réunis par la suture entortillée. Je me suis servi d'épingles très fines dites épingles à insectes et de fils cirés ordinaires; je ferai à l'égard des épingles une seule remarque, c'est que je les emploie très fines, et que celles qu'on les trouve chez la plupart des fabricans d'instrumens de chirurgie, elles sont trop longues relativement à leur ténuité; bien que les tissus qui doivent être transpercés offrent une résistance modérée, celle-ci est cependant assez grande pour que des épingles longues et minces fléchissent, ce qui augmente la difficulté et probablement aussi la douleur de cette partie de l'opération; il me paraît donc convenable d'en faire diminuer la longueur avant de s'en servir.

Je n'ai pas eu recours au procédé conseillé par M. Clémot de Rochefort, et que notre collègue M. Roux a quelquefois employé, mais de la connaissance duquel le public médical est réellement redevable à M. Malgaigne. Ce procédé, dont le but est surtout de reconstituer le lobule médian de la lèvre supérieure, ne m'a pas paru nécessaire aux cas dont j'ai entretenu l'Académie, et j'ai craint d'ailleurs qu'il ne compliquât une opération dont le succès me semble dépendre en grande partie de l'absence de toute perte de sang un peu abondante ainsi que de la simplicité et de la rapidité de l'exécution. Dans aucun des cas que je viens de citer, je n'ai ajouté un bandage unissant à la suture. En cela j'ai suivi l'exemple de mon père, qui n'y avait jamais recours, ni chez les enfans, ni chez les adultes. Je n'ai pas non plus substitué à ce bandage le procédé de M. Bonfils de Nancy, qui consiste à faire exercer sur la joue des petits malades par une personne placée auprès d'eux, une compression analogue à celle qu'exerce le bandage unissant. Je pense que la précaution indiquée par M. Bonfils est superflue et qu'elle peut être une cause de gêne et d'agitation pour le petit opéré, et que le bandage unissant qui a le même inconvénient a de plus celui de se déplacer presque inévitablement par les mouvemens que sa présence provoque chez l'enfant, et qu'alors il devient nuisible au lieu d'être utile.

La douleur produite par l'opération a été vivement exprimée, c'est-à-dire par des cris énergiques; il est juste de faire remarquer que les cris qui attestaient une souffrance très réelle n'ont pas été cependant plus violens qu'ils ne le sont bien souvent chez les petits enfans, pour une souffrance beaucoup moindre et même pour une simple importunité. Vous voyez, messieurs, que je n'ai pas l'intention de contester la réalité et même la vivacité de la douleur qui a dû résulter de l'opération chez les jeunes sujets dont je vous ai entretenus; qu'il me soit permis de dire cependant que chez eux elle n'a pas dû se compliquer de tout ce que l'intelligence y ajoute à un âge plus avancé; ainsi, il est bien probable qu'ils ont eu à peine la conscience de la douleur, et il est certain qu'ils n'en ont pas conservé le souvenir et n'en ont pas eu la prévision; cette circonstance n'est pas un des moindres avantages de l'opération pratiquée de bonne heure, et je la signalerai encore dans un instant à l'occasion de quelques soins consécutifs. D'une autre part je crois pouvoir dire que la sensation de la douleur s'éteint assez rapidement chez ces petits enfans; chez tous, en effet, le sommeil a suivi de très près l'opération; deux même d'entre eux se sont endormis aussitôt après l'application de la dernière épingle, et le premier tour du fil qui y appartenait; le reste du pansement s'est fait pendant ce sommeil, et ils ont été transportés de la table d'opération dans leur berceau sans qu'il ait été interrompu.

L'hémorrhagie inséparable de la section des tissus a été très légère chez tous les petits opérés; j'en excepterai un toutefois, chez lequel elle a produit un peu de décoloration sans affaiblissement notable. Chez deux de ces enfans le sang a pénétré dans la bouche malgré mes précautions, et de la bouche dans l'estomac; le bruit d'un petit effort de déglutition m'en a averti. Chez l'un d'eux, le sang a été vomi une demi-heure après l'opération; chez l'autre il a passé dans le canal digestif, et il a été rejeté par les selles le lendemain. Cet accident n'a produit ni les efforts ni les coliques représentés par quelques chirurgiens comme une des circonstances qui sont capables de compromettre le succès de l'opération. Chez tous ces enfans, les pansemens ultérieurs ont été très faciles.

M. A. Bérard : M. Dubois voudrait-il bien dire de quels pansemens il veut parler?

M. P. Dubois : C'est ce que j'allais faire. Chez tous ces enfans, j'ai déplacé les premiers fils, vingt, et le plus souvent vingt-quatre heures après l'opération, et leur en ai substitué d'autres moins serrés que les premiers. J'ai renouvelé ce pansement chaque jour jusqu'au retrait des épingles en dimi-

nuant de plus en plus la constriction. J'étais secondé alors par un aide qui maintenait la tête de l'enfant et qui comprimait modérément les joues lorsque l'enfant se disposait à crier. Ce pansement a, en effet, provoqué les plaintes de quelques-uns, mais pour les faire cesser il suffisait presque toujours de suspendre un instant la traction exercée sur les fils pour les enlever, sauf à la reprendre ensuite. Cette opération s'est faite d'ailleurs plusieurs fois pendant le sommeil des enfans et presque sans qu'il fût interrompu, lorsque surtout les parens prévenus de l'heure de mon arrivée avaient eu la précaution, que je leur recommandais, d'humecter préalablement les fils avec un peu de lait tiède. Ce liquide était préféré parce que s'il pénétrait en partie dans la bouche, ce qui était à peu près inévitable, il pouvait être avalé sans inconvénient.

Les épingles supérieures ont été en général retirées après la soixante-douzième heure, et l'inférieure de la quatre-vingtième à la quatre-vingt-seizième heure. Les différences à cet égard ont dépendu du degré de solidité que je croyais à la cicatrice. L'Académie remarquera sans doute que le retrait des épingles n'a pas eu lieu plus tôt dans ces cas qu'il n'a lieu chez des sujets plus âgés; mais elle remarquera aussi que le relâchement graduel des ligatures atténue les inconvéniens d'un séjour prolongé des épingles, et que, d'une autre part, la présence de celle-ci offre une utile garantie en l'absence de tout moyen contentif auxiliaire.

Après le retrait des épingles, je n'ai qu'une seule fois appliqué une bande étroite de taffetas d'Angleterre, qui a été retirée quelques heures après et qui, je pense, n'était pas bien nécessaire; j'y ai eu recours parce que, par exception, j'avais retiré toutes les épingles à la fois vers la soixante-douzième heure; c'est le cas du plus jeune des trois enfans que j'ai présentés, chez lequel l'opération a été pratiquée il y a cinq jours révolus maintenant, et les épingles retirées seulement depuis quarante-huit heures.

Chez tous les enfans, la réunion des bords de la plaie a été prompte et solide; chez aucun d'eux les tissus n'ont été coupés par les aiguilles ou les ligatures, et j'insiste sur cette circonstance parce qu'elle me paraît démentir une objection élevée depuis longtemps par un grand nombre de chirurgiens et reproduite de nos jours par Dupuytren, à savoir que chez les enfans très jeunes les tissus ont une mollesse qui nuit à l'adhésion et les rend d'ailleurs trop sécables par les aiguilles ou les fils. Cette objection exprimée par des hommes éminens mérite d'autant mieux d'être sérieusement examinée qu'elle repose sur un raisonnement dont les prémisses sont vraies, mais dont les conséquences sont inexactes. Il est vrai en effet que les tissus ont une mollesse remarquable chez les enfans nouveau-nés; mais cette mollesse dépend, ainsi que l'a fait remarquer Busch, avec beaucoup de raison, de leur extrême vascularité, et celle-ci, bien loin d'avoir les fâcheux effets qu'on lui a prêtés, est au contraire une des conditions les plus favorables à une prompte réunion. Quant à la sécabilité, elle n'est pas moins réelle; non pas qu'à mon sens elle consiste, comme on pourrait le croire, en ce que les tissus peuvent se déchirer facilement à l'instant même où la constriction nécessaire à leur rapprochement est exercée; mais elle est très réelle dans ce sens que le procédé ulcératif par lequel les corps étrangers introduits dans les tissus en sont éliminés se produit chez les jeunes enfans avec une rapidité extrême, et qu'il peut être rendu plus rapide encore par la compression des parties comprises dans la ligature. Or les effets de cette sécabilité sont très facilement atténués et même prévenus par la promptitude de l'adhésion qui permet, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, de changer les fils vingt-quatre heures après l'opération et de leur en substituer d'autres moins serrés.

Chez aucun de mes jeunes opérés, l'alimention n'a été suspendue après l'opération; tous ont été nourris par des procédés qui exigeaient des efforts de succion, deux d'entre eux l'ont été par l'allaitement artificiel à l'aide du biberon, et les autres par l'allaitement naturel; l'un d'eux n'a cessé de prendre le sein de sa nourrice que pendant le temps de l'opération même et le sommeil qui l'a suivi; les autres n'ont été séparés de la leur que pendant la première journée durant laquelle on les a nourris au biberon. Je suis heureux de pouvoir rappeler à cette occasion que dans les deux circonstances où mon père fit l'opération sur deux enfans un peu moins jeunes que ceux qui ont été les sujets de ma communication, l'allaitement naturel ne fut pas non plus suspendu. L'Académie me permettra de m'arrêter un instant sur les conséquences de ces faits.

Parmi les difficultés qu'on a considérées comme inséparables de l'opération pratiquée chez les enfans très jeunes, celles que l'on a supposé dépendre des efforts de succion soit spontanés et résultant d'une impulsion purement instinctive du nouveau-né, soit sollicités par l'introduction d'un mamelon artificiel ou naturel dans sa bouche, il n'en est presque aucune qui ait frappé davantage l'attention et excité à un plus haut degré l'appréhension de la plupart des chirurgiens. Je ferai de plus observer que les partisans même de l'opération ont accepté presque tous ces difficultés comme réelles. Les premiers s'en sont autorisés pour la proscrire, les seconds se sont appliqués à leur opposer des précautions exagérées, par exemple une alimentation restreinte à l'introduction de quelques gouttes de lait dans la bouche des petits malades, ou même un jeûne prolongé pendant quelques jours.

Les faits que je viens d'exposer prouveront, je l'espère, que les craintes des adversaires et des partisans de l'opération du bec-de-lièvre chez les enfans très jeunes sont exagérées et qu'elles ne justifient pas plus les objections des uns, que les précautions excessives des autres; qu'il me soit permis d'ailleurs d'ajouter que ces précautions elles-mêmes seraient plus fâcheuses que les prétendus dangers qu'elles sont destinées à prévenir. Je ne crois pas que la diète pendant deux ou trois jours pût produire, ainsi qu'on l'a prétendu, l'amaigrissement rapide et consécutivement le relâchement des sutures, mais je suis certain qu'elle est difficilement supportée par les jeunes enfans et qu'elle provoque chez eux de l'agitation et les cris prolongés qu'on a redoutés autant que les efforts de succion. Il en a été ainsi pour les enfans que l'on a séparés de leur nourrice pendant un jour à peu près, et ils sont rentrés dans des conditions tout à fait rassurantes dès que le sein de leur nourrice leur a été rendu. L'un de ces enfans est l'aîné des trois que j'ai présentés.

Un seul des jeunes sujets dont j'ai entretenu l'Académie a poussé des cris violens et prolongés pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération; j'y reviendrai dans un instant; chez les autres, ces cris ont été rares et courts; le sommeil est l'état à peu près habituel des enfans dans les premiers jours de la vie. Il ne s'interrompt guère que pour la satisfaction de leurs besoins et à l'occasion de quelque souffrance légère ou vive, ou de quelque importunité. Il a été évident que l'opération chez ceux qui l'ont subie n'a presque rien changé à cette heureuse condition qui a dû en favoriser les résultats. J'ai dit qu'un seul de ces enfans avait fait exception, c'est le second, eu égard à l'âge, de ceux que j'ai présentés; ses cris provoqués sans doute par une alimentation artificielle qu'il supportait péniblement, ont été violens et prolongés quelquefois pendant deux et trois heures; cette circonstance qui m'a vivement inquiété pour le résultat de l'opération et m'a fait regretter un instant de l'avoir tentée, n'a eu cependant aucune influence fâcheuse; loin de là, vous avez pu remarquer que des trois enfans que je vous ai présentés, c'est celui chez lequel la cicatrice est si peu apparente qu'il faut quelque attention pour la découvrir; bien que le retrait des épingles date aujourd'hui de quinze jours seulement. Ainsi, il résulte de ces faits que les cris des jeunes enfans opérés du bec-de-lièvre sont moins fréquens qu'on ne l'a dit que et même ils peuvent être violens et prolongés sans compromettre le succès de l'opération, si les bords de la plaie sont convenablement maintenus en contact.

On a prétendu que l'opération pratiquée chez les enfans très jeunes laissait après elle des traces aussi apparentes et aussi persistantes que celles d'une opération pratiquée à un âge plus avancé; je ne crois pas exagérer l'importance des faits que j'ai rapportés et de ceux dont vous avez été témoins en disant que cette assertion me paraît contraire à la vérité, et si l'Académie avait pu suivre depuis le moment de l'opération jusqu'à ce jour les deux premiers des trois jeunes sujets que je lui ai présentés et observer les modifications rapides que les traces de l'opération ont subies, elle partagerait, j'en suis convaincu, mon opinion à cet égard.

J'examinerai enfin une dernière objection que Dupuytren exprimait dans ses leçons orales, c'est qu'en opérant des enfans très jeunes on augmente les chances de mortalité qui pèsent déjà sur cette première période de la vie; je ne veux nullement me dissimuler l'importance et la gravité de cette objection, je veux faire remarquer seulement qu'aucun des enfans dont j'ai entretenu l'Académie n'a éprouvé, en conséquence de l'opération, un trouble notable dans sa santé; un peu de chaleur à la peau et une légère accélération du pouls ont été les seules modifications appréciables. Beaucoup d'opérations analogues aux miennes ont été pratiquées, et en particulier, par M. Bonfils (de Nancy), et je ne pense pas que l'innocuité de l'opération, dans ces cas, ait été moins évidente que dans les miens; j'accorde toutefois que cette réflexion de Dupuytren doit être prise en considération, et je ferai même à cet égard une observation qui ne doit pas être négligée: c'est que les chances de mortalité sont plus grandes peut-être pour les enfans affectés de la difformité qui nous occupe; on sait, en effet, qu'elle se complique assez souvent de quelques autres imperfections apparentes, et on comprendra qu'il n'est pas impossible qu'elle se complique d'imperfections cachées qui seraient incompatibles avec le maintien de la vie. Assurément, les conséquences fâcheuses de ces dernières ne seraient pas accrues par l'opération; mais dans la prévision de leur existence possible, il conviendrait, à mon avis, de faire quelques réserves; et pour en revenir au véritable sens de l'objection de Dupuytren, je pense qu'il sera prudent de leur faire une concession très légitime, et pour cela de s'abstenir de l'opération pendant les premiers jours de la vie, chez les enfans délicats, chez ceux qui sont nés avant leur terme régulier, et de la différer également aux époques où des affections graves, l'érysipèle surtout, si funeste aux très jeunes enfans, complique les opérations chez les adultes.

Si j'ajoute aux considérations que j'ai exposées que l'opération du bec-de-lièvre chez les jeunes enfans est très facile, que les soins consécutifs le sont également, que la réunion des bords de la plaie est ordinairement rapide et sûre, que selon toute apparence les traces en seront moins visibles que quand elle est faite à un âge plus avancé; que l'éducation des enfans en sera rendue plus facile, que l'écartement des os dans les cas où il existerait s'effacera plus promptement, je crois que j'aurai donné des motifs bien suffisans pour justifier l'opération du bec-de-lièvre dans les premiers jours qui suivent la naissance. Et cependant je ne puis m'empêcher d'y joindre encore une autre considération qui ne me semble pas avoir frappé les hommes de l'art qui se sont occupés de cette grave question. C'est un grand malheur, Messieurs, pour une famille qui occupe par ses lumières ou par sa fortune une certaine position sociale que la naissance d'un enfant dont la difformité est aussi apparente et aussi choquante que l'est celle d'un bec-de-lièvre; c'est un chagrin profond et incessant pour une mère, chagrin que ravivent à chaque instant le spectacle du mal, et la comparaison cruelle que présente à l'esprit la vue d'un autre enfant. Si l'opération pratiquée de bonne heure peut changer cette situation pénible d'esprit et de cœur en une situation plus heureuse, je crois que c'est un bienfait réel qu'elle ajoute à celui qui est personnel à l'enfant.

On sera surpris sans doute de voir que dans un aussi court espace de temps, j'aie eu l'occasion d'opérer trois enfans affectés de bec-de lièvre. C'est en effet une coïncidence singulière dont je puis citer un exemple récent et plus remarquable encore. Depuis le 11 de ce mois de mai jusqu'au 19 nous avons observé à la clinique où le nombre des accouchemens est de 90 à 100 dans l'espace d'un mois entier, un cas de bec-de-lièvre, trois cas de pied-bot, un cas d'absence presque complète de la main, et un cas de doigt surnuméraire.

M. Husson: M. Dubois n'a-t-il pas dit qu'il expliquerait la fréquence du bec-de-lièvre du côté gauche?

M. Dubois : Non, je n'ai pas prétendu expliquer ce phénomène. Je m'étais seulement proposé de signaler à l'Académie la fréquence du bec-de-lièvre à gauche à l'occasion des faits dont je lui ai donné connaissance, et c'est une remarque que notre collègue, M. Roux, aura probablement faite comme moi et beaucoup d'autres.

M. Roux : J'ai eu occasion d'observer un grand nombre de becs-de-lièvre, et je l'ai vu dix fois sur douze au moins à gauche. Cette circonstance, du reste, n'est pas exclusivement particulière au bec-de-lièvre; toutes les difformités, en général, affectent beaucoup plus souvent le côté gauche que le côté droit, ce que l'on pourrait expliquer peut-être par la faiblesse relative plus grande de ce côté.

La question soulevée par M. P. Dubois ne concerne pas seulement le bec-de-lièvre simple elle s'applique également au bec-de-lièvre double. Aussi, je regrette qu'il n'ait cru devoir considérer cette question que sous ce point de vue seulement. Autrefois, j'étais opposé à l'opération pratiquée immédiatement après la naissance. Depuis quinze à vingt ans environ mes idées se sont modifiées à cet égard et cela parce qu'ayant été contraint dans plusieurs circonstances d'opérer de bonne heure, ce que je ne faisais toujours dans le principe qu'avec une certaine appréhension, je ne tardai pas à reconnaître que les résultats n'étaient pas aussi défavorables que je me l'étais imaginé d'abord. Dans le cours de l'année dernière j'ai eu occasion de pratiquer dix opérations de bec-de-lièvre, et par une circonstance toute fortuite fort singulière, ces dix cas ont présenté toutes les nuances possibles d'âge, de degré et de complication. (Ici, M. Roux se livre à une analyse détaillée de ces faits, et il en résulte que si l'opération faite immédiatement après la naissance n'a pas toujours les inconvéniens qu'on lui a reprochés, celle qui est pratiquée plusieurs mois et même plusieurs années après la naissance n'est pas exempte non plus de dangers; il rapporte plusieurs exemples à l'appui.)

La détermination de l'époque où il convient d'opérer ne dépend pas d'ailleurs exclusivement du plus ou moins de danger que présente l'opération. Il faut avant tout examiner le but qu'on se propose en pratiquant cette opération. Or bien que le but principal soit de faire disparaître une difformité, il n'y a pas que la difformité seulement à prendre en considération. On envisage habituellement cette question d'une manière trop générale, on ne tient pas assez de compte des différentes formes particulières; les faits ne se présentent pas d'une manière assez uniforme pour se prêter ainsi à des considérations communes. Je crois qu'il faut discuter chacune des formes en particulier. Quelle différence n'y a-t-il pas, par exemple, entre le bec-de-lièvre double ou compliqué qui s'oppose à la succion et le bec-de-lièvre simple qui n'y apporte aucun obstacle! Si le premier rend l'opération urgente, rien au contraire n'oblige à hâter le moment de l'opération pour le second.

Relativement à l'impression pénible que cette difformité produit sur la famille, ce qu'a dit M. Dubois est parfaitement exact; mais ce ne serait pas encore un motif suffisant pour déterminer à opérer de suite si l'on reconnaissait quelque inconvénient. On peut convaincre aisément les familles à cet égard.

En résumé, je ne vois pas qu'il y ait un très grand avantage à opérer de suite, et, d'autre part, il n'y a pas d'inconvénient à ajourner l'opération lorsque la difformité n'apporte aucun obstacle à l'alimentation. Je le répète, d'ailleurs, le bec-de-lièvre présente des formes très variées, et on ne saurait appliquer de règles générales à tous les cas.

M. P. Dubois : Je remercie notre honorable collègue de m'avoir fourni l'occasion de réparer une omission que j'ai volontairement commise, dans la crainte de fatiguer l'attention de l'Académie; j'avais eu en effet l'intention de m'expliquer au sujet du bec-de-lièvre compliqué, considéré relativement à l'opération chez les jeunes enfans; j'y ai renoncé toutefois, d'abord par le motif que je viens de donner, et ensuite parce qu'il m'a semblé qu'il était à peu près impossible de ne pas juger par la nature même des cas dont j'ai entretenu l'Académie, et que je lui ai présentés, et par les développemens que j'ai donnés à cette communication, que je n'admettais la convenance de l'opération chez les enfans nouveau-nés que dans les cas simples. J'ai eu le soin de dire que je regardais la rapidité de l'exécution et l'absence de toute hémorrhagie un peu abondantes comme des conditions nécessaires au succès, et j'ai ajouté même qu'afin de ne pas compromettre ces conditions, et par un autre motif encore je n'avais pas cru devoir appliquer le procédé de M. Malgaigne qui ajouterait certainement moins aux difficultés et au danger de l'opération que les complications dont notre honorable collègue a parlé. A l'occasion de ces dangers possibles, M. Roux a cité un cas dans lequel l'hémorrhagie consécutive a été mortelle, et un autre dans lequel elle a failli l'être; je suis loin de contester la possibilité d'un tel malheur entre les mains même les plus habiles; mais je veux faire à cet égard une remarque; je ne connais qu'un moyen sûr, efficace pour prévenir toute hémorrhagie après l'opération du bec-de-lièvre, c'est de mettre régulièrement en contact dans toute leur étendue les surfaces saignantes, et de ne faire d'autre plaie, chez les jeunes enfans surtout, que celle qui résulte de l'avivement des bords de la division labiale, parce qu'il est certain que leur coaptation bien faite préviendra toute hémorrhagie; aussi je ne détache jamais des gencives la portion des lèvres qui est la plus voisine de l'angle supérieur de la plaie, comme on le fait souvent afin d'en rendre le rapprochement réciproque plus facile, cela ne m'a été nécessaire dans aucun des cas dont j'ai entretenu l'Académie; la souplesse naturelle des tissus y a suppléé. La surface saignante qui serait résultée de ce détachement, imparfaitement appliqué peut-être sur le bord alvéolaire, pourrait devenir dans quelques cas la source d'une hémorrhagie que l'extrême vascularité des parties rend très facile, et qui serait d'autant plus grave chez les enfans très jeunes qu'elle n'apparaîtrait dans beaucoup de cas que quand il serait trop tard pour y remédier. Il n'est pas impossible qu'une cause de ce genre ait provoqué les hémorrhagies graves que notre honorable collègue a citées.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

DU TRAITEMENT DES FAUSSES ANKYLOSES ET DE LA CONTRACTURE DES MEMBRES PAR LA COMPRESSION, AIDÉE DE L'EXTENSION, SANS L'EMPLOI DE LA TÉNOTOMIE, AVEC QUELQUES RÉFLEXIONS SUR CE DERNIER MODE OPÉRATOIRE; par M. Dancel. Un vol. in-8° de XIII-76 pages. — Paris, 1843, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Deux parties essentiellement différentes composent cet opuscule; et, dans l'intérêt de la science comme dans celui de l'auteur, il importe qu'on les distingue bien entre elles. Autant qu'il nous est possible d'en juger, M. Dancel n'a été amené à écrire sur cette question que par occasion, et à propos d'un fait très remarquable observé dans sa pratique. Nous allons donc rapporter d'abord avec détails ce cas, véritablement intéressant, pour analyser et discuter ensuite les réflexions qu'il a suggérées à l'auteur sur la thérapeutique générale des difformités.

Obs. — Henriette Cannevin, âgée de 24 ans, ouvrière, demeurant à Valognes, fut saignée du bras droit vers le milieu du mois de mars 1841. Une tumeur se développa aussitôt à cette saignée et acquit dès le lendemain le volume d'un gros œuf de poule, faisant éprouver de vives douleurs. Après six semaines de l'usage des émolliens, elle s'abcéda et fournit une assez grande quantité de pus. L'ouverture se cicatrisa en vingt-cinq jours; néanmoins, il restait toujours une douleur dans le lieu de la saignée. Le mouvement était perdu dans l'articulation du coude qui demeurait fixée à angle aigu. Malgré des vésicatoires volans et quelques linimens, le mal empira; les doigts se fléchirent, la main tirée fortement dans le sens de l'adduction se mit à angle permanent avec l'avant-bras. La malade souffrait horriblement des douleurs que lui causaient les ongles des doigts fermés, en lui entrant dans les chairs de la main. Une cheville tournée, n'ayant que 2 centimètres et demi de diamètre à sa grosse extrémité, fut introduite avec beaucoup de peine dans la main pour s'opposer aux effets de cette flexion exagérée; mais elle devint une nouvelle cause de douleurs, et ne put être supportée que huit jours, au bout desquels on dut la remplacer par une compresse doublée.

On essaya alors les douches et les bains de sang de bœuf. Deux fois par jour, une personne très forte cherchait à redresser les doigts; mais jamais on ne put arriver par ce moyen à mettre les ongles à découvert pour les couper. Toutes les semaines, deux hommes vigoureux tentaient de faire cesser l'ankylose du coude: pour cela la malade était assise sur une chaise solide, et l'un d'eux, placé derrière elle, la saisissait par le corps et la tenait dans cette position pendant que l'autre tirait sur l'avant-bras pour le redresser. Cette opération qui arrachait des cris ne pouvait être supportée que quelques minutes; quoique continuée pendant près de trois mois, elle n'agrandit jamais l'angle de l'ankylose.

A cette époque, trois mois après la saignée, on conseilla à la malade de se faire couper les tendons des muscles rétractés; mais les médecins n'ayant pas été d'accord sur l'opportunité de cette section, la malade s'adressa à M. Dancel. Celui-ci observa, outre les phénomènes déjà indiqués, que l'épaule droite était de 3 centimètres plus basse que l'autre. Le coude, la main et les doigts offraient toujours le même état. Les muscles qui s'attachaient d'une part à l'humérus et de l'autre au scapulum, ainsi que ceux du bras et de l'avant-bras, étaient plus durs que dans l'état normal; en les palpant, on les trouvait comme tendus. Le tendon du biceps brachial et ceux des muscles fléchisseurs de la main et des doigts étaient saillans sous la peau d'une manière morbide. M. Dancel chercha à redresser le petit doigt; mais ce fut inutilement; la malade lui dit qu'il le romprait plutôt que d'y parvenir, que les garçons de la boucherie où elle allait prendre des bains de sang de bœuf avaient déja déployé pour cela plus de forces qu'il ne pourrait le faire. Alors avec une bande de forte toile, il entoura l'avant et le bras en serrant fortement; au bout de quelques instans, il recommença ses tentatives de redressement, et parvint, au grand étonnement de la malade, à relever les doigts, les uns après les autres, assez pour placer entre eux et le fond de la main un tampon de l'épaisseur de 2 centimètres environ. Le bandage compressif fut enlevé et réappliqué de suite, en y comprenant cette fois la main.

Le lendemain, 9 juin, la malade avait peu dormi, elle avait ressenti toute la nuit dans la main et l'avant-bras des douleurs qui l'avaient agacée. L'angle formé par la main sur l'avant-bras dans le sens de l'adduction était un peu plus obtus. Le pouce, qui présentait la veille une flexion insurmontable de la deuxième phalange sur la première, était droit; on pouvait sans beaucoup d'efforts l'éloigner de l'indicateur sur lequel il avait d'abord paru comme collé. Le chirurgien put relever les uns après les autres tous les doigts et placer entre eux et la paume de la main un tampon du double plus épais. Compression renouvelée et laissée en place.

Le lendemain 10, après une nuit encore troublée par la douleur, la main qu'on n'avait pu jusque-là mettre en supination s'y laissa tourner assez facilement; on parvint aussi à redresser les doigts presque entièrement. Une attelle fut ensuite placée sur la face antérieure de l'avant-bras préalablement serré avec une bande, et maintenu au moyen d'un second bandage roulé.

Au bout de trois jours d'application continue de cet appareil, la main était dans une position naturelle sur l'avant-bras. Le 16 juin, la malade, qui n'avait encore pu faire exécuter à ses doigts aucun mouvement volontaire, les fléchit et les étend un peu lorsqu'ils sont entourés chacun d'une petite bande; mais si on

ôte le bandage, les doigts se fléchissent de nouveau d'eux-mêmes, en occasionant de vives douleurs dans le fond de la main et dans toute la région antérieure de l'avant-bras jusqu'à la saignée. L'ankylose du coude est aujourd'hui à angle obtus. Les mouvemens de l'épaule sont plus libres. On renouvelle le bandage roulé qu'on maintient appliqué huit jours, en le replaçant chaque matin.

Le 24 juin, on constate l'état suivant : la malade ayant les doigts, la main et l'avant-bras débarrassés de leurs liens peut, avec le pouce et l'indicateur, saisir, tenir quelque temps, puis lâcher à volonté un morceau de linge. L'épaule dont les mouvemens sont devenus libres est à la même hauteur que l'autre. L'avant-bras s'étend bien sur le bras. Le tendon du biceps qui faisait une forte saillie sous la peau a repris son état naturel. Bref, dès le 30 juin, cette fille, qui avait été jugée par son premier médecin atteinte d'une maladie la mettant dans l'impossibilité de gagner sa vie, recommença à se servir de sa main droite pour travailler et reprit son métier de couturière et de blanchisseuse.

Le 28 mai 1843 (deux ans après sa guérison), celle jeune personne revint trouver à Paris M. Dancel, pour son bras et sa main, qui étaient encore une fois fléchis d'une manière permanente. Depuis six semaines, et à la suite d'un travail forcé, puis de douleurs assez vives dans son membre supérieur droit, celui-ci s'était contracté en moins de vingt-quatre heures. On n'avait pu le lui redresser et elle venait dans l'espérance que M. Dancel parviendrait encore à la guérir une seconde fois. Celui-ci lui ayant conseillé d'entrer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blandin, ce professeur autorisa l'auteur à employer le traitement qui lui avait déjà réussi. Les muscles qui vont de l'humérus au scapulum et au tronc étaient frappés de contraction spasmodique, de sorte que les mouvemens de l'épaule étaient excessivement bornés et très difficiles; tendon du biceps saillant; ce muscle et ceux du bras et de l'avant-bras durs au toucher; mouvement perdu dans le coude, qui était fléchi à angle droit. La main était fermée et la pulpe des doigts appuyait fortement sur la paume de la main. Le lendemain de son entrée, M. Dancel put, après avoir placé sur l'avant-bras et le bras une bande fortement serrée, redresser successivement tous les doigts fléchis. On fit alors succéder à cette compression énergique destinée à paralyser momentanément la puissance musculaire, un bandage un peu moins étroitement appliqué. Le traitement et l'opération offrirent les mêmes phases que la première fois; et après six jours passés à l'hôpital, la jeune personne sortit, ayant recouvré l'usage ordinaire de son membre supérieur droit. Depuis sa sortie, elle a pu reprendre ses travaux de couture.

La quatrième observation est celle d'un sommelier guéri par M. J. Guérin, au moyen de la compression, d'une contracture de nature rhumatismale des muscles fléchisseurs des trois derniers doigts. Nous n'avons guère pu comprendre à quel titre ce fait a trouvé place ici. M. Dancel penserait-il que là où M. J. Guérin a jugé la compression suffisante, d'autres chirurgiens auraient pratiqué la ténotomie ? à ce seul point de vue, ce cas aurait quelque importance; mais tout flatteur qu'est pour M. J. Guérin cet hommage rendu à la modération de sa pratique, ce médecin ne saurait s'en prévaloir, car il est plus que douteux que ceux aux dépens desquels il lui est ici offert eussent, comme l'auteur le veut faire supposer, agi de manière à le légitimer.

Nous passons sur la cinquième observation, qui ne prouve rien pour la compression, puisque la compression n'y a pas même été essayée. La sixième est un exemple d'ankylose du genou à angle droit, suite de tumeur blanche, guérie par l'emploi d'une machine opérant graduellement l'extension du membre. Evidemment la compression qui n'a point été appliquée, ne peut être ici en cause.

Dans l'observation septième, il existait une ankylose à angle droit du genou, survenue vingt-cinq ans auparavant à la suite d'une entorse de cette jointure, pendant le traitement de laquelle le membre avait été tenu demi-fléchi. M. Dancel obtint une amélioration assez marquée de l'extension précédée par la compression du pied, de la jambe et de la cuisse, au moyen d'un bandage roulé. Le membre s'allongea un peu sous l'influence de ce traitement. L'auteur ajoute : « J'examinai attentivement les muscles du membre fléchi; ils me parurent dans le même état que ceux du membre opposé. » Mais, s'il en était ainsi, que prouve le fait contre la ténotomie ? Et quel coupeur de tendons eût donc songé à proposer cette opération pour des muscles jouissant de toutes leurs propriétés normales.

L'observation huitième est l'histoire d'une contracture de nature rhumatismale des muscles anti-brachiaux où la compression n'a été appliquée que quelques instans. Nous ne voulons donc pas attacher à ce fait, en le discutant ici, plus d'importance que l'auteur n'a sans doute voulu lui en donner lui-même.

De l'analyse de toutes ces observations, il résulte évidemment que le but que M. Dancel s'était proposé dans la présente publication n'a été atteint que dans une moitié seulement de son programme. En rapportant de nouveaux exemples du succès qu'obtient la compression méthodiquement appliquée aux contractures musculaires, il a rendu un service à l'art et enrichi de documens très précieux l'histoire de cette maladie. Mais là se borne l'utilité de ses efforts; et ce n'est qu'en le supposant absolument dépourvu de renseignemens exacts sur les indications de la ténotomie, qu'on peut s'expliquer comment il a pensé discréditer celle-ci en racontant les succès de la compression. C'est par une illusion de même nature sans doute, qu'après avoir ainsi voulu attaquer la ténotomie sous le rapport de *son efficacité*, il a cru devoir contester la *sûreté de son emploi*. « Cette opération, dit-il, est loin d'être sans dangers, comme on est généralement porté à le croire. La mort en a été la suite plusieurs fois à ma connaissance. D'après un relevé publié récemment d'un certain nombre de personnes traitées par ce moyen orthopédique (relevé de M. J. Guérin), il en résulte une mortalité qui doit faire apporter plus de réserve dans son emploi, et en faire rechercher un autre moins dangereux. »

Aucun chirurgien éclairé, nous le savons, ne s'arrêtera à ces accusations. En défiant publiquement ses adversaires de fournir un seul exemple de mort *causée par* la ténotomie sous-cutanée telle qu'il la pratique, M. J. Guérin les a depuis longtemps réduites à néant. Si nous les relevons ici, ce n'est donc point pour les réfuter. Nous avons seulement voulu, par ce nouvel exemple d'un mensonge ingénument cru et consciencieusement répété, montrer les graves conséquences de la mauvaise foi dans les débats scientifiques. Ce n'est pas à M. Dancel que s'adressent nos remarques; c'est à ceux dans les écrits desquels il a pris ses convictions, que nous voulons croire sincères. On calomnie un homme pour l'abattre; mais souvent l'arme manque on dépasse le but, et va frapper la science au lieu d'atteindre le savant. « La haine est une dangereuse théorie, » disait M. J. Guérin à une autre époque. Il aurait pu ajouter que c'est aussi une théorie meurtrière, puisque pour se satisfaire elle ne craint pas de sacrifier les intérêts de l'humanité en compromettant, par des allégations sciemment controuvées, un remède aussi réellement précieux que la méthode sous-cutanée avec ses innombrables applications.

Nous le répétons à dessein, ce fait a une importance incontestable. Mais autant il nous semble démonstratif et probant en faveur de la compression appliquée au traitement des maladies de cette espèce, autant nous le déclarerions dépourvu de valeur, si l'on voulait en faire un argument contre l'utilité de la ténotomie. Pour comparer deux méthodes thérapeutiques, il faut choisir des cas où l'une et l'autre soient rationnellement indiquées de l'aveu de leurs partisans. Sans cette précaution, quelles lumières espérer d'un parallèle institué dans des conditions de dissemblance telles que le résultat, prévu d'avance, de la lutte, demeurerait sans signification possible ? Or ce programme a-t-il été exécuté par l'auteur? En d'autres termes, le cas que nous venons de rapporter est-il un de ceux où la ténotomie eût été jugée indiquée ? Evidemment non. L'époque récente d'invasion du mal, la contraction continuelle des muscles caractérisée par la pression douloureuse des ongles contre la paume de la main, les souffrances que causaient les efforts d'extension, tout jusqu'au retour presque subit de l'affection après une première guérison dénotait ici une *contracture* et non pas une *rétraction* musculaire. Or, quel chirurgien proposerait aujourd'hui de couper les tendons pour remédier à une contracture aiguë ? et en quoi ce fait peut-il concourir à prouver que, comme l'avance M. Dancel, « la compression aidée de l'extension peut souvent, dans la rétraction des membres, remplacer la ténotomie? »

Cette observation n'est pas la seule que l'auteur apporte à l'appui de sa thèse; mais les autres, moins probantes encore que celle-ci, ne méritent pas même un examen aussi détaillé. Ainsi, la deuxième et la troisième offrent l'exemple de deux sujets dont le membre inférieur avait été retenu dans l'immobilité depuis sept mois, et un où, par des abcès fistuleux près des malléoles, la compression aidée d'efforts extensifs mit en peu de temps fin à cet état, qui n'était autre, à nos yeux, que la rigidité suite invariable et très ordinaire du repos absolu longtemps prolongé. Cela n'empêche pas M. Dancel de conclure ainsi : « La section du tendon d'Achille n'était pas nécessaire; la compression a suffi, et je pense qu'elle suffirait dans beaucoup d'autres cas où l'on coupe les tendons ou les muscles contractés avec un empressement extraordinaire. »

H. Diday.

VARIÉTÉS.

COUR D'APPEL DE BRUXELLES. (QUATRIÈME CHAMBRE.)

L'homme de l'art qui a été appelé comme médecin dans une affaire de duel doit-il déposer comme témoin devant la justice?

Vendredi, 9 mai, a été ramenée devant la cour, sur l'appel du ministère public, l'affaire de MM. Goblet, d'Hooghvorst, Walckiers, d'Ansembourg, de Knyff et de Chasteler, prévenus de duel.

L'interrogatoire des prévenus reproduit les faits dont nous avons rendu

compte lors des débats en première instance (1). Les prévenus ne contestent pas qu'il y ait eu duel ; mais ils nient que l'un des combattans ait été blessé; ils déclarent que M. le docteur Seutin a été appelé comme médecin, que le secret lui avait été recommandé et qu'il l'avait promis.

M. le président WILLEMS presse les prévenus de questions pour savoir s'il y a eu blessure. Ils persistent à nier. Aucun d'eux ne se souvient avoir vu M. Seutin dans l'appartement au moment même du duel. Les pourparlers pour empêcher le duel, disent les témoins prévenus du duel, ont duré cinq quarts-d'heure au moins. Ils reconnaissent que M. Seutin est resté dans l'hôtel une demi-heure après leur sortie.

M. SEUTIN déclare être prêt à prêter serment, mais avec la restriction qu'il a indiquée déjà en première instance.

M. le substitut du procureur général, CORBISIER, fait observer que M. Seutin doit d'abord prêter serment, comme tout autre témoin. Ce serment ne saurait, dans aucun cas, l'obliger à révéler des faits dont il n'aurait acquis la connaissance qu'à l'occasion de l'exercice de sa profession. C'est lors de la déposition, et après le serment prêté, qu'il y aura lieu à discuter si les faits que M. Seutin veut taire sont de la catégorie de ceux auxquels peut s'appliquer l'obligation légale du secret.

M. SEUTIN : Appelé comme médecin quelque part, je ne révélerais absolument rien de ce que je pourrais y avoir vu.

M. le conseiller BLARGNIES : Je suppose, Monsieur Seutin, que vous ayez été appelé chez M. de Chasteler pour assister à un duel, — que vous y soyez arrivé à midi, — que vous ayez assisté aux pourparlers des témoins, — que vous ayez vu le combat, — le duel a lieu, — il s'en suit une blessure, on réclame vos soins comme médecin pour la panser. Là commence l'exercice de votre profession, mais là seulement. Entendez-vous ne pas révéler même ce qui a précédé les soins par vous donnés au blessé?

Le docteur SEUTIN : Dans l'hypothèse que vous me présentez, je ne révélerais absolument rien de ce que j'aurais vu dans l'hôtel de Chasteler, pas même ce qui serait étranger au duel dont vous parlez.

M. le conseiller BLARGNIES : Pourtant vous n'êtes tenu qu'aux secrets d'état. Le duel n'est pas une maladie, et vous n'êtes tenu au secret que sur les maladies dont la connaissance vous parvient en votre qualité de médecin.

Le docteur SEUTIN : Je n'admets pas cette distinction.

Sur les réquisitions conformes du ministère public, la cour rend un arrêt qui admet M. Seutin à prêter serment, avec la restriction du secret sur les faits qu'il n'aurait appris qu'à l'occasion de l'exercice de sa profession, sauf à la cour à examiner la nature des faits que M. Seutin prétendrait faire entrer dans cette catégorie.

M. LE PRÉSIDENT au témoin : Veuillez dire à la cour ce que vous savez du duel entre MM. Goblet et d'Hooghvorst et des circonstances de ce duel. Vous avez assisté à une réunion chez M. de Chasteler?

M. SEUTIN : Je me suis rendu chez M. le marquis de Chasteler, où je vais fréquemment, en ma qualité de médecin. J'ai trouvé là tous ces messieurs ; ils m'ont confié que je ne pouvais rien révéler de ce qui se passerait. J'ai répondu : « Soyez tranquille, cette recommandation est inutile ; je sais ce que je dois faire. »

Les cinq questions suivantes sont posées au témoin :

1° Avez-vous été présent à des pourparlers qui ont eu lieu pour obtenir un arrangement et prévenir le duel?

2° Vous avez été présent au duel; quelles en ont été les circonstances?

3° Avez-vous vu l'un des prévenus Goblet et d'Hooghvorst infliger une blessure à l'autre? Quelle a été cette blessure?

4° Avez-vous pansé une blessure?

5° Quels ont été la nature et les caractères de cette blessure?

M. SEUTIN déclare qu'il ne lui est pas possible de répondre à aucune de ces questions.

La cour donne acte au ministère public du refus que fait M. Seutin de répondre.

Me VERVOORT demande qu'il soit donné acte également de l'interpellation qu'il croit devoir adresser au témoin :

« Avez-vous été appelé chez M. le marquis de Chasteler comme médecin? » N'est-ce pas en qualité de médecin que vous avez eu connaissance des faits » repris dans les questions du ministère public et reçu des confidences que vous » croyez ne pouvoir révéler à la justice? »

M. SEUTIN répond affirmativement à cette interpellation.

M. le conseiller BLARGNIES : Est-ce comme médecin ou comme chirurgien que vous avez été appelé?

M. SEUTIN : Cela est indifférent; je suis l'un et l'autre.

M. le conseiller BLARGNIES : Sur quoi fondez-vous votre refus de déposer?

M. SEUTIN : Sur un principe et sur la loi.

M. le substitut CORBISIER prononce un réquisitoire que nous allons essayer de reproduire aussi exactement que possible.

Messieurs, le chef du parquet de la cour a fait interjeter appel dans cette cause par des considérations très puissantes. La première se présente à l'instant même. Le refus de déposer de M. le docteur Seutin soulève une question de principe applicable, non seulement à l'espèce spéciale du duel, mais à toute espèce de crimes, car devant le premier juge M. Seutin a dit : « Si j'étais appelé comme » médecin dans une maison où il se commît un assassinat, je croirais ne pas » devoir le révéler. »

Nous pensons que le refus du témoin ne peut être admis, qu'il y a lieu de lui enjoindre de déposer, et, pour le démontrer, il faut d'abord bien poser la question.

Il s'agit d'une enquête en matière de répression; nous questionnons dans cette enquête le médecin sur des faits passés en sa présence, dans un lieu où il a été appelé éventuellement comme médecin, mais passés à un instant où il n'exerçait pas encore son ministère. Nous le questionnons ensuite sur les blessures ou lésions qu'il aurait observées ou pansées.

La cour le remarquera, nous ne questionnons pas le témoin sur les révélations que lui aurait faites un patient confidentiellement, sous le sceau du secret. L'intérêt de la cause ne nous amène pas à discuter cette difficulté : nous cherchons, au contraire, à circonscrire le débat dans ses véritables limites, et nous soutenons que le refus de répondre aux questions posées, qui toutes portent sur des faits étrangers aux révélations qui ont pu être faites à l'homme de l'art, n'est pas légal.

C'est un principe général de notre droit que toute personne est redevable de son témoignage à la justice. Acquitter cette dette, c'est un devoir de citoyen et une obligation d'ordre public qui atteint toute personne dans ce pays, d'après l'art. 3 du Code civil, et tout Belge quelconque, quelque part qu'il se trouve. Nous n'avons pas besoin d'étayer d'autorités, devant la cour, un principe aussi certain. Le fallût-il, nous invoquerions, dans l'ancienne jurisprudence : Voet, ad Pand., DE TESTIBUS, 13; Perez, ad Codicem, HOC TIT., n° 11; parmi les modernes, surtout Rauter, TRAITÉ DU DROIT CRIMINEL, n° 688. La loi, du reste, a consacré ce principe par des textes formels : en termes généraux, d'abord, dans l'art. 80 du Code d'instruction criminelle; puis elle l'a reproduit dans les art. 153 et 157 pour les tribunaux de simple police, 189 pour les tribunaux correctionnels, 355 pour la juridiction criminelle. D'après la disposition de ce dernier article, le plus explicite de tous, le témoin qui ne comparaît pas, qui refuse, soit de prêter serment, soit de faire sa déposition, sera condamné à la peine portée par l'art. 80. Cette règle n'est écrite que pour les cours d'assises, mais la jurisprudence et la doctrine s'accordent pour la considérer comme une règle générale, applicable à toutes les juridictions.

On peut citer sur ce point, entre autres, l'opinion de Legraverend, 1, 243.

Le devoir de témoigner comporte sans doute des exceptions ; la loi a déterminé les principales d'entre elles, dans les art. 156 et 322 du Code d'instruction criminelle. Toutes, on le remarquera avec Rauter, n° 689, toutes sont dictées par l'intérêt de la société, par l'intérêt d'une bonne administration de la justice, et jamais par des considérations d'intérêt privé.

Mais ces exceptions à un devoir social, à une loi de police et de sûreté, comme du reste toutes les exceptions, surtout en matière pénale, sont de stricte interprétation. Le devoir est imposé par la loi, la loi seule aussi peut dispenser de l'accomplir. Encore une fois, sur ce point, accord complet des jurisconsultes de tous les temps : Tulden, qui écrivait en Belgique, disait à ce sujet : *Compellantur omnes qui non prohibentur vel excusantur : quia testimonii dictio vel ut publicum munus est.* La cour de Bruxelles, siégeant en cassation, adhérait à cette doctrine dans son arrêt du 20 juin 1827. (JURISPRUDENCE DU XIXe SIÈCLE, 1828, 3, 181.)

Or, Messieurs, trouve-t-on dans une disposition des Codes la justification du refus de déposer en justice répressive fait par un médecin? Cette justification n'est écrite nulle part.

L'on a voulu puiser une exception de cette espèce dans l'art 378 du Code pénal, qui punit la révélation de secrets confiés à des personnes dépositaires, par état, par profession, des secrets d'autrui. Argumenter ainsi, comme l'ont fait quelques anciens commentateurs du Code pénal, entre autres Carnot, c'est mal interpréter la loi. Il me sera facile de le démontrer.

La meilleure interprétation d'une disposition législative se tire des motifs qui l'ont dictée. Les motifs de l'art. 378 du Code pénal nous sont connus par l'exposé qu'en a fait au conseil d'état M. Faure, et par le rapport de M. Monseignat, au nom de la commission du corps législatif. Le premier disait, en parlant de l'article : « Cette disposition est nouvelle dans nos lois; sans doute il serait à désirer que la délicatesse la rendît inutile ; mais combien ne voit-on pas de personnes, dépositaires des secrets dus à leur état, *sacrifier leur devoir à leur causticité*, se jouer des sujets les plus graves, *alimenter la malignité publique* par des révélations indirectes, des anecdotes scandaleuses, et déverser ainsi la honte sur les individus en portant la désolation dans les familles. » (V. Locré, 15, 445, n. 21 et 464, n° 38.)

Ce que le législateur a voulu punir, c'est l'indiscrétion, la légèreté, le sacrifice du devoir à la causticité. Aussi, l'article est-il placé sous une rubrique qui en précise le sens, au titre des calomnies et des injures. Comment prétendre alors que ce même législateur aurait voulu défendre les témoignages requis par la justice, priver la société des élémens de conviction les plus précieux et favoriser l'impunité du crime. Un arrêt remarquable de la cour de Paris, en date du 23 juillet 1830, l'a décidé ainsi. Il est trop conforme aux vrais principes du droit criminel, aux motifs de la loi, pour ne pas s'arrêter à son autorité. Les commentateurs modernes en ont admis la doctrine, témoin : Achille Morin, DICTIONNAIRE DU DROIT CRIMINEL, V° *Témoins*, § 2; Hélie et Chauveau, THÉORIE DU CODE PÉNAL, 3, 172; Dalloz, V° *Témoins*, 27, 91, n° 11; Boncenne, 2, 257.

L'exception réclamée par le témoin n'est donc pas appuyée sur l'article 378 du Code pénal; elle n'est pas écrite dans la loi.

Je veux bien admettre encore que la jurisprudence a sanctionné quelques exemptions du devoir social de témoignage, réclamées en dehors des exceptions formellement écrites dans la loi. Je les citerai moi-même et je les discuterai pour établir que l'exemption réclamée pour le médecin, dans le cas de la cause actuelle, ne saurait être fondée ni sur la jurisprudence ancienne, ni sur la jurisprudence moderne, ni sur une analogie des principes avec les exceptions que la jurisprudence a admises. Ces exceptions, non écrites dans la loi, s'appuient toutes sur la morale publique, sur des motifs d'ordre social et d'intérêt général : celles que nos tribunaux modernes ont acceptées étaient écrites dans la jurisprudence ancienne, et c'est là que nous trouverons les règles qui vont nous guider.

La première de ces exceptions couvre le prêtre catholique qui ne peut être tenu de révéler les faits qui lui ont été confiés sous le sceau de la confession. Cette exception, universellement admise sous l'ancien droit (v. Jousse, INSTR

(1) Voir GAZ. MÉD. DE PARIS, numéro du 17 mai 1845.

CRIMIN., 2,98; Merlin, RÉPERT., V° *Témoin judiciaire*, etc.), a passé dans le Code d'instruction criminelle actuel, et pourquoi ? parce que les règles des conciles en font un devoir impérieux et de conscience au prêtre; que la confession n'est pas possible sans ces règles, et que la confession doit être possible pour que l'exercice du culte ait cette pleine liberté que nos institutions lui garantissent. D'ailleurs, à la promulgation du Code d'instruction criminelle, les règles des conciles étaient lois de l'église française catholique, aux termes du concordat de 1801, et devaient ainsi être observées dans la pratique de cette religion, comme l'a fait justement remarquer la cour de cassation de France, par son arrêt du 30 novembre 1810.

Une seconde exception est admise en faveur des avocats qui ne peuvent être tenus de révéler les aveux qui leur ont été faits en cette qualité par leurs cliens dans les causes où ils ont été consultés.

La loi dernière (D., *De testibus*) contenait déjà cette défense et la formulait en ces termes : *Mandatis cavetur ut presides attendant ne patroni, in causa cui patrocinium præstiterunt, testimonium dicant.* La jurisprudence l'étendit à toute la cause, et l'avocat ne put être appelé en témoignage ni pour ni contre son client. Pourquoi cette règle est-elle maintenue de nos jours? Encore pour des raisons d'ordre social, d'intérêt public. La liberté de la défense est encore une garantie constitutionnelle; la loi aujourd'hui donne un défenseur à toute personne poursuivie en justice répressive : elle consacre le droit illimité de défense. Dès lors, les confidences du client à l'avocat deviennent la conséquence nécessaire de l'exercice de ce droit. Contraindre la révélation de ces confidences, ce serait annuler le droit constitutionnel de défense lui-même.

Mais ces exceptions sont toutes, une fois admises, restreintes dans leurs limites strictement légitimes. Le confesseur, l'avocat, ne peuvent, ne doivent se taire que sur les faits qu'ils ont connus par la confession, par la consultation Tout fait, venu à leur connaissance d'une autre manière, doit être révélé par eux, s'ils en sont requis en justice. *In aliis causis*, ajoute la glosse sur la loi romaine citée tout à l'heure, *nihil prohibet quominus testis esse possit*. On peut consulter sur ce point pour l'ancien droit, Jousse, II, 103, n° 61; Rousseau De Lacombe, p. 335; Denisart, etc. Parmi les commentateurs modernes, Achille Morin, V° *Témoin*, *§ 2, in fine;* Helie et Chauveau, III, p. 176; Bourguignon, *Jurisp.*, art. 322, n° 5. « Les avocats, disait la cour de Rouen, le 2 août 1816, ne sont dispensés de déposer sur ce qu'ils ont appris de leurs cliens qu'autant qu'il s'agit de choses confidentielles et lorsque la déposition pourrait être réputée une révélation ou trahison du secret du cabinet. »

Devant le tribunal correctionnel, le témoin a posé un exemple; il a parlé du cas où, appelé à raison de sa profession, dans une maison, il y verrait commettre sous ses yeux un assassinat. Dans l'exemple cité, le confesseur, l'avocat devraient déposer; là n'est plus la confession, la consultation, mais c'est un crime qui blesse la société entière et que chacun est tenu de révéler, d'après l'art. 30 du Code d'instruction criminelle.

Nous venons de voir quelles sont les exceptions admises à l'obligation de témoigner et nous avons en vu en même temps que des motifs d'ordre public les ont fait admettre.

Les médecins sont-ils protégés par les mêmes principes? Evidemment non. Leurs devoirs ne les appellent pas directement à recevoir des secrets, des confidences de leurs cliens. Ils ne sont appelés qu'à les voir, à constater leur état et à leur fournir des secours. Un auteur moderne que j'ai déjà cité et que j'aurai tout à l'heure encore l'occasion de citer, M. Boncenne, exprime bien précisément la distinction à faire : « C'est de la discrétion, dit-il, qu'on attend d'un médecin; on attend de l'avocat, le secret, le silence. »

Aussi, messieurs, ni les devoirs de la profession de médecin, ni la législation, ni la doctrine, ni la jurisprudence ne leur font du silence une obligation, lorsque l'intérêt de la société exige qu'ils révèlent ce qu'ils ont vu.

Les devoirs de la profession! Ils sont nettement tracés dans les réglemens qui en déterminent l'exercice. M. Seutin a été reçu docteur en médecine à Leyde, le 30 janvier 1816, et docteur en chirurgie à Liége, en 1820. Pour obtenir son diplôme, il a été astreint à prêter un serment concernant les devoirs que son titre de docteur allait l'obliger à remplir. M. Seutin a prêté ce serment deux fois : en 1816 et en 1820. En voici la formule.

Ici M. le substitut donne lecture d'une pièce qu'il dépose sur le bureau et qui est ainsi conçue:

« Jurisjurandi a medicinæ candidatis in illustri academia Lugduno-Batava
» prius quam doctoratus gradum nanciseantur præstari soliti formula.

» Testor Deum Omnipotentem (sancte promitto) me in curandis ægris, diætam aliaque remedia, quantum ingenii viribus assequar, ex artis regulis ad ægrotantium salutem et commodum commendaturum : nec prece, nec pretio aliave de causa pharmacum noxium cuiquam propinaturum, nec gravidæ abortum procuraturum. *Audita vel visa* INTER CURANDUM, *nisi rei publicæ ea efferri intersit, silentio suppressurum : in examine autem forensi ad judicem fideliter relaturum quid actum, quid repertum sit,* et de indole mali ex animi sententia religiose pronuntiaturum, etc. »

M. Corbisier continue :

Au bas de cette pièce, on lit : « Hanc jurisjurandi formulam apud nos et hodie in usu esse et eamdem jam die 30 januarii 1816 fuisse manu mea testor.

» Lugd. Balav. d. 24 aprilis 1845.

» HENR. GUIL. TYDEMAN, *prof. jur.*
» Acad. Lugd. Balav. nunc rector magnif. »

Les dispositions de ce serment sont claires; ce que le médecin doit taire, ce que M. Seutin a juré de taire, ce sont les choses apprises *inter curandum*— encore sous la restriction *nisi reipublicæ ea efferri intersit*. Or, la chose publique, *res publica*, est intéressée dans toute poursuite criminelle, puisque c'est l'action publique qui s'exerce. *Res publica* ne doit pas être prise ici dans le sens de l'état de choses concernant la sûreté de l'état seulement.

M. le conseiller BLARGNIES : La formule ne contient-elle pas *arcana?*

M. LE SUBSTITUT : Non, messieurs : il y a *audita et visa* et, remarquons-le, la formule que je cite va plus loin que le simple témoignage. Elle dit *efferri*, ce qui signifie *révéler*, *dénoncer* à la justice.

Un serment analogue est prescrit par l'instruction pour l'exercice de l'art de guérir, du 31 mai 1818, obligatoire pour tous ceux qui pratiquent cet art. Or M. Seutin est membre de la commission médicale du Brabant, il la préside. En cette qualité, il est chargé de faire respecter et observer par tous les médecins de la province le prescrit de cette instruction à laquelle il veut lui-même aujourd'hui se soustraire.

Les précédens de la jurisprudence n'appuient pas plus que les règles spéciales de la profession, la prétention du témoin. On ne trouve dans les différentes législations anciennes et modernes aucune trace d'une exception pour les médecins comme pour les avocats ou les confesseurs. Au contraire, la loi leur a toujours imposé l'obligation, le devoir de concourir à la découverte du crime.

En France, l'édit de 1666 et les ordonnances de la police de Paris prescrivaient aux gens de l'art de faire déclaration des secours administrés aux blessés. C'est le principe du serment déjà cité; on le retrouve dans nos instructions du 31 mai 1818, pour les médecins, art. 17, et, pour les chirurgiens, art. 13. L'art. 378 du Code pénal, dont on argumente, excepte lui-même les cas où la loi ordonne au médecin de se porter dénonciateur. Vouloir le contraire, ce serait d'ailleurs placer le médecin hors de la loi commune, car l'art. 30 du Code d'instruction criminelle ordonne à tout citoyen de dénoncer les crimes qu'il découvre.

M. CORBISIER cite, pour l'ancienne jurisprudence française, Serpillon, 1,448, Jousse, Rousseau De Lacombe et Domat, qui ne parlent d'aucune exception pour les médecins, ou qui n'en parlent que pour la leur dénier.

« Dans notre pays, ajoute-t-il, les exceptions à l'obligation de témoigner étaient encore de plus stricte interprétation. Si l'exception pour les confesseurs était généralement admise, pour les avocats la difficulté était plus grande et l'on distinguait. »

S'il ne pouvait être entendu en faveur de son client d'après la loi romaine, quelques-uns admettaient son témoignage au criminel contre le client, comme l'enseignent Tulden et de Ghewiet, qui invoque en ce sens la jurisprudence constante du parlement de Flandres, INST. DU DROIT BELGIQUE, 2, 209, n° 12, et 213, n° 13 (1). D'autres auteurs ajoutaient cette restriction que l'avocat appelé en témoignage contre son client ne pouvait être contraint à révéler ce que celui-ci lui avait confié sous le sceau du secret. Cette doctrine était celle de Huberus PRÆLECTIONES JURIS, 3, 119; de Heineccius, ELEMENTA JURIS CIVILIS, 4, n° 137; de Zypæus, NOT. JURIS BELG., DE TESTIBUS, 2, n° 5, p. 39; de Christinæus, DECIS., 83; de Wynants, DECIS., 130; de Voet, de Perezius, de Dulaury. Plus tard, ces auteurs firent la majorité et modifièrent dans leur sens la jurisprudence. Ces solutions indiquent assez qu'en Belgique il ne pouvait être question de dispenser les médecins de déposer. Aussi n'est-il aucun auteur qui en fasse mention. La plupart d'entre eux, néanmoins, traitent la matière *ex professo*, et énumèrent en détail toutes les exceptions à la règle que le témoignage au criminel est dû par tout citoyen.

M. le substitut passe ensuite à l'examen des auteurs modernes, et cite, comme appuyant la doctrine ancienne: Achille Morin, Rauter, Duvergier, et surtout Boncenne, dont il lit un long passage. Hélie et Chauveau seuls les combattent, mais en partant d'un principe trop absolu, inadmissible, l'assimilation du médecin au confesseur, à l'avocat. Un arrêt de Grenoble, du 23 août 1828, semble confirmer l'idée de ces derniers auteurs; mais il faut, pour saisir toute son inapplicabilité au cas du litige, en examiner l'espèce. Il s'agit là d'un médecin cité comme témoin en matière civile, en matière de divorce, par une femme qui prétendait que son mari lui avait communiqué une maladie honteuse. Là, l'art. 378 reprenait évidemment tout son empire : il s'agissait d'un secret, il n'y a donc aucune analogie.

Par ces considérations, l'organe du ministère public croit devoir persister à requérir que la cour ordonne au témoin de s'expliquer sur les cinq questions posées, sous réserve, pour la partie publique, de réclamer au cas de refus du témoin, contre lui, telle peine que de droit.

M. SEUTIN a, sur l'offre de M. le président, pris la parole pour donner quelques explications personnelles sur le réquisitoire du ministère public, en annonçant qu'il prierait une voix plus exercée que la sienne, celle de Me Vervoort, conseil des prévenus, de discuter la question légale.

S'étonnant d'abord de se voir passer de l'état de témoin à la position d'accusé, M. Seutin a prétendu que le ministère public avait, par erreur sans doute, mal apprécié sa déposition devant le tribunal correctionnel. Le témoin soutient n'avoir pas entendu poser là des principes absolus, comme les journaux le lui ont à tort fait dire. Des interpellations lui étaient adressées par le procureur du roi et par le président; on lui a demandé ce qu'il ferait dans des cas spéciaux; il a répondu ce qu'il croyait devoir être sa règle de conduite dans les exemples cités. Ce n'est pas lui qui a parlé d'avortement, d'assassinat. Sur ce dernier exemple, le témoin n'a pas même raisonné ce qu'il ferait, mais il s'est borné à citer la conduite tenue par un médecin du Hainant, lors d'une affaire qui s'était passée à Ghlin, et où le refus du médecin de déposer en justice avait été reconnu valable. On a dit au témoin que sa manière de voir était contraire à la loi, et il n'a plus insisté.

Sur l'observation d'un magistrat de la cour, qui l'invite à parler du serment prêté à Liége et à Leyde, M. Seutin répond ne pouvoir être tenu par ce serment à autre chose qu'à observer la loi, c'est-à-dire l'art. 378 du Code pénal, clair, précis, d'après lui, pour l'empêcher de déposer.

(1) V. Sur les devoirs et les priviléges de l'avocat en Belgique, sous l'ancien droit, BELGIQUE JUDICIAIRE, t. II, p. 1603.

« J'ai étudié la médecine en pays étranger, ajoute le témoin, en Allemagne, étant prisonnier de guerre. Comme d'autres officiers du service de santé français, j'aurais pu, si j'avais eu l'âge requis alors, être reçu docteur à Iéna, à Vienne ou ailleurs, et prêter à cette occasion bien d'autres sermens. Dans cette supposition, il est évident que c'est la loi de mon pays et non la règle de mon serment partienlier, prêté en pays étranger, que je devrais suivre dans l'exercice de ma profession.

» La loi du pays aujourd'hui, pour les docteurs en médecine, est la loi de 1835; cette loi, en vertu de laquelle, comme membre du jury d'examen, j'ai contribné à faire plus de cinq ou six cents docteurs, n'exige d'eux aucun serment spécial. N'est-ce pas à cette loi que nous devons tous nous conformer?

» Le ministère public, continue M. Seutin, a mal apprécié la position d'un médecin appelé à assister à un duel, en voulant restreindre son rôle au pansement des blessures après qu'elles ont été reçues. Un médecin délicat ne peut accepter cette position limitée. J'ai assisté à de nombreux duels, et je ne m'en suis jamais contenté. Le rôle du médecin dans un duel consiste autant à prévenir les blessures qu'à les panser. Il doit veiller, pour atteindre à ce but, à la charge des pistolets, examiner les balles, disposer les combattans et leurs épées de façon à diminuer toutes les chances de danger. Ainsi le médecin assiste au duel en qualité, en fonctions de médecin, non pas du moment où l'un des combattans est frappé, mais dès l'instant où le combat se prépare et commence. C'est à ce moment aussi que naît l'obligation pour lui de se taire. »

A l'audience de samedi, Me Vervoort a pris la parole pour répondre au ministère public.

« Ses cliens, a-t-il dit, n'ont personnellement aucun intérêt à ce que M. Seutin dépose ou ne dépose pas; c'est à la prière de M. Seutin qu'il prend la parole sur l'incident, et il accepte ce mandat avec un empressement d'autant plus vif que le ministère public, dans son réquisitoire si remarquable par le talent et l'habileté, étendant la question, a touché aux prérogatives, aux devoirs du barreau, toujours fier d'apporter son loyal concours à l'administration de la justice. »

Voici le résumé des moyens plaidés par Me Vervoort :

« L'interdiction de l'art. 378, qui défend aux médecins et aux avocats de révéler les secrets qui leur sont confiés, est un privilége qui se fonde sur leur caractère sacré; mais ceux qui recourent à eux doivent trouver un égide pour eux-mêmes dans ce privilége. Ne pas répondre par le secret à la confiance qu'on leur témoigne sous le manteau tntélaire de leur profession serait, de la part de l'avocat et du médecin, trahir la morale et leurs devoirs.

» Il est vrai que la doctrine ancienne n'a point spécifié la position des médecins; mais l'art. 378, ce la réglant, a placé les médecins en tête des exemptions légalement créées.

» D'après cet article, le médecin ne peut révéler que dans les cas où il doit se porter dénonciateur; ces cas sont énumérés dans la loi; hors de ces cas, le médecin peut taire tout ce qu'il a appris dans l'exercice de sa profession.

» Suivant le ministère public, le médecin ne pourrait rien dire dans le monde, mais devrait tout dire en justice. C'est sur un passage de Monseignat que s'appuie cette prétention; mais Monseignat n'a fait qu'étendre à la conduite du médecin, dans le monde, un principe plus général; c'est une extension, non une restriction du principe, qu'il faut induire de ces paroles. »

A l'appui de son système, M. Vervoort cite ici :

Carnot, sous l'art. 378; Helie et Chauveau, III, 313; Briand et Brosson, *Médecine légale*, 226; Merlin, Rép., V° *Témoin judiciaire*, sect. 1, art. 6, note; et Quest. de droit, § 6, *eodem verbo*; Carré, n° 1037, sur l'art. 263; Bioche et Goujet, V° *Enquête*, n° 181; Thomine Desmazures, art. 266, t. I, p. 133; Favard de Langlade, V° *Enquête*; Roland de Villargues, V° *Secret*; Berriat-Saint-Prix, t. I, 232, note 37; Cassat. de France, 30 nov. 1810, 22 fév. 1828, 18 juin 1834; Grenoble, 23 août 1821; Rouen, 9 juin 1825.

Le ministère public a argumenté de la rubrique sous laquelle l'art. 378 était placé; il en a conclu que les révélations *faites avec intention de nuire* sont seules interdites; que par suite le médecin doit parler en justice. L'argument est forcé. De ce que la révélation avec intention de nuire est seule *punie*, on ne saurait conclure une exception au principe général qui impose au médecin le devoir de la discrétion. De ce que M. Seutin ne serait pas punissable en vertu de l'art. 378, s'il déposait en cette cause, on ne peut conclure qu'il doive déposer.

Quant à l'arrêt de cassation du 24 juillet 1830, il a été rendu dans une espèce spéciale; cet arrêt isolé, inapplicable au procès, est d'ailleurs contredit par deux autres : Montpellier, 24 septembre 1827, et Bordeaux, 16 juin 1825.

Qu'on suppose un médecin appelé au chevet d'un malade : il remarque un gonflement du ventre, il en ignore la cause, il n'ose agir. Il presse la malade de questions, il lui rappelle que le médecin est un confesseur, il lui promet le secret. Elle confesse un avortement, et plus tard le médecin qui lui a sauvé la vie, commettant une véritable trahison, la devrait livrer au bourreau! Un empoisonneur, bourrelé de remords, court chercher les secours qui doivent sauver sa victime, mais il ne s'ouvre au médecin qu'après en avoir reçu la promesse du secret, promesse sans laquelle il aurait laissé le poison achever ses effets! De pareils exemples ne démontrent-ils pas que le médecin ne doit pas révéler les secrets qui lui sont confiés.

L'art. 30 du Code d'instruction crimelle est subordonné à l'art 378; les réglemens invoqués ne sont pas contraires. S'ils étaient contraires à la loi, ils ne devraient pas être appliqués.

M. Corbisier réplique.

Il proteste brièvement contre les doctrines du témoin et quelques-unes de ses expressions, qu'il attribue, d'ailleurs, en ce qu'elles ont de blâmable, à la chaleur de l'improvisation.

Répondant à Me Vervoort, M. le substitut rétorque contre l'avocat le reproche d'être sorti des faits de la cause. La question à examiner est uniquement celle de savoir si le médecin doit déposer d'abord des faits qu'il a vus avant qu'il ait eu à exercer son art, puis des faits patens, relatifs à l'exercice de cet art, mais non confiés par le blessé.

M. Corbisier revient sur l'interprétation de l'art. 378 du Code pénal, qui n'a pas créé l'exemption de déposer, même pour les personnes qu'il énumère, et sur l'absence de motifs puisés ailleurs pour les médecins. Il discute ensuite les autorités invoquées par la défense, faisant observer que lui-même les a indiquées le premier, voulant soumettre à la Cour un débat complet, et dans l'ignorance où il était si M. Seutin se ferait défendre et songerait à invoquer lui-même les autorités judiciaires, favorables à sa cause.

Le ministère public termine en disant qu'une espèce analogue, quoique bien plus favorable au médecin, est soumise à la Cour de cassation de France. Il s'agit d'un médecin chez qui on a porté un individu blessé en duel; le blessé lui a nommé celui qui l'a frappé et dit l'occasion de sa blessure. On demande en justice au médecin la déclaration du nom que lui a confié son malade. — Les journaux de médecine critiquent la prétention de l'autorité judiciaire; mais tous reconnaissent que, si le médecin avait vu le duel, il devrait son témoignage à la justice.

La Cour rend son arrêt sur l'incident dans les termes qui suivent :

« Attendu que le comte Goblet d'Alviella, le baron d'Hooghvorst, le vicomte Walckiers, le comte d'Ansembourg et le baron de Knyff avouent l'existence du duel, objet des poursuites dirigées contre eux;

» Attendu que de l'ensemble des élémens du procès, des déclarations des prévenus et de celles du docteur Seutin il résulte que le docteur Seutin a assisté à toutes les circonstances qui ont précédé et accompagné le combat;

» Attendu que, requis par M. le substitut du procureur général de répondre à cinq questions relatives au duel..... (ici sont relatées les cinq questions que nous avons fait connaître), le docteur Seutin, pour ne pas avoir obtempéré à la demande du ministère public, prétend que, s'il a vu les faits relatifs au duel, c'est en qualité de médecin, et qu'il avait promis de garder sur ce duel le secret, qui, selon lui, lui est commandé par sa profession et légitimé par l'art. 378 du Code d'instruction criminelle;

» Attendu que, sauf les exceptions que la loi établit, la loi ordonne à toute personne citée en justice comme témoin de déclarer ce qu'elle sait relativement à un crime ou un délit;

» Attendu que, s'il est permis à un médecin de ne pas déposer en justice, c'est lorsqu'il s'agit de choses d'une nature secrète, et dont il n'a eu connaissance qu'en raison de sa profession;

» Attendu que les trois premières questions posées par le ministère public ne sont pas relatives à l'exercice de la profession de médecin;

» Attendu que les faits qui sont l'objet des 4e et 5e questions ne constituent pas un secret;

» Attendu que la promesse que le docteur Seutin aurait faite de se taire est interdite par l'art. 6 du Code civil, et qu'il doit son témoignage à la justice;

» La Cour déclare le docteur Seutin non fondé dans son exception, lui ordonne de déposer, le condamne aux frais de l'incident. »

M. le Président fait observer à M. le docteur Seutin que l'arrêt de la Cour doit lever tous ses scrupules et l'engage à y obtempérer.

M. Seutin : Sous la foi du serment que j'ai prêté comme docteur en médecine, sous la foi de l'honneur, je ne puis répondre; ma conscience ne me le permet pas; je persiste dans mon refus de déposer.

M. le Président : Vous invoquez l'art. 378 du Code d'instruction criminelle; la cour a reconnu qu'il n'est pas applicable, vos scrupules doivent donc cesser; il me semble que vous pouvez exécuter l'arrêt.

M. Seutin : Je respecte l'arrêt que la cour vient de prononcer, mais, en conscience, je ne puis répondre.

Le substitut du procureur-général requiert l'application des art. 80 et 355, § 1er, du Code d'instruction criminelle; il conclut à ce que le docteur Seutin soit condamné à 100 fr. d'amende et aux frais de l'incident.

Le président : Docteur Seutin, avez-vous quelque chose à répondre?

M. Seutin : Je crois que l'art. 378 du Code d'instruction criminelle m'impose l'obligation de ne pas révéler un secret, à moins que je ne sois dans le cas de l'art. 102, c'est-à-dire à moins qu'il ne s'agisse de la vie du souverain et de la sûreté de l'Etat; or, il ne s'agit pas de cela. Par conséquent, je crois devoir persister dans mon refus de déposer. Je crois ainsi me conformer à la loi écrite comme à la loi de l'honneur et de la délicatesse. Je crois que, si je déposais, je pourrais de témoin devenir accusé, que les six prévenus auraient le droit d'intenter une action contre moi.

La cour rend un arrêt par lequel, faisant droit aux réquisitions du ministère public, elle condamne le docteur Seutin à 100 fr. d'amende et aux dépens de l'incident.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

PELLAGRE.

L'Académie a entendu pour la première fois un rapport sur la pellagre, cette grave et bizarre maladie si peu connue encore parmi nous et dont l'origine est tellement obscure qu'on ne sait encore si elle est d'importation nouvelle ou si plutôt elle n'aurait pas exercé depuis longtemps ses ravages *incognito* dans plusieurs provinces de la France. Consultée par l'administration sur l'opportunité qu'il y aurait à donner de la publicité aux documens recueillis et rédigés sous les auspices du conseil central de salubrité de la Gironde, l'Académie a reconnu l'utilité et l'urgence de cette publication qui devra avoir pour effet de maintenir l'attention des praticiens en éveil sur la marche et les progrès ultérieures de cette maladie. M. Jolly, organe de la commission, ne s'en est pas tenu strictement à la rédaction d'un projet de réponse officielle à la demande du ministre. Comprenant toute l'importance de la question, il l'a franchement abordée sous son point de vue scientifique et l'a examinée sous toutes ses faces. Il ne reste plus de doutes aujourd'hui sur l'existence et sur les caractères d'une maladie spéciale qui exerce ses ravages dans le bassin de la Gironde et particulièrement dans les Landes. Les descriptions conformes qu'en ont faites les médecins de la localité établissent en outre sa parfaite identité avec la maladie connue depuis longtemps en Espagne, dans les Asturies, sous le nom de *mal de la rosa*, et avec la *pellagre* de Lombardie désignée encore sous le nom de *scorbut alpin*. Ce qu'il importait après avoir constaté ce premier fait, c'était de remonter au principe étiologique de cette maladie, de rechercher les circonstances qui peuvent contribuer à son développement. C'est à quoi s'est principalement attaché l'honorable rapporteur. Presque tous les médecins qui exercent sur les lieux où sévit la pellagre sont unanimes pour considérer la misère comme ayant la plus grande part d'influence sur cette maladie. Mais, comme l'a très bien fait remarquer M. Jolly, cette circonstance n'est évidemment pas la seule, car on ne s'expliquerait pas alors comment la pellagre ne règnerait pas partout où règne la misère. La connaissance topographique des contrées qui bordent le golfe de Gascogne où la pellagre exerce particulièrement ses ravages, révèle bien un concours de circonstances toutes plus ou moins dépressives et débilitantes; mais cette influence qui paraît s'exercer d'une manière générale non seulement sur l'homme, mais encore sur les animaux et sur les plantes dont la vie est généralement languissante et de courte durée, ne saurait suffire encore pour expliquer cette physionomie spéciale, ce cachet particulier d'une maladie qui semble devoir procéder d'une cause tout à fait spéciale. Il faut donc admettre, avec M. Jolly, qu'il existe probablement un principe étiologique inhérent aux localités, inhérent à la vie matérielle du pays, et tout semblerait indiquer que c'est principalement dans la nature et les productions du sol, dans les qualités accidentelles des alimens et des boissons qu'il faut chercher cette inconnue.

Par une circonstance toute fortuite, pendant que M. Jolly lisait son

---

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

RIBES (FRANÇOIS).

N° XVI.

.... Exstinctus, amabitur idem. (Horat., lib. II, epist. I.)

La science doit ses progrès dans les âges, à des hommes éminens qui diffèrent néanmoins, et par leurs travaux et par leur intelligence. Les uns, esprits vigoureux, entreprenans, pleins de sève, ardens à la recherche, profondément pénétrés de la puissance de leurs idées, s'élancent hardiment dans la carrière. Les autres, plus modérés, s'avancent avec lenteur, avec réserve, avec défiance même; ils ont cette industrieuse patience, ce calme assidu du labeur qui cherche avec prudence, qui veut voir et revoir, ne dédaigne aucun détail et ne s'arrête que devant la vérité. C'est dans cette dernière classe que nous devons ranger le médecin objet de cette esquisse. Aimant la science par dessus tout, il y apporta ce bon sens supérieur qui ne veut point trop d'éclat et de bruit, mais un grand fonds de solidité, qui ne cherche point à briller, mais à être utile, et qui, embrassant tous les termes d'un problème, n'estime pourtant que les données positives et les résultats de l'expérience.

Ribes naquit à Bagnère de Bigorre (Hautes-Pyrénées) le 4 septembre 1765. Né de parens peu fortunés, son éducation première fut assez négligée, ou plutôt il apprit lui-même ce qu'on lui enseignait assez mal. La chirurgie eut ses prédilections de jeune homme. Après avoir passé deux ans chez un chirurgien de Bordeaux, il vint à Paris pour y compléter son instruction littéraire et médicale. Distingué en peu de temps par l'illustre Sabatier, il fut attaché, comme chirurgien de troisième classe, à l'Hôtel des Invalides, en 1792, date importante à remarquer; car, malgré quelques interruptions, il ne cessa point, pendant plus de *cinquante ans*, de faire partie de cet établissement; il n'en sortit que pour languir et mourir.

En 1794, la France, embrasée par le feu des révolutions et l'espoir de la liberté, résistait à l'Europe coalisée; la guerre était partout. Les médecins, les chirurgiens, les élèves, les aspirans étant mis en réquisition par un décret de la Convention nationale, Ribes partit pour la frontière de Catalogne. Peu de temps après son arrivée, l'armée française fut atteinte et dévorée par ce fléau qui depuis et si souvent a moissonné tant de braves soldats: le typhus contagieux. Ribes n'échappa point à la maladie et n'en guérit qu'avec peine, puis il reprit son service avec ardeur. Mais tous les instans dont le jeune savant pouvait disposer, il les donnait à l'étude et même à l'instruction. L'amour de son état le possédait déjà à un tel degré qu'il faisait des cours d'anatomie aux ambulances et même aux avant-postes; une opération de chirurgie était pour lui un grand et magnifique spectacle; il en observait le mécanisme et les suites avec cette attention pro-

rapport à l'Académie, à quelques jours près, M. Théophile Roussel, auquel on doit déjà quelques observations intéressantes sur ce sujet, soutenait devant la Faculté une thèse sur la pellagre, thèse dans laquelle l'auteur s'est principalement attaché à assigner à cette affection son origine, son étendue et ses limites actuelles et ses causes. On nous saura gré sans doute d'emprunter à cette excellente dissertation quelques passages qui paraissent de nature à jeter un jour nouveau sur l'étiologie jusqu'à présent si obscure de cette affection.

D'après les nombreuses recherches auxquelles M. Roussel s'est livré sur l'origine de la pellagre et l'époque où elle a commencé à se montrer dans les pays où elle règne endémiquement, il résulterait qu'elle n'a commencé à exercer des ravages considérables en Italie que vers le milieu du dix-huitième siècle et qu'elle ne paraît s'y être montrée que dans les premières années de ce siècle. En Espagne elle paraîtrait être d'une date plus ancienne. Quant à la France, elle n'y a été signalée pour la première fois, comme on le sait, qu'en 1818. Cette circonstance de l'origine récente de la pellagre, en Europe, était importante à établir; car la cause efficiente de la pellagre serait en effet, d'après M. Roussel, la suite d'une révolution récente dans le régime alimentaire des peuples des campagnes, dans les pays où l'on observe cette maladie.

De toutes les conditions si diverses dans lesquelles les pellagreux s'offrent à nous, dit M. Roussel, il n'y a que deux faits qui soient constans et communs à tous : 1° L'alimentation à peu près exclusive avec le maïs, surtout pendant la saison froide; 2° la misère qui les condamne à cette alimentation et au genre de vie affaiblissant qui donne à celle-ci toute son efficacité morbide.

D'une part, les détails topographiques établissent que partout où existe la pellagre, partout domine la culture du maïs; d'autre part, les recherches auxquelles M. Roussel s'est livré et les renseignemens qu'il a recueillis sur plusieurs départemens où cette culture n'existe pas et où la misère des cultivateurs est extrême, lui ont démontré que l'on n'y trouve point la pellagre, et celle-ci ne paraît point dépasser au Nord la zone où s'arrête la culture du maïs.

Toutefois, il n'en résulte pas que la pellagre soit si nécessairement attachée au maïs, que cette maladie doive se rencontrer partout où croît cette céréale. Il faut, pour que le maïs la produise, un ensemble de conditions qui peuvent ou se présenter très rarement ou ne point se présenter du tout dans un grand nombre de contrées. Aussi, M. Roussel ne dit-il pas « partout où existe le maïs, là aussi existe la pellagre. » Loin de formuler sa proposition d'une manière aussi absolue, il dit : « Partout où l'on a observé des pellagreux, on les a trouvés dans une classe d'hommes se nourrissant presque exclusivement pendant une partie de l'année, soit avec du maïs seul, soit avec du maïs associé à des céréales analogues, telles que le millet, le sarrasin, etc. »

Afin de mieux établir cette relation, M. Roussel ne s'est pas borné à envisager la question au point de vue géographique; l'histoire chronologique de la culture du maïs lui a également fourni des argumens qui viennent appuyer sa proposition. « Après avoir étudié avec soin l'histoire du maïs, on est vraiment frappé, dit-il, de voir les données les plus exactes de l'histoire s'adapter avec une exactitude parfaite à celles qui ont été exposées touchant l'origine et les premiers développemens de la pellagre dans les différens pays. C'est ainsi qu'en Espagne, s'il existe du doute sur le moment précis de l'introduction du maïs, il n'est pas douteux que sa culture dans le nord de la Péninsule n'a pris de l'importance qu'à la fin du seizième siècle et durant le dix-septième siècle. Or, on a vu que l'Espagne est le premier pays où la pellagre ait été reconnue dans la première moitié du dix-huitième siècle. »

« En Italie, la corrélation du fait de l'extension de la culture du maïs et de l'apparition de la pellagre est établie sur des dates précises, et elle est prouvée par une foule de textes dont personne n'a contesté l'authenticité. Ce n'est qu'à la fin du dix-septième siècle, et surtout durant la première moitié du dix-huitième que la culture du maïs a peu à peu dominé et remplacé celle des autres céréales. Or, on sait que c'est vers 1750 que les médecins italiens ont commencé à rencontrer la pellagre. »

« En France, où le maïs était déjà connu du temps d'Olivier de Serres, cette céréale n'a pris de l'importance qu'à une époque plus rapprochée de nous; aussi ce n'est qu'en 1818 qu'on a observé le premier cas de pellagre. »

Enfin, une dernière circonstance non moins digne d'attention, c'est que le maïs, de toutes les céréales celle qui dans nos climats fournit l'aliment le moins azoté, et dont les récoltes sont le plus souvent endommagées, n'arrive très souvent qu'à une maturité incomplète en deçà du 36° ou 37° degré de latitude septentrionale, ce qui est justement la limite de la pellagre, qui n'a guère été observée au delà du 35° degré, et ne l'a jamais été en deçà du 46°, où s'arrête la culture du maïs.

En résumé, en examinant la question sous tous ses points de vue, M. Roussel remarque toujours le même parallélisme entre ces deux faits : d'une part, prédominance de la culture du maïs et alimentation à peu près exclusive avec cette céréale; de l'autre le développement des accidens pellagreux.

Cette opinion, du reste, n'est pas nouvelle, et la prétention de M. Roussel n'est pas d'avoir découvert ce point d'étiologie, mais d'en avoir démontré l'exactitude. Thouvenel énonçait déjà, en 1798, dans son TRAITÉ DU CLIMAT D'ITALIE, que le maïs constituait l'aliment principal des pellagreux; il signalait une conformité frappante entre l'époque où la culture de cette céréale s'était étendue dans l'Italie septentrionale et celle où la pellagre avait commencé à s'y présenter. M. Roussel rapporte un extrait d'un ouvrage publié en 1810, par le docteur Mazzari, qui conclut, d'un long examen de la question, que c'est la nourriture exclusivement végétale prise pendant tout l'hiver et le printemps qui engendre la pellagre; or ce régime, exclusivement végétal, est fourni presque tout entier par le maïs, tantôt sous forme de *polenta*, comme dans les provinces vénitiennes, tantôt sous forme de pain, comme en Lombardie. Deux choses, dit-il, précèdent constamment l'apparition de la pellagre : la première est l'usage continuel du *blé turc* (maïs) ou du *régime uniquement végétal*; la deuxième est l'*oisiveté de l'hiver*, etc.

Cette opinion a été reproduite depuis et soutenue avec une grande énergie d'argumentation au dernier congrès scientifique de Milan, par M. le docteur Balardini, qui a fait de cette question l'objet d'un mémoire spécial dont nous avons, dans le temps, donné l'analyse. (Voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 715.) M. Balardini établissait, dans ce travail, que la pellagre était de date contemporaine, qu'elle avait suivi de près l'introduction du blé de Turquie, et qu'on la voyait se répandre en suivant pas à pas la propagation de cette nouvelle céréale. Il démontrait, d'autre part, que des régions soumises aux influences auxquelles on attribuait généralement

---

fonde, qui décèle l'homme fait pour contribuer à son tour à l'avancement de la science.

Revenu à Paris quelques années après, Ribes reprit son service aux Invalides et recommença ses études en les approfondissant. Ayant eu le bon esprit de ne pas trop croire à ses premiers succès, il lui fut donné de se soutenir toute sa vie au niveau de ses promesses de jeune homme; ce qu'il acquérait n'était, à ses yeux, qu'un à-compte de ce qu'il voulait savoir. Ce fut alors que, toujours protégé par Sabatier, lié d'amitié avec Bichat, avec Alibert et une foule de jeunes médecins, tous ardens à la science, Ribes fut un des fondateurs de la *Société médicale d'émulation*, dont les mémoires sont toujours lus avec intérêt. Ses premiers travaux l'avaient fait connaître et estimer; en peu de temps sa réputation acquit plus de poids et d'étendue, bien que pendant toute sa vie il eût le désir et non la folie de la célébrité. Bientôt associé aux travaux de Chaussier, Ribes multiplia ses recherches, entreprit une foule d'expériences intéressantes, publia des mémoires qui fixèrent l'attention publique, et l'on peut dire qu'il fut un des plus éminens à cette époque de progrès, d'ardeur et de sages controverses. Personne n'avait mieux compris que Ribes le grand et puissant mouvement imprimé par Bichat à l'anatomie et à la physiologie.

Toutefois, la guerre continuait sur tous les points de l'Europe; Napoléon, substituant la gloire à la liberté, résumait dans son génie les destinées de la France. Ribes, connu et protégé par Corvisart, par Larrey, auquel il fut lié par une longue et étroite amitié, fit partie de la maison militaire de l'empereur. Ses fonctions furent belles et honorables : il était chirurgien en second de l'ambulance de l'état-major de la garde impériale. C'est en cette qualité qu'il fit plusieurs campagnes des plus brillantes, des plus pénibles, mais des plus rudes, depuis 1805 jusqu'en 1814, jusqu'à l'abdication de Napoléon. Un peu avant cette grande époque de notre histoire, Ribes eut une mission bien délicate à remplir: il fut chargé par l'empereur de reconduire le pape Pie VII jusqu'à Rome; il s'en acquitta avec la douceur conciliante et l'aptitude à ses devoirs qu'il apportait en toutes choses. Aussi le pape, charmé et reconnaissant, le renvoya comblé de présens. C'est là le seul Français, disait-il, qui m'ait véritablement plu. Ribes fut sensible à un pareil témoignage; mais à ses yeux, l'avantage le plus précieux qu'il obtint de son voyage était, selon ses propres paroles, de *n'avoir pas été témoin des désastres de sa patrie*.

Cependant la restauration l'accueillit avec faveur. Le roi Louis XVIII le nomma chirurgien par quartier de sa maison; il rentra aux Invalides, il y fut médecin ordinaire, puis médecin en chef avec le grade de principal, officier de la Légion-d'Honneur. Je suis parti de mon *toit de chaume*, disait-il, et me voilà dans les grades, dans les honneurs et avec quelque aisance. Oui, sans doute, la fortune l'avait secondé, mais elle ne fut alors ni aveugle, ni complaisante; par combien de soins, de recherches, de labeurs et de veilles n'a-t-il pas mérité ses faveurs? Sa réputation n'était pas un arbre sans racines dans le sol médical, lui dont la vie fut si pleine, si laborieuse, si une dans sa direction scientifique et morale. Jamais Ribes n'a perdu un jour, une heure, un instant pour le travail; toute sa pensée était consacrée à la science, même à l'armée dans les instans les plus difficiles, dans les positions les plus dangereuses. Il est vrai, l'inspiration spontanée lui manquait, il l'avouait sans difficulté, mais il y suppléait par une volonté ferme, un but déterminé et un travail sans relâche. Les hôpitaux, les

la pellagre, mais dans lesquelles on n'y consommait point de maïs, étaient exemptes de cette maladie.

L'influence du maïs sur la pellagre a paru si bien démontrée aux yeux de quelques médecins italiens qu'ils ont donné à cette maladie le nom de *raphania maïztica*. Cependant, pendant longtemps, cette opinion ne prévalut pas en Italie. Les raisons qui ont empêché la majeure partie des médecins de l'adopter, M. Roussel croit devoir les attribuer à ce qu'on ne connaissait pas encore le véritable domaine de la pellagre, et que les médecins italiens étaient persuadés qu'elle était exclusive à leur pays. De là des objections auxquelles les partisans de l'opinion qui rapporte au maïs l'origine de la pellagre se trouvaient dans l'impossibilité de répondre. Mais si, comme M. Roussel pense l'avoir démontré, l'usage du maïs et la pellagre sont en France, comme en Italie, comme en Espagne, deux faits parallèles qui se suivent régulièrement partout où la culture de cette céréale a été importée, on ne peut plus méconnaître l'importance de ce rapport et le fait signalé par les médecins italiens ne doit plus être considéré comme un fait isolé, fortuit, comme une simple coïncidence sans relation réelle, ainsi qu'on avait été longtemps porté à le croire.

Il est regrettable que M. Jolly n'ait pas eu connaissance de ces faits et en particulier du travail de M. Roussel assez à temps pour mentionner cette opinion qui eût mérité certainement d'être prise en sérieuse considération. Mais l'Académie sans aucun doute aura à revenir sur cette question, digne désormais de toute son attention.

CHIRURGIE PRATIQUE.

RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE (extrait d'un travail adressé à l'Académie royale de médecine, le 21 septembre 1844); par le docteur L.-AUGUSTE MERCIER.

(Suite. — Voir les numéros 6, 10, 14, 17 et 22.)

J'aborde une autre source de difficultés.

Je suppose que la bougie se soit engagée dans le rétrécissement, mais qu'elle ne puisse le franchir, que faire alors? Les uns ont conseillé l'emploi de bougies de plus en plus fines, les autres d'instrumens de plus en plus volumineux. La première méthode est la plus ancienne, la seconde est celle qui a été préconisée il y a quelques années par M. Mayor. D'autres enfin ont conseillé des procédés spéciaux.

La méthode ancienne est certainement très rationnelle, et il suffit de l'essayer pour sentir que la plupart des objections qui lui ont été faites sont sans fondement. On n'a pas pu nier que, du moment où l'extrémité d'une bougie conique franchit un rétrécissement, ce ne soit le moyen le plus sûr de le dilater; autrement, ce serait prétendre qu'un corps arrondi vaut mieux qu'un coin pour fendre un tronc d'arbre. Mais on s'est efforcé de prouver que c'est précisément à s'engager dans l'obstacle que ces instrumens sont impropres, par la raison que leur pointe tend *inévitablement*, dit-on, à faire fausse route, tandis qu'au contraire le bout semi-globuleux d'un gros cathéter vient se placer comme de lui-même et glisse constamment vers le centre de l'enfoncement, ou vers l'endroit *qui offre le moins de résistance*. (Mayor, SUR LE CATHÉTÉR., etc., p. 10, 1835.)

L'erreur du critique provient de ce qu'il a raisonné sans faire attention à la consistance de l'altération organique qui constitue les rétrécissemens, et comme si l'on ne cherchait jamais à les franchir qu'avec des instrumens à la fois pointus et rigides. Pour qu'un corps pointu puisse traverser un autre corps, il faut que la solidité du premier soit supérieure à la résistance du second; dans le cas contraire, celui-là s'émoussera, se ploiera sur celui-ci. Or c'est précisément ce qui a lieu dans le cas qui nous occupe: le rétrécissement est formé par un tissu dur, fibreux, et les bougies dont on fait usage sont très flexibles. Faisons une comparaison. Supposons une lame de bois, de carton ou même de parchemin; jamais, quoi qu'on fasse, une bougie de gomme élastique ne parviendra à traverser cette lame, tandis qu'on en viendra à bout avec un cathéter métallique quelque volumineux et arrondi qu'il soit, pourvu que le métal ait une solidité supérieure à la résistance, et qu'on y mette le temps et la force nécessaires. Qu'on remarque bien que ce n'est pas dans le point rétréci que les bougies font fausse route; mais au devant, dans les tissus sains. Il suffit donc pour éviter cet accident de ne jamais faire usage d'une force tant soit peu vive lorsqu'on n'a pas la certitude que la pointe de la bougie est engagée dans la coarctation. Or c'est ce qu'il est toujours facile à une main même peu exercée de sentir avec ces bougies, tandis qu'on a rarement cet avantage avec les sondes métalliques volumineuses.

D'un autre côté, on dit que celles-ci glissent constamment vers l'endroit qui offre moins de résistance. Cela est vrai, mais c'est là précisément ce qui, dans le cas présent, en fait le danger. Le tissu morbide étant moins souple, plus résistant que les tissus sains, la sonde glissera vers ceux-ci, les déprimera en godet et finira par les rompre si l'on exerce une pression plus forte que leur résistance. Or c'est à quoi l'on est souvent exposé, surtout dans les rétrécissemens existant à la courbure de l'urèthre. Ceux-ci se trouvent le plus souvent à la jonction de la portion bulbeuse avec la portion membraneuse; mais ils s'étendent souvent un peu en arrière ou un peu en avant. Supposons que quelques millimètres seulement de la portion bulbeuse, c'est-à-dire de la portion horizontale, soient rétrécis; le saura-t-on d'avance? et saura-t-on par conséquent si, lorsque le cathéter est arrivé sur le rétrécissement, il faut encore pousser son extrémité dans le sens horizontal, ou bien lui communiquer une impulsion en haut, dans la direction de la portion ascendante de l'urèthre? Non. Eh bien! dans l'incertitude, on prendra presque toujours ce dernier parti d'après ce précepte parfaitement juste en général que lorsqu'on pratique le cathétérisme, on doit appuyer de préférence sur la paroi supérieure du canal. On ne pressera donc pas sur le rétrécissement lui-même, mais au devant; et c'est, je dois le dire, ce qui m'est arrivé dans l'un des cas peu nombreux où j'ai suivi les règles tracées par M. Mayor. J'ai fait une fausse route dans la paroi supérieure du bulbe, au devant de l'obstacle. Heureusement que ces fausses routes (et je m'en suis assuré dans cette circonstance) ont des conséquences moins fâcheuses que celles qui ont lieu au fond du bulbe, derrière le point rétréci, parce que les bougies rectilignes, en suivant la direction de la portion spongieuse, ont plus de tendance à s'engager dans la bonne voie que dans celle qui a été pratiquée au devant.

---

amphithéâtres, les laboratoires étaient ses lieux de prédilection; il y passait sa vie à chercher, à expérimenter, à s'enquérir; le temps, la dépense, les difficultés, les non succès même ne l'arrêtaient pas; sans dépit, sans impatience, avec cette sagacité curieuse, adroite, opiniâtre qui le caractérisait, il recommençait jusqu'à ce qu'il pût dire: j'y suis, *je l'ai trouvé*. Et certes on pouvait l'en croire; personne n'eut plus d'exactitude et d'impartialité, plus de scrupules, de probité scientifique, moins d'illusions, de prévention, de hâte dans les conclusions; aucun n'a cherché avec plus de bonne foi les saines clartés de la science que cet illustre chirurgien. Il pouvait se tromper, mais il n'oublia rien pour ne pas l'être, pour trouver le vrai, pour l'entourer d'évidence et le faire briller aux yeux de tous. Il y a un beau mot, créé tout exprès pour les savans: *je ne sais pas*; or, ce mot ne coûtait rien à Ribes; il le prononçait avec une facilité, une plénitude de franchise tout à fait dénuée de modestie hypocrite. Longtemps concentré dans des recherches d'anatomie et de physiologie, il ne donnait son assentiment qu'aux faits les plus avérés, aux expériences les plus décisives, sans tomber toutefois dans l'automatisme anatomique. L'étude approfondie des organes considérés isolément ou dans leurs rapports sympathiques était, selon lui, le seul moyen d'obtenir des résultats satisfaisans, d'édifier la science sur d'inébranlables assises. Aussi, quoiqu'il fût très instruit, négligeait-il de pénétrer dans les profondeurs historiques et les diverses théories de la science. Toutefois, séduit quelque temps par l'éclat météorique de la doctrine broussaisienne, se rattachant aux lésions organiques sans remonter aux causes, il en fut le sectateur modéré. Mais l'expérience l'ayant bientôt convaincu que ce système, comme tous les autres, tombait dans un absolutisme inconciliable avec les faits, il revint aux méthodes anciennes, maintenant en faveur. Je suis, disait-il, un vrai *classique relaps*, et je mourrai dans l'impénitence finale.

Cependant ni le fracas des controverses, ni la voix tonnante du fondateur de la doctrine de l'irritation ne détournèrent Ribes de ses paisibles travaux, de ses recherches, et si c'était ici le lieu ou du moins si l'espace nous le permettait, nous ferions voir l'étendue, la variété, l'utilité de ces travaux. Anatomie, physiologie, anatomie pathologique, chirurgie, opérations, médecine clinique, Ribes a touché une multitude de points de la science et laissé sur tous l'ineffaçable empreinte de son savoir et de sa perspicacité. Dans les esprits chercheurs et actifs, tout se classe et porte fruit, et aucun des travaux de Ribes n'a été sans résultat. Nous avouons sans peine que plusieurs de ces travaux n'ont plus aujourd'hui l'intérêt de la nouveauté, mais ils furent dans l'origine un véritable progrès. Il en est même, comme ses recherches sur la *phlébite*, qui ont donné à la science la plus heureuse impulsion. Sous peine d'être ingrats, gardons-nous d'oublier ceux qui ont défriché le sol et ouvert la mine; profitons de leurs travaux, tout en consacrant leurs noms par le souvenir et la reconnaissance. Du reste, l'ardeur de notre illustre chirurgien était telle qu'à peine avait-il sondé, éclairci une question scientifique qu'il s'occupait d'autres problèmes; jamais il n'eut la pensée de faire servir ses découvertes au profit de ses intérêts particuliers, et les simples succès d'estime aujourd'hui si dédaignés, furent pourtant les seuls qu'il ambitionna réellement. Inspiré par cette idée, il dispersa donc ses travaux, ses mémoires, ses publications dans une foule de journaux, de recueils périodiques, espèce de catacombes où l'on va quelquefois à la découverte des idées et des méthodes qu'on ajuste ensuite selon les circonstances et qu'on décore du

Je suppose actuellement que, dans ce fait, le rétrécissement eût été tout à fait borné à l'entrée de la portion ascendante et que j'eusse pressé dans la direction de la portion spongieuse, comme il aurait fallu le faire ici; j'aurais pu faire fausse route dans le fond du bulbe, fausse route qui serait devenue pour moi la source des plus grandes difficultés.

Je voudrais donc que M. Mayor, pour compléter ce qu'il a écrit sur le cathétérisme qui porte son nom, eût dit comment, lorsqu'un rétrécissement existe à la courbure du canal, et ce sont, je le répète, les plus fréquens sans comparaison, comment, dis-je, on peut s'assurer que l'altération ne porte que sur l'angle de jonction de la portion ascendante avec la portion horizontale de l'urèthre, ou bien qu'elle s'étend sur la première ou sur la seconde, afin qu'on sache quelle direction on doit imprimer à l'instrument. Il conviendra que rien n'est moins précis que le conseil qu'il donne à ce sujet : « Lorsque le cathéter est arrivé à une profondeur telle qu'on peut *supposer* être celle qui répond au pubis et que cet os est tourné, je baisse le bout de l'instrument pour en engager le bec intérieur derrière le pubis. » (Sur le cathétérisme, p. 22.) Je pense que cela serait difficile à préciser, et cependant une erreur de quelques millimètres pourrait avoir des conséquences fâcheuses.

Supposons maintenant que le tissu induré forme un entonnoir et que la sonde ne puisse glisser à côté; mais par cela même que ce tissu a quelquefois la dureté des ligamens, des cartilages, n'aura-t-on pas à craindre que, pendant qu'on cherche à le franchir de vive force, ce ne soit au contraire le tissu antérieur auquel, pendant ces manœuvres, le point résistant se trouve pour ainsi dire suspendu, qui cède et se déchire?

En 1834, j'ai fait l'expérience suivante à Bicêtre. Comme j'examinais habituellement les organes urinaires de tous les cadavres qui étaient apportés à la salle d'autopsie, je rencontrai une fois un rétrécissement du milieu de la portion spongieuse qui me parut très résistant. Je résolus alors de vérifier la valeur des assertions de M. Mayor, qui était venu à Paris et qui faisait grand bruit de sa méthode. Ne pouvant passer avec une algalie ordinaire, je pris un cathéter en étain de 6 à 7 millimètres, et, pour être plus sûr de tomber sur le rétrécissement et non à côté, je le redressai complètement et je me mis à presser beaucoup plus fortement que je n'aurais jamais osé le faire sur le vivant : ce fut en vain; comme M. Mayor insistait beaucoup sur ce point que le rétrécissement offre toujours moins de résistance que les tissus sains, je craignais encore d'appuyer dans une direction vicieuse. Je fendis donc le canal jusqu'à 15 ou 20 millimètres du point de rétréci pour voir et être bien certain que je pressais sur le rétrécissement lui-même, et alors je pressai de plus en plus de telle sorte que le cathéter s'enfonça tout à coup, mais c'était à côté du rétrécissement; celui-ci avait à peine cédé. Ce fait me frappa tellement que j'examinai avec soin l'altération organique, et qu'il est devenu ensuite pour moi le point de départ de nombreuses recherches comparatives. Ce rétrécissement n'avait que 5 ou 6 millim. d'étendue; extérieurement et dans le point correspondant, l'urèthre était comme étranglé, il avait une couleur blanche nacrée, moins d'épaisseur que les parties voisines, et il n'offrait rien qui ressemblât à l'engorgement du tissu cellulaire sous-muqueux. Tout, depuis la muqueuse jusqu'à la lame fibreuse extérieure, ne formait qu'un noyau blanc, homogène et très dur.

M. Mayor paraît croire qu'un rétrécissement présente toujours la même somme de résistance, quel que soit le volume du corps qu'on lui présente. Dès lors, il ne s'occupe plus que des moyens de presser plus fortement tout en s'efforçant de prévenir les fausses routes, et de là ce précepte que je cite textuellement : « Plus le rétrécissement est prononcé et opiniâtre, en d'autres termes plus l'urèthre offre de difficultés au cathétérisme et à la libre excrétion des urines, plus aussi j'ai soin de m'armer d'un cathéter de plus en plus volumineux (Chir. simpl. t. II, p. 66). » Mais il ne fait donc pas attention que plus son cathéter est volumineux, plus le frottement est considérable et s'exerce sur des points multipliés? D'un autre côté, le passage d'un cathéter à travers un rétrécissement ne s'opère que par la distension, l'allongement du tissu qui le constitue; or, si cet allongement a besoin d'une certaine force pour arriver à un certain degré, ne faudrait-il pas une force beaucoup plus grande pour arriver à un degré double? Si donc il est vrai qu'avec un cathéter plus volumineux on peut rendre la compression plus forte, il ne l'est pas moins aussi que la résistance devient en même temps plus considérable. M. Mayor compare souvent le cathétérisme à un accouchement retourné (ce sont ses expressions); mais est-ce que les animaux qui arrivent au jour par le museau, ne dilatent pas plus facilement les parties de leur mère que les enfans qui se présentent par le vertex? Et parmi ces derniers, est-ce que toutes choses égales d'ailleurs, ceux qui ont la tête petite ne passent pas plus facilement que ceux qui l'ont volumineuse? Est-ce que ceux-ci n'exposent pas plus que ceux-là aux ruptures de l'utérus, aux déchirures du vagin et du périnée? Il demande encore si l'on ne préfère pas une grosse canule à une petite, lorsqu'on veut prendre un lavement; mais je lui demanderai à mon tour : si une grosse canule ne pouvait pas entrer, chercheriez-vous à introduire le corps de la seringue en le supposant aussi arrondi que possible à son extrémité?

Il faut bien distinguer les cas où il ne s'agit que de déplisser un canal membraneux pour le franchir, de ceux où il faut le distendre. Dans le premier on n'a qu'à éluder des obstacles, dans le second il faut les forcer. Dans les deux cas, le corps à introduire pénétrera d'autant plus facilement que son diamètre se rapprochera davantage de celui du passage à franchir.

Ainsi, le cathétérisme forcé avec les sondes volumineuses peut avoir de graves inconvéniens: à la courbure de l'urèthre, à cause de l'incertitude où l'on est toujours sur la position bien précise du rétrécissement; dans la région spongieuse, à cause de la résistance que celui-ci y présente fréquemment.

Parmi les procédés spéciaux qu'on a proposés pour vaincre les rétrécissemens, je dois placer en première ligne le cathétérisme avec les sondes coniques imaginées par Boyer. J'ai déjà dit que quand la difficulté provient d'un pertuis accidentel creusé à côté du rétrécissement, ces instrumens augmentent presque nécessairement le désordre; ils sont presque également dangereux lorsque le rétrécissement est encore à l'état de simplicité. L'impossibilité que j'ai signalée de savoir au juste quelle est la position de celui-ci par rapport à la courbure de l'urèthre a des inconvéniens encore plus graves avec ces instrumens qu'avec les précédens, et, même dans la portion droite du canal, il est presque impossible de les faire cheminer tant soit peu sans faire fausse route. Je vais d'ailleurs exposer brièvement ce que j'ai vu.

J'ai déjà rapporté une observation qui peut bien compter comme un cas de cathétérisme forcé et dans laquelle une fausse route commençant au-devant d'un rétrécissement existant au devant de la symphyse pubienne allait aboutir dans la vessie. (Voy. p. 217.)

nom de *progrès*. Toutefois Ribes avançant en âge fut étonné de l'abondance de sa moisson, il voulut en apporter la masse et le produit au trésor commun de la science. Réunissant donc ses travaux en faisceau, il publia un ouvrage qui a pour titre collectif : Mémoires et observations d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de chirurgie, véritable encyclopédie scientifique, car on n'y compte pas moins de 84 articles, dont *quarante-sept* mémoires sur les sujets les plus variés, comme les plus importans. Les deux premiers volumes parurent en 1841, et le dernier, cette année même 1845, peu de mois avant la mort de Ribes.

A considérer ce vaste répertoire sous un point de vue général, on peut y distinguer deux genres de travaux assez différens. Dans le premier, il s'agit de la science en elle-même, de ses progrès et Ribes a mis sur chaque sujet traité par lui ce cachet de sévère exactitude qu'on reconnaît aussitôt. La forme est également remarquable : partout un raisonnement juste et ferme, une lucidité logique et péremptoire, une fleur d'érudition qui, sans l'étouffer, se mêle à l'observation personnelle; enfin un style correct dans son extrême sobriété, une diction limpide, coulante, facile, dont le secret est à peu près perdu. Dans le second, Ribes parle de ses campagnes, de ses voyages, des dangers auxquels il a été exposé. Mais quelle franchise cordiale! quelle heureuse naïveté! Comme il sait se renfermer dans la juste mesure du bon sens et de la vérité! Ribes ne se vante jamais, il se contente de raconter sans emphase, sans prétention, avec cette simplicité élégante, ce charme de bonhomie spirituelle qui faisait le fond de son caractère, ce qu'il a vu, ce qu'il a pensé, ce qui lui est arrivé. Soit qu'il aille secourir M. de Ségur au milieu d'une *grêle de balles*, soit qu'il relève du champ de bataille le maréchal Duroc frappé par un boulet à quinze pas de lui, soit qu'il dise les horribles privations, les angoisses sans fin qu'il éprouva avec ses compagnons d'armes à la désastreuse retraite de Moscou, il est toujours le même, narrateur fidèle, exact, impartial, n'acceptant jamais les mots comme draperie, mais comme la pure expression des idées; en un mot, disant simplement de grandes choses. En vérité, quand on lit ces pages historiques, on croit entendre le bon Paré, racontant ses aventures à Turin, au siége de Hesdin, ou bien lors qu'étant fait prisonnier, il paie sa rançon en guérissant un ulcère variqueux au seigneur de Vaudeuille. Partout également chez Ribes, un rare et heureux mélange de sérénité, de douce gravité, d'optimisme convaincu, et même de plainte résignée comme il convenait à cette indulgente nature.

Mais si l'auteur est savant et modeste, le professeur, l'académicien ne brillent pas moins par les mêmes qualités. Lors de la fondation de l'Académie royale de médecine, Ribes fut choisi un des premiers et personne ne s'en étonna. A son vaste savoir, il réunissait ce ton de bienveillance confraternelle, cette mesure de langage, cette sagesse de conduite qui sont les vrais signes d'élection en matière académique. Très rarement il prenait la parole dans les assemblées, soit à cause de la faiblesse de sa voix, soit à cause d'une certaine timidité qui le dominait; il se contentait d'écouter, mais il écoutait bien. L'Académie le nommait de presque toutes les commissions, elle ne comptait pas en vain sur son savoir, son excellent jugement et son assiduité. Ses remarques étaient toujours pleines de justesse et d'à propos; il discourait rarement, louait en peu de mots, blâmait de même, comme ceux dont le jugement est réfléchi et arrêté. Presque toujours ses opinions prévalaient, opinions d'ailleurs très nettement

Sur un sujet que j'ai ouvert, en 1834, à Bicêtre, et sur lequel le cathétérisme forcé exécuté avec la sonde conique par les mains pourtant si exercées de Murat, avait fait une fausse route, il était survenu une infiltration urineuse de tout le petit bassin, telle que je ne pus y rien reconnaître.

M. Civiale dit avoir assisté à l'ouverture d'un corps où l'on rencontra une fausse route commençant vers le milieu de la portion spongieuse et longeant la paroi supérieure du canal jusqu'à la vessie. Le malade avait été sondé deux jours auparavant par un praticien habile au moyen d'un cathéter pointu. (MAL. DES ORG. GÉN. URIN., t. I, p. 335.)

D'un autre côté, j'ai vu pratiquer le cathétérisme forcé sur un homme de 45 ans, affecté d'un rétrécissement très dur commençant à 3 centimètres du méat. Le chirurgien, homme des plus adroits, trouva que ce rétrécissement s'étendait jusqu'au bulbe et que la sonde en le parcourant faisait éprouver une sensation comme si elle eût glissé sur des cailloux. Au bout de 3 ou 4 jours, il se forma derrière le scrotum un abcès urineux très étendu, et ensuite une fistule qui dura longtemps, si elle a jamais guéri. Ainsi le malade a échappé aux dangers immédiats du cathétérisme forcé; mais on lui fit, si je ne me trompe, une fausse route étendue, il eut un abcès urineux, une fistule; et il reste encore à savoir ce qu'est devenu plus tard le canal artificiel.

Cependant j'ai vu un autre cas où le cathétérisme forcé ne fut pas suivi d'accidens sérieux et où le malade fut en état de sortir de l'hôpital au bout de six semaines.

Je n'ai tenté qu'une seule fois le cathétérisme forcé : c'était à l'Hôtel-Dieu, en 1837. Mais un petit craquement particulier m'avertit que je venais de faire une fausse route et je m'arrêtai aussitôt. Comme la rétention d'urine n'était pas complète, je conseillai au malade d'attendre quelque temps avant de se soumettre à de nouvelles tentatives. Je ne sais ce qu'il a fait, mais l'année suivante, je le revis à la Charité, où il succomba, son rétrécissement n'ayant pu être franchi.

Les dangers du cathétérisme forcé devaient nécessairement conduire à imaginer d'autres méthodes.

On a conseillé depuis quelques années l'emploi de bougies en baleine qui présentent des pas de vis à leur extrémité; on a prétendu que lorsqu'elles sont engagées dans le point rétréci, il est toujours possible de les faire passer au travers, comme le ferait la machine qui en a fourni l'idée. Mais je crains que si ces instrumens à hélice éprouvent tant soit peu de difficulté dans leur passage, ils n'usent pour ainsi dire la portion du rétrécissement qu'ils ont traversée, comme une vis userait un écrou de substance moins solide qu'elle, si l'on continuait de tourner, bien qu'elle fût arrêtée dans sa marche. D'ailleurs ils ne peuvent servir que dans la portion droite où les rétrécissemens sont bien moins communs qu'à la courbure.

Wiseman, Hunter, Whately, et dernièrement M. Leroy d'Etiolles (GAZ. MÉD., 1845, p. 277), ont proposé la cautérisation antéro-postérieure pour franchir les rétrécissemens rebelles. Mais indépendamment des effets fâcheux de la cautérisation sur les tissus, effets que nous étudierons plus tard, cette méthode a des dangers qui lui sont propres. Quelle que soit la perfection des instrumens qu'on emploie, on est exposé aux fausses routes, surtout à la courbure du canal, et quand un pertuis accidentel se trouve à côté du point rétréci, on s'égare presque infailliblement. Il faut en outre des applications plus ou moins nombreuses du caustique, et souvent même ces applications suspendent complétement le cours de l'urine.

Toutefois, je ne rejette pas complétement ce moyen; mais je pense qu'à mesure qu'on se fera une idée plus exacte de la texture des rétrécissemens, de la nature des difficultés qu'on rencontre, et qu'on se persuadera davantage qu'il est presque toujours possible de réussir avec un procédé bien plus innocent, quoique plus simple et plus expéditif, les rétrécissemens infranchissables deviendront infiniment rares.

J'appellerai dans un instant l'attention de mes lecteurs sur ce procédé.

Lorsqu'une bougie s'engage dans un rétrécissement et ne peut le franchir, on a conseillé de la laisser en place, dans l'espoir qu'elle passerait plus facilement le lendemain. Mais n'oublions pas que nous avons supposé les besoins d'uriner urgens et la distension de la vessie arrivée au point d'exiger de prompts secours. Remarquons d'ailleurs que cette pratique ne réussit pas toujours, ainsi que je pourrais en rapporter plusieurs exemples. Toutefois l'importance que nos auteurs classiques accordent à ce précepte exige que je m'y arrête.

C'est un fait vrai que lorsqu'une bougie n'a pu traverser qu'une partie d'un rétrécissement et qu'on la laisse en place, elle traverse beaucoup plus facilement le lendemain le point qu'elle n'a pas pu franchir le premier jour. Hunter ne voyait dans ce phénomène que la cessation d'un spasme dont, suivant lui, le rétrécissement était le siége; Dupuytren, sans s'expliquer bien clairement sur sa nature, le désignait sous le nom de *dilatation vitale*. Etayé d'une si puissante autorité, ce mot a fait fortune.

J'ai dit plus haut combien il était difficile de concevoir qu'un tissu altéré, induré, pût jouir de l'excessive contractilité que Hunter lui prêtait; je crois que pour peu qu'on y réfléchisse, on trouvera plus inadmissible encore l'idée qu'un tel tissu peut se dilater spontanément. Pour moi, ce phénomène est complexe; il est à la fois vital et mécanique. Je vais m'expliquer.

Un rétrécissement, pour être le résultat d'une oblitération de la trame capillaire des tissus, n'est cependant pas entièrement dépourvu de vaisseaux. S'il en était ainsi, le tissu qui le constitue ne vivrait plus, la nature l'aurait éliminé; s'il vit, c'est qu'il reçoit encore du fluide nourricier; seulement il en reçoit à la manière des tissus fibreux, c'est-à-dire que ses vaisseaux n'admettent presque que ce qu'on est convenu d'appeler des liquides blancs. Mais que la vitalité vienne à y être excitée, que la présence d'une bougie y détermine une irritation, il y aura appel, afflux de liquide et il s'opérera un véritable ramollissement du tissu. C'est ainsi que se ramollissent et se laissent distendre les ligamens des articulations, la sclérotique, la cornée, etc., quand ils sont quelque temps le siége d'une inflammation. Mais, comme on le voit, ce ramollissement n'est pas une dilatation, c'est une aptitude à être dilaté. J'exposerai plus bas un phénomène qui prouve que cette aptitude se développe réellement. C'est là la partie vitale du phénomène que nous étudions; passons à ce qu'il offre de purement mécanique.

Lorsqu'une bougie est arrêtée dans un rétrécissement, on n'a pas assez fait attention qu'elle ne l'est pas seulement par l'obstacle qui se trouve à son extrémité, mais par la somme des résistances éprouvées par toute la partie de son cône engagée dans le rétrécissement. C'est lorsque cette

---

formulées ; mais sur beaucoup de points de peu d'importance, Ribes ne contestait jamais; les gens sûrs de leur force cèdent facilement sur les petites choses.

Ainsi l'illustre chirurgien, le professeur, l'anatomiste distingué, le physiologiste éminent, font déjà pressentir ce que devait être Ribes considéré sous un autre rapport. Mais je ne crains pas de l'affirmer d'avance, l'homme était encore au-dessus du savant. Qui de nous n'a connu ce bon, ce digne, cet excellent Ribes? qui n'a pas aimé, vénéré ce confrère toujours prêt à aider, à encourager, à approuver, toujours si répulsif à tout ce qui est en désaccord avec le bon sens et le bon droit? qui n'a remarqué sa constante et cordiale sympathie pour les autres, sentiment qui se révélait par sa parole aimable, par la gracieuse douceur de son sourire et de son regard? C'était vraiment là l'homme de bien, tel que l'ont dépeint les sages de l'antiquité et les livres saints. La philosophie dans les actions, c'est la paix dans l'ame, c'est l'ordre dans les habitudes, c'est le travail dans les penchans, c'est l'accord avec tous, c'est enfin une sorte d'optimisme pratique qui ne voit toujours que la possibilité, la consécration du bien et de l'utile. Or qui fut plus doué que Ribes de ces dons heureux? Sa supériorité d'ailleurs ne s'imposait jamais, il fallait la deviner, il se souciait même peu qu'on pût la signaler, pensant à cet égard comme Montaigne dont il aimait les écrits (1). Quand on a connu ce noble cœur plein d'équité, de droiture, de raison, de chaste réserve parlant de soi, et d'éloges pour les autres, on peut prendre une haute opinion de l'humanité. La douceur était surtout le trait distinctif de son caractère, le point saillant de son organisation morale. Aussi, simple dans ses manières et dans ses goûts, modéré dans ses désirs, facile dans son commerce, indulgent dans ses jugemens, heureux de la paix qu'il trouvait en lui, heureux de cet esprit de bienveillance qu'il avait pour les autres, Ribes n'a jamais eu d'ennemis; et qui donc aurait eu le courage de l'être? Il y a dans la bonté je ne sais quel charme communicatif, je ne sais quel accord secret avec la pensée intime de l'homme, quel accent de persuasion qui attire l'estime et subjugue les convictions. Ribes en fut un exemple frappant; tous avaient pour lui une sorte d'amitié et d'estime particulière et comme inaltérable; car sa bonté se manifestait en tout. La haine envenimée, la rivalité jalouse, cet *odium medicum* si caustique et si virulent dans certains cœurs, lui étaient tellement étrangers qu'il ne se permettait pas la médisance légère, la calomnie à fleur de peau, si communes et qu'on pardonne volontiers. Or qu'on le croie bien, il y a une grande force dans cette modération intelligente. Ayant vu le monde et les hommes, Ribes avait su les connaître, mais il les jugeait avec cette clairvoyante indulgence qui voit toutes choses et qui excuse tout; certes, on aurait pu lui appliquer ce que disait M. de Chateaubriand de son ami Joubert : « qu'il voulait voir l'enfer, même du bon côté. »

Ce serait néanmoins une erreur de penser que la bonté de Ribes fût le simple résultat de son tempérament, ou le calme plat des ames indifférentes ou énervées. La modestie n'est pas une abnégation, et Ribes eut la conscience de son mérite sans en avoir l'orgueil. Il savait apprécier les hommes, et la fermeté de son

(1) « Je reviendrois volontiers de l'aultre monde pour démentir celuy qui me formeroit aultre que je n'estois, feut-ce pour m'honorer. » (ESSAIS, liv. III, chap. 9.)

somme fait équilibre à la force que l'instrument peut supporter qu'il s'arrête; si l'on presse davantage, il s'affaisse et ploie, sans qu'on puisse en conclure que la partie postérieure du rétrécissement est plus rebelle que l'antérieure.

Si, en effet, on laisse la bougie en place, les parties qu'elle traverse cèdent peu à peu, cessent de la comprimer et il vient un temps où les obstacles se réduisent à ceux qui sont à son extrémité. Alors, on se trouve, par rapport à la partie qui reste à franchir, comme on se trouvait, avant de commencer, par rapport à celle qu'on a déjà pénétrée, et, si l'on vient à presser de nouveau, on force celle-là comme on avait d'abord forcé celle-ci. Les mots de *cessation de spasme*, de *dilatation vitale* n'étaient, comme on le voit, que l'expression inexacte d'un phénomène qu'on n'avait pas suffisamment étudié.

Une conséquence importante de ce que je viens de dire, c'est que si l'on pouvait immédiatement annihiler toute autre résistance que celle qui s'exerce à l'extrémité de la bougie, celle-ci pourrait très probablement pénétrer plus avant, jusqu'à ce que la résistance des parties nouvellement traversées jointe à celle des parties qui ne le sont pas encore fasse, comme dans la première tentative, équilibre à la pression qu'il est possible d'opérer. Or, c'est à quoi je parviens par un artifice bien simple. Je substitue à la première bougie une autre plus volumineuse et à cône moins allongé. Celle-ci, plus forte, supporte une pression plus énergique, elle agit uniquement sur les parties déjà dilatées par la première et les dilate encore d'avantage, de sorte que si l'on revient à la première, elle n'éprouve plus aucune résistance à sa périphérie, dans les points où elle se trouvait auparavant fortement étreinte. Point de raison par conséquent pour qu'elle ne traverse une seconde partie du rétrécissement comme elle avait traversé la première. On alterne ainsi jusqu'à ce qu'on ait complétement franchi l'obstacle. C'est comme s'il existait plusieurs rétrécissemens et qu'on se débarrassât de l'étreinte des premiers pour agir plus efficacement sur les autres.

Ainsi, les auteurs conseillent, lorsqu'on ne peut pas franchir une coarctation avec une bougie, d'en prendre une plus fine encore et plus effilée; moi je conseille d'en prendre une plus grosse et à cône plus abrupte, mais pour revenir ensuite à la première. Une bougie plus fine, il est vrai, ne serait pas étreinte aussi fortement que celle qui l'aurait précédée par la portion que celle-ci aurait traversée; mais lorsqu'on a commencé par une bougie déjà très fine, il n'est guère possible de descendre, et d'ailleurs l'avantage qu'on pourrait retirer de cette substitution serait plus que compensé et détruit par la résistance moindre de l'instrument.

Cette idée, tout à fait d'accord avec ce que nous savons actuellement de la texture constante des rétrécissemens organiques et des propriétés des tissus fibreux, n'est pas seulement à l'état de théorie; mais elle a été mise plusieurs fois à exécution avec succès, notamment dans les cas suivans.

Un homme me fut adressé, le 14 mai 1843, par le docteur Beaugrand, pour un rétrécissement des plus durs et des plus étroits existant à l'union du bulbe et de la portion membraneuse. Comme la rétention d'urine était complète et les accidens urgens, il importait de débarrasser promptement la vessie. Après avoir alterné, pendant une heure au moins, les manœuvres que je viens de décrire, je fis pénétrer une petite bougie conique, puis une sonde élastique d'un très faible numéro, sans qu'il sortît une seule goutte de sang, et je vidai la vessie. Le soulagement fut immédiat et le traitement marcha avec rapidité.

Un autre malade qui me fut adressé par le docteur L. Hoffmann, (l'un de ceux que j'ai cités en parlant de l'incontinence d'urine), avait de nombreux rétrécissemens dans les diverses parties de l'urèthre et notamment à sa courbure où j'en trouvai un très dur et très étendu. Les mêmes manœuvres furent absolument nécessaires pour pénétrer dans la vessie, et encore me fallut-il les répéter pendant au moins cinq ou six jours.

Un soldat d'Afrique avait séjourné pendant six mois, à Montpellier, dans le service fait alternativement par MM. Lallemand et Serre, sans que ces deux habiles chirurgiens eussent pu franchir un rétrécissement qu'il portait au niveau de la racine de la verge. L'urine s'écoulait presque entièrement par une fistule périnéale. Cet homme vint à pied à Paris, pour voir s'il y trouverait plus de soulagement. Entré le 31 janvier 1845, dans le service de M. le professeur A. Bérard, salle Saint-Gabriel, 26, il avait déjà été soumis à deux tentatives inutiles de cathétérisme, et l'on en essayait une troisième lorsque je survins. J'exposai mon procédé à M. Bérard, qui le mit immédiatement à exécution et pénétra en quelques minutes dans la vessie. La cautérisation antéro-postérieure avait été inutilement pratiquée sur ce malade, à Montpellier.

Assistant, le 18 avril dernier, à la visite de M. Serres, ce professeur me fit voir dans son service un malade affecté d'un rétrécissement à la courbure de l'urèthre, qu'on n'avait pu franchir, malgré des tentatives réitérées. Cet homme, désespéré de l'inutilité de ces efforts, ne voulait plus se soumettre à de nouvelles épreuves; mais il céda, et il eut bientôt occasion de s'en applaudir; car, après que j'eus agi avec une petite bougie, puis avec une grosse, en revenant à la première, je pénétrai sans difficulté jusque dans la vessie.

Toute simple qu'elle est, la méthode que je viens d'exposer n'en a pas moins, si je ne m'abuse, une très grande valeur; car souvent, dans le traitement des rétrécissemens de l'urèthre, l'introduction de la première bougie est le point le plus difficile et le plus essentiel. Ou bien, elle permet presque toujours de franchir immédiatement l'obstacle, sans danger, sans écoulement de sang, presque sans douleur, et la vessie se trouve à l'instant débarrassée; ou bien, s'il arrivait, ce qui est très rare, que, malgré le passage de la bougie, l'urine ne pût sortir, même en partie, il serait facile d'introduire immédiatement une petite sonde de gomme élastique, munie d'un fil d'argent légèrement recourbé près de son extrémité interne.

Outre qu'elle ne soulage pas de suite le malade, la méthode de Dupuytren n'est pas exempte d'inconvéniens. Laisser une bougie au devant du rétrécissement pendant 12 ou 24 heures n'est pas chose aussi facile qu'on pourrait se l'imaginer; par son propre poids, l'instrument tend toujours à se déplacer; les mouvemens continuels du malade, l'agitation à laquelle il est en proie, ses efforts pour uriner, concourent au même effet, et il est même presque toujours invinciblement porté à l'extraire, dans la crainte qu'il ne s'oppose au passage de l'urine. Il faudrait en conséquence, ou bien que le malade réintroduisit lui-même à chaque instant sa bougie, et quelles mains inexpérimentées pour une opération aussi délicate! ou bien qu'on la fixât avec des liens contre l'obstacle, et encore elle se déplacera presque toujours, pour peu qu'elle se courbe, que les liens se relâchent ou se dérangent, que la verge s'allonge, etc. Il est même

---

caractère se manifesta dans plus d'une occasion. Pendant la retraite de Moscou, un certain nombre de blessés n'avaient pas été pansés. Napoléon l'apprit. « Déjà irrité par d'autres motifs, dit Ribes, il n'en fallut pas d'avantage pour l'indisposer contre moi. On vint donc me chercher, et je me présentai avec calme devant l'empereur; je savais qu'avec lui il ne fallait pas de longs discours. — C'était une mission de confiance, me dit-il, que je vous avais donnée, et pourtant vos blessés n'ont pas été pansés, cela n'est pas bien. — Non, sire, répliquai-je, les blessés n'ont pas été pansés hier, ils ne le seront pas aujourd'hui, ils ne le seront peut-être pas demain. — C'est différent, répondit l'empereur, sans m'en demander la raison (le froid excessif), et il m'engagea avec bienveillance à leur continuer mes soins. » Quand on pense à l'état d'irritation de Napoléon, à son esprit de rigueur dans la discipline, à l'insinuation malveillante qu'on lui avait fait, on ne peut qu'admirer le sangfroid et la fermeté de Ribes. Veut-on un jugement sur un homme célèbre? Après la bataille de Leipsick, il y eut un armistice, mais sans résultat. « Cet armistice, ajoute Ribes, fut suivi de la bataille de Dresde et de la mort du général Moreau, puni pour avoir tiré l'épée contre les Français et pour n'avoir pas su oublier un instant les torts de son oublieuse patrie. » Est-il un jugement plus net, plus heureusement exprimé? C'est un trait du burin de l'histoire.

Quelquefois néanmoins son esprit juste et pénétrant découvrait l'homme sous le masque; alors une douce raillerie, une de ces saillies où il y a de l'esprit et où il n'y en a pas trop, exprimait son opinion. Un médecin orateur dit un jour dans une société savante qu'il s'enveloppait dans la justice de sa cause et sa conduite irréprochable. — *C'est un costume bien léger*, dit aussitôt Ribes, poussé par un mouvement spontané. Souvent aussi il donnait à ses remarques une forme d'expression originale. Quelqu'un s'étonnait devant lui qu'après la terrible bataille de la Moscowa, qu'en réfléchissant à sa dangereuse position, Napoléon pût s'amuser à faire un réglement sur la Comédie française, *daté* du Kremlin. Que voulez-vous, dit Ribes, chaque état a son charlatanisme, et celui de grand homme n'affranchit pas de cette obligation. Réflexion fine et d'une immense portée morale. Au reste, rien de plus rare chez lui que ces petites explosions de causticité veloutée. La nature, le raisonnement, l'expérience, l'avaient fait bon et bienveillant; il resta toute sa vie fidèle à ses principes comme à ses inclinations.

D'ailleurs, il suffisait d'avoir quelques rapports avec cet homme excellent pour l'apprécier; le voir, l'entendre, c'était le connaître; le connaître, c'était l'aimer et l'estimer. Sa voix, ses manières, l'ensemble de sa personne, annonçaient ce qu'il était en effet. Dans sa jeunesse, Ribes avait été remarquable par la beauté de ses traits, et l'empreinte première persista pendant la longue durée de son existence. Sa figure fut toujours belle, douce et affable; un front gracieusement convexe et modelé, des yeux au regard fin et expressif, un sourire aimable, parfois un peu moqueur, exprimaient sans nul déguisement sa pensée. On distinguait aussitôt sur sa physionomie le savant, l'homme réfléchi, le bon cœur, la belle âme, épurée au feu sacré de la science, cette satisfaction intérieure d'un cœur honnête, inoffensif, où la personnalité excessive ne laisse aucun reflet. Sa vie comme sa pensée fut également douce et facile; la vieillesse le prit ainsi, laborieux, tranquille et résigné, laissant cheminer la vie telle qu'il l'avait reçue, sans la prodiguer, mais sans la regretter. C'était

arrivé que son bec, en pressant sur les tissus sains, en a déterminé l'ulcération et la perforation.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

OBSERVATIONS SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉGNÉ PENDANT LES MOIS DE DÉCEMBRE 1841 ET DE JANVIER 1842 DANS LA CASERNE DU CORPS DE GENDARMERIE DE LA VILLE DE STOCKHOLM; par MAGNUS HUSS, professeur de la clinique médicale à l'École de médecine de Stockholm.

(Suite. — Voir les numéros 15, 16 et 21.)

B. CARACTÈRES PRINCIPAUX DE LA SECONDE FORME, C'EST-A-DIRE DE CELLE OU PRÉDOMINAIENT LES SYMPTÔMES ABDOMINAUX.

A. PRODROMES. Les avant-coureurs, dans cette forme, étaient peu différens de ceux de la précédente. De 12 sujets appartenant à cette catégorie, 2 tombèrent malades sans prodromes, 4 avec prodromes dans les trois premiers jours, le surplus après ce temps jusqu'à huit jours. Comme dans tous les cas de la première forme, les prodromes ne dépassaient jamais l'espace de trois jours, il en résulte que le temps d'incubation, dans la seconde forme, était plus long, puisque, dans la moitié des cas qui se sont présentés, les signes avant-coureurs ont continué au delà du terme où se manifestaient ordinairement les symptômes prédominans de la maladie. La plupart avaient eu, pendant les jours d'incubation, des tranchées dans l'estomac, avec des selles moins consistantes que d'habitude, seule différence que présentassent les prodromes de cette forme d'avec ceux de la forme précédente; à quoi il faut encore ajouter que, pendant la durée de cette incubation, aucun des 12 sujets n'eut de saignement de nez.

B. INVASION DE LA MALADIE. Elle se faisait principalement reconnaître à des phénomènes plus bénins que ceux qui marquaient le début de la première forme. Dans 7 cas, l'invasion de la maladie fut marquée par du frisson, dans 2 cas par des vomissemens et de la diarrhée, dans 1 cas par de l'étourdissement, et dans 2 cas par une faiblesse qui gagnait peu à peu le corps, sans autre symptôme plus décisif. Ordinairement les atteintes de frisson revenaient plusieurs fois pendant le cours du premier jour; dans 2 cas, les frissons continuèrent, quoique sans tremblement, pendant les deux jours suivans.

C. SYMPTÔMES APRÈS L'INVASION DE LA MALADIE. Dans chacun des 12 cas, on put distinguer deux périodes, quoiqu'il n'y eût pas d'indices bien décisifs du passage d'une période à l'autre, passage qui s'opérait peu à peu sans changement d'état dans l'ensemble.

1° *Première période.* Après l'apparition du frisson ou de quelques-uns des autres symptômes qui indiquaient l'invasion de la maladie, il survenait une douleur sur le front et souvent dans les cavités orbitaires; cette douleur est toujours décrite comme *pesante*, comme si quelque chose de lourd était posé sur le front; en même temps s'y joignaient le bourdonnement aux oreilles et une faiblesse extrême, qui bientôt, au bout de deux ou trois jours, prenait un tel caractère que le malade ne pouvait pas ou plutôt ne voulait pas essayer de se remuer, parce que chaque mouvement provoquait un sentiment d'étourdissement et rendait la vue trouble et confuse, surtout lorsqu'il essayait de lever la tête. La face n'était ni enflée, ni rouge; elle conservait au contraire, dans le commencement, son aspect naturel; seulement elle exprimait la faiblesse; plus tard, les traits s'altéraient. Dans quelques cas, l'œil, pendant les premiers jours, était plus vif que de coutume, la sclérotique un peu injectée, mais le plus souvent l'expression de l'œil était, dès le commencement, mate; bientôt il perdait son expression, et toute la face prenait alors une empreinte toute particulière d'indifférence; les pupilles étaient ou normales ou quelquefois dilatées; elles n'étaient jamais contractées, et il ne se présenta jamais de photophobie. L'ouïe se montra, dans 7 cas, plus ou moins émoussée, particulièrement vers la fin de cette période; dans le reste des cas, elle se maintenait normale. Point de délire les premiers jours; mais les malades étaient frappés de stupeur, et bien que leur intelligence fût intacte, ils ne répondaient que lentement et après réflexion aux questions qu'on leur adressait; ils semblaient aussi être gênés par la conversation; chez quelques-uns se développait la propension au sommeil; chez d'autres, au contraire, perte de sommeil avec penchant à avoir le vertige quand ils essayaient de sommeiller. La mémoire était, dans la plupart des cas, tellement altérée, que les malades ne se souvenaient pas distinctement de ce qui s'était passé peu d'instans auparavant.

Vers la fin de cette première période commençait à se manifester un léger délire, ordinairement vers le soir et ensuite durant la nuit; le malade se parlait à lui-même et se livrait à des mouvemens désordonnés, comme s'il eût voulu saisir avec les mains un objet suspendu au dessus de sa tête. Vers le même temps, les forces commençaient à diminuer sensiblement, le malade s'affaissait dans son lit. Le saignement de nez ne se montra que 3 fois, et il fut aussi sans influence aucune sur la marche de la maladie. La fréquence du pouls était ordinairement la même que dans la forme précédente; il se tenait aux environs de 100; son minimum était 80 et son maximum 108; il était un peu plein, toujours égal et mou les premiers jours; plus tard un peu faible. Les bruits du cœur étaient normaux au commencement, puis ils s'affaiblissaient. Le sang qu'on recueillait des saignées ou des ventouses montrait des qualités identiques à celles de la première forme; sur quoi il faut toutefois observer qu'il n'y eut de saignée que dans 2 cas.

La langue était, dans 8 cas, dès le début, rouge-viande, écorchée, avec les papilles enflées à la pointe; dans les 4 autres cas, elle était plus ou moins chargée à son centre et rouge-viande seulement aux bords; elle devenait bientôt sèche et prenait alors un aspect luisant, uni, et elle tremblotait enfin lorsqu'on la tendait au dehors. Dans tous les cas, l'haleine était infecte, sentant le pourri; le goût était corrompu et la soif vive. Le ventre était ordinairement déprimé, et quand il était un peu gonflé, il était toujours mou. Dans 7 cas, il était douloureux à la pression, partie à la région iléo-cæcale et partie autour du nombril; dans 5 cas, il était indolent; dans les uns et dans les autres, la pression était ordinairement suivie de gargouillement. Des selles en dévoiement ou de la diarrhée se montraient chez tous, depuis trois jusqu'à neuf ou dix évacuations par jour; les selles avaient la consistance de la bouillie claire, de couleu

---

par choix et par jugement qu'il agissait de la sorte et non par inertie. Ribes, en raison de son expérience et de son esprit réfléchi, ne fut la dupe de qui que ce soit. Dans les chances plus ou moins aléatoires de la vie, il sut tirer parti des circonstances et des positions, sans jamais varier de la ligne la plus étroite de l'honneur. C'est par ses travaux, c'est par une sage économie, qu'il obtint cette fortune modeste, cet heureux état d'aisance qui ne redoute ni les inquiétudes du besoin, ni les embarras de l'opulence, ni les regards de l'envie. Son principe fondamental était que le mérite, à quelque degré qu'on le suppose, ne dispense jamais du devoir, qu'il en doit même l'exemple. Aussi avait-il une sorte d'horreur pour les succès de métier, pour certaine manière de gagner de l'argent, qui corrompt le cœur et *putréfie* l'esprit, selon son énergique expression.

Longtemps la santé de cet illustre chirurgien fut bonne et ferme; sa modération en tout venait en aide à son excellente constitution. Cette santé s'altéra néanmoins; une affection gastrique, de nature indéterminée, le força pendant plusieurs années de ne vivre que d'alimens liquides. Cependant ses forces se soutenaient; mais un événement cruel, imprévu, lui porta le coup fatal. A soixante dix-sept ans, il se vit contraint de quitter l'hôtel des Invalides, où il était depuis un demi-siècle; on l'obligea d'abandonner ces vieux soldats, auxquels il prodigua si longtemps ses soins, ses veilles, ses travaux, son dévouement. Il ne put y résister: le calme était au-dehors, la douleur mortelle au-dedans; le vieux chêne fut atteint dans sa racine. Ribes languit encore quelque temps; mais bientôt ses forces diminuèrent, sa vue baissa, ses mains tremblèrent. La mort s'approche, disait-il, je la vois, je la sens, chaque jour elle accélère sa marche; enfin, il succomba le 21 février 1845. Cependant, toujours le même dans cette longue maladie qui le minait d'année en année, de mois en mois, d'heure en heure, il se montra égal, résigné dans une sorte de confiance apparente, dans ce mensonge courageux qui fortifie l'espérance de ceux qui nous entourent. On peut dire de lui que sa vie et sa mort ont été dignes l'une de l'autre. A peine Ribes fut-il expiré, qu'on s'aperçut combien il était aimé, respecté; ce fut parmi ses confrères une douleur publique spontanée, générale. Certes, il faut être bien digne d'éloges, il faut avoir bien honorablement vécu pour exciter d'aussi vifs et unanimes regrets. C'est que Ribes était en effet estimé de tous; c'est qu'il y avait dans son mérite, dans sa personne une dignité calme, sérieuse, et pourtant aimable; c'est qu'il eut le sentiment profond de la grandeur de notre art et de sa mission; c'est qu'il vécut sans reproches, sans haine et sans envie. Il cultiva la science avec ardeur et il fit toujours le bien; il a fourni une longue carrière et aucun de ses jours n'a été vide. Celui qui écrit ces lignes, ayant eu l'insigne bonheur d'être assis pendant *dix-sept ans* à côté de Ribes, sur le même banc académique, ne craint pas de voir son faible témoignage démenti par aucun de ses confrères.

Telle fut la fin d'un homme de bien et du plus haut mérite... *Ossa molliter quiescant*... Puisse sa vie active et laborieuse servir d'exemple et d'enseignement! Puisse son esprit de concorde et de mansuétude nous guider, nous animer tous! Ce sera encore un service que Ribes aura rendu à la science qu'il a tant aimée, à la profession qu'il a si noblement exercée.

R. P.

jaune-brun ou jaune-vert de diverses nuances, et d'odeur infecte et cadavéreuse; à la fin de cette période, il arriva souvent que les excrémens s'échappaient involontairement, seulement toutefois pendant la nuit.

Dans les organes de la respiration, il ne se présenta rien qui fût digne de remarque; seulement un cas qui se trouve précédemment rapporté (obs. 10) était compliqué de tubercules pulmonaires. La peau était sèche, rude et chaude. L'érythème typhoïde fut généralement plus rare dans cette forme que dans la première; même indécision dans le jour de son apparition; il ne prenait jamais la couleur bleuâtre. Dans trois cas, il manqua tout à fait. Avec l'érythème apparut dans quatre cas une autre sorte d'éruption, celle de purpura, tantôt de la grandeur de grains de moutarde, tantôt s'étendant çà et là, de couleur ou rouge clair ou brune, mais toujours de forme ronde. Ces deux éruptions pouvaient facilement se distinguer l'une de l'autre, en ce que la première disparaissait à la pression, et que la seconde au contraire ne subissait par la pression aucun changement. La sensibilité de la peau n'était dans aucun cas altérée; mais dans deux cas les effets du décubitus (escarres) commencèrent à se manifester à la fin de cette période. Dans les cas où l'urine a été examinée, elle a offert les mêmes circonstances que dans la forme précédente; il n'y eut ni incontinence ni rétention d'urine.

2° *Seconde période*. Sans aucun caractère de transition plus décisif, les symptômes de la première période subsistaient alors quelques modifications. Ce changement commençait à se produire pendant les cinquième ou sixième jours jusqu'aux septième ou neuvième, époque où les symptômes de la seconde période pouvaient être considérés comme pleinement constitués. D'abord l'aspect de la face commençait à s'altérer, elle semblait se rétrécir par le bas; un profond sillon se dessinait sur les joues, depuis les narines jusqu'au-dessous des coins de la bouche; l'œil devenait plus mat, le regard plus frappé de stupeur et l'expression de tout le visage marquait l'indifférence et l'abattement. Bientôt survenait, le soir et la nuit, un délire léger; le malade se parlait à lui-même; aux interpellations qui lui étaient faites, il répondait pour quelques instans d'une façon compréhensible; mais il retombait immédiatement dans le délire; celui-ci fut bénin dans neuf cas. Dans les trois autres, l'état de stupeur continuait avec propension prédominante au sommeil. Le délire au bout de deux ou trois jours passa dans quatre cas à l'état de *delirium mussitans*. Dans les cinq autres cas, il ne prit pas ce caractère. Les forces s'affaissaient pendant ce temps-là, sans proportion avec l'état du délire, d'une manière si notable, que le malade était ordinairement couché sur le dos, avec la bouche ouverte, les genoux pliés et ramassé vers le pied du lit.

Dans les cas où l'ouïe avait été émoussée pendant la première période, ce phénomène persistait encore plus tard; mais dans deux des cas où la stupeur apparut sans délire, les malades devinrent complètement sourds; pareil état de choses se manifesta dans un cas où le malade éprouvait en même temps un léger délire. Les pupilles étaient ou normales ou un peu plus grandes qu'à l'état normal, seulement dans un cas elles étaient notablement dilatées. Dans deux cas survinrent des ulcérations à la cornée, ce qui provenait de ce que les paupières, au lieu de se tenir fermées, étaient restées demi-ouvertes. Le pouls restait, quant à la fréquence, à peu de chose près, ce qu'il était dans la première période; tantôt pourtant il était un peu plus précipité; dans d'autres cas, au contraire, un peu plus lent; ainsi il s'éleva dans deux cas jusqu'à 120 et 128; dans un autre cas il tomba jusqu'à 60; en général, il était égal; seulement dans deux cas on remarqua qu'il était intermittent; sans exception, il était, pendant cette période, d'abord faible, devenait bientôt petit et menu, quelquefois à peine perceptible, souvent parce que les soubresauts des tendons empêchaient qu'on ne le pût sentir. Les bruits du cœur étaient altérés; d'abord les deux bruits étaient faibles, puis le premier devenait court, semblable au second, puis de moins en moins perceptible à l'oreille, en rapport direct avec l'affaiblissement des forces; finalement ce premier restait seul appréciable; et dans trois cas il était complètement disparu, c'est-à-dire si faible qu'il ne pouvait plus être constaté.

La langue conserva, dans quatre cas, un aspect pareil à celui qui a été constaté à la première période, sauf qu'elle était un peu plus dure et semblait gonflée; dans les quatre cas, elle était couverte d'une couche brunoir, sèche et fendue; une croûte pareille couvrait aussi la lèvre inférieure et les dents supérieures de devant; la langue était tremblotante, même dans l'intérieur de la bouche quand le malade ne pouvait plus la tirer en dehors; souvent la mâchoire inférieure tremblotait aussi. Le ventre était, à l'exception de deux cas où le météorisme survint dans les environs du quatorzième jour, et après ce jour, pour la plupart du temps enfoncé, indolent, gargouillant au côté droit; la diarrhée de la même nature que dans la première période continuait avec des évacuations tantôt plus tantôt moins fréquentes, qui presque toujours s'opéraient involontairement dans le lit. La peau se maintenait sèche, rude et chauve, parfois brûlante; dans les cas où il y avait érythème typhoïde, il disparaissait peu à peu, sans prendre une couleur plus brune ou plus bleuâtre; on n'a pas noté dans l'historique des maladies quelle était la marche du purpura. Chez trois malades survinrent des escarres à la région sacrée avec caractère de gravité chez l'un d'eux, moins grave chez les deux autres. Dans ces trois derniers cas le passage à la guérison eut lieu par lysis; c'est pourquoi on ne peut admettre cette circonstance comme ayant eu quelque influence avantageuse sur la marche de la maladie; au contraire elle a eu une influence désavantageuse, surtout en ce qui concerne la convalescence.

Dans tous les cas où il y avait *delirium mussitans*, les urines s'épanchaient involontairement; dans deux cas où la stupeur était prédominante il y eut rétention d'urine.

Les mêmes conclusions que nous avons déduites de l'exposition des symptômes de la seconde période de la première forme, concernant les caractères de cette seconde période sont également applicables à la seconde période de cette seconde forme, avec cette exception toutefois que lorsque quelque délire n'avait pas eu lieu dans la première période de cette seconde forme, la survenance d'un *delirium mite* marquait précisément alors l'arrivée de la seconde période.

Convalescence. A combien de jours les symptômes de cette seconde période étaient-ils limités? Voilà ce qu'on ne peut déterminer dans d'autres cas que ceux où il y avait eu crise; dans le reste des cas, la lysis a fait des progrès sans détermination de jour ou peu certaine. Sur les 12 cas de cette forme qui ont été traités, la crise s'est montrée distincte dans 5 cas, moins distincte dans 2 autres, et il y a eu lysis dans 5; aucun cas n'a produit la mort. Les crises se sont présentées comme suit:

Sommeil seul dans 1 cas;
Sommeil réuni à la transpiration dans 1 cas;
Transpiration seule dans 2 cas;
Redoublement d'évacuation urinaire seul dans 1 cas.

A. Le cas où le sommeil, sans qu'il y eût pendant sa durée augmentation de sécrétion, s'est manifesté comme ayant une signification critique, a été rapporté précédemment (obs. 7); le sommeil commença le neuvième jour et continua sans interruption pendant trente-six heures.

B. Le sommeil et la transpiration réunis se montrèrent le onzième jour.

C. Dans les deux cas où la transpiration seule opéra la crise, elle apparut une fois le onzième jour (obs. 8), et dans le second cas le quatorzième jour.

D. La crise par évacuation d'urine eut lieu le quatorzième jour (obs. 6).

Des deux cas qui ont eu des crises moins déterminées, l'un a été rapporté (obs. 10) où le quatorzième jour les glandes et vaisseaux lymphatiques de l'extrémité inférieure droite commencèrent à enfler et passèrent ensuite à l'état de suppuration pendant que l'état général s'améliorait petit à petit, mais toutefois sans terme précis, ni passage significatif. Dans le second de ces cas, il survint le seizième jour un gonflement d'une parotide, après cependant que, durant les deux jours précédens, un peu de mieux eut déjà commencé à se manifester; la parotide n'alla pas même jusqu'à la suppuration; elle se résolut au bout de quelques jours.

Des 5 cas où la lysis eut lieu, 1 a été cité dans l'obs. 9; ce cas peut servir de type pour tous les autres parce qu'ils se comportèrent tous assez uniformément. Chez lui seulement la lysis commença après le quatrième jour; dans le surplus des cas, c'est-à-dire dans les 4 autres, elle ne commença qu'après le quatorzième jour.

Chez tous les malades de cette catégorie qui furent traités, la convalescence fut signalée dès son début par des phénomènes assez semblables dans tous les cas. Le délire, sous quelque forme qu'il se fût manifesté, diminuait là où la stupeur avait prédominé, la face était comme délivrée de cette expression stupide; le pouls devenait plus distinct, il s'élevait, quoique surtout dans la terminaison par lysis il continuât quelques jours à être faible et quelquefois petit; le premier bruit du cœur recommençait à être distinct pour revenir ensuite peu à peu à l'état normal; la langue s'amollissait quand il y avait crise, tout d'une fois sur toute sa surface; mais sous l'empire de la lysis elle ne s'amollissait d'abord que sur les coins, et de là peu à peu sur toute son étendue; il n'était pas rare que la diarrhée persistât opiniâtrement pendant que tous les autres symptômes de la maladie s'étaient successivement dissipés. C'était surtout dans les cas de terminaison par lysis que les selles se devenaient traînaient en longueur. Quoique la faim et l'envie de manger ne tardassent pas, en général, à revenir, la satisfaction de ces besoins entretenait ou augmentait ordinairement la propension à la diarrhée. Ce qu'il y avait surtout de re-

marquable au commencement de la convalescence était l'état d'amaigrissement du malade; cette maigreur était plus ou moins grande en proportion de l'intensité avec laquelle la diarrhée persistait. Ceux qui durant la lysis avaient eu des évacuations excrémentitielles fréquentes étaient comme des squelettes; aussi leur fallait-il d'autant plus de temps pour recouvrer leurs forces. Cet état d'amaigrissement qui survenait pendant la convalescence trace en quelque sorte une ligne de démarcation bien tranchée entre cette forme de la maladie et la précédente; car dans la première forme le rétablissement avançait plus promptement et l'amaigrissement n'était pas très notable. Il faut aussi remarquer ici que les observations que nous avons rapportées comme appartenant à la seconde forme, ne donnent pas le détail de la maladie dans son entier, parce que les malades, vu le manque de place, étaient obligés de quitter l'hôpital avant d'avoir recouvré toutes leurs forces pour passer ensuite à la caserne le temps de leur convalescence. Le terme moyen de la durée de la convalescence peut être assigné à trois semaines environ, en exceptant toutefois les cas où il survint des escarres; ainsi que celui où l'apparition d'abcès dans les vaisseaux lymphatiques (obs. 10) ralentit notablement le retour à la santé.

C. Caractères principaux de la troisième forme, c'est-à-dire de celle ou les phénomènes cérébraux et abdominaux étaient réunis.

A. Prodromes. 30 cas, c'est-à-dire près de la moitié du nombre des malades traités, présentèrent les symptômes de cette troisième forme. Sur cette quantité, 7 seulement tombèrent malades, sans prodromes préalables; quant au reste des cas, les prodromes ont eu une durée de deux jours jusqu'à huit, le plus ordinairement de trois jours. Les signes avant-coureurs du mal étaient ici complètement les mêmes que ceux cités pour la première forme, à cela près seulement que chez quelques-uns il y avait des coliques avec selles en dévoiement, et que le saignement de nez ne fut remarqué que dans 3 cas.

B. Invasion de la maladie. Dans les 7 cas où il n'y eut pas d'avant-coureurs, l'invasion de la maladie eut lieu quatre fois par des frissons, une fois par évanouissement, dans un cas par vomissemens violens et dans un autre par une céphalalgie à rompre la tête qui survint tout d'un coup, tellement qu'en un instant la vue était obscurcie. Dans les 23 cas accompagnés d'avant-coureurs, l'invasion fut marquée quatorze fois par des secousses de frisson plus ou moins fortes, plus ou moins prolongées ou répétées; dans le reste des cas, un mal de tête qui peu à peu gagnait d'intensité, ou un sentiment de faiblesse qui augmentait graduellement, forcèrent le malade à se tenir au lit.

C. Symptômes après l'invasion. Comme pour les deux formes précédentes, ces symptômes se divisent en deux périodes; cette division est applicable aux 30 cas, à l'exception d'un seul, dans lequel les symptômes de la première période continuèrent jusqu'au neuvième jour, moment où le sommeil se manifesta avec caractère de crise; ce cas offre une entière conformité avec les deux cas semblables qui ont été mentionnés sous la première forme.

1° *Première période.* Quel que fût le phénomène qui marquât l'invasion de la maladie, il survenait ensuite de la céphalalgie frontale avec battemens aux tempes et pesanteur sur les yeux; la face était rouge, gonflée; la sclérotique un peu injectée et l'expression des yeux vivace; les pupilles n'offraient aucun changement, et il ne se manifesta de photophobie que dans un seul cas. Les deux ou trois premiers jours le malade restait ordinairement tranquille, sans délire; mais plus tard le délire commençait vers le soir ou pendant la nuit. Ce délire n'était dans aucun cas violent; il durait toute la nuit, et cessait vers le matin, de sorte que le sujet jouissait assez complètement de ses facultés pendant le jour. Dans un très petit nombre de cas le délire continua aussi pendant le jour; mais il fut alors constamment plus bénin que pendant la nuit. Chez quelques-uns il y avait propension au sommeil ou plutôt somnolence agitée; chez la plupart cependant insomnie. Le saignement de nez n'eut lieu que chez 12, et se comporta conformément à ce qui se trouve cité sous la première forme. L'ouïe n'était chez aucun ni altérée, ni surexcitée, ni émoussée; seulement la plupart se plaignaient de tintement et de bruit dans les oreilles. Le pouls se maintenait dès le commencement plein, mais toujours mou, entre 80 et 100; à la fin de cette période, il devenait plus faible et quelquefois un peu plus fréquent: les bruits du cœur se maintenaient comme sous la seconde forme. Dans les cas où les évacuations sanguines furent employées, le sang avait les mêmes qualités que dans les formes précédentes. La langue offrait le même aspect que dans la première forme; elle était enflée; il en était de même encore de l'odeur de l'haleine, du goût et de la soif. Le ventre était toujours plus ou moins tendu, plus ou moins douloureux à la pression; par exception il ne l'était que dans le côté droit ou encore autour du nombril et au creux de l'estomac. Les selles en dévoiement (trois à quatre par jour) ou la diarrhée ne se manifestèrent pas toujours; mais les exceptions sont en si petit nombre qu'elles ne peuvent guère entrer en ligne de compte; et dans les cas où la propension à la constipation se manifestait un peu plus distinctement, les symptômes provenant du cerveau étaient aussi plus intenses et par conséquent se rapprochait davantage de la première forme. Les symptômes de congestion aux bronches et aux poumons ne se manifestèrent que dans 4 cas. La peau était le plus ordinairement chaude et sèche; mais dans quelques cas elle conservait de la souplesse et parfois vers le matin elle était un peu moite. Il y avait chez tous, sans exception, érythème typhoïde; l'éruption se conduisait comme dans la première forme; mais elle n'était pas aussi abondamment répandue, et elle n'avait non plus dans aucun cas la couleur bleue ou violette qu'elle offrait dans les autres formes; elle se tenait dans les nuances entre rouge-clair et rouge foncé, parfois tirant au brun. Avec l'érythème apparurent aussi dans plusieurs cas des taches de purpura telles qu'elles sont décrites sous la seconde forme. La sensibilité de la peau n'était sur-élevée dans aucun cas; quand la température en a été déterminée, elle était à l'orifice de l'estomac, entre 34 et 38°. Dans les cas où l'urine a été soumise à l'examen, elle avait les mêmes caractères que dans la première forme; ni incontinence ni rétention urinaires n'eurent lieu dans cette période.

2° *Seconde période.* Dans le cours du cinquième au neuvième jour, comme dans la forme précédente, il survenait un changement dans les symptômes; le délire était plus continu, mais tranquille, consistant presque toujours en un marmotement; le gonflement de la face se dissipait et la rougeur devenait moins vive, tandis que l'expression des traits était stupide, et que le malade témoignait particulièrement de l'indifférence sur son état, et disait ordinairement « se bien porter. » Dans quelques cas, le délire cessait au commencement de cette période et était remplacé par un état d'assoupissement s'approchant du *sopor.* Chez quelques-uns, le *delirium* devenait mussitans. Les pupilles étaient souvent un peu dilatées, et l'ouïe se montra dans 9 cas émoussée, tantôt jusqu'à la dureté seulement, d'autres fois jusqu'à la surdité complète. Il n'y eut pas de saignement de nez durant cette période. Les forces s'abattaient aussi à partir du commencement de cette période, et les malades, presque sans exception, conservaient la position du décubitus dorsal, souvent avec propension à s'affaisser et à glisser au pied du lit. La fréquence du pouls variait entre 100 et 112; bientôt entre les cinquième et septième jours, il devenait faible, souvent plus tard petit et filiforme; les bruits du cœur s'altéraient de la même manière que dans la forme précédente; le premier bruit ne disparut que dans 2 cas. La langue était sèche et raide avec ou sans croûte; plus souvent sans croûte; pourtant il y avait des cas où elle continua tout le temps à être molle, mais alors elle était rouge-viande; parfois elle devenait tremblotante, enflée ou non, le plus ordinairement elle était large, rarement en pointe. L'haleine était, dans beaucoup de cas, puante; dans d'autres cas, elle avait une odeur d'âcreté, dans d'autres, au contraire, son odeur était seulement fade. Le ventre était en général indolent, plus mou, mais jamais il n'était déprimé; le gargouillement au côté droit, comme on le remarqua quelquefois dans la première période, devenait plus fréquent; la diarrhée ne suivait pas de marche régulière, ou elle diminuait et cessait même complètement, ou bien elle persistait uniformément ou elle augmentait, mais ce dernier cas était plus rare. Dans quelques cas où le *delirium* était mussitans et la stupeur profonde les excrémens furent évacués involontairement. La qualité de la peau se maintenait pareille à ce qu'elle était dans la première période. L'érythème se dissipait petit à petit, mais il en restait des marques dans quelques cas même jusqu'à la convalescence.

Dans 4 cas où la guérison se fit par lysis, il survint des escarres. Chez ceux qui dans la première période présentaient des symptômes de congestion dans les bronches ou dans les poumons, une toux sèche avec râclement persistait sans aucun soulagement jusqu'à ce que la convalescence commençât à s'établir. Dans les cas où il y avait excrétion involontaire des matières fécales, il en était de même de l'urine; dans deux cas seulement, on a remarqué de la rétention.

D'après ce qui vient d'être dit, les symptômes qui marquaient le passage de la première à la seconde période étaient, en résumé, les suivans: le délire était plus continu ou remplacé par la stupeur, le gonflement de la face cessait et son expression devenait stupide; les forces s'affaissaient davantage et le pouls devenait faible; le premier bruit du cœur court et faible; la langue était plus sèche, et les douleurs, lors de la pression sur le ventre, disparaissaient et étaient remplacées par le gargouillement.

CONVALESCENCE. La durée de la seconde période était, dans cette forme, la même que dans les deux formes précédentes. Sur les 30 cas, 14 se terminèrent par une crise bien prononcée, 3 par une crise moins prononcée et 13 par lysis. Aucun cas n'eut pour résultat la mort. Les crises étaient celles qui suivent :

Sommeil seul dans 3 cas.

Sommeil réuni à la transpiration dans 2 cas.

Sommeil réuni à l'augmentation d'évacuation urinaire dans 1 cas.

Transpiration seule dans 3 cas.

Transpiration réunie à une augmentation d'évacuation urinaire dans 2 cas.

A. Dans les 3 cas où le sommeil fut critique, il se manifesta 2 fois le neuvième jour et 1 fois le onzième; dans l'un des premiers, il dura quarante-huit heures (obs. 12), et dans l'autre dix-huit; dans le cas où il survint le onzième jour, il continua vingt-sept heures.

B. Le sommeil et la transpiration réunis commencèrent, dans 1 cas, le douzième jour, et dans l'autre le treizième; dans le premier cas, le sommeil continua environ douze heures; dans le second environ quatorze heures; la transpiration ne s'établit que vers la fin du sommeil.

C. Le sommeil, avec augmentation d'évacuation urinaire, n'eut lieu que dans 1 cas; le sommeil commença le quinzième jour, dura quinze heures, et, durant ce sommeil, l'urine s'écoula involontairement et en abondance dans le lit.

D. La transpiration seule, avec signification critique, se présenta dans 3 cas, dans 2 desquels le onzième jour au matin, et dans le troisième le quatorzième jour au soir; la transpiration continua, quoiqu'en diminuant pendant tout le jour suivant; dans l'un des premiers cas ci-dessus désignés, la sueur revint encore, quoique moindre, le lendemain et le surlendemain matin.

E. La transpiration avec évacuation d'urine forma crise dans 1 cas le neuvième jour (obs. 13), et dans le second cas le treizième jour.

F. Dans les 3 cas où l'augmentation d'évacuation urinaire forma crise à elle seule, l'urine se répandit d'abord dans le lit pendant la nuit, de sorte que la qualité de cette urine ne put être précisément examinée; mais celle qui fut lâchée ensuite avait, après qu'elle eut refroidi, l'aspect de soupe à la bierre, rougissait fortement le papier de tournesol et sentait la violette. Dans 2 de ces cas, cette surabondante évacuation urinaire commença le onzième jour, et dans le troisième cas le quatorzième jour.

Dans les cas qui viennent d'être cités, la crise était significative, de telle manière que l'amélioration et puis la convalescence en furent la conséquence directe; mais il n'y eut pas une marche aussi décidée dans les 3 cas dont j'ai fait déjà mention, comme ayant présenté des crises moins significatives.

Dans un de ces cas, il survint le deuxième jour, après que l'état, quoiqu'un peu amélioré, fût cependant resté stationnaire pendant quelques jours, sans éprouver d'autre changement, il survint, dis-je, un abcès fluctuant au mollet droit, sans avoir été précédé d'aucun indice d'inflammation; quand on l'ouvrit, il en sortit une quantité considérable (6 onces) de pus épais. La convalescence s'en suivit, à la vérité, fort lentement, mais pourtant sans rechute.

Dans le second cas où, pendant tout le cours de la maladie, il s'était manifesté des phénomènes congestifs dans les bronches et dans les poumons, il apparut, le quatorzième jour, un crachement abondant et facile d'un sputum visqueux, semblable à du blanc d'œufs; ce crachement continua pendant les deux jours suivans, et la convalescence s'établit peu à peu.

Dans le troisième cas, il survint, le dix-septième jour, une enflure aux deux glandes parotides, après toutefois que, depuis le quatorzième jour, l'état général eut commencé à éprouver du mieux; d'un côté, la glande passa à l'état de suppuration; de l'autre côté l'enflure se dissipa.

Treize cas de cette troisième forme ont passé à l'état de santé par lysis. Cette lysis se manifestait le plus habituellement de telle sorte que d'abord l'état restait sans changement pendant quelques jours (3 à 4) sans s'améliorer ni empirer, jusqu'à ce qu'il commençât à prendre un caractère plus significatif de mieux.

Le point d'arrêt dans la maladie se manifestait quelquefois entre le onzième et le quatorzième jour, le plus souvent pourtant après ce dernier. Aux symptômes qui ont été précédemment signalés dans la première forme, comme servant d'indice au commencement de la convalescence, et qui aussi peuvent convenir à une troisième forme, on peut ajouter un signe qui, dans la plupart des cas, indique le début de l'amélioration.

Pendant toute la seconde période, le malade conservait le plus habituellement, sans en changer, la position sur le dos; ceux mêmes qu'on avait tournés sur l'un ou l'autre côté, pour éviter la formation d'escarres, revenaient bientôt à leur première position; l'indice qui annonçait que le mieux allait arriver ou était déjà commencé, c'était que le malade prenait de lui-même sa position sur l'un des deux côtés, en faisant ses efforts pour la conserver. Cette circonstance fut remarquée deux ou trois fois dans les formes précédentes, quand il y avait lysis; je commençai dès lors à fixer là-dessus mon attention, et ensuite je pus souvent à distance et au premier aperçu du malade me fonder sur ce fait pour diagnostiquer le commencement du mieux.

Le temps qui s'écoulait sans que la santé complète fût revenue et les forces complètement rétablies n'était pas fixe; il fut, chez quelques-uns, de deux semaines; chez d'autres, de trois à quatre semaines; chez d'autres, encore plus longtemps. Le rétablissement marchait plus promptement après les crises et plus lentement après lysis, surtout dans les cas où il survint des escarres ou dans ceux où la diarrhée plus opiniâtre se maintenait pendant la période de convalescence.

Maintenant que les phénomènes principaux qui signalent les trois formes principales de cette épidémie, et alternativement leurs ressemblances et leurs dissemblances, ont été ainsi exposés, il faudrait dresser un tableau schématique de leurs ressemblances aussi bien que de leurs dissemblances; mais cette comparaison est chose si facile que je laisse à chaque lecteur le soin de la faire. Je crois devoir encore exposer ici quelques éclaircissemens sur quelques-unes des autres circonstances de l'épidémie; mais, avant cela, il est pour moi un devoir que je prends plaisir à remplir : c'est d'adresser mes remercîmens au docteur Landberg, qui m'assistait alors dans le traitement des malades de la division médico-clinique de l'hôpital de Séraphin, pour les notes exactes qu'il m'a données sur environ la moitié des cas qu'il a complètement suivis, ce qui m'a mis à même de pouvoir rendre compte, aussi complètement que je viens de le faire, des caractères nosographiques de cette épidémie.

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de janvier, février et mars 1845 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Note sur une forme nouvelle d'anévrisme variqueux;* par M. Aug. Bérard. 2° *Observation de luxation de la mâchoire inférieure en haut ou dans la fosse temporale;* par M. Robert. (Une roue de voiture passant sur le côté droit de la mâchoire fractura le corps à droite, immédiatement au-devant de la branche, et luxa le condyle gauche dans la fosse temporale, au-dessus de la racine de l'arcade zygomatique. Pour réduire, il fallut, avec le pouce, porté dans la bouche, dégager le condyle qui était comme tenu accroché par le bord supérieur de l'arcade zygomatique. La coexistence d'une fracture enlève à cet exemple de luxation en haut une grande partie de son importance.) 3° *Sur les résections articulaires;* par M. Chassaignac. 4° *Examen de quelques travaux récens sur les rétrécissemens spasmodiques de l'urètre;* par M. Gosselin. (L'auteur n'admet de spasme possible dans l'urètre qu'à sa portion membraneuse et par l'effet des contractions du muscle de Wilson. Quant aux rétrécissemens spasmodiques, les faits, selon lui, n'autorisent à y croire que dans les cas où il existe déjà un rétrécissement organique ou une blennorrhagie.) 5° *Mémoire sur l'évolution de la syphilis;* par M. Cullerier. (L'auteur admet bien la division des symptômes syphilitiques en primitifs, secondaires et tertiaires suivant l'ordre chronologique de leur apparition. Il est également d'avis que cet ordre s'observe constamment. La remarque qu'il présente plus particulièrement ici d'après son observation, c'est qu'un traitement spécifique, s'il ne détruit pas la maladie, n'a aucunement la faculté de faire disparaître un seul de ces chaînons, de laisser, par exemple, des accidens tertiaires se manifester sans avoir été précédés de phénomènes secondaires. 6° *Note sur le passage du cristallin dans la chambre antérieure pendant l'opération de la cataracte par abaissement;* par M. Debrou. 7° *Recherches anatomiques et pathologiques sur les amas de charbon produits pendant la vie dans les organes respiratoires de l'homme;* par M. Natalis Guillot. 8° *Observations cliniques sur les plaies d'armes à feu et sur quelques autres blessures;* par M. Lebert. 9° *Du ramollissement de l'occiput dans la première enfance;* par M. Elsaesser. (Traduction de l'allemand.)

NOTE SUR UNE FORME NOUVELLE D'ANÉVRISME VARIQUEUX; par M. A. BÉRARD.

Les auteurs distinguent deux espèces dans cette maladie : la *varice anévrismale*, caractérisée par une communication directe entre la veine et l'artère, et l'*anévrisme variqueux* proprement dit, où il existe entre les deux vaisseaux une tumeur que circonscrit le tissu cellulaire voisin. Le fait observé par M. Bérard est une variété de cette seconde espèce. Ainsi, il y avait bien chez son malade une tumeur anévrismale; seulement, au lieu de former le passage de communication des deux vaisseaux, elle constituait une sorte de diverticulum sur la paroi de la veine non adjacente à l'artère, et l'autre paroi de la veine, celle contiguë à l'artère, offrait une onverture par laquelle elle s'abouchait dans ce dernier vaisseau, comme dans la varice anévrismale. Voici en pen de mots les détails qu'il importe de connaître de cette observatinn.

OBS. — Un homme de 40 ans eut l'artère brachiale nuverte dans une saignée, le 13 avril 1840. Malgré l'application immédiate d'un bandage compressif, il survint uoe tumeur molle, fluctuante, à pulsations isochrônes à celles des artères, en partie réductible quand on comprimait l'artère brachiale vers le milieu do bras; on voyait alors cesser les battemeos, et ce qui restait dans la poche paraissait être du sang coagulé. Du reste, aucune veine oe faisait suite à cette tumeur. L'entrée du sang dans la poche s'accompagnait d'un bruit de frottement que l'on percevait facilement en y appliquant l'oreille. Un bruissement très fort se prolongeait en outre le long des veines vers l'avant-bras, à 8 ou 10 ceotim., et en baut vers le bras, quoique moins fort dans ce dernier sens. L'oreille appliquée sur ces divers points, entendait le bruit pathognomonique du passage du sang artériel dans les veines (bruit de rouet, sosurrus de ruisseau, etc.).

La complication de l'anévrisme variqueux avec la varice anévrismale ne permettait pas de songer à lier l'artère autrement que d'après les principes dits *de la méthode ancienne*. En conséquence, après avoir vidé le sae du sang fluide et de beaucoup de caillots fibrineux qu'il contenait, M. Bérard plaça une ligature sur le bout supérieur de l'artère, à 2 centimètres du point où il voyait le sang s'échapper du fond de la plaie. Cependant, quoique cette ligature eût été immédiatement serrée, le sang continuait de couler, noir quand on comprimait l'artère brachiale à son nrigine, à la fois artériel et veineox quand on cessait la compression. Ce fait montrant qu'il y avait reflux de sang par les artères collatérales et les articulaires acheva de décider à lier le bout ioférieur. Mais après beaucoup de difficultés d'exécution, on reconnut que les parties offraient la disposition suivante : profondément, l'artère présentait sur sou côté antérieur uoe large plaie presque transversale et qui occupait plus de la moitié de la circonféreoce du vaisseau. Au devant de l'artère se voyait la veine qui lui était immédiatement accolée; celle-ci offrait sur sa face postérieure une plaie semblable à celle de l'artère, plaies qui étaient exactement affrontées; sur soo côté aotérieur se rencontrait une seconde plaie de mêmes forme et dimension; enfin, au devant de la veine était le sac anévrismal qui communiquait avec la veine par la plaie antérieure de ce vaisseau, en sorte qu'il ne recevait que médiatement le sang qui lui venait de l'artère.

L'adhérence entre la veine et l'artère au-dessoos de la piqûre était telle qu'il fallut les comprendre dans une seule ligature. Le sang eessa aussitôt de couler. Suites très heureuses. Guérison complète en moins de deux mois.

Quoique cette forme d'anévrisme variqueux n'ait point encore été décrite, M. Bérard est porté à penser qu'elle existe plus fréquemment que celle où les anteurs supposent qu'il y a une tumeur intermédiaire à la veine et à l'artère. Il est certain, en effet, que l'intime accollement de ces deux vaisseaux (condition anatomique indispensable pour que leur lésion simultanée ait lieu) permet difficilement de comprendre le développement ultérieur d'un canal anévrismal entre eux; et la distension graduelle en forme de poche du tissu cellulaire placé entre la cicatrice de la peau et la plaie de la paroi superficielle de la veine semble un phénomène beaucoup plus en rapport avec ce que nous connaissons de l'organisation de ces parties.

SUR LES RÉSECTIONS ARTICULAIRES; par M. CHASSAIGNAC.

Cette communication porte sur deux sujets distincts : l'un a trait aux règles à suivre dans le manuel opératoire des résections en général; l'autre ne concerne qu'une modification proposée par l'auteur à l'un des temps de la désarticulation d'une moitié de la mâchoire inférieure.

A. DES RÉSECTIONS ARTICULAIRES. M. Chassaignac se croit, d'après son expérience, en droit de poser les trois préceptes suivants :

1° On peut, pour toutes les résections articulaires, se contenter d'une incision unique le plus habituellement rectiligne, et dans quelques cas seulement curviligne.

2° Dans toutes les résections articulaires, il y a avantage à faire précéder la désarticulation par la section de l'os à réséquer.

3° Soit que deux os seulement prennent part à l'articulation, soit qu'il y en ait trois, il faut toujours commencer l'extraction successive des extrémités par celle qu'il est le plus facile de désarticuler. Une résection prépare et facilite la suivante.

Les deux premiers de ces préceptes, remarque M. Chassaignac, ont entre eux cette liaison que le premier, celui de l'incision unique, ne peut être appliqué dans tous les cas qu'autant qu'on applique également le second, celui de la section préalable de l'os à réséquer; on, pour parler plus clairement, l'incision unique ne permet une opération facile qu'autant qu'on scie l'os avant de le désarticuler.

— Ces préceptes ne sont pas entièrement neufs; mais, vu l'oubli dans lequel les avait laissés plus d'un auteur classique, il nous semble qu'il y avait tout à fait opportunité à les rappeler, quoique M. Chassaignac en ait formulé l'application en des termes sans doute un peu trop absolus. Mais c'est là, à notre sens, l'unique reproche qu'on puisse lui adresser; et nous ne concevons pas, par exemple, la critique dirigée contre la seconde de ces règles (celle qui veut que la section de l'os précède la désarticulation) par la commission de la Société de chirurgie. « Son application clinique, disent les commissaires, nous paraît entachée d'un grave inconvénient. Dans les procédés ordinaires, on peut toujours, avant de pratiquer la résection, apprécier l'étendue de la maladie de l'os qui la réclame. En effet, l'os étant luxé, on se guide sur l'aspect de la surface articulaire, sur la déformation, la consistance de l'os, pour déterminer le lieu où il convient d'appliquer la scie, tandis que, dans le procédé de M. Chassaignac, cet examen est impossible, et l'opérateur est sans cesse exposé à retrancher on trop on trop peu. » A cela nous répondons : en commençant par luxer, on met à nu la tête articulaire, c'est-à-dire cette partie de l'os qui est certainement malade, qui doit indubitablement être retranchée, celle par conséquent qu'il n'y avait presque nul besoin d'examiner. En adoptant, au contraire, le principe de scier avant de luxer, l'incision découvre précisément le corps de l'os, ou du moins sa partie *juxta-articulaire*, c'est-à-dire celle où les limites du mal n'avaient pu être précisées exactement d'avance, celle par conséquent qu'il importe le plus d'examiner attentivement au moment de l'opération, pour en conserver tout ce qui peut l'être sans danger. S'il fallait donc nous prononcer entre les deux procédés, sous le seul point de vue mis en avant par la commission, il nous semble que nous pourrions sur d'assez bonnes raisons donner la préférence, dans la majorité des cas, à celui que rappelle ici M. Chassaignac, comme permettant de beaucoup mieux déterminer ce qu'il faut conserver ou emporter de la diaphyse osseuse. Mais cet avantage n'est pas le seul qu'il présente, et l'incontestable facilité qu'il donne à la manœuvre lui conciliera surtout les suffrages de ceux qui voudront l'essayer.

B. DE LA DÉSARTICULATION D'UNE MOITIÉ DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. Pour opérer la désarticulation temporo-maxillaire, M. Chassaignac conseille de couper l'apophyse coronoïde à sa base avec la pince de Liston avant de procéder à la désarticulation du condyle, et de n'enlever qu'après coup la portion restante de l'apophyse. Ses motifs pour justifier cette modification sont qu'il a observé sur plusieurs cadavres une longueur de l'apophyse coronoïde telle qu'elle dépassait en haut le niveau horizontal du condyle de près d'un pouce. Or on prévoit quelles difficultés une semblable configuration apporterait à la section des fibres d'insertion du temporal : cette section serait d'autant plus embarrassante à exécuter, d'après M. Chassaignac, que, dans ce temps de l'opération, le bistouri étant présenté aux parties à diviser dans une direction presque parallèle à la leur, on agit précisément de la manière la plus défavorable pour couper les aponévroses et tendons résistans par lesquels l'extrémité inférieure du muscle temporal emmaillotte en quelque sorte l'apophyse coronoïde tout entière.

— A nos yeux, la conformation anatomique qui a suggéré l'idée de ce procédé étant très exceptionnel, c'est exceptionnellement aussi qu'il devra être nécessaire d'y avoir recours. Le bistouri, dit M. Chassaignac, ne se présente aux fibres à couper que selon leur sens longitudinal. Mais à cela le remède est bien simple ; il ne s'agit que d'employer de forts ciseaux courbes. Si cependant un excès considérable de longueur de l'apophyse coronoïde forçait de la scier préalablement, nous croyons qu'on ferait bien d'en rester là et de la laisser en place sans aller chercher, selon le conseil de l'auteur, *à l'enlever après coup*. Cette extraction d'un si petit fragment, faite à une telle hauteur, à la fin d'une opération aussi laborieuse, offrirait souvent de sérieuses difficultés; elle aurait peut-être même parfois des dangers, et nous ne voyons guère, en compensation, quels inconvéniens pourraient résulter de son omission.

NOTE SUR LE PASSAGE DU CRISTALLIN DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE PENDANT L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ABAISSEMENT; par M. DEBROU.

Le passage du cristallin dans la chambre antérieure pendant l'abaisse-

ment est toujours un accident fâcheux pour le malade par la gravité possible de ses suites; mais il n'est pas moins embarrassant pour le chirurgien. Il y a en effet tant de divergences, de telles contradictions entre les auteurs dans les préceptes qu'ils donnent sur la conduite à tenir en pareil cas, que le jeune praticien est bien excusable de rester incertain. L'une des causes qui expliquent ces dissidences est le petit nombre de faits de ce genre observés, puis et surtout la différence tranchée qui existe, selon les cas, pour les dangers que produit cet accident. Tantôt, en effet, le cristallin abandonné dans la chambre antérieure se résorbe sans susciter aucune inflammation; tantôt il devient au contraire le point de départ des symptômes les plus formidables.

Au milieu de ces incertitudes, les règles que pose M. Debrou pourront rendre un véritable service. Elles nous semblent même si rationelles, que nous croyons pouvoir nous borner à les reproduire sans les justifier par aucun commentaire. Ainsi, d'après M. Debrou :

1° Il est toujours préférable de chercher à *repêcher*, comme l'a fait Dupuytren, le cristallin à travers la pupille avec l'aiguille, et une fois ramené dans la chambre postérieure, de terminer l'opération en l'y abaissant ainsi qu'à l'ordinaire.

2° Si cette pratique n'est pas réalisable, il y a un choix à faire entre l'extraction du cristallin, par une incision à la cornée, ou son abandon dans la chambre antérieure. Le premier parti devra être adopté si la lentille est dure; car il y aurait alors moins de chances de la voir se résorber, et plus de probabilités qu'elle causera une inflammation consécutive intense. Des considérations inverses détermineraient le praticien à laisser dans la chambre antérieure tout cristallin qui lui aurait paru être assez mou pour qu'on pût présager l'innocuité de son contact et sa facile résorption. Seulement, dans le cas où on se déciderait à l'extraction, il faudrait la pratiquer immédiatement et avant que l'inflammation oculaire établie vînt rendre cette opération plus dangereuse.

RECHERCHES SUR LES FRACTURES DE LA BASE DU CRANE; par M. ARAN (1).

L'idée principale de ce travail est relative aux fractures par contre-coup de la base du crâne, fractures admises par tous les chirurgiens et que M. Aran, sans nier pour cela d'une manière absolue leur existence, déclare cependant extrêmement rares. Mais, comme il le dit lui-même, pour bien comprendre l'étendue de la restriction qu'il propose d'apporter à une opinion aussi ancienne, il convient de se reporter à la définition des fractures par contre-coup, telle qu'elle est donnée par les auteurs. Ils appellent en effet de ce nom une solution de continuité survenant dans un endroit du crâne, plus ou moins éloigné du point qui a reçu le choc, *celui-ci restant intact*. C'est seulement de ces fractures, ainsi spécifiées, que M. Aran conteste la fréquence. Rapportant les observations d'Ambroise Paré, Dionis, Garengeot, Saucerotte, il n'a pas de peine à montrer qu'elles sont loin de satisfaire aux conditions de la définition précédente, puisque, dans les unes, le lieu du crâne qui avait été frappé était aussi le siége d'une fracture, et que, dans les autres, les solutions de continuité observées dans un lieu plus ou moins éloigné de la partie frappée n'étaient que le prolongement, l'irradiation d'une fracture directe existant dans ce dernier point. Sous ces deux variétés qu'il appelle, l'une fractures *indépendantes*, l'autre fractures *par irradiation*, il range tous les cas de fractures dites par contre-coup, qui ont été publiés jusqu'ici. Nous devons aussi prévenir que M. Aran refuse de voir des fractures par contre-coup dans celles qui se produisent sur la base du crâne, à la suite d'une chute où les pieds ont porté. Ce sont là, d'après lui, des fractures déterminées *directement* par la pression de la colonne vertébrale violemment refoulée en haut.

Le raisonnement ne lui prête pas des armes moins puissantes que l'interprétation des faits connus contre l'existence de ces sortes de fractures. On a comparé le mécanisme de leur production à ce qui arrive lorsqu'un sphéroïde est percuté dans un point et que le choc se transmet alors par une série d'oscillations, de manière à pouvoir briser une partie de ses parois plus ou moins éloignée. Mais l'application de ces principes de physique à la théorie des fractures du crâne ne serait juste qu'autant que le crâne formerait, en effet, un sphéroïde complet, et qu'on serait, d'autre part, autorisé à le considérer comme composé de parties homogènes et également élastiques. Or la boîte crânienne n'est ni un sphéroïde parfait, ni un sphéroïde complet. D'après les calculs de M. Sorlin, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, le plan représenté par la base du crâne coupe cette cavité de manière à ce que la portion restante ne constitue plus que les 5/8 d'un sphéroïde.

Mais d'autres dispositions particulières à la structure et au mode de connexion viennent encore bien plus profondément modifier la nature du problème. On suppose, en effet, dans tous les raisonnemens basés sur les données mathématiques, que le sphéroïde présente dans tous ses points le même degré de résistance et de force; or cette supposition n'est nullement applicable à la tête, formée de parties dont la résistance et la force sont très diverses, dont l'épaisseur varie à l'infini et d'une manière très irrégulière; en outre, le plan qui coupe inférieurement le sphéroïde est brisé, accidenté dans sa direction, de manière à ne pouvoir justifier aucune assimilation qu'on tenterait d'établir entre lui et les surfaces géométriques.

Deux conditions sont généralement regardées comme étant indispensables pour la production des fractures par contre-coup; l'inégalité de résistance des divers os du crâne et la large surface du corps vulnérant. Telle est, en particulier, la doctrine professée par Boyer. Or, dit M. Aran, si l'on veut faire usage de ces deux données, on s'expliquera facilement la rareté des fractures par contre-coup à la base du crâne. En effet, non seulement le crâne présente des points beaucoup plus faibles que d'autres, particulièrement vers ses parties inférieures et vers sa base, mais encore chaque os en particulier n'offre pas la même épaisseur dans toute son étendue. Que l'on considère les pariétaux, par exemple: on y trouvera des parties plus ou moins épaisses disposées assez irrégulièrement; des lames plus ou moins écartées par le diploé en certains points que dans d'autres; des endroits dans lesquels il n'y a absolument qu'une seule lame transparente, plus ou moins mince et sans tissu spongieux; et d'autres points où le tissu spongieux prédomine avec amincissement des deux lames. Supposez maintenant une cause vulnérante agissant sur une grande surface, elle rencontrera nécessairement des positions plus faibles les unes que les autres; et comme l'ébranlement est plus considérable au niveau des points percutés, les portions les moins résistantes se fractureront, et l'ébranlement n'arrivera que très affaibli dans les parties éloignées, telles que la base, par exemple. D'un autre côté, il faut distinguer entre la résistance à la percussion directe et la résistance à l'ébranlement : tel corps mince se brisera très facilement sous un choc brusque et direct, qui pourra grâce à sa souplesse ne pas se rompre à l'occasion d'un mouvement communiqué, tandis qu'un corps plus solide et plus épais, mais aussi plus inflexible, éprouvera une solution de continuité. On s'expliquera ainsi comment les os si minces de la base du crâne se soustraient aux fractures par contre-coup.

Faits et raisonnemens, tout se réunit donc pour jeter des doutes sur la fréquence des fractures par contre-coup proprement dites. Pour appuyer mieux encore cette conclusion, M. Aran s'est livré à une série d'expériences, en frappant sur la tête de cadavres avec un marteau en fer, lourd et volumineux, ou en les précipitant, la tête la première, d'une hauteur qui ne dépassait pas 2 à 3 mètres, afin de produire des fractures sans que celles-ci fussent accompagnées de trop de désordres. Or, le résultat de nombreux essais a été :

1° Que jamais il n'a observé de fracture de la base du crâne sans fracture au point percuté, autrement dit, qu'il n'a pas observé de fractures par contre-coup de cette région;

2° Que les fractures de la voûte gagnent ordinairement par irradiation la base du crâne, même à travers les sutures, lesquelles ne s'opposent pas du tout à cette propagation, ainsi que le croyait Galien;

3° Que ces fractures en général arrivent à la base du crâne par le chemin le plus court, c'est-à-dire en suivant la courbe du plus court rayon;

4° Qu'elles s'y circonscrivent ordinairement à certaines régions et suivant une direction particulière;

5° Qu'elles coïncident quelquefois avec les fractures indépendantes de la base du crâne, mais cela seulement dans les cas où il y a eu un ébranlement très considérable et des fractures très multipliées.

Les fractures *par irradiation* de la base sont les fractures les plus nombreuses de cette partie du crâne; elles en constituent au moins les 99/100; et, tandis qu'on peut passer plusieurs années sans rencontrer des fractures de la base par cause directe, non plus que de celles qui coïncident avec une fracture de la voûte, mais en en demeurant indépendantes, il ne se passe pas de mois qu'on n'observe dans les grands hôpitaux des fractures par irradiation de la base.

M. Aran a cherché si le siége des fractures de la base produites par irradiation avait quelque rapport avec le point de la voûte sur lequel le coup a porté, en d'autres termes, si, connaissant ce dernier point, on pourrait présager avec quelque certitude la région de la base crânienne où la fracture existe. Ses expériences sur le cadavre l'ont amené à conclure : 1° que les fractures par irradiation, consécutives à des percussions et à des fractures de la région frontale, aboutissent au tiers antérieur ou étage supérieur de la base; 2° que celles de la région occipitale

(1) Cet article appartient à la revue précédente.

aboutissent au tiers postérieur ou étage inférieur de la base; 3° que celles des régions temporales aboutissent au tiers moyen ou étage moyen de la base; 4° enfin que les fractures qui partent du sinciput peuvent suivre une de ces trois directions, mais qu'elles se portent plus particulièrement dans les fosses moyennes.

Ce résultat est précieux pour le diagnostic si obscur encore des fractures de la base crânienne. Réuni à d'autres signes, celui-ci permettra plus de précision désormais dans la détermination du siége de ces fractures. Il mérite d'autant plus d'être pris en considération qu'il ne s'appuie pas uniquement sur l'expérimentation cadavérique; M. Aran a voulu joindre à ces preuves celles tirées de l'expérimentation clinique. Il a donc réuni dans ce but six observations qui parlent absolument dans le même sens. Il nous suffira de reproduire ici leurs titres pour que le lecteur soit pleinement édifié sur leur signification.

Obs. I. — Chûte sur la région sincipitale. A l'autopsie on trouve une fracture par irradiation de l'étage moyen de la base du crâne. (Morgagni, l. 52, § 52.)

Obs. II. — Chûte sur la région sincipitale. A l'autopsie, fracture par irradiation de l'étage supérieur de la base du crâne. (London med. Gazette, t. III, p. 576; 1829.)

Obs. III. — Chûte sur la région sincipitale. A l'autopsie, fracture par irradiation de l'étage inférieur de la base du crâne. (Observ. de l'auteur.)

Obs. IV. — Coup de pied de cheval à la région temporale. A l'autopsie, fracture par irradiation de l'étage moyen de la base du crâne du même côté. (Gama, Traité des plaies de tête, 1835.)

Obs. V. — Chûte sur la région occipitale. A l'autopsie, fracture par irradiation de l'étage inférieur de la base du crâne. (Morgagni, l. 51, § 51.)

Obs. VI. — Coup de pied de cheval à la région frontale. A l'autopsie, fracture par irradiation de l'étage supérieur de la base du crâne. (Tavignot, Bull. de la soc. anat., p. 37, 1840.)

Quoique le nombre de ces faits eût pu être plus considérable, nous estimons qu'ils suffisent bien pour élever une conclusion déjà appuyée par l'expérimentation et par l'analogie au degré de vraisemblance qu'elle doit présenter pour pouvoir servir à éclairer le diagnostic au lit du malade.

Nous passerons sous silence, comme moins neuf, quoique tout aussi judicieux, le second chapitre du travail de M. Aran, consacré à exposer le diagnostic des fractures de la base du crâne.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 JUIN.

ACTION DE LA SALIVE SUR LA FÉCULE.

M. Lassaigne communique de nouvelles observations sur l'action que la salive exerce sur les granules de fécule, à la température du corps des animaux mammifères, et sur l'état dans lequel se trouve l'amidon dans les graines céréales après leur mastication.

L'auteur conclut de ces nouveaux faits qui lui ont révélés ses expériences :

1° Que l'amidon en fécule, dans l'état d'agrégation où il existe dans les aliments qui en contiennent, n'est point altéré par la salive à la température du corps des animaux mammifères;

2° Que dans l'acte de la mastication des graines céréales amylacées l'amidon n'est point désagrégé par les dents des animaux, comme quelques physiologistes l'avaient supposé, et que conséquemment ce principe peut être transformé en dextrine dans la série des actions organiques qui précède la digestion stomacale et intestinale;

3° Que dans le cheval sur lequel l'expérience a été faite la métamorphose de l'amidon en dextrine ne peut avoir lieu, non seulement parce que l'avoine mâchée et déglutée les globules d'amidon sont intacts, mais parce que, fussent-ils même déchirés et broyés par les dents molaires, la salive de cet animal ne pourrait réagir sur leur substance intérieure, ainsi que le fait la salive humaine;

4° Que la salive humaine, qui n'a aucune action sur l'amidon cru et en granules, à la température de + 38° centigr., agit même à la température de + 18° et + 20° sur l'amidon désagrégé; qu'elle convertit, en moins de 12 heures, son amidon partie en *dextrine*, partie en *glucose*, en conservant aux tégumens déchirés qui formaient son enveloppe la propriété de se colorer encore en bleu violet par l'iode;

5° Que chez l'homme qui se nourrit d'alimens féculens cuits, ou fermentés et cuits, l'amidon renfermé dans ceux-ci doit éprouver de la part de la salive sécrétée pendant leur mastication une partie des effets rapportés dans le paragraphe qui précède, indépendamment de l'action que ce liquide a sur les autres principes naturellement solubles dans l'eau.

ANATOMIE ARTIFICIELLE.

M. Sardaillon soumet au jugement de l'Académie des pièces d'anatomie artificielles, destinées à représenter la femme dans les diverses périodes de la grossesse et à reproduire les changemens de forme, de volume, de rapports que la fécondation occasione dans les viscères depuis les premiers instans jusqu'au terme de la gestation.

RECHERCHES SUR LES SELS ET LA DENSITÉ DES URINES.

M. Chambert adresse un travail sur ce sujet. Il attribue l'obscurité qui règne encore sur quelques point de l'histoire chimique des urines, à l'imperfection des moyens d'analyse que l'on a mis en usage. Les procédés d'évaporation et de combustion du résidu lui ayant paru particulièrement insuffisans, il indique des procédés nouveaux, qu'il propose de leur substituer. Passant ensuite à la détermination des sels et de la densité des urines normales chez l'adulte, il en déduit les résultats généraux suivans :

1° L'urine des repas est plus dense et plus chargée de sels que celle du matin.

2° Les principes inorganiques sont en raison directe de la quantité de sels introduits avec les alimens.

3° Les sels sont d'autant plus abondans dans l'urine du sang qu'ils sont en plus grande quantité dans l'urine du repas.

4° Il n'existe pas de rapports entre les sels et la densité.

M. Chambert a cherché le rapport qui pouvait exister entre les sels, la densité et les matières organiques. Pour cela il a évaporé une certaine quantité d'urine à une douce chaleur. Avant qu'elle eût perdu un dixième de son eau, celle-ci avait pour densité 1,0019 (moyenne de trois expériences); on a donc des pertes considérables. L'évaporation au-dessus de l'acide sulfurique se fait trop lentement; elle n'a pu être employée. Pour diminuer autant que possible les chances d'erreur, l'auteur a fait usage de ce moyen quand l'urine était presque privée de son eau. Les expériences, faites avec soin, ne lui ont permis de constater aucun rapport satisfaisant entre les sels, la densité et les matières organiques.

ACIDE BÉZOARDIQUE.

M. Dumas communique l'extrait d'une lettre de M. Vohler, où nous lisons ce qui suit :

Je suis occupé de recherches sur un corps organique très remarquable; c'est la matière qui constitue les bezoards orientaux, entièrement différens de l'acide lithofellique. Sa composition est représentée par $H^2 O + C^{14} H^4 O^7$. C'est un acide cristallisé insoluble dans l'eau.

C'est surtout au point de vue physiologique que cet acide bézoardique lui paraît avoir de l'intérêt; car ou bien il est un produit de la bile des animaux desquels proviennent les bezoards, ou bien il est un produit immédiat de la nourriture de ces animaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

INOCULATION DE LA SYPHILIS COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC.

M. Lagneau lit, en son nom et au nom de MM. Londe et Martin-Solon, un rapport sur un mémoire de M. Castelnau. Après une longue analyse du mémoire, M. le rapporteur, partageant à cet égard l'opinion de M. Castelnau, s'élève avec force contre la pratique de l'inoculation, qu'il considère comme un moyen de diagnostic inutile et sans valeur, et comme une pratique dangereuse qui peut avoir de graves inconvéniens pour les malades.

Il conclut en proposant d'adresser des remercîmens à l'auteur, et d'insérer son travail dans le Bulletin.

M. Londe : Comme membre de la commission, je crois devoir demander quelques explications à M. le rapporteur sur plusieurs points, que je ne voudrais pas laisser passer sans discussion...

M. Dubois (d'Amiens) interrompt M. Londe en lui faisant remarquer ce que son interpellation a d'irrégulier. Membre de la commission, dit-il, M. Londe a dû prendre connaissance du rapport avant de le signer, et, s'il avait des observations à faire, il devait les faire avant la lecture du rapport en séance publique.

M. Londe : J'ai signé le rapport, il est vrai, mais sans en avoir pris connaissance. D'après la lecture que j'en viens d'entendre maintenant, il me paraît contenir des assertions qui demandent à être contrôlées..... (Plusieurs membres s'élèvent contre la demande de M. Londe.)

M. Moreau : La discussion que vient soulever maintenant M. Londe devait avoir lieu dans le sein de la commission et non pas ici.

M. Dubois (d'Amiens) : Je viens d'apprendre à l'instant que M. Martin-Solon n'a pas eu connaissance non plus du rapport. Je pense que, dans cet état de choses, vu la gravité des opinions émises par M. le rapporteur, le rapport doit être renvoyé à la commission. Je demande formellement ce renvoi.

M. Gerdy : Je m'oppose au renvoi. Si l'on exigeait que l'on ne vînt lire des rapports qu'après que chacun des commissaires en aurait pris connaissance, nous

n'en entendrions jamais. Nous savons tous combien il est difficile de réunir des commissaires. Pour ma part, je fais partie d'une commission instituée depuis deux ans pour la nomination de correspondans, et nous n'avons jamais pu parvenir à nous trouver tous réunis. Je pense que les rapporteurs doivent passer outre. Agir autrement, ce serait rendre les travaux de l'Académie presque impossibles.

M. Dubois (d'Amiens) : D'après le principe que vient d'émettre M. Gerdy, il faudrait à l'avenir ne nommer qu'un seul commissaire. Les choses ne peuvent pas se passer ainsi. Je ne me dissimule pas les inconvéniens qu'il y a souvent à nommer des commissions trop nombreuses et les difficultés que l'on éprouve à les réunir ; mais il y aurait de bien plus graves inconvéniens à agir autrement. Ici, par exemple, où il s'agit d'une question grave, importante, d'une doctrine qui est critiquée et blâmée, il ne faut pas que le rapport soit l'expression d'une opinion individuelle.

M. Adelon : On ne saurait admettre le principe que M. Gerdy voudrait faire prévaloir. Il n'est pas exact, d'ailleurs, que les rapports soient faits habituellement sans avoir été communiqués préalablement aux commissaires. C'est la seule marche régulière et celle qui est toujours suivie ; si l'on s'en écarte quelquefois, c'est à tort, et il ne faudrait pas laisser s'établir un pareil précédent, qui serait en opposition formelle avec nos réglemens.

M. Lagneau : Avant de venir lire mon rapport, je l'ai communiqué à M. Londe, qui l'a signé de confiance, sans avoir eu le temps, sans doute, d'en prendre connaissance. Jamais, ou presque jamais, les choses ne se sont passées autrement.

M. Rochoux : Il a été fait une proposition ; qu'on la mette aux voix, sinon je demande la parole.

M. Londe : Je demande à être entendu, et si la parole m'est refusée, je prie l'Académie d'accepter ma démission de commissaire.

M. Renauldin : M. Martin-Solon était un des membres de la commission. Il est en ce moment assez gravement malade et incapable de s'occuper des travaux de l'Académie. D'autre part, M. Londe convient n'avoir pas pris connaissance du rapport. M. le rapporteur est donc le seul qui s'en soit occupé. Or, cela n'étant pas régulier, je demande que le rapport soit renvoyé et qu'on adjoigne un nouveau membre à la commission, en remplacement de M. Martin-Solon.

M. J. Cloquet : Si le renvoi est décidé, je pense qu'il sera inutile qu'on fasse une seconde lecture du rapport ; il suffira d'en lire le résumé et les conclusions. (Oui, oui.)

M. le Président : Le renvoi du rapport à la commission est-il appuyé ? (Oui, oui.) — Le renvoi est mis aux voix et adopté.

— Je prierai M. Gerdy de vouloir bien s'adjoindre à la commission.

M. Gerdy se récuse.

— Je prierai M. J. Cloquet d'accepter cette mission.

M. J. Cloquet s'en défend également.

— En ce cas, la commission restera constituée telle qu'elle est et se réunira chez M. Martin-Solon.

PELLAGRE.

M. Jolly lit, au nom d'une commission composée de MM. Alard, Emery, Gerdy et Jolly, rapporteur, un rapport intitulé : Rapport général sur la pellagre, en réponse à la lettre officielle du ministre de l'instruction publique sur l'importance et l'opportunité de publication des documens qui lui ont été transmis sur cette maladie par le conseil central de salubrité de la Gironde.

Préoccupé de l'invasion de la pellagre et des progrès incessans qu'elle fait depuis quelques années dans toute l'étendue des landes et du bassin de la Gironde, l'administration locale s'est bientôt associée, dit M. le rapporteur, aux lumières et au dévoûment des médecins du pays dans la recherche des moyens de conjurer ce nouveau fléau. Des enquêtes ont été faites par le conseil central de salubrité de la Gironde, des conférences ont été instituées entre tous les praticiens des communes que le mal avait envahies. Le conseil de salubrité a pris une délibération portant que, vu la gravité des faits que ces enquêtes ont révélés à l'hygiène et à l'administration sanitaires, il serait demandé à M. le ministre de l'agriculture et du commerce de les soumettre immédiatement à l'impression et de leur donner toute la publicité que réclament l'importance du sujet et l'intérêt du pays.

C'est en conséquence de cette délibération transmise au gouvernement par le préfet de la Gironde, qu'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique est venue demander l'avis de l'Académie sur l'importance de ces documens et sur l'opportunité de leur publication. La commission remplissant la tâche qui lui a été imposée vient aujourd'hui, par l'organe de son rapporteur, rendre un compte général des faits de pellagre observés en France, soit à Paris, soit dans les départemens de la Gironde et des Landes, et soumettre un projet de réponse à la lettre ministérielle.

M. le rapporteur, après avoir rappelé les faits de pellagre observés à l'hôpital St-Louis par MM. Gibert et Devergie, et les opinions que ces médecins ont émises sur cette maladie, passe ensuite à l'examen des faits de pellagre observés dans les landes, qui font l'objet principal de ce rapport.

La pellagre, signalée pour la première fois dans les landes, en 1829, par M. Hameau, a été observée et décrite depuis par MM. Lalesque, Ardusset, Beyris, Arthaud, etc. ; mais c'est surtout à M. Léon Marchand, médecin des épidémies et secrétaire du conseil de salubrité de la Gironde, qu'est due la description la plus complète de cette maladie. Voici, en résumé, les caractères les plus saillans de la pellagre des landes, d'après le travail que ce médecin a communiqué en juillet dernier.

Le caractère extérieur le plus saillant de cette affection, dit M. L. Marchand, est un érythème squammeux qui occupe les parties découvertes du corps, principalement la face dorsale des mains, qui revient périodiquement chaque année, au retour du printemps, avec un cortége de symptômes dont l'intensité est toujours en raison de l'ancienneté de la maladie. Cette éruption, qui peut affecter successivement les formes papuleuse, vésiculeuse et pustuleuse, s'efface et disparaît en automne, en laissant sur la peau des cicatrices luisantes offrant l'aspect de celles d'une brûlure. Tous les phénomènes généraux qui accompagnent ordinairement l'affection se modèrent avec elle pour se reproduire avec elle au retour de chaque printemps et s'aggraver à mesure qu'ils se rapprochent, et enfin se perpétuer sous l'influence persistante des mêmes causes jusqu'à ce que la maladie ait atteint le degré de gravité qui la rende nécessairement mortelle. Les phénomènes généraux les plus constans de la pellagre, que M. L. Marchand croit pouvoir caractériser sous le titre de *Gastro-entéro-rachialgie*, procèdent de deux sources principales, savoir : 1° de l'appareil digestif : ce sont la rougeur et les gerçures de la langue et des lèvres, l'état scorbutique et sanguinolent des gencives, le ptyalisme, la dyspepsie, les vomissemens et la diarrhée ; 2° de l'appareil nerveux cérébro-spinal : ce sont les douleurs et la faiblesse des membres, la titubation, les vertiges, l'oblitération des sens et de l'intelligence, la manie délirante ou la démence, affectant le plus ordinairement la forme de monomanie suicide avec tendance à la submersion. Dans les cas les plus ordinaires, il y a amaigrissement progressif, dépérissement lent et graduel, souvent hydropisie, et, comme terme constant, la mort.

Les résultats de l'anatomie pathologique, de l'aveu de M. Marchand, n'ont pu, jusqu'à ce jour, répandre aucune lumière sur la nature intime de la pellagre. C'est dans l'étiologie même, dans l'étude des circonstances topographiques ou des influences locales qu'il faut chercher, suivant lui, des lumières et des enseignemens sur la véritable nature de la pellagre.

Il est constant, ajoute M. le rapporteur, que l'endémie pellagreuse exerce plus particulièrement ses ravages dans les contrées qui bordent le golfe de Gascogne, c'est-à-dire sur le sol le plus ingrat, le plus stérile du pays, au milieu des influences les plus dépressives, les plus débilitantes, là où tout souffre et languit, là où tout meurt avant le temps, hommes, animaux et plantes. Les émanations infectes que répandent les marais et les lagunes, l'insalubrité des habitations, la mauvaise alimentation, l'insuffisance ou la malpropreté des vêtemens, en un mot toutes les conditions de la plus grande misère, sont autant de circonstances qui, suivant M. Jolly, peuvent contribuer au développement de cette maladie, que la plupart des auteurs ont caractérisée, à cause de cela, du nom de *mal de misère*. Mais ces circonstances ne sauraient être les seules, sans quoi on verrait la pellagre se manifester partout où règne la misère. Il existe probablement, ajoute M. Jolly, un principe étiologique inhérent aux localités, inhérent à la vie matérielle du pays, inconnu jusqu'à ce jour et qu'il convient de poursuivre dans la décomposition et l'étude particulière des mille élémens constitutifs de la misère, dans la nature et les productions du sol, dans l'altération de l'air, dans les qualités accidentelles des alimens et des boissons.

Quant à l'influence de l'insolation dans l'étiologie de la pellagre, M. Jolly ne pense pas qu'elle ait toute l'importance que plusieurs auteurs lui ont attribuée. Il suffit, dit-il, de rappeler que la maladie ne date guère que de la première moitié du siècle dernier, et qu'elle n'existe pas d'ailleurs dans les zônes où règnent au plus haut degré les ardeurs du soleil, pour faire sentir qu'elle n'a sur sa production qu'une influence secondaire. Mais il est certain aussi qu'elle joue un rôle très prononcé dans la symptomatologie de la pellagre. La seule coïncidence du retour constant de la maladie vers le printemps ne laisse aucun doute à cet égard. Mais quel rôle lui attribuer sous ce rapport ? ainsi que M. Gibert l'a dit à l'Académie : c'est l'effet d'une brûlure, d'une véritable ustion. Et pourquoi cette brûlure ? c'est que la peau du pellagreux a subi avec tout l'organisme une telle altération dans sa texture intime, qu'elle subit cet effet avec la même facilité peut-être que des organes congelés subissent tous les effets de la seule approche du feu sur les parties déjà malades. C'est pour ainsi dire le sort de l'arbre privé de sève dont l'écorce se dessèche par la seule influence du soleil ou de l'air extérieur.

Quoi qu'il en soit, une fois le mal déclaré, il paraît être au-dessus des ressources de l'art. Soustraire la peau à l'action directe du soleil, combattre par le régime et les moyens généraux de traitement les accidens divers qui tiennent à la faiblesse générale ou à la lésion des principaux viscères ; dans quelques cas s'adresser à la saignée, aux bains, aux astringens, aux narcotiques, suivant la prédominance des accidens et la nature des indications, tout se réduit là contre une maladie qui tôt ou tard a été suivie jusqu'à ce jour d'une terminaison funeste. C'est donc, comme l'ont si justement fait sentir tous les auteurs, dans une prophylaxie bien entendue, qu'il faut chercher tous les moyens de conjurer le mal, c'est-à-dire dans le concours de toutes les mesures administratives et de toutes les règles hygiéniques capables d'améliorer le sort et les conditions sanitaires des populations misérables qui y sont particulièrement exposées.

M. le rapporteur termine par les conclusions suivantes :

Les documens transmis au gouvernement par le conseil central de salubrité de la Gironde, sur lesquels l'Académie est appelée à donner son avis, établissent d'une manière positive qu'il existe dans les Landes une maladie endémique qui présente tous les caractères de la pellagre de Lombardie.

Ces documens et les deux pièces iconographiques qui y sont jointes sont d'une très grande valeur pour la science et d'une haute importance pour l'administration, en ce qu'ils révèlent l'existence, donnent la description exacte et représentent le tableau fidèle d'une maladie qui est restée généralement inconnue en France jusqu'à ce jour. Si l'on y ajoute les faits qui ont signalé la pellagre dans les environs de Paris et dans quelques autres contrées du midi de la France, ils acquièrent le plus haut degré d'intérêt en ce qu'ils témoignent de l'imminence des progrès de cette maladie dans d'autres localités que celles où les médecins de la Gironde en ont les premiers constaté la présence.

Par conséquent, l'Académie pense qu'il y a utilité et opportunité de donner à ces documens une prompte et complète publicité.

Quant aux observations qui nous ont été communiquées sur le même sujet par

MM. Gibert et Devergie, médecins de l'hôpital Saint-Louis, si la commission n'a pu les comprendre dans les conclusions qu'elle vient d'avoir l'honneur de vous soumettre, elles n'en sont pas moins dignes de l'intérêt de l'Académie, dignes de toute l'attention des praticiens, et nous avons l'honneur de vous proposer :

1° De les renvoyer au comité de publication ;

2° D'adresser à leurs auteurs un juste témoignage de remercîmens pour cette importante communication;

3° De les engager à vouloir bien faire part à l'Académie des faits de pellagre qui pourraient se présenter ultérieurement dans leur service respectif.

M. Rochoux : En demandant la parole, je n'ai pas l'intention d'attaquer les conclusions, qui me paraissent, au contraire, devoir être appuyées ; mais je crois devoir faire quelques remarques critiques sur le corps du rapport. Ainsi, par exemple, M. le rapporteur établit une certaine analogie entre la lèpre et la pellagre; cette analogie n'est pas exacte. Je n'ai point eu l'occasion d'observer la pellagre, mais j'ai vu la lèpre, et autant que j'en puis juger par les descriptions que j'ai lues de la pellagre, il y a, au contraire, entre ces deux maladies de très grandes différences. La lèpre commence par de petites macules entourées d'une auréole peu saillante, et dès ce début, déjà la partie affectée de la peau est frappée d'une insensibilité complète. Puis, plus tard, il arrive de deux choses l'une, ou un gonflement du tissu cellulaire, ce qui constitue ces déformations, connues sous le nom d'éléphantiasis, de lèpre léonline, etc. ; ou bien, au contraire, loin de se gonfler, le tissu cellulaire s'atrophie, au point qu'il en résulte quelquefois la destruction complète et la chute spontanée d'un membre; et notez que ce n'est point une gangrène, mais une sorte de séparation ulcéreuse, qui n'est jamais accompagnée d'hémorrhagie. Ce sont là des caractères tout à fait spéciaux à la lèpre, et qui n'appartiennent à aucune autre maladie, pas plus à la pellagre qu'aux autres. Une autre circonstance encore me paraît différencier la pellagre d'avec la lèpre, c'est l'hérédité. La lèpre est héréditaire, tandis que la pellagre ne l'est point.

Quant à l'influence que M. le rapporteur paraît attribuer à la chaleur solaire sur la production de la pellagre, je ne crois pas non plus qu'elle soit fondée. Si les pellagreux se trouvent mal de l'action du soleil, c'est qu'ils sont déjà malades; mais cette action n'a pas évidemment la puissance de produire la pellagre, sans quoi tous les habitans des tropiques en seraient affectés.

M. Husson : J'aurais désiré que les mémoires communiqués à l'Académie fussent accompagnés de dessins.

M. Jolly : L'Académie les possède.

M. Husson : Je voudrais alors qu'on spécifiât dans le rapport que toutes les fois qu'on communiquera de nouvelles observations sur cette maladie elles soient accompagnées d'un dessin, afin qu'on puisse les comparer.

M. Bousquet : M. Brière de Boismont vient de me dire à l'instant qu'il possède trois dessins de pellagre, qu'il se propose de présenter à l'Académie.

M. Jolly répond à quelques-unes des observations de M. Rochoux. La critique qu'il a faite relativement à l'influence de l'insolation en particulier porte à faux, le rapport ne contenant à cet égard rien de semblable à ce que croit avoir entendu M. Rochoux.

M. Gaultier de Claubry a vu des pellagreux dans les Asturies et dans les Landes en 1809, et il a trouvé la maladie parfaitement identique dans ces deux localités.

M. Jolly : Ce que vient de dire M. Caultier de Claubry a d'autant plus d'importance que jusqu'à présent les premiers cas de pellagre signalés dans les Landes ne remontaient pas au-delà de 1818.

M. Paris : Je n'ai pas vu dans les conclusions qu'on ait indiqué à l'administration les mesures qu'il conviendrait de prendre pour s'opposer à la propagation de la pellagre.

M. Jolly: Cela n'entrait pas dans la mission dont la commission a été chargée. M. le ministre a demandé à l'Académie si, en raison de l'importance des documens qui lui avaient été transmis sur cette maladie, elle pensait qu'il y eût lieu de leur donner de la publicité. Ce n'est qu'à cette demande seulement que nous avions à répondre.

M. Bousquet : Il n'entrait pas, en effet, dans les attributions de la commission de s'occuper d'autre chose que de la demande du ministre. M. Marchant (de Bordeaux) a fait un travail sur la pellagre. Le préfet de la Gironde n'a pas cru devoir donner de la publicité à ces documens sans consulter le conseil de salubrité de Bordeaux, qui a donné sa sanction. Maintenant M. le ministre consulte à son tour l'Académie, qui, sans doute, ne refusera pas la sienne.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à 5 heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. QUÆDAM AD ARTIS OBSTETRICIÆ, ATI NUNC EXERCETUR, STATUM PERTINENTIA; auctore J.-E. Rosshirt. — Erlangæ, 1843. In-4°, 18 pages.

II. UEBER DIE VERWANDLUNG, ETC. (SUR LA TRANSFORMATION DES SIGNES PHYSIQUES DANS LA PNEUMONIE LOBULAIRE CROUPALE); par M. le docteur Wintrich. — Erlangen, 1843. In-8° de 34 pages.

III. DE MORDO BRIGHTII; diss. inaugur.; auct. Car. Canstatt; Erlangæ, 1844. In-8°, 34 pages.

IV. DISS. INAUGUR. PATHOLOGICO-ANATOMICA DE RACHITIDE CONGENITA; auctore E.-H. Sonntag. — Heidelbergæ, 1844. In-8°, 25 pag. c. tab. lapidi incisa.

I. Un des caractères les plus marqués de l'époque moderne, dans les sciences médicales et chirurgicales, c'est une tendance générale des esprits vers le rationalisme. On ne se contente plus aujourd'hui de ces théories vagues, fondées sur des abstractions, et à l'aide desquelles on cherchait à expliquer les phénomènes morbides. On veut on du moins on voudrait arriver à quelque chose de plus positif, et pour cela on s'attache à étudier d'une manière précise et plus approfondie les phénomènes normaux de la vie et à constater en quoi les phénomènes morbides en diffèrent. Il en résulte pour la pratique un immense avantage, car alors elle sort des voies ténébreuses de la routine, et marche vers son but d'un pas plus sûr et plus ferme. La médecine proprement dite a déjà considérablement gagné à cette méthode rationnelle, témoin les progrès que fait tous les jours l'art si précieux du diagnostic; mais l'obstétrique est peut-être de toutes les branches de l'art de guérir celle qui en a retiré les plus grands bienfaits. Que l'on compare, en effet, la pratique actuelle de l'obstétrique avec ce qu'elle était il n'y a pas encore un siècle et à plus forte raison avec la manière dont elle était cultivée chez les anciens, et l'on verra que notre supériorité provient surtout de ce que nous connaissons mieux la physiologie de la parturition et que nous savons mieux déterminer les cas où il faut agir ou ceux qu'on peut abandonner aux seules ressources de la nature. On trouvera dans la brochure du docteur Rosshirt, écrite en latin correct et facile, le développement de ces idées. Il jette un coup d'œil rapide sur l'état des accouchemens chez les anciens, depuis l'époque la plus reculée, puis il expose les bases de la science moderne et en fait ressortir les mérites.

II. L'étude de l'auscultation, qui a pris naissance en France, et qui continue à y être cultivée avec zèle et succès, est devenue depuis quelque temps en grande faveur chez nos savans voisins, à en juger par les ouvrages généraux et par les nombreux mémoires particuliers publiés en Allemagne sur cette partie importante du diagnostic. Dans la dissertation du docteur Wintrich, on trouve de sages réflexions sur l'insuffisance des signes physiques observés isolément, et sur la nécessité de les étudier dans leur ensemble, de les comparer les uns aux autres et de suivre les modifications qu'ils présentent pendant le cours d'une maladie. Le docteur Wintrich s'est appliqué particulièrement à étudier, sous ce point de vue la pneumonie lobaire croupale; il expose avec beaucoup de soin et de détails les signes physiques que lui a présentés cette affection, et il les analyse avec sagacité.

III. La dissertation du docteur Canstatt renferme un exposé des recherches microscopiques faites sur la structure des reins dans l'altération connue sous le nom de maladie de Bright. Après avoir rapporté les lésions cadavériques telles qu'on les rencontre le plus communément dans cette affection, l'auteur fait observer avec raison que les recherches microscopiques et chimiques peuvent seules jeter quelques lumières sur la nature de la maladie. C'est pourquoi il mentionne les observations faites, dans ce but, par Gluge, Valentin, Hecht, Henle et J. Vogel, et relate ensuite l'histoire de deux cas observés par lui-même et dont l'autopsie a été faite avec soin.

Dans le premier de ces cas, les vaisseaux capillaires de la substance corticale étaient assez pleins dans le rein gauche, remplis médiocrement dans le rein droit; les glomérules de Malpighi plus gros, exsangues; les tubes urinifères remplis de globules composés (globules inflammatoires de Gluge), tandis qu'on ne voyait aucune trace de ces globules dans l'intérieur des vaisseaux sanguins; la substance intermédiaire offrait une grande quantité de matière granuleuse amorphe. Aucune trace de vésicules adipeuses et de fibres.

Dans la seconde observation, au contraire, l'auteur trouva dans le liquide obtenu par expression de la substance corticale une grande quantité de globules adipeux, solubles dans l'éther sulfurique, et de cellules ovales irrégulières solubles dans l'acide acétique. La substance médullaire renfermait la même abondance de graisse. Il existait un certain nombre de globules composés inaltérables par l'éther. Aucune trace de globules sanguins ni de globules purulens.

Ces deux observations, comparées à celles des auteurs précédemment cités, conduisent M. Canstatt à admettre deux variétés dans la maladie de Bright. Ces deux variétés ont cela de commun que le volume de la sub-

stance corticale est augmenté par une matière de nouvelle formation déposée, soit dans les tubes urinifères, soit dans la substance intermédiaire entre les tubes et les vaisseaux, d'où résulte la compression de ces derniers et la décoloration de la substance corticale. Mais l'observation microscopique nous apprend que cette matière de nouvelle formation est composée, tantôt de granules simples et conglomérés qui se transforment quelquefois en fibres, tantôt de globules et de vésicules adipeuses. On n'a pas encore observé de transition d'une forme à l'autre.

Quant à la nature de la maladie, l'auteur ne peut la regarder comme inflammatoire : le produit le plus fréquent de l'inflammation, dit-il, est la matière purulente, et jamais on n'a trouvé de pus dans la dégénérescence granuleuse du rein. La petite quantité de globules purulens signalés par Gluge dans l'urine des malades provenait probablement de la vessie, de l'urètre ou du bassinet. Les inflammations ne produisent pas de dégénérescence graisseuse. L'auteur n'a jamais rencontré, dans l'intérieur des vaisseaux, les globules composés que Gluge appelle globules inflammatoires, et d'ailleurs personne n'admet plus aujourd'hui que ces globules soient dus à l'inflammation ; on en ignore absolument la nature.

Nous devons présumer que le sang, altéré d'une manière quelconque, circule avec plus de facilité à travers la substance corticale et abandonne une partie de son albumine, substance qu'on rencontre alors mêlée à l'urine ; on comprend aussi que plus tard il se fasse, dans les tubes urinifères ou dans leurs interstices, un précipité albuminoso-fibreux caractérisé par son apparence granuleuse.

En résumé, suivant M. Canstatt, la maladie de Bright consisterait dans le passage d'une très grande proportion d'albumine par les voies urinaires, et alors le rein n'offrirait aucune altération ; ou bien une partie de l'albumine, avant d'arriver dans la substance médullaire ou dans le bassinet, se coagulerait et adhérerait aux parois des conduits urinifères, tandis qu'une autre portion d'albumine, contenue dans le plasma du sang, transsuderait à travers les vaisseaux sanguins, et se déposerait dans les interstices de la substance corticale. Ces vues, comme le dit l'auteur, pourraient influer sur la thérapeutique de cette maladie. En effet, si l'on renonce à la traiter comme une inflammation, on sera obligé de recourir à des agens thérapeutiques d'une autre nature, et peut-être en découvrira-t-on qui s'opposeront à cette altération particulière et inconnue dans sa nature, du liquide sanguin.

IV. Il n'existe encore qu'un petit nombre d'écrits sur le rachitisme congénital, maladie contestée même par quelques auteurs, quoique Romberg, Sœmmerring, Weber et Otto en aient publié des descriptions accompagnées de figures. M. E. H. Sonntag a été assez heureux pour observer lui-même, dans la clinique obstétricale de Heidelberg, un cas remarquable de cette affection, et il en a fait le sujet de sa dissertation inaugurale. L'auteur décrit avec soin le fœtus et le squelette ; il donne ensuite la description de deux autres fœtus et d'un squelette conservés dans les collections anatomiques de l'université de Heidelberg ; puis dans un chapitre particulier, il trace le tableau des déformations rachitiques chez le fœtus, en comparant les quatre cas étudiés par lui avec les cas observés par différens auteurs. La planche lithographiée, qui accompagne cette intéressante dissertation, représente le fœtus décrit par l'auteur et plusieurs os du squelette.

VARIÉTÉS.

— TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES ET DES OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT ; par le baron BOYER, membre de l'Institut, de l'Académie royale de médecine et de la Légion-d'Honneur ; professeur de chirurgie pratique à la Faculté de médecine de Paris ; chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité ; premier chirurgien de l'empereur Napoléon ; chirurgien consultant des rois Louis XVIII, Charles X et Louis-Philippe 1er ; membre de plusieurs Sociétés savantes nationales et étrangères. — 5e édition, publiée par le baron PHILIPPE BOYER, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur.

Tome II. — Prix : 8 fr.

Cette nouvelle édition du TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES paraîtra en 6 volumes, de trois mois en trois mois. — Le prix de chaque volume, formant plus de 900 pages, est fixé à 8 fr. pour les souscripteurs.

A la mise en vente du troisième volume, chaque volume sera porté à 9 fr. pour les personnes qui n'auront pas souscrit avant cette époque.

En vente, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, à Paris.

— DICTIONNAIRE DES SCIENCES NATURELLES, dans lequel on traite méthodiquement les différens êtres de la nature considérés soit en eux-mêmes d'après l'état actuel de nos connaissances, soit relativement à l'utilité que peuvent retirer la médecine, l'agriculture, le commerce, les arts ; par plusieurs professeurs du jardin du Roi et des principales écoles de Paris.

SUPPLÉMENT. Cr (A) T. II, 7 feuilles (BA-BEL).

Tout ce qui a paru et paraîtra, 8 fr.

101 planches noires in-8o (contenant 32 planches complémentaires de zoophytes du t. LX, par M. de Blainville), au lieu de 25 fr., 12 fr.

Les mêmes planches coloriées, au lieu de 75 fr., 30 fr.

A Paris, librairie des sciences naturelles de P. J. Loss, éditeur-commissionnaire, 20, rue Hautefeuille.

— MANUEL DE PHYSIOLOGIE ; par J. MULLER, professeur d'anatomie et de physiologie à l'université de Berlin, etc., traduit de l'allemand sur la 4e édition (1844), avec des annotations, par A. J. L. JOURDAN, membre de l'Académie royale de médecine.

Cet important ouvrage formera 2 vol. grand in-8o de chacun de 800 p., 46 lignes à la page, avec un grand nombre de figures intercalées dans le texte, et planches gravées. Il est publié en 6 livraisons, chacune de 256 pages sur papier fin cavalier.

Prix de l'ouvrage complet : 20 fr.

Les souscripteurs paieront les livraisons 1 à 5 à raison de 4 fr., et recevront la 6e livraison GRATIS.

L'ouvrage sera terminé à la fin de juin.

Les livraisons 1 à 5 sont en vente, avec les figures 1 à 156.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— LEÇONS SUR LES MALADIES DES ORGANES URINAIRES, faites par Sir BENJAMIN CH. BRODIE, BARTH, F. R. S., premier chirurgien de la reine, traduites de l'anglais sur la 3e édition et enrichies de notes ; par J. PATRON, docteur en médecine, ex-chirurgien en chef interne à l'Hôtel-Dieu-Saint-Eloi de Montpellier, etc.

Un vol. in-8o. Prix : 6 fr.

A Paris, chez Labé, libraire, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

Chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine, même ville.

A Montpellier, chez Castel et Sevalle.

— LE FORMULAIRE DES FORMULAIRES DU MÉDECIN PRATICIEN, contenant l'énumération des substances médicinales, leurs préparations, leurs doses et les formules diverses ; précédé de notions sur les soins à donner aux empoisonnés, aux asphyxiés, etc. ; suivi d'une Notice sur les eaux minérales naturelles et artificielles, d'un Mémorial thérapeutique complet et nouveau, et d'une Table des substances toxiques ; par J. J. ALAMIR-CARCENAC, D. M. P., ancien élève des hôpitaux de Montpellier et de Paris, etc.

Clarté, simplicité, utilité, sécurité.

A Paris, chez Madame veuve Hildebrand, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.

— MANUEL PRATIQUE DE BANDAGES, traitant de l'art déligatoire appliqué au traitement des plaies, aux pansemens qu'exigent les médications externe, etc., à la description des appareils et bandages appropriés aux fractures, luxations, entorse, etc. ; par SAINT-ARROMAN, ancien chirurgien interne des hôpitaux civils, etc.

Un vol. grand in-18, avec figures. Prix : 3 fr.

A Paris, chez Just Rouvier, libraire, 8, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— NOUVEAUX PRINCIPES DE PHYSIOLOGIE, ou Lois de l'organisme considérées dans leurs rapports avec les lois physiques et chimiques. Ouvrage qui a obtenu une mention honorable de l'Académie royale des sciences, dans une séance publique. Par le docteur FOURCAULT, de l'Académie royale de médecine, etc. — 2e édition.

2 vol. in-8o

Paris, chez B. Dusillion, éditeur, rue du Coq-Saint-Honoré, 13.

— CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE du professeur LALLEMAND ; publiée sous ses yeux par H. KAULA, son élève particulier. — 1 fort volume in-8o divisé en deux parties.

La première partie, contenant les Affections vénériennes, les Rétrécissemens de l'urètre et les Affections de la prostate, vient de paraître. Prix : 5 fr.

A Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

— EDUCATION DES ENFANS ARRIÉRÉS (1 vol.) ; par ED. SEGUIN, chargé le premier, par le ministère de l'intérieur, d'appliquer sa méthode aux idiots des hospices civils de Paris. Rapport de l'Académie des sciences. — Rue St.-Lazarre, 6. — Leçons, pension.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler promptement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

MALADIES SYPHILITIQUES.

RECHERCHES CLINIQUES FAITES A L'HÔPITAL SAINT-LAZARE, MALADIES DES FEMMES, SUR LES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS, SUR LES CHANCRES CHRONIQUES DES PARTIES GÉNITALES, LES BUBONS, L'URÉTRITE, LA VAGINITE, ETC.;

par J. Boys de Loury, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. Costilhes, docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, ex-médecin interne de Saint-Lazare.

La série des articles que nous nous proposons de publier est le résultat des observations recueillies pendant trois années sur les maladies de l'utérus et sur les maladies syphilitiques, dans le service de l'un de nous (M. Boys de Loury) à Saint-Lazare.

Avant d'entrer en matière, il n'est peut-être pas indifférent de donner à nos lecteurs un aperçu d'un service qui serait un des plus utiles à faire connaître aux jeunes docteurs, mais qui, malheureusement régi par des réglemens différens de ceux des autres hôpitaux, n'est accessible qu'à un très petit nombre de privilégiés.

Saint-Lazare renferme trois infirmeries : la première destinée aux détenues (femmes), la seconde à la correction des jeunes filles; ces deux services confiés aux soins du docteur Collineau; enfin le dernier service contenant 300 lits consacré aux femmes soumises aux réglemens de la police, appartient à MM. Delamorlière et Boys de Loury. Cette partie qui

Feuilleton.

INFLUENCE DU SYSTÈME PÉNITENTIAIRE PENSYLVANIEN SUR LE PHYSIQUE ET LE MORAL DES CONDAMNÉS.

A la veille probablement d'une solution définitive de la question pénitentiaire, il devient urgent de ne négliger aucun des faits et des documens qui peuvent contribuer à éclairer l'opinion sur la valeur du système qui paraît devoir prévaloir en France. Les médecins se sont préoccupés avec raison d'une question qui intéresse au même titre l'économie sociale, la morale et l'hygiène. Des opinions fort diverses ont été émises sur ce sujet. Suivant le point de vue particulier auquel ils se sont placés, les uns n'ont paru frappés que des dangers auxquels la vie et la santé des prisonniers allaient se trouver exposées par le régime de la cellule; d'autres n'ont vu, dans ce surcroît de sévérité qu'une garantie de plus pour la société, en rendant à la fois plus efficaces la répression du crime, la moralisation et l'intimidation du criminel.

La Gazette Médicale, sans se prononcer explicitement sur la valeur de la réforme projetée, a cru devoir s'élever, à cette occasion, contre les exagérations d'une philantropie intempestive, et poser en principe qu'une fausse pitié ne devait point faire taire les intérêts de la société. Elle a accueilli néanmoins l'expression de toutes les opinions. Fidèles à ce précédent, aujourd'hui que les opinions *à priori* et les idées préconçues ont fait place aux faits, que les résultats de l'expérience viennent de toutes parts rectifier ou confirmer ces jugemens, nous accueillerons avec la même impartialité tous les documens qui nous seront communiqués, dans quelque sens qu'ils concluent, quel que soit le système qu'ils doivent faire triompher. C'est avec ces réserves que nous emprunterons quelques renseignemens importans à une brochure que vient de publier sur ce sujet M. Aug. Bonnet (de Bordeaux).

M. Bonnet, qui dès l'origine a pris une part active à l'examen de cette question, se déclare hautement l'adversaire du système pensylvanien. Ce système, suivant lui, n'est qu'un moyen cruel de répression qui exerce une fâcheuse influence sur le physique et le moral des condamnés, qui intimide peu, n'empêche pas la perpétration des crimes et n'a ni le privilége de moraliser les prisonniers, ni celui d'adoucir la pénalité souvent trop forte de nos lois. « La difficulté, dit-il, n'était pas d'isoler les détenus et de les empêcher de communiquer entre eux, mais de trouver un moyen qui, tout en s'opposant à leur promiscuité, n'eût pas d'effets fâcheux pour leur santé, et pût concourir d'une manière efficace à les rendre meilleurs. Or, c'est ce qui n'a pas été obtenu encore; car, outre que les systèmes pénitentiaires, sans exception, exercent une influence nuisible sur l'esprit et le corps des prisonniers, il n'en est aucun qui atteigne le but de moralisation qu'on leur prête. »

Si les sources auxquelles M. Bonnet a puisé ses documens offrent toutes les garanties d'exactitude et d'authenticité qu'il leur accorde, ces résultats que la

forme l'hôpital est séparée du reste des bâtimens de Saint-Lazare par une grande cour et a vue de l'autre côté sur de vastes terrains. Hâtons-nous de dire que cet hôpital est un des mieux situés comme salubrité, des salles grandes et très élevées communiquent entre elles par un large corridor; les malades sont couchées dans des lits en fer suffisamment espacés; les salles sont parquetées et la propreté qui y règne est remarquable.

Quant au personnel des malades, il est beaucoup plus variable qu'on pourrait le supposer. En effet, c'est tout au plus si les deux tiers de ces malades sont composés de filles prostituées; le reste appartient à toutes les conditions; le plus grand nombre à la classe ouvrière, à des paysannes des environs de Paris, souvent même à des femmes venant de pays lointains pour chercher à se placer à Paris comme domestiques.

Quant à l'âge, rien de plus variable encore: nous voyons toujours, dans notre service, des enfans de 14 à 15 ans, aussi bien que des femmes de 60 ans passés; cependant c'est de 18 à 28 que le nombre en est plus considérable.

Nous ne voulons pas nous étendre plus longtemps sur un sujet qui trouvera mieux sa place dans un autre recueil; mais nous insisterons sur une circonstance, c'est que malgré la mobilité de cette population nous n'en voyons pas moins des femmes qui, pendant une série d'années, viennent fréquemment à Saint-Lazare; et là nous pouvons chaque fois vérifier les modifications que le traitement ou la maladie ont apportées dans leur organisation. Aussi, avons-nous pu pronostiquer, dans beaucoup de cas, la mort de femmes qui avaient, au moment où nous établissions un avenir si fâcheux, toute l'apparence de la plus belle santé. Mais, sans anticiper sur des faits sur lesquels nous aurons plus d'une fois l'occasion de revenir, dans le cours de ce travail, les praticiens sentiront l'avantage qui nous est donné de revoir des femmes que nous avons déjà possédées dans notre service; et cette circonstance nous met à même d'apprécier la valeur de telle ou telle médication.

Nous avons relevé, pendant trois ans, les observations de 1,748 malades réparties de la manière suivante:

Année 1841	515	malades
1842	574	—
1843	659	—

Un plus grand nombre de malades est entré dans notre service, mais pour des affections ou douteuses ou trop légères pour être notées, et bien entendu aussi que nous éliminons les observations nombreuses de femmes reçues pour des maladies autres que celles de l'utérus et des maladies syphilitiques.

Si maintenant nous voulons connaître la moyenne de séjour, pour les trois années, des principales affections, nous trouvons le tableau suivant qui résulte de l'observation de 1,748 malades:

Ulcérations simples	42	jours
Engorgemens et ulcérations	58	—
Catarrhe utérin	31	—
Syphilides	50	—
Chancres	35	—
Pustules, tubercules plats, etc.	29	—
Végétations	36	—
Bubons	49	—

Dont la moyenne pour toutes les affections réunies est de 41 jours; en faisant observer que le nombre le plus inférieur sur lequel nous avons opéré, les syphilides, était de 57.

Les affections qui se sont le plus fréquemment présentées à notre observation ont été les chancres des parties génitales. Après ce symptôme primitif viennent les maladies de l'utérus, à la tête desquelles se trouvent les ulcérations simples (exubération, érosion); elles sont même si fréquentes qu'elles accompagnent presque toujours des affections autres pour lesquelles les femmes sont entrées dans notre service. Il en est de même du catarrhe utérin que nous voyons souvent compliquer les ulcérations et que nous rencontrons également dans les autres maladies. Nous ferons remarquer que les bubons d'emblée se présentent peu communément à Saint-Lazare; cet accident paraît plus commun chez l'homme. Les bubons accompagnant les symptômes primitifs sont aussi d'un nombre bien limité; nous devons peut-être à la méthode que nous employons au début des maladies syphilitiques très aiguës le peu de fréquence de ce symptôme.

Une maladie, dont les auteurs modernes se sont beaucoup occupés, a été très peu observée par nous, c'est l'iritis syphilitique. Il est même surprenant que, dans un nombre aussi élevé de malades, nous n'ayons eu qu'une seule fois l'occasion de l'observer.

Notons également, pour prévenir le lecteur contre certaine crainte, que jamais la cautérisation avec le nitrate acide de mercure n'a été suivie de salivation, quoique ce moyen ait été très souvent employé dans les ulcérations un peu profondes du col, non seulement pendant les trois années qui font la base de ce travail, mais bien plus souvent encore dans les neuf ans qui ont précédé.

Une chose encore fort importante que nous voulons consigner dans ce préambule, c'est que la plupart des femmes qui sont entrées dans notre service avec des syphilides étaient toutes des femmes qui n'avaient pas encore été traitées par nous; ou ces malades arrivaient de la campagne, ou bien elles avaient été reçues dans d'autres services.

M. Boys de Loury remarque que lorsqu'il a pris le service de Saint-Lazare, il y avait un très grand nombre de syphilides, et que maintenant ces accidens secondaires sont assez rares.

Toutes les fois qu'un symptôme primitif présente un peu de gravité, lorsqu'il paraît se limiter difficilement, nous insistons pour que le traitement anti syphilitique soit bien suivi et pendant un temps suffisant; et nous croyons pouvoir attribuer à cette cause le peu de multiplicité de nos accidens secondaires.

La vaginite, qui, à l'hôpital de Lourcine, offre assez de fréquence, ne s'est présentée à notre observation, dans l'espace de trois années, que 37 fois, et encore était-elle compliquée d'un certain nombre de symptômes primitifs divers. Il en sera de même de l'urétrite que nous n'avons observée que 12 à 13 fois; encore une de ces années ne nous a-t-elle présenté que deux cas. Nous ferons remarquer que nous avons dirigé sur toutes les malades notre attention sur ce point qui excite, depuis quelques années, l'intérêt des syphilographes; non seulement nous pressons de haut en bas sur toute l'étendue de l'urètre, mais nous enjoignons aux malades de rester quatre à cinq heures sans uriner avant d'être soumises à notre examen.

Il est un point très important, lorsque l'on veut s'occuper des maladies des organes génitaux de la femme, c'est d'apprendre à examiner toutes

---

physiologie avait déjà fait prévoir seraient passés du domaine de la spéculation théorique dans celui des faits réalisés. On en jugera par l'exposé qui suit:

Le système de Philadelphie, plus ou moins modifié, le seul qui ait été pratiqué en France, a été expérimenté depuis quelques années dans six pénitenciers, qui sont: la maison de la Roquette à Paris (prison des enfans), les maisons de Clairvaux, de Senlis, de Tours, de Vannes et celle de Bordeaux.

Depuis l'époque de l'ouverture de la prison départementale de la Gironde jusqu'au 1er septembre 1844 (un an à peu près), il y a eu 6 cas de folie, 2 cas d'idiotisme et 5 cas de suicide ou de tentative de suicide; en outre 181 malades, sur lesquels 4 décès.

Pour apprécier la valeur de ces chiffres, il faut savoir que le mouvement annuel des détenus est de 800 à 980, et que, dans la même prison et sur le même nombre de détenus, c'est à peine si, dans quinze ou vingt ans, on a eu à constater deux ou trois faits de cette nature.

Voici pour les autres prisons que nous avons citées, d'après des documens officiels, les chiffres proportionnels de la mortalité, depuis l'introduction du régime cellulaire.

Pour la maison des jeunes détenus de la Roquette, la mortalité a été:

En 1840, de 40	enfans	sur 455,	soit 8,79	pour 100.
1841, de 48	—	450, —	10,61	—
1842, de 37	—	433, —	8,54	—

En comparant cette mortalité à celle qui avait été constatée dans les années précédentes, antérieurement à l'établissement du régime solitaire, on trouve, sous le régime en commun, 1 mort sur 34; sous le régime du silence, 1 sur 19; tandis que le régime actuel donne 1 sur 10.

A Clairvaux, sur 26 condamnés envoyés en 1843 par la Cour d'assises de St-Mihiel, 16 ont succombé dans l'espace de quatorze mois.

A Senlis, à Tours, à Vannes, où, comme à Bordeaux, on ne reçoit que des condamnés à moins d'un an et un jour, les résultats n'en ont pas été moins funestes; 3 cas de suicide auraient eu lieu récemment à Tours, 2 à Senlis. Dans la prison de Vannes, destinée aux femmes, on a constaté que, sur 443 détenues reçues depuis un an dans la maison, 46 avaient été atteintes de vomissemens et de crachement de sang, 13 étaient phthisiques et 30 avaient des dispositions à la phthisie, 8 étaient folles furieuses et 20 idiotes ou hallucinées.

Que l'on ajoute à ces résultats ceux qui ont été rendus publics sur le pénitencier de Philadelphie même, où, sur 1622 détenus entrés depuis son ouverture jusqu'en 1842, il en est mort 137, c'est-à-dire 1 sur 12 ou 8 pour 100; sur celui de New-Jersey, où on compte, en 1840, 12 cas de folie sur 152 détenus; de Rhode-Island, où 37 détenus ont fourni 6 cas de folie: celui de Lausanne, où, de 1834 à 1842, sur 100 prisonniers, dont 85 hommes et 18 femmes, soumis au même régime, il y a eu 9 décès et 10 cas de folie, etc., et l'on aura une idée, déjà, des données que l'expérience a fournies en quelques années touchant les effets du régime cellulaire.

En présence de ces résultats, il y a lieu de réfléchir sérieusement aux conséquences qu'auraient l'adoption et l'application générales d'un semblable système, quand on songe surtout que ce n'est pas contre des criminels seulement qu'il se-

les parties avec la plus scrupuleuse attention. Cette recommandation, qui pourrait sembler puérile, a pourtant une telle portée, que des médecins peuvent examiner une malade, sans se douter de l'affection qu'elle porte; et nous avons été souvent témoins de semblables erreurs commises par des praticiens qui agissaient légèrement ou qui n'y apportaient pas toute leur attention. On conçoit aussi que ces maladies puissent plus facilement échapper que chez l'homme au regard du praticien; nous insisterons donc sur quelques avertissemens qui ont été omis ou traités trop brièvement par leurs auteurs.

Il est nécessaire de déployer et d'écarter les grandes et les petites lèvres pour mettre l'entrée du vagin bien à découvert. Si, en prenant cette précaution, on reploie de suite les nymphes en dehors, sans les avoir examinées sur leurs deux faces, on peut ne pas apercevoir des chancres placés sur leur côté externe. Bien plus, nous avons vu les doigts du médecin cacher des chancres ou des pustules placés en dehors des parties génitales pendant qu'il examinait l'entrée du vagin.

Rien n'est plus commun que de voir des chancres siégeant dans la rainure que forme l'urètre avec le vagin. Nous reviendrons plus tard sur la difficulté qu'il y a de guérir ces sortes de chancres. Dans ce cas, si l'observateur n'a pas l'œil placé plutôt au-dessous du niveau des parties génitales de la femme couchée sur le lit d'exploration, jamais il ne pourra s'apercevoir de la lésion que porte la malade. Il est donc important que le médecin ne soit pas debout, mais assis devant un lit assez élevé pour que les parties que l'on veut explorer soient à la hauteur de sa vue. Le lit doit être fait avec des matelas assez durs pour qu'ils ne s'affaissent pas sous le poids de la femme; car il est très important que les fesses puissent être à découvert; pour cela, il faut que la malade ait le siége porté le plus près possible du bord du lit, les cuisses écartées et relevées par deux aides. Nous préférons cette méthode à celle qui consiste à placer la malade sur un lit ayant deux sandales immobiles qui ne relèvent pas les cuisses aussi bien que deux aides peuvent le faire. Quant au spéculum, nous avons adopté exclusivement le spéculum à quatre valves (1), et en cela nous ne conseillons pas plus celui-là qu'un autre; seulement, quand on en a adopté un, l'habitude qu'on a de s'en servir fait qu'on acquiert avec lui une très grande habileté; cependant nous lui avons donné la préférence parce qu'il nous évite de nous servir du spéculum plein et parce que son articulation se trouve placée de telle sorte que la partie la plus large et qui reste à l'entrée du vagin ne prend pas d'extension quand on développe l'autre extrémité; enfin, ce spéculum répond à presque toutes les dimensions du vagin et nous avons rarement recours à d'autres formes de cet instrument.

Voici comment nous appliquons le spéculum : la main gauche, écartant les petites lèvres, appuie sur la commissure postérieure, le spéculum huilé est introduit *diagonalement, de haut en bas, de manière à ce que l'une des extrémités de son grand diamètre corresponde en dehors et à droite du méat urinaire, et en bas à gauche de la fourchette.* Cette manière de procéder nous permet d'examiner la plus grande partie des femmes, le jour même de leur entrée, quand bien même elles auraient un chancre considérable à la commissure postérieure; de plus, nous ne contondons pas l'urètre qui souvent est fort douloureux dans les cas d'urétrite, et qui d'ailleurs faisant saillie dans l'intérieur du vagin serait encore un obstacle à la libre introduction du spéculum. Lorsque nous avons découvert le col, nous enlevons les mucosités qui le recouvrent avec des pinceaux de charpie; si cela ne suffit pas, nous faisons quelques injections d'un liquide émollient.

Dans tous les cas où le col paraît volumineux, où il y a eu des douleurs abdominales, chaque fois qu'il y a eu des hémorrhagies, nous pratiquons le toucher et nous blâmons la méthode des médecins qui appliquent le spéculum sans cette précaution. Cet instrument, en effet, ne peut donner une idée, ni de la densité de l'organe, ni de son degré de sensibilité et de chaleur, ni des vices de situation qu'il peut présenter. Lorsqu'il y a des douleurs vives s'irradiant dans le bassin, lorsque la maladie a des caractères graves que l'exploration seule du col ne peut expliquer, le toucher rectal nous permet d'apprécier si ce n'est pas le corps de l'organe lui-même qui serait affecté.

Quant au toucher par le vagin, voici comme nous le pratiquons : nous faisons, avec la pulpe de l'indicateur, le tour de l'organe, pour nous assurer jusqu'à quel degré il se trouve engorgé, s'il y a quelques points indurés, ramollis, etc. C'est au centre de l'organe qu'il faut apporter le plus d'attention, car c'est en général à l'orifice que ses ulcérations sont le plus fréquentes. On s'assure en même temps de la dilatation de l'orifice; enfin, en retirant le doigt, nous explorons de plus les parois du vagin.

Nous conseillons le toucher, sur la même femme, dans deux positions, couchée et debout; c'est le seul moyen de s'assurer des changemens de situation qui causent souvent des accidens tels, qu'on croirait avoir affaire à une dégénérescence de l'organe, et que des moyens très simples, comme nous le verrons dans la suite de ce travail, peuvent faire cesser.

DES DIMENSIONS ET DES DIFFÉRENTES FORMES DU COL DE L'UTÉRUS.

Il est excessivement difficile de déterminer les dimensions véritables du museau de tanche. Les auteurs ont d'abord noté deux divisions : celle des femmes qui n'ont jamais eu d'enfans et celles qui en ont eu.

On croit généralement que le col des femmes qui ont eu des enfans est beaucoup plus gros, plus tuméfié, et que l'orifice en est beaucoup plus béant. Notre pratique nous a démontré que cette règle est loin d'être sans exception. On voit des femmes qui, ayant eu même plusieurs enfans, ont l'orifice du col petit, sans être frangé, et le col lui-même n'ayant pas acquis plus de volume que chez une jeune fille.

Quant à l'âge, les dimensions du col présentent sans doute aussi des différences; mais il y a des femmes déjà sur le retour dont le col offre une dimension plus grande que dans la jeunesse.

Ce n'est pas chose facile de donner exactement les dimensions du col à l'état physiologique : il est donc essentiel de bien s'entendre pour déterminer l'étendue du col de l'utérus à l'état sain, et il n'est pas pour nous de doute que des médecins *attribuent tantôt à un engorgement ce qui est l'état de santé, et jugent d'autres fois comme sains des cols que nous regardons comme affectés d'engorgement.*

(1) Le spéculum dont nous nous servons, au lieu de porter deux goupilles saillantes à l'intérieur pour chacune des valves mobiles qui ont l'inconvénient de se détacher, lorsque l'on porte des tampons sur le col de l'utérus, nous les avons remplacées par de petites broches de fer qui passent dans l'épaisseur des valves, les retiennent solidement et ne font aucune saillie.

---

rait destiné à sévir, mais encore contre de simples délinquans et des détenus par prévention. C'est à l'occasion de ces derniers qu'un économiste anglais a pu en appeler des rigueurs du régime cellulaire à un sentiment toujours si puissant sur les hommes, le sentiment personnel, en disant : Il n'y a ni rang, ni condition, ni droiture du cœur, ni prudence, ni circonspection qui puisse donner à qui que ce soit le droit de conclure qu'il est pour toujours désintéressé dans la question. Mais on peut laisser d'ailleurs de côté la prévention qui pourrait en définitive être aisément soustraite au régime cellulaire, sans que cela changeât rien au fond de la question.

N'oublions pas que pour apprécier ces résultats à leur véritable valeur, il faut les juger d'une manière relative et non absolue. La question pénitentiaire est une question complexe; elle implique des intérêts divers dont il faut savoir également tenir compte. La législation pénale n'a pas uniquement pour objet de punir, elle doit se proposer en même temps d'améliorer, de moraliser le criminel, et de prévenir autant qu'il est en son pouvoir la perpétration de nouveaux crimes par l'intimidation et l'exemple de la punition. La question d'humanité si souvent invoquée n'est donc pas la seule qui doive être prise en considération; à côté d'elle s'élèvent des intérêts plus puissans, plus respectables, l'intérêt de la société qui réclame la répression efficace du crime, celui de la morale et de la religion qui veut que le châtiment tourne au profit de l'instruction et de la réhabilitation morale du criminel. Que parmi les médecins qui ont examiné cette question, il en est qui se soient préoccupés d'une manière plus spéciale des effets du régime cellulaire sur la vie et la santé des détenus, il n'y a rien là que de très naturel : indépendamment de ce qu'il est dans le caractère et les habitudes de notre profession d'envisager plus particulièrement les questions au point de vue de l'individu, il leur appartenait surtout, plus qu'à tous autres, d'étudier et de signaler les conséquences physiologiques de ce régime. Mais ce n'est pas là évidemment le point essentiel, culminant de la question. Chercher au nom de l'humanité à faire prévaloir, dans cette circonstance, les droits individuels sur ceux de la morale et de la société, c'est méconnaître tout à la fois l'esprit et le but des institutions pénales, c'est compromettre, en quelque sorte, un sentiment de philantropie qui a tant d'autres occasions de s'exercer sur des douleurs et des misères bien autrement respectables. « Ce n'est pas, comme l'a dit M. de Tocqueville, pour leur plaisir et pour le plus grand bien de leur santé que nous nous déterminons à mettre nos semblables en prison; c'est pour les réformer et les punir, et celui qui a violé les lois de son pays et outragé la société tout entière doit s'attendre à ce qu'il résulte pour lui quelques inconvéniens et quelque incommodité de son crime. » La question est donc moins de s'assurer que le système pénitentiaire n'ait point d'effets fâcheux sur la santé des criminels, que de garantir par une sage et sévère application des peines le but social qu'on se propose. Ce qu'il y aurait de plus désirable, sans contredit, serait de trouver un moyen qui pût concilier tout à la fois les intérêts sociaux et les droits individuels de l'humanité. On peut se demander en effet si ces droits et ces intérêts ne seraient jusqu'à un certain point conciliables. La société ne peut-elle avoir satisfaction sans que les droits de l'humanité soient violés? la moralisation du condamné n'est-elle possible qu'au prix des tortures de la cellule? En admettant, après tout, qu'à ce prix même ce ne serait pas acheter trop cher la sécurité des citoyens et la moralisation des coupables, la cellule produit-

Les dimensions les plus petites que nous ayons observées portaient le *diamètre transversal*, qui est le plus large (à la base du col), *à 1 centimètre et 1/2 sur 1 centimètre dans le diamètre antéro-postérieur. La plus grande dimension*, quand il n'y a pas *engorgement*, est toujours au dessous de 3 *centimètres en largeur*, et alors il peut y avoir 2 *centimètres dans le diamètre antéro-postérieur.*

On remarquera que cette différence de diamètre donne toujours au col de l'utérus *une apparence ovale, de sorte que, pour nous, si le diamètre antéro-postérieur augmente, il y a de l'engorgement;* ainsi les diamètres latéraux n'étant que de 2 centimètres, et le diamètre antéro-postérieur ayant la même dimension, nous regardons le col comme engorgé; et en effet, dans ce cas, si on examine l'orifice du col, on verra qu'il ne se trouve plus au centre, et par conséquent l'une ou l'autre des lèvres aura pris de l'extension; il y a donc maladie, il y a engorgement.

Dans les engorgemens (suite de fausses couches), nous avons rencontré des cols dont le plus grand diamètre portait de 4 à 5 centimètres.

A l'état sain, le col présente le plus ordinairement la forme d'un segment d'ovoïde; quelquefois, plus rarement, une forme conique, et alors il fait une grande saillie dans le vagin. Cet état se rencontre souvent chez les femmes stériles. Nous l'avons vu, au contraire, rentré au point qu'il paraît siéger au delà de l'insertion du vagin; il est, dans ce cas, difficile de le trouver, et son orifice semble faire la continuation du vagin. Nous avons vu cette anomalie se présenter dans quelques cas où l'on pouvait croire que la lèvre antérieure ou la lèvre postérieure manquait.

Quant à l'orifice du col chez les femmes qui n'ont eu ni fausses couches, ni enfans, il ne dépasse guère 5 à 6 millimètres dans le diamètre transversal, lorsque, comme c'est le plus ordinaire, l'ouverture est linéaire. Si l'orifice est arrondi, le diamètre transversal paraît diminué d'autant. Dans quelques cas, rares il est vrai, l'orifice est réduit à un diamètre d'un millimètre.

Chez les femmes qui ont eu des enfans, le diamètre de l'orifice est toujours agrandi dans le sens transversal, sans pourtant avoir quelquefois des diamètres exagérés; presque toujours il se forme à son bord des espèces de franges arrondies, variables en nombre et qui donnent à cet orifice l'apparence déchirée. Il arrive aussi que cet orifice s'agrandit beaucoup, que les lèvres en restent béantes et que la vue peut pénétrer jusqu'à 1 centimètre dans l'intérieur du col. Il faut aussi faire observer que, chez quelques femmes qui ont eu plusieurs enfans, nous avons vu des orifices semblables à celui d'une femme n'ayant jamais procréé. Chez les femmes enceintes, les lèvres du col, comme l'a fait observer M. Marc d'Espine, sont molles, gonflées; l'orifice est quelquefois dilaté, au point de permettre au doigt de pénétrer assez profondément dans le col.

Les auteurs disent avoir observé que, chez les femmes qui ont leurs règles ou vont les avoir, le col se trouve suffisamment dilaté pour permettre l'introduction du doigt; c'est une erreur que nous croyons devoir relever et qui a déjà été signalée par MM. Nivet et Blatio; car, sur une multitude de femmes que nous avons examinées dans ce but, nous nous sommes rarement aperçus qu'il y ait eu une différence dans le diamètre de l'orifice.

La position du col n'est pas constamment la même. Les auteurs ne se sont pas assez appesantis sur cette différence de position. Pendant plusieurs mois, nous nous sommes occupés d'examiner un grand nombre de femmes sous ce rapport. Nous observerons d'abord qu'il faut une grande habitude pour constater, par le toucher, certaines obliquités peu prononcées.

Nous n'avons constaté que très rarement la position du col placé au milieu du vagin. La position la plus ordinaire est le renversement plus ou moins prononcé du corps de l'organe en avant, ce que l'on appelle l'antéversion. Cette déviation est tellement fréquente qu'elle peut l'emporter sur les autres des deux tiers. A cette position se joint souvent une déviation à droite ou à gauche (obliquité latérale). C'est du côté gauche que le col se porte le plus fréquemment. Cette obliquité est telle quelquefois que l'orifice de l'utérus va se cacher au haut du vagin, et qu'en touchant on ne sent qu'une surface arrondie sans orifice, et si on n'avait la précaution d'entourer le col avec le doigt, on croirait qu'il est dans la position naturelle. Rappelons ici, en passant, l'importance du toucher; car le plus ordinairement, en examinant une femme au spéculum, l'instrument remet l'organe en place, et cette déviation, qui est souvent la cause principale des douleurs et des phénomènes qui se passent dans le bassin, échappe à l'observateur.

DES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS.

L'usage si universellement répandu aujourd'hui du spéculum fait voir combien sont fréquentes les affections du col de l'utérus, et principalement les ulcérations, maladies dont on ne pouvait auparavant le plus souvent soupçonner l'existence.

Les ulcérations sont rares avant la puberté; elles sont même rares encore chez les jeunes filles qui ont dépassé cette époque, tout ayant cohabité avec des hommes. Les auteurs ont répété qu'elles deviennent plus fréquentes après l'âge critique; cette assertion, la pratique ne la confirme pas; elles paraissent au contraire bien plus fréquentes de 20 à 25 ans que dans un âge plus avancé. Quant aux causes occasionnelles, elles sont nombreuses; ainsi dans le catarrhe utérin purulent, le liquide exhalé excorie, tantôt la surface du col qui, dans quelques cas, baigne et se trouve comme macéré dans la matière de l'écoulement, tantôt la lèvre postérieure seulement, de même que dans une inflammation de la conjonctive, l'épiphora détermine l'érythème ou l'érosion de la paupière inférieure et de la joue. Le coït trop souvent répété, surtout chez la plupart des femmes qui viennent à Saint-Lazare, les irritations du col par les instrumens dans les tentatives d'avortement, les suites d'accouchement, même non laborieux, sont des causes fréquentes d'ulcération. Il n'est pas douteux que les pessaires, la malpropreté, l'abaissement de l'organe et mieux encore l'antéversion, la rétroversion et les obliquités de l'utérus par suite des frottemens de l'organe contre les parois du vagin, ainsi que les affections de l'ame et les chagrins, ne déterminent aussi quelquefois des ulcérations de l'utérus qui, dans ces deux dernières circonstances, prennent un caractère grave. Le vice syphilitique n'est pas une cause aussi fréquente qu'on se l'imaginerait de prime-abord; nous ne l'avons constaté que sur un nombre extrêmement limité de femmes. Cullerier les regardait aussi comme très rares.

Nous divisons les *ulcérations de l'utérus* en deux classes : *simples ou non cancéreuses et cancéreuses*

Quant aux ulcérations de nature dartreuse et psorique, leur existence d'abord ne nous paraît pas prouvée; puis nous devons, dans l'état actuel de la science, faire justice de ces prétendues répercussions qui avaient

---

elle réellement sous ce rapport les résultats qu'on s'en est promis? C'est là ce qui méritait d'être sérieusement examiné. Telle est la seconde question que M. Bonnet s'est proposé de résoudre dans sa brochure. Si, après avoir démontré que les restrictions que le système cellulaire impose aux plus impérieuses facultés de l'esprit et du corps, les vices inévitables qu'il engendre ne peuvent avoir que les plus funestes résultats pour le physique et le moral du condamné, que l'isolement conduit fatalement au désespoir ou à l'anéantissement de toute force, de toute énergie morale, qu'il ne rejette dans la société que des démens et des idiots, quand la maladie ou le suicide n'est pas venu mettre un terme à leurs souffrances; si, après avoir démontré la triste réalité de ces effets, on parvenait à démontrer encore l'impuissance moralisatrice de ce système sur ceux des prisonniers qui auraient échappé aux fatales conséquences qui viennent d'être signalées, ce système ne devrait-il pas être à jamais condamné? c'est ce que M. Bonnet croit être en mesure de prouver.

L'analogie devait déjà, suivant lui, faire prévoir l'impuissance moralisatrice d'un système qui tue l'esprit lorsqu'il ne tue pas le corps, qui déprime, pervertit ou exalte l'intelligence au point d'engendrer l'idiotisme, la démence ou la fureur; car si les mêmes causes n'agissent pas sur tous les individus au même degré, on doit admettre du moins qu'aucun n'échappe entièrement à leur influence. Or la proportion des condamnés morts, devenus fous, ou qui ont attenté à leur vie indique assez quelle doit être en général la disposition d'esprit de ceux qui n'ont dû, sans doute, qu'à une organisation plus heureuse et à une plus grande force de réaction, de résister aux conséquences extrêmes de ce régime. Mais, d'après M. Bonnet, il y aurait à cet égard mieux que des analogies et des probabilités. Il y aurait des faits qui décèleraient dans les vices inhérens au système l'impossibilité de mettre en usage avec efficacité les moyens d'instruction et de moralisation sur lesquels on comptait, des résultats traduits en chiffres qui tendraient à démontrer d'une manière plus formelle l'impuissance moralisatrice de la cellule et son insuffisance comme moyen de coërcition et d'intimidation. Les registres de Cherey-Hill apprennent en effet que sur 1480 détenus entrés dans ce pénitencier depuis 1829 jusqu'au 1er janvier 1842, il y a eu 420 récidives, soit 31 sur 100. A Lausanne, les récidives depuis 1834 jusqu'en 1842 ont été d'environ 50 sur 100. A Glascow, elles dépassent encore cette proportion. Dans cette dernière localité, on cite des détenus qui sont entrés dans le pénitencier jusqu'à 20, 60 et 80 fois, ce qui ne peut s'expliquer du reste qu'en sachant que la durée des séjours à Glascow n'excède pas deux mois en moyenne, et qu'il est une infinité de condamnations qui sont de deux ou trois semaines seulement.

Quant à la terreur salutaire que ce régime est supposé inspirer aux malfaiteurs, ce serait encore gratuitement qu'on y aurait compté, car le nombre des nouveaux détenus pour crime, loin d'avoir diminué dans les Etats-Unis depuis l'établissement du système cellulaire, semblerait au contraire avoir continué à suivre une progression toujours croissante. Depuis que l'emprisonnement solitaire est en vigueur aux Etats Unis, dit M. Bonnet, le nombre des détenus, au lieu de diminuer, ainsi qu'on l'avait prédit, n'a pas cessé de s'accroître. Le pénitencier de New-Jersey qui ne renfermait en 1836 que 113 prisonniers, en a reçu 141 en 1837, 163 en 1838, 166 en 1839 et 172 en 1840. Dans le pénitencier de Philadelphie, on comptait 123 détenus en 1833, 183 en 1834, 266 en 1835,

été admises à une époque où les maladies de la peau étaient encore peu connues.

ULCÉRATIONS SIMPLES DU COL DE L'UTÉRUS.

Faisons observer que nous commençons par l'exposition des ulcérations les plus bénignes, celles qui présentent le moins de gravité et qui guérissent par les moyens les plus simples.

ULCÉRATIONS LÉGÈRES ; ÉROSIONS (EXULCÉRATIONS; USCUSCULES).

Les ulcérations simples, bénignes, présentent plusieurs modes de développement dont les auteurs se sont peu occupés. Voyons d'abord le cas le plus simple, la rougeur du col.

Si les exulcérations doivent leur naissance à une leucorrhée ou à un écoulement succédant à une métrite chronique, ou à un accouchement, le pourtour de l'orifice du col est rouge, l'épithélium existe, la rougeur de l'orifice s'étend autour du col, mais se prolonge plus sur la lèvre postérieure que sur l'antérieure, même dans des cas assez fréquens ; la lèvre antérieure paraît à peine malade, lorsque sa postérieure est rouge et tuméfiée. Cette prédilection des ulcérations pour la lèvre postérieure est due à la position de l'organe: lorsque les femmes sont assises, les liquides qui s'écoulent de l'intérieur de l'utérus passant ou s'arrêtant davantage sur la lèvre postérieure sont une cause continuelle d'irritation.

La rougeur peut ainsi s'étendre sur toute la superficie du col, être très intense sans que l'épithélium soit cependant détruit ; on voit de ces affections légères se dissiper d'elles-mêmes sans traitement, et sans que des ulcérations soient survenues.

Ce premier degré de maladie dont nous nous occupons cause ordinairement peu de douleur ; d'ailleurs, il est à remarquer que les ulcérations bénignes sont souvent indolentes ; pourtant on trouve quelques exceptions à cette règle, et nous avons rencontré des femmes dont les douleurs étaient assez vives pour nous faire croire à une affection beaucoup plus grave, si le spéculum n'était venu nous rassurer sur leur état.

Si cette rougeur augmente d'intensité, l'organe se tuméfie ordinairement ; en acquérant plus de volume, il prend une nuance rouge plus prononcée ; les capillaires gorgés de sang le laissent échapper au moindre effort, à la plus légère pression. L'ulcération ne tarde pas alors à se manifester ; la muqueuse paraît se ramollir, tantôt sur plusieurs points, tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, sur un seul point, près de l'orifice de l'utérus, sur la lèvre postérieure. Cette ulcération s'étend de proche en proche, de manière à envahir une grande partie du col de l'utérus. Mais le plus ordinairement l'ulcération entoure l'orifice et se borne à 4, à 6 millim. autour de lui ; en même temps on voit que l'ulcération n'a pas de profondeur, et se borne à détruire l'épithélium. Lorsque les ulcérations prennent naissance sur plusieurs points de la surface, on voit alors des ulcérations superficielles disséminées, de formes variables, souvent triangulaires ; elles s'agrandissent et finissent par se réunir ; elles forment bientôt une seule ulcération qui peut occuper un assez grand espace.

Les ulcérations peuvent se développer à la suite de rougeurs disséminées sur la surface de l'organe ; elles sont semblables à des piqûres de puces, et paraissent formées par un lacis de vaisseaux. Ces taches s'ulcèrent de propre en proche et ne tardent pas à former une seule ulcération qui peut acquérir les plus grandes dimensions.

On voit quelquefois les ulcérations naître d'une manière différente, et peut-être croirait-on le mode d'invasion dont nous allons nous occuper plus fréquent si on était appelé à temps pour l'observer. Nous avons vu plus d'une fois de petites pustules se développer sur plusieurs points du col de l'utérus et ne paraissant pas alors affecter plus particulièrement le voisinage de l'orifice. Ces pustules, en général, petites, rondes, sont quelquefois sans changement de couleur du reste de l'organe, ou plutôt elles sont d'une teinte plus claire que le reste du col ; elles sont formées par l'épithélium soulevé par un liquide tantôt transparent, tantôt purulent ; nous les avons vues ordinairement plus petites qu'un grain de millet, jamais plus grandes. Lorsqu'on les perce, on voit la membrane muqueuse déchirée, rompue, et lorsque le liquide est écoulé, une rougeur succède à cette rupture. Cette rupture s'opère-t-elle d'elle-même, on trouve à la place que les pustules occupaient, des ulcérations disséminées, rondes, qui peuvent s'agrandir, se rapprocher et se réunir. A cette époque, il n'y a plus de différence entre les ulcérations succédant à la rougeur de l'épithélium et celles qui doivent leur origine à des pustules. Quoi qu'il en soit des divers modes de développement de l'ulcération bénigne, la guérison est facile ; elle ne cause, ainsi que nous l'avons dit, que rarement de la douleur ; rarement elle demande plus d'un mois pour être complètement guérie ; et si on examine l'organe après cette guérison, on ne voit aucun signe qui puisse faire croire qu'il y ait eu une maladie ; la rougeur a entièrement disparu ; l'organe a repris ses dimensions ordinaires ; l'épithélium, l'apparence lisse qu'il avait auparavant.

Nous venons de voir que, dans cette maladie, la douleur est nulle ou très légère, c'est ce que nous observons à Saint-Lazare ; l'absence de prurit dans le fond du vagin, de douleurs vives du col éveillées par le contact du doigt ou du spéculum, et qui rend surtout le coït pénible, symptôme que nous observons plus souvent en ville, tient sans doute au peu de sensibilité du col chez les filles ou femmes qui font abus du coït.

Un symptôme très important dont nous n'avons pas encore parlé, c'est l'écoulement plus ou moins abondant qui s'échappe du vagin des malades, et qui provient de la surface érodée elle-même, ou en même temps, ce qui s'observe souvent de l'intérieur de l'utérus par suite de la phlegmasie qui s'y est propagée de l'extérieur à l'intérieur. L'irritation peut aussi suivre une marche inverse, c'est-à-dire partir de la muqueuse interne de la cavité de l'utérus, ou de celle du col, etc. ; mais ce n'est pas ici le lieu d'en parler ; nous en traiterons quand nous décrirons l'engorgement.

Nous avons rarement observé l'engorgement accompagnant les érosions ; quand il existe, c'est sur la lèvre postérieure principalement qu'on le constate.

Lorsque l'affection consiste simplement en une rougeur, des injections mucilagineuses, faites à une température basse, un régime délayant, un ou deux bains entiers par semaine suffisent pour en obtenir la guérison. L'exulcération existe-t-elle, on calme d'abord par les moyens dont nous venons de parler les symptômes d'inflammation, puis on soumet la malade aux injections toniques et astringentes (les décoctions de feuilles de noyer, le ratanhia, les acéto-alunés : alun, 4 grammes ; vinaigre pharmaceutique, 30 grammes ; eau, 500 grammes). Nous avons rarement recours aux évacuations sanguines. Les cas sont en général trop légers. Quel-

---

360 en 1836, 386 en 1837, 387 en 1838, 417 en 1839 et 434 en 1840.

Les faits signalés dans cette brochure sont d'une haute gravité et méritent que les hommes qui ont mission de décider une aussi importante question que celle de la réforme pénitentiaire y apportent une sérieuse attention. Nous ne nous dissimulons pas combien il faut être réservé quand il s'agit de conclure d'après des données statistiques dont les élémens sont si élastiques et si rarement assez complets, assez logiquement groupés pour avoir la valeur qu'on est en général porté à leur accorder. Mais, tout en faisant à cet égard les réserves nécessaires, en tenant moins compte du nombre que du caractère de ces faits, de leur constante reproduction, de leur conformité dans tous les lieux où l'on a eu l'occasion de les constater, enfin de la confirmation qu'ils viennent donner aux prévisions de la science, on ne saurait en méconnaître l'importance.

Cependant, en admettant que ces faits parussent assez graves pour faire rejeter le projet de réforme déjà sanctionné par le vote de l'une des chambres législatives, faudrait-il en conclure qu'il n'y eût rien de mieux à faire que de continuer à marcher sur les erremens du passé et de subir les conséquences d'un système dont le vice est si généralement reconnu ? Entre les inconvéniens du régime cellulaire et ceux de la réclusion collective, n'y aurait-il aucun moyen terme ? En est-on réduit au choix ? Telle n'est pas l'opinion de M. Bonnet. Il pense qu'on aurait plus d'un moyen de s'affranchir de cette alternative. Les modifications qu'il propose d'apporter au régime actuel sont conçues dans le double but d'obvier aux inconvéniens de la promiscuité et aux funestes effets du système actuel de surveillance des libérés, ce qui est, suivant lui, une des sources les plus fécondes de récidives, et d'atteindre le but qu'on se proposait par le système de Philadelphie, la moralisation des condamnés. Voici quelles devraient être, d'après ce plan, les bases de la législation pénale :

1° La déportation pour tous les condamnés à la peine des travaux forcés ; 2° la réclusion cellulaire pendant la nuit, avec travail en commun durant le jour, sans l'obligation de garder le silence, pour les crimes et délits qui sont en dehors de la première catégorie. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les développemens du système de déportation qu'il propose, et qui rentre entièrement dans le ressort des économistes. Disons seulement qu'en empruntant au système de déportation anglais quelques-unes de ses dispositions, il s'est sagement gardé de tomber dans ces ridicules écarts de manie philanthropique, qui, à force de sollicitude sur le sort des condamnés et d'amélioration dans leur régime, ne tendraient pas à moins qu'à l'impunité. Quant au système pénitentiaire qu'il propose pour les condamnés destinés à rester en France, il consisterait : 1° dans la division de ces condamnés en trois catégories, qui comprendraient : la première, les hommes ; la seconde, les femmes ; la troisième, les enfans, et qui auraient chacune un local séparé.

2° Dans la division de chacune de ces catégories en deux séries, celle des prisonniers pour crimes, et celle des détenus pour simples délits, qui, à leur tour, se subdiviseraient en deux autres, celle des récidifs et celle des prisonniers qui n'ont subi qu'une seule condamnation.

3° Dans l'assujétissement des prisonniers de chaque série à la réclusion cellulaire de nuit, avec travail en commun pendant le jour, sans l'obligation de garder le silence.

Pour mieux assurer le succès de ce système, on y joindrait : l'instruction reli-

quefois nous employons avec succès la cautérisation, faite légèrement avec la pierre infernale, une ou deux fois au plus chaque semaine, dans le but de modifier, de changer la vitalité de la face érodée; mais le plus ordinairement nous n'avons pas besoin de recourir à la cautérisation, et aussitôt que la cicatrisation commence à se former sur les bords, on cesse tout moyen excitant. C'est surtout dans les cas d'atonie du col, entretenus par un état morbide général, que la cautérisation produit de bons effets. Dans le cas contraire, quand l'érosion est d'un rouge vif, lorsqu'elle est sensible, douloureuse, etc., la cautérisation, même légère, ne fait qu'irriter davantage, au lieu d'arrêter la marche de l'exulcération.

Le repos des organes malades est quelquefois une condition indispensable au succès du traitement; mais il ne faudrait pas non plus, dans certains cas (l'atonie, par exemple) en abuser, comme cela se pratiquait il y a quelques années seulement.

Terminons par une dernière remarque. Ainsi que dans beaucoup d'autres maladies, l'ulcération simple de l'utérus, observée chez de jeunes sujets, parcourt quelquefois trois périodes. Pendant la plus longue, celle d'état, l'ulcération semble se jouer des traitemens les plus rationnels; puis tout à coup elle guérit, en quelques jours, avec une grande rapidité.

Il nous reste encore sur ce sujet à décrire une variété d'exulcération peu connue, qui mérite cependant toute la sollicitude des praticiens; car, sans être très grave, elle n'en exige pas moins un temps assez long pour guérir.

Cette maladie du col peut se présenter sous trois états différens : 1° tantôt elle consiste en une érosion en quelque sorte boursoufflée, mollasse, saignant très facilement, dont la surface est élevée au-dessus du niveau du reste de l'organe, ulcération qu'il ne faut pas confondre avec celle de nature fongueuse, que nous décrirons plus loin, et qui en diffère par son aspect végétant mamelonné, etc.; l'écoulement qu'elle produit est blanc-jaunâtre, quelquefois verdâtre, toujours très abondant; 2° tantôt c'est une ulcération toujours boursoufflée, dont l'aspect est légèrement granulé, qui ne *saigne jamais* et ne produit *aucun écoulement*; 3° dans quelques cas, enfin, c'est une très large érosion, parfaitement lisse, avec une exsudation à sa surface d'un liquide transparent, filant, très difficile à enlever.

Cette variété d'ulcération du col est rare; nous en observons trois ou quatre cas seulement chaque année. Nous l'avons toujours constatée chez des femmes qui ont eu des enfans ou des fausses couches et qui portaient, dans presque tous les cas, un engorgement considérable du col. Les malades se plaignent habituellement de douleurs et de pesanteur dans l'hypogastre.

Nous pensons que dans les trois cas dont nous venons de parler l'ulcération ne survient que consécutivement à l'engorgement du col, qui, pour nous, est la maladie principale, la seule qui doive fixer l'attention du praticien. C'est ainsi que nous commençons tout d'abord par combattre l'engorgement par les moyens appropriés, ne nous occupant que secondairement de l'ulcération elle-même. Toujours est-il que dans les *deux premiers cas*, en même temps que nous traitons l'engorgement par une ou deux saignées dérivatives, si le sujet est d'une constitution pléthorique, si surtout l'engorgement est encore à l'état subaigu, nous employons quelques dérivatifs sur le sacrum (pommade stibiée, vésicatoires), et nous cautérisons profondément avec le caustique de Vienne solidifié, dans le but de modifier promptement et énergiquement la surface profonde de l'ulcère, de la faire passer à l'état d'érosion simple et de favoriser ainsi l'absorption d'une partie de l'engorgement. Dans le *troisième cas*, c'est contre l'engorgement du col seulement que nous dirigeons notre traitement; les cautérisations et les topiques ne produisent aucun résultat.

Voici deux observations d'ulcérations de l'espèce dont nous venons de parler.

1° ENGORGEMENT CONSIDÉRABLE DU COL; EXULCÉRATION BOURSOUFFLÉE SANS ÉCOULEMENT UTÉRO-VAGINAL.

OBS. I. — Castellan (Rosalie-Catherine), 24 ans, d'une bonne constitution, entre à St-Lazare le 28 octobre 1842. Cette femme porte un engorgement du col de 3 centimètres 1/2 de diamètre avec une ulcération boursoufflée élevée à 2 et 3 millimètres au dessus du niveau du reste du col dont la coloration est normale.

Cette malade ne souffre pas et n'a aucun écoulement. Elle a eu un enfant il y a deux ans environ. Nous cautérisons le lendemain de son entrée la surface ulcérée avec le caustique de Vienne, et nous appliquons en même temps, sur le sacrum, un emplâtre de diachylum saupoudré de 4 grammes de tartre stibié, que nous dûmes renouveler le quinzième jour; dans l'intervalle, grands bains deux fois par semaine, et injections de ratanhia quatre fois par jour.

Après quatre cautérisations à huit jours d'intervalle, le col a diminué d'un tiers; nous cautérisons alors l'érosion avec le nitrate d'argent.

La malade sort guérie le 4 décembre, après avoir subi un traitement de cinquante-six jours.

2° EXULCÉRATION DU COL AVEC EXSUDATION TRANSPARENTE, ET ENGORGEMENT ASSEZ CONSIDÉRABLE DU COL DE L'UTÉRUS.

OBS. II. — La nommée Pouillard (Françoise), 27 ans, d'une forte constitution, entre dans notre service, à St-Lazare, le 3 juin 1843. Au toucher, nous constatons un engorgement assez considérable du col (3 centimètres au moins de diamètre); le museau de tanche est doux et lisse sous le doigt; le col n'est pas sensible au toucher. Le spéculum nous permet de voir une large érosion qui occupe tout le col et qui est recouverte d'une exsudation transparente qui adhère fortement à la surface ulcérée. L'engorgement date d'une fausse couche de cinq mois faite il y a onze ans; depuis cette époque, cette femme n'est plus réglée; mais elle éprouve tous les mois un écoulement blanc très abondant, qui dure quatre à cinq jours. (Injection de feuilles de noyer plusieurs fois le jour; emplâtre stibié sur la région du sacrum.)

L'éruption pustuleuse devient confluente, et l'on voit diminuer sensiblement le volume du col, après un mois de séjour dans nos salles; quelques douleurs vagues d'abord, qui deviennent bientôt plus vives dans le bas-ventre, nécessitent une saignée de 250 grammes dans le courant du mois d'août.

La malade sort guérie le 24 du même mois. L'engorgement était diminué de moitié.

DE L'ULCÉRATION DIPHTÉRITIQUE.

Nous ne pensons pas que ce genre d'ulcération ait encore été décrit. Son caractère est cependant assez remarquable pour mériter une mention particulière; si le phénomène qui lui fait donner son nom n'entraîne rien qui soit de nature grave, au moins est-il essentiel de bien la connaître, pour qu'on ne la confonde pas avec l'ulcération syphilitique à laquelle elle ressemble au premier aspect.

Comme l'angine diphtéritique, elle débute par la rougeur; avec cette

---

gieuse et l'enseignement primaire en commun; le travail rétribué, moitié au profit de l'état, un quart au profit du prisonnier pendant sa détention, un quart pour être envoyé à sa sortie à l'administration de charité de sa commune, qui en surveillerait l'emploi au profit du libéré; enfin des récompenses appropriées à la condition des détenus et à leur état d'amélioration, etc.

Nous n'insisterons pas sur le développement de ce système et nous n'examinerons pas si son but et ses moyens d'application sont dans des relations telles qu'il soit de tous points réalisable. Nous nous bornerons seulement à faire remarquer que son principe repose sur la répartition en catégories, pour obvier aux inconvéniens de la promiscuité, sur l'influence moralisatrice et hygiénique à la fois du travail joint à l'instruction, à l'émulation et à l'appât du pécule, enfin sur les avantages que l'état retirerait d'un travail beaucoup plus productif que celui que peuvent faire les détenus dans la cellule.

Ce système, d'ailleurs, n'est pas sans précédens. Un seul exemple suffirait au besoin pour faire ressortir les avantages que l'on pourrait effectivement retirer d'une bonne organisation du travail dans les pénitenciers. Nous terminerons par cette dernière citation les nombreux emprunts que nous venons de faire à la brochure de M. Bonnet.

« Il y a environ 70 ans que les états de la Flandre occidentale avaient construit et organisé un pénitencier sur un modèle à peu près semblable : cellules de nuit, cours spacieuses, ateliers vastes et aérés, chapelle et réfectoires communs..... Il y avait dans cette maison, peuplée d'assassins et de bandits, une fonderie, avec tout ce qui en dépend, des forges, des charpentiers, des tisserands, des tourneurs en métaux et en bois, des tailleurs, des cordonniers, etc. On en vit sortir plus d'une fois des pièces d'artillerie toutes montées. Mais, ce qui mérite surtout d'être signalé, c'est qu'il y avait au greffe un registre, et sur ce registre les fabricans belges venaient se faire inscrire pour avoir les prisonniers à leur sortie, et tous n'en recevaient pas, parce qu'il n'y en avait pas assez.

— M. Jobert (de Lamballe), chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, vient d'être nommé chirurgien de l'Hôtel-Dieu en remplacement de M. Breschet.

— M. DELESTRE, chirurgien-dentiste de l'hôpital des Enfans-Malades, commencera le lundi 16 courant un Cours clinique, théorique et pratique des maladies des dents et de prothèse dentaire.

Tous les jours un grand nombre de sujets sont à la disposition des élèves. Les Cours ont lieu de dix à onze heures, excepté les jeudis et les dimanches, quai Conti, 5.

— HISTOIRE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, nouvelles recherches sur l'étiologie et sur le traitement de cette maladie; par M. EMILE BERNARDEAU, D. M. P. — 1 vol. in-8° de 134 pages. Prix : 2 fr. 50 c.

Paris, chez Fortin, Masson et Cᵉ, éditeurs, 1, place de l'Ecole-de-Médecine. Même maison, chez L. Michelsen, à Leipsig.

couleur, le col, dans le peu de cas que nous avons observés, est au début douloureux au toucher. A cette période, il n'existe pas encore d'écoulement. Peu de jours après, sur toute la surface malade, on voit s'élever *de petites plaques d'un blanc mat, rarement jaune, lisses, luisantes, de formes diverses et mal circonscrites,*

Ces plaques qui n'ont pas un millimètre d'épaisseur sont très adhérentes au col; il est même impossible, dans quelques cas, d'enlever un lambeau de ces fausses membranes; les injections d'eau lancées avec force, ainsi que les pinceaux de charpie, ne parviennent pas à les faire détacher, et si on insiste sur ces moyens pendant trop longtemps, on ne tarde pas à voir suinter des bords de l'érosion des gouttelettes de sang. Après un ou deux septenaires, rarement davantage, ces plaques se détachent en partie ou en totalité; si elles ne se reforment plus, l'ulcération primitive apparaît avec tous les caractères d'une exulcération qui ne présente aucune gravité, et qui guérit avec la plus grande facilité. Si on recherche la cause qui donne naissance à cette affection, nous ne l'avons pas observée assez fréquemment pour lui en attribuer une bien rigoureuse; cependant nous pensons qu'on peut la rapporter à une inflammation d'une nature particulière, spécifique, qui se développe sous l'influence de certaines conditions qui nous échappent et que nous ne saurions expliquer. Si nous avons noté ce genre d'affection, c'est, comme nous le disions en commençant, parce que ses caractères pourraient la rapprocher de l'ulcération syphilitique. Mais nous ferons observer que l'ulcération syphilitique, qui peut simuler l'ulcération pseudo-membraneuse, s'en distingue et par un *liseré d'un rouge très vif, qui circonscrit l'ulcère irrégulier à fond profond et grisâtre*, et par les plaques qui recouvrent l'ulcération syphilitique, et qui sont d'un ton plus jaune. Lorsque ces plaques existent, on voit qu'elles recouvrent une surface plus profondément ulcérée: ainsi, au lieu d'être constamment saillantes, elles sont souvent placées au-dessus du niveau de la surface du col. Enfin, si ces remarques échappaient à l'observateur, il serait averti par la marche rapide de sa guérison, les plaques une fois tombées; et l'excoriation légère qui en est la suite ne laisserait pas de doute sur l'affection diphtéritique.

Quand les plaques se détachent, il n'est pas rare d'observer alors un écoulement qui se forme à la surface du col, mais qui n'est jamais très abondant.

Cette variété d'ulcération n'a donc rien de grave, et sa durée ne dépasse guère cinq semaines à deux mois.

Le traitement local est le seul qui doive fixer l'attention du médecin. L'application des acides légers sur cette ulcération, dans le but de modifier l'inflammation qui produit la fausse membrane, est la principale indication à remplir. Le nitrate acide de mercure concentré, ou seulement l'acide hydrochlorique, sont les seules cautérisations auxquelles nous ayons recours; nous terminons par des injections d'alun, ou acéto-alunées, enfin quelques bains généraux achèvent la guérison.

L'observation suivante est un exemple d'*ulcération diphtéritique*.

Obs. III. — André (Louise), âgée de 18 ans, d'une assez bonne constitution, n'ayant jamais eu d'enfans, est envoyée à St-Lazare le 2 juin 1842, pour une ulcération du col de l'utérus qui présente les caractères suivans: autour de l'orifice du col, on remarque une surface ulcérée régulièrement circonscrite, qui consiste, à droite et en bas, en une rougeur assez vive et en deux plaques d'un blanc assez mat, assez mal circonscrites, qui se trouvent sur la lèvre antérieure du col. Ces plaques sont très adhérentes au tissu ulcéré; il n'y a pas d'écoulement. (Cautérisation avec le nitrate acide de mercure, 2 fois la semaine; injections acéto-alunées; bains entiers.)

Les jours suivans, une nouvelle plaque se forme sur le côté gauche du col; elle est cautérisée également.

Le 15 juin, ces plaques se détachent, et on voit alors une érosion simple du col, que nous traitons comme nous l'avons dit plus haut; il se fait en même temps un léger écoulement séro-sanguinolent; la malade n'éprouve aucune douleur, si ce n'est une légère sensation de chaleur. Elle sort guérie le 25 juillet.

(La suite prochainement.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

Du phlegmon de l'orbite; par le docteur Tavignot, ancien chef de la Clinique des maladies des yeux à l'hôpital de la Pitié.

En divisant en deux catégories les tumeurs qui peuvent se développer dans la cavité orbitaire, les unes liquides et les autres solides, nous avons cédé bien plutôt au besoin d'adopter un plan d'exposition méthodique qu'à la pensée de pouvoir lever toutes les difficultés qui surgissent bientôt lorsqu'il s'agit de déterminer si une tumeur profondément située est ou n'est pas fluctuante. Le phlegmon intra-orbitaire offrait d'ailleurs une première objection. A son début, en effet, il rentre dans la division des tumeurs solides, tandis que plus tard et sans que la maladie ait changé de nature il devient une tumeur liquide lorsque la suppuration, s'est formée. Mais tout en tenant compte du cas particulier, nous avons dû en agir ainsi pour éviter les répétitions.

L'inflammation aiguë du coussinet cellulo-graisseux qui tapisse le fond de l'orbite et environne l'œil dans sa partie postérieure constitue le phlegmon intra-orbitaire.

Causes.

Il reconnaît quelquefois pour point de départ la propagation d'une inflammation environnante. Ainsi il peut être consécutif à un érysipèle des paupières, à une inflammation générale de l'œil, assez fréquente dans l'Afrique française d'après M. Furnari.

Il reconnaît également pour causes une affection des os de l'orbite, des lésions traumatiques qui ont porté sur l'œil ou ses parties environnantes, la présence de corps étrangers qui se sont logés dans la cavité orbitaire. Néanmoins l'opération du strabisme par la méthode de Stromeyer expose moins fréquemment au phlegmon intra-orbitaire que l'on n'aurait pu le supposer d'abord; et je ne sache pas que par la méthode *sous-conjonctivale* de M. J. Guérin on ait jamais rencontré cet accident; ce qu'il était plus facile de prévoir. Dans un cas fort singulier, l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite a été le résultat d'une opération de pupille artificielle qui n'avait pourtant rien présenté de particulier. Il est plus fréquent de le voir survenir à la suite de l'infection purulente et de l'état puerpéral. Enfin il y a des observations dans lesquelles la maladie ne pouvant être rattachée à aucune cause rationnelle, on est forcé d'admettre son origine spontanée.

Inspection. Il existe, en général, autour de l'orbite un empâtement plus ou moins prononcé qui peut quelquefois constituer un véritable gonflement inflammatoire du tissu cellulaire péri-orbitaire avec rougeur de la peau. La conjonctive oculo-palpébrale s'enflamme aussi le plus souvent et il peut survenir un chemosis dont la compression et quelquefois l'oblitération de la veine ophthalmique rend bien compte; l'œil est rapidement chassé de l'orbite et fait une saillie qui est proportionnée à l'augmentation de volume du tissu cellulo-graisseux post-oculaire. Il est rare que l'œil conserve alors sa direction normale et il survient un strabisme soit en haut soit en dehors, plus rarement dans une autre direction. Si le globe oculaire est projeté en avant au point de n'être plus protégé par les paupières, cela peut dépendre tout à la fois de l'augmentation de volume du tissu cellulo-graisseux intra-orbitaire, et de l'état chemosique de la conjonctive oculaire. Lorsque la maladie en est là, on constate de l'épiphora et on ne tarde pas à voir la cornée qui n'est plus suffisamment lubréfiée par les larmes et avec laquelle l'air est sans cesse en rapport, s'enflammer et devenir opaque à différens degrés.

Symptômes.

Les malades éprouvent dans l'œil et ses parties environnantes des douleurs plus ou moins vives, assez fortes quelquefois pour les empêcher de reposer la nuit. Ces douleurs dépendent à la fois de l'intensité de l'inflammation et du tiraillement éprouvé par les nerfs ciliaires, elles sont par conséquent en rapport avec le volume du phlegmon et le degré d'exophthalmie. Cette exophthalmie elle-même peut donner lieu à un autre phénomène que voici: l'œil n'est chassé de l'orbite qu'à la condition de tendre et d'allonger les muscles droits; ces muscles luttent sans cesse contre la force qui repousse le globe oculaire en dehors; il en résulte une sorte de tension musculaire exagérée, et par suite une augmentation dans le diamètre antéro-postérieur de l'œil, puisque les muscles droits par leur position tendent, lorsqu'ils se contractent énergiquement, à diminuer le diamètre transversal au profit du diamètre antéro-postérieur de l'organe sur lequel ils agissent; la myopie en est donc la conséquence.

Les branches d'origine du ganglion ophthalmique, ce ganglion lui-même, les nerfs qui en émanent sont environnés, dans le trajet qu'ils parcourent avant de se rendre à l'œil, d'un tissu cellulaire graisseux abondant; il est par conséquent facile de comprendre que le phlegmon de l'orbite puisse produire la compression de ces nerfs et par suite leur paralysie, si les tiraillemens qu'ils ont eu à subir par l'exophthalmie n'avaient point eu déjà ce résultat. Il s'ensuit que l'iris privé de nerfs sensitifs et de nerfs moteurs est doublement paralysé et que la pupille reste immobile. Si l'on vient également à toucher avec un stylet la surface de la cornée, on la trouve quelquefois dépourvue de sensibilité et cela dans toute son étendue, tandis que la conjonctive oculo-palpébrale reste intacte, parce

qu'elle reçoit des filets nerveux d'une source autre que celle du système ciliaire. Au milieu de tous ces désordres la vue est néanmoins conservée dans quelques cas, sauf les modifications produites par la mydriase. Mais s'il arrive quelquefois que le phlegmon de l'orbite ne s'accompagne d'aucune altération du globe oculaire autre que l'exophthalmie, il peut se faire aussi que la maladie soit portée à tel point que le nerf optique soit gravement compromis dans sa texture et qu'il en résulte une cécité complète ou incomplète, temporaire ou définitive. Cependant il y a des cas où la vision est plutôt modifiée qu'abolie; le malade a des photopsies, où il distingue moins nettement les objets parce qu'il s'est développé une iritis, une capsulite. Mackensie fait remarquer que l'inflammation peut se propager à la glande lacrymale et amener une suspension dans la sécrétion des larmes. En général, les divers mouvemens du globe oculaire peuvent encore s'exécuter, mais ils sont naturellement beaucoup plus restreints que dans l'état normal. Pour peu que l'inflammation soit intense, il survient une réaction qui se traduit par la fréquence du pouls, la chaleur à la peau, la rougeur congestive de la face, une soif plus ou moins vive, etc. Il peut enfin survenir une sur-excitation momentanée des facultés intellectuelles, par le simple voisinage d'un foyer phlegmasique aux environs de l'encéphale; mais un délire continu, des accidens convulsifs, un état comateux, etc., indiquent assez que l'inflammation s'est propagée aux méninges et peut-être au cerveau.

MARCHE.

Le phlegmon de l'orbite est une maladie essentiellement aiguë, et dont la terminaison heureuse ou malheureuse est d'ordinaire assez rapide. Cependant il est susceptible de durer plus longtemps dans quelques circonstances. Ainsi lorsque la terminaison par résolution a lieu, il reste quelquefois pendant des mois entiers un noyau d'engorgement cellulaire qui laisse persister quelques-uns des symptômes de la maladie; de même, lorsque la suppuration survient, il peut arriver que le pus, emprisonné dans une cavité aussi bien protégée que l'est l'orbite, reste longtemps avant de se faire jour au dehors, si le chirurgien ne se hâte de lui pratiquer une issue artificielle.

COMPLICATIONS.

Les complications les plus habituelles du phlegmon de l'orbite sont : l'érysipèle des paupières, leur œdème, la suppuration de leur tissu cellulaire, l'inflammation de la conjonctive, l'œdème sous-conjonctival, la kératite, l'iritis, la paralysie de l'iris, la capsulite, la paralysie du système ciliaire, du nerf optique, l'altération des os environnans, l'oblitération de la veine ophthalmique (Blandin), la méningite, l'encéphalite, l'inflammation générale du globe oculaire, etc.

TERMINAISONS.

A. Par résolution. La grande quantité de tissu cellulo-graisseux de l'orbite, et le petit nombre de vaisseaux propres à la résorption expliquent peut-être la rareté de la terminaison du phlegmon intra-orbitaire par résolution. Lorsque l'inflammation dure depuis plusieurs jours, en faisant des progrès, d'ordinaire l'on n'est pas assez heureux pour obtenir une disparition complète de la phlegmasie. Celle-ci n'est guère possible qu'autant que l'on sera parvenu à faire avorter en quelque sorte le travail inflammatoire par un traitement énergique et approprié.

B. Par induration. Quelquefois, le travail inflammatoire s'arrête dans sa marche, et reste en quelque sorte stationnaire pendant quelque temps; c'est-à-dire que la résolution n'a pas encore lieu, sans néanmoins qu'il se manifeste de tendance à la suppuration. De plus, il se passe là ce qui a lieu parfois dans d'autres parties du corps lorsqu'elles ont été enflammées; il reste pendant quelque temps un noyau d'engorgement sub-inflammatoire qui peut persister longtemps avec les mêmes caractères et ne disparaître qu'à la longue, quand il n'est pas toutefois l'origine de tumeurs de diverses natures. Mackensie va même jusqu'à dire qu'à la suite d'inflammation de l'orbite terminée par iodnration, l'œil peut rester pour toujours proéminent et même privé de ses mouvemens, par suite d'adhérences qui se sont établies. Outre les phénomènes propres à l'exophthalmie, le malade reste alors sujet, d'après cet auteur, à la céphalalgie, à de l'insomnie, à la fièvre et à une grande anxiété. Pour mon compte, j'ai bien rencontré des sujets qui, après plusieurs mois, n'étaient point complètement guéris d'un phlegmon de l'orbite, et chez lesquels quelques symptômes persistaient encore, entre autres l'exophthalmie; mais je ne les ai pas suivis assez longtemps pour m'assurer que leur état ne s'est point amélioré à la longue.

L'induration du tissu cellulaire de l'orbite, lorsqu'elle persiste, ne cause pas seulement la proéminence exagérée du globe de l'œil, elle laisse encore subsister les principaux désordres fonctionnels qui existaient à l'origine de la maladie, si même elle n'en amène pas de nouveaux. Ainsi, rien n'est plus apte que cet état pathologique à produire la compression des filets nerveux ciliaires, voire même du nerf optique, et par suite la paralysie de l'iris, celle de la rétine. La même chose aura lieu pour la veine ophthalmique, dont la diminution de calibre entretiendra l'œdème sous-conjonctival.

C. Par suppuration. Mais la terminaison la plus fréquente de l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite est la suppuration. Il se forme alors un abcès qui se comporte de plusieurs manières :

1° Il peut rester sur place pendant un certain temps, s'enkyster en quelque sorte et donner lieu aux mêmes symptômes que le phlegmon, en produisant toutefois, dans les parties baignées par le pus, des désordres le plus souvent irréparables. Plus tard l'abcès tend toujours à se créer une issue, et il parvient le plus ordinairement à s'ouvrir à l'extérieur. Il nous paraît difficile de bien constater la disparition spontanée, c'est-à-dire par résorption, d'une collection purulente de l'orbite, puisque, lorsqu'elle n'a aucune échappée à l'extérieur, les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux du phlegmon terminé par induration.

2° Il peut décoller peu à peu la muqueuse conjonctivale qui le tapisse en avant, amener son ulcération dans un ou plusieurs points, et opérer sa sortie partielle ou totale par cette ouverture. Avant que ce travail soit définitivement accompli, l'on aperçoit autour de la cornée une espèce de bourrelet d'un blanc jaunâtre, qui n'est autre chose qu'un chemosis purulent dont le mode de formation est facile à comprendre.

3° Il peut pérégriner aux environs de l'orbite dans diverses directions, en haut, en bas, en dedans, en dehors, suivant un trajet dont la disposition anatomique ne rend pas toujours bien compte, puisqu'il n'a rien de bien fixe : tantôt le pus paraît avoir été guidé dans sa direction par des traînées de tissu cellulaire faisant communiquer l'extérieur avec l'intérieur de l'orbite; tantôt il semble suivre les cordons nerveux qui l'avoisinent. C'est ainsi que j'ai vu un abcès intra-orbitaire se faire jour au dehors à la partie interne de la région frontale suivant la direction de la branche interne du nerf sus-orbitaire.

4° Il peut s'ouvrir dans une cavité voisine. On comprend, en effet, qu'après un certain temps, la matière purulente puisse altérer les os qui l'environnent, soit le plancher de l'orbite, et se faire jour dans le sinus maxillaire; soit la voûte de l'orbite et atteindre le cerveau; ou encore sa paroi interne et arriver dans la fosse nasale. Enfin le pus, sans produire tous ces désordres, peut également enflammer, ulcérer le sac lacrymal, pénétrer à son intérieur, et arriver encore par cette voie dans la fosse nasale. Mais il est une terminaison bien plus sérieuse que celle-ci, et qui par malheur est de beaucoup la plus fréquente : c'est l'entrée de la matière purulente dans le crâne par la fente sphénoïdale. Soit que l'on admette le reflux direct du pus, soit que l'on explique le phénomène par la simple propagation de l'inflammation du tissu cellulaire avant que la suppuration soit établie, toujours est-il que les méninges s'enflamment, du pus se forme à la base du crâne; et que le cerveau prenne ou non sa part dans cette complication, la maladie n'eu est pas moins toujours mortelle. Sur un sujet qui a succombé dans ces circonstances, j'ai trouvé l'arachnoïde recouverte de pus et de fausses membranes dans presque toute l'étendue de la base du crâne.

Le pronostic est toujours grave; car, dans les cas les plus heureux, et lorsque l'œil rentre peu à peu à sa position normale, par le fait de la résolution de l'inflammation ou de l'évacuation du pus, il est possible que toutes les parties de l'œil ne reprennent pas leurs fonctions ordinaires. Ainsi, l'iris peut rester immobile, la rétine moins sensible à l'action de la lumière ou même tout à fait paralysée.

TRAITEMENT.

Il faudra toujours essayer de faire avorter l'inflammation, ou au moins tâcher d'éviter sa terminaison par suppuration; car ici, plus qu'ailleurs peut-être, les désordres que la suppuration entraîne sont toujours plus ou moins sérieux. On pratiquera d'abord une ou plusieurs saignées générales, selon la constitution du sujet; il faudra aussi ne pas craindre d'avoir recours, pendant les premiers jours, à des saignées locales aux environs de l'orbite. (Sangsues, ventouses scarifiées.) On se trouvera bien également de tenir constamment appliquées, sur les parties malades, des compresses d'eau froide fréquemment renouvelées. Enfin, et ce dernier moyen est pour le moins aussi efficace tout en étant beaucoup plus simple : on pourra tenir constamment sur l'œil une vessie remplie de glaces. Dans les premiers temps, on devra administrer au malade, de deux jours l'un, un purgatif assez énergique. On peut encore, en même temps que

l'on emploie les réfrigérans, ou lorsqu'on les a cessés, faire usage de l'onguent napolitain en frictions autour de l'orbite, à la dose d'un gramme matin et soir.

Ce ne serait que plus tard qu'il faudrait avoir recours aux vésicatoires aux environs de l'œil, s'il y avait lieu. On a également conseillé le calomel porté jusqu'à salivation. Lorsque l'on n'a pu éviter la suppuration, il faut au moins chercher à évacuer le pus le plus tôt possible. L'incision à pratiquer n'a pas de lieu d'élection autre que le point le plus culminant de la tumeur qu'il forme à l'extérieur; seulement, l'ouverture devra être plutôt grande que petite, si les parties s'y prêtent, afin que l'abcès puisse se vider assez rapidement. De plus, si l'on avait lieu de supposer, par la durée de la maladie, la persistance des mêmes accidens, le changement survenu dans le caractère des douleurs, que du pus s'est formé derrière l'œil, quoiqu'il n'en paraisse rien à l'extérieur, il nous paraît indiqué de pratiquer une incision, laquelle donnera issue à la suppuration, si elle est formée; et, dans le cas contraire, pourra alléger les douleurs du malade en diminuant l'espèce de tension ou d'étranglement dont ces parties sont très probablement le siége. Cette petite opération n'a d'ailleurs aucune sorte de gravité; elle peut être pratiquée, par simple ponction et à l'aide d'une lancette, sur les côtés externe ou interne de l'œil, en ayant soin d'engager le malade à regarder du côté opposé à celui sur lequel on agit, et en dirigeant la pointe de l'instrument de manière à ce qu'il soit toujours assez éloigné de la circonférence du globe oculaire, pour ne pas s'exposer à l'atteindre. Enfin, si l'on voulait prendre encore plus de précaution pour éviter un accident qui pourrait être fort grave, on procéderait comme dans l'opération du strabisme : la muqueuse, soulevée par deux petites érignes, serait incisée avec des ciseaux, et il serait ensuite aisé, par cette ouverture et à l'aide d'un instrument mousse, d'arriver jusqu'au foyer purulent; on pourrait encore augmenter le débridement en introduisant dans la plaie un bistouri boutonné. Dans tous les cas, une fois l'incision faite, il faut la maintenir béante pendant les premières vingt quatre heures, à l'aide d'une mèche de charpie introduite dans son trajet, ou un petit bout de sonde ordinaire.

Les complications qui peuvent survenir pendant l'existence d'un abcès de l'orbite, le décollement de la peau, les abcès isolés des paupières, etc., n'offrent rien de particulier à noter ici, et elles doivent être traitées comme elles le seraient dans toutes autres circonstances; seulement je dirai qu'il faut agir avec une certaine prudence, toutes les fois qu'il s'agira d'un abcès de l'orbite tendant à se faire jour au niveau de l'une ou de l'autre paupière, et ne pas oublier que l'épaisseur des tissus peut être moins considérable qu'on pourrait le supposer, et songer surtout que l'œil est placé derrière eux. On devra donc pratiquer l'incision couche par couche, et en se rapprochant le plus possible de la base des replis palpébraux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS (1).

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1845 se composent des mémoires originaux suivans : 1° *Discours préliminaire;* par M. Cayol. 2° *Mémoire à consulter sur un cas d'hémoptisie;* par M. R., et *Consultation en réponse à ce mémoire;* par M. Cayol. 3° *Quelques réflexions sur les fièvres typhoïdes observées à l'Hôtel-Dieu (annexe), de janvier en septembre 1844;* par M. Sandras, et *Note sur ce travail;* par M. Cayol. 4° *Développement du manifeste de l'hippocratisme moderne;* par M. Cayol. 5° *Mémoire à consulter sur une affection chronique du bas-ventre, avec diathèse scrofuleuse;* par M. Peyron; et *Consultation en réponse à ce mémoire;* par M. Gayol. 6° *Mémoire sur le diagnostic des anévrismes des grosses artères;* par M. Gendrin. (Suite.) 7° *Mémoire à consulter sur un cas de monomanie avec hallucinations;* par M. Cayol, et *Consultation en réponse à ce mémoire;* par MM. Esquirol, Royer-Collard et Cayol. 8° *Observation, suivie de discussion à la Société de médecine de Paris, sur une maladie organique du foie avec diverses complications;* par M. Prus. 9° *Tumeur fibreuse interstitielle de l'utérus; extirpation; autopsie;* par M. Boyer, et *Note* de M. Cayol.

CONSULTATION SUR UN CAS D'HÉMOPTYSIE; par M. CAYOL.

Bien que nous lisions toujours avec fruit, dans la REVUE MÉDICALE, les consultations dont son rédacteur en chef l'enrichit fréquemment, on conçoit cependant que la nature de nos revues ne nous permette pas d'entrer dans l'examen des faits particuliers sur lesquels M. Cayol exerce sa sagacité de praticien. Mais ces faits amènent parfois la discussion sur des questions générales de diagnostic, de pronostic, de traitement, etc., qui rentrent dans le cercle de notre critique habituelle. A ce titre, nous ferons quelques remarques à l'occasion de l'une des trois consultations de M. Cayol. Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, affecté d'hémoptysie, dont la première atteinte remonte à l'âge de 15 ans. Après trois années d'une santé parfaite, le crachement de sang a reparu plusieurs fois depuis l'année dernière, à des intervalles de plus en plus courts et avec une intensité toujours croissante, bien que la quantité de sang expectoré n'ait jamais été très considérable. Au mois d'octobre 1844, pour la première fois, l'hémoptysie a été accompagnée de fièvre pendant plusieurs jours : faiblesse, amaigrissement considérable; pouls petit et un peu fréquent; sonorité peut-être un peu obscure vers le tiers supérieur du poumon droit; à ce niveau, râle muqueux à grosses bulles; partout ailleurs, respiration normale.

M. Cayol éloigne d'abord l'idée d'une *apoplexie pulmonaire* proprement dite, et il n'admet qu'une simple exhalation sanguine à la surface des canaux aériens. Or, s'il est vrai qu'une semblable exhalation donne lieu à du râle muqueux à grosses bulles, comme celui qui existait chez ce malade, il n'est pas moins certain que souvent aussi c'est là le seul signe stéthoscopique de l'apoplexie pulmonaire. Cette dernière lésion amène, il est vrai, quand elle est un peu étendue, une absence du bruit respiratoire sur un point du thorax; mais si elle est très circonscrite, si, comme il arrive d'ordinaire, les bronches sont en même temps engorgées de mucosités sanguinolentes, le râle à grosses bulles produit par ces mucosités se fait souvent entendre assez fort et assez loin pour empêcher de constater une absence de murmure vésiculaire dans un espace circonscrit. La matité paraît avoir été moins prononcée qu'elle ne l'est en général dans l'apoplexie pulmonaire; mais cette considération n'a aucune valeur en admettant que la lésion était située à quelque profondeur; et rien, dans l'observation, ne contredit cette supposition.

Nous ne serions peut-être pas aussi rassurés que M. Cayol sur le sort du jeune malade dont il s'agit; nous avons vu trop souvent la phthisie pulmonaire éclater, pour ainsi dire, chez des sujets qui, dans les intervalles de leurs hémoptysies, avaient paru recouvrer la plénitude de leur santé, pour penser, avec le savant praticien, que, dans l'adolescence, la présence de tubercules miliaires disséminés, non perceptibles par les signes physiques, *se trahit ordinairement par des phénomènes vitaux*. Mais il est un point sur lequel nous sommes parfaitement d'accord avec M. Cayol: c'est que, sous l'influence d'un bon régime hygiénique et d'un traitement convenable, les tubercules encore peu avancés s'en vont comme ils étaient venus, sans qu'on sache pourquoi ni comment. M. Cayol raconte, qu'à l'âge de 20 ans, il eut des crachements de sang qui se répétèrent pendant plusieurs années, avec toux, douleurs de poitrine, amaigrissement effrayant, sueurs nocturnes, etc. « L'auscultation, ajoute-t-il, n'était pas encore inventée à cette époque; mais tous les signes rationnels de la phthisie tuberculeuse étaient réunis.... Bayle et Laënnec me regardaient comme phthisique. Que sont devenus ces tubercules si parfaitement diagnostiqués? Je l'ignore. Toujours est-il que, depuis plus de trente ans que la maladie est terminée, je n'ai plus eu le plus léger symptôme d'affection ni même de délicatesse de poitrine. » Nous ajouterons que, depuis que l'*auscultation est inventée*, nous avons vu revenir à une santé parfaite plus d'un sujet hémoptysique offrant une obscurité habituelle du son sous la région claviculaire, et condamné comme phthisique par des maîtres en percussion et auscultation.

OBSERVATION SUR UNE MALADIE ORGANIQUE DU FOIE; par M. PRUS.

OBS.—Une femme, âgée de 63 ans, d'une bonne constitution, est entrée dans le service de M. Prus le 4 novembre 1843. Cette femme, qui était cuisinière, a toujours joui d'une excellente santé jusqu'au mois de juillet précédent. A cette époque, et à la suite d'une course trop longue, elle s'aperçut d'un commencement d'ictère; en même temps, ses fonctions digestives cessèrent de s'exécuter régulièrement : teinte ictérique générale, langue humide, recouverte d'un enduit jaunâtre. La région de l'estomac n'est pas douloureuse; celle du foie, quoique rénitente, peut être facilement déprimée; quand on exerce une pression un peu forte sur la région de la vésicule, on perçoit une résistance assez grande; ven-

(1) L'abondance des matières nous oblige à renvoyer à la prochaine revue l'analyse des RECHERCHES ANATOMIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR LES AMAS DE CHARBON PRODUITS PENDANT LA VIE DANS LES ORGANES RESPIRATOIRES DE L'HOMME; par M. Nathalis Millot.

tre souple ; digestion assez bonne actuellement ; selles consistantes et d'un *gris cendré*. Urines rares, foncées, huileuses, évidemment mélangées de bile. Pouls serré, un peu fréquent ; peau sèche, sans augmentation de température.

Malgré l'emploi des boissons alcalines, de l'huile de ricin mélangée avec l'éther sulfurique et d'un assez grand nombre d'autres remèdes, l'état de la malade ne subit aucun changement notable pendant plusieurs mois. Même intensité de l'ictère ; même couleur gris-cendré des selles ; même aspect bilieux des urines.

Le 25 décembre, ballonnement du ventre ; on constate un peu d'épanchement péritonéal.

Les jours suivans, frisson, fièvre ; signes de pneumonie dans le lobe inférieur droit. Emploi de la saignée, du tartre stibié ; aggravation des symptômes.

Mort le 1er janvier 1844.

Autopsie, 24 heures après la mort. Un litre de sérosité jaunâtre dans la cavité abdominale, sans traces de péritonite. En pressant le canal hépatique, la vésicule du fiel et le canal cholédoque, on ne parvient pas à faire couler dans le duodénum la plus petite quantité de bile ni d'aucun autre liquide. Le calibre du canal cholédoque est tellement réduit qu'il reçoit à peine l'extrémité d'un stylet. On ne découvre pas le moindre pertuis à la jonction des canaux hépatique et cystique. Une tumeur de la grosseur d'une aveline et de nature évidemment squirrheuse ferme toute communication entre les trois canaux. La muqueuse est détruite dans l'endroit correspondant à la tumeur, qui est formée par l'induration de la couche cellulaire sous-muqueuse. La vésicule est remplie par une substance demi-liquide, d'aspect gélatineux et de couleur verdâtre.

Le canal hépatique peut aisément admettre le petit doigt ; il se termine en cul-de-sac sur la tumeur décrite plus haut. Ses principales branches, également très dilatées, peuvent être facilement suivies jusqu'à la périphérie du foie. Tous les conduits sont remplis d'un liquide blanc, transparent, insipide, légèrement visqueux, n'offrant aucun des caractères de la bile.

Le foie, d'un volume normal, offre partout une coloration verdâtre. Sa substance est composée de granulations plutôt vertes que jaunes, d'où s'échappe un sang noir.

Coloration jaune de tous les viscères, qui sont sains du reste, à l'exception d'une hépatisation du lobe inférieur du poumon droit.

M. Prus accompagne cette observation de deux remarques. La première, c'est que, du moment où le passage de la bile dans l'intestin est devenu impossible, le foie a *semblé renoncer* à son travail de sécrétion habituel. La seconde, c'est que, conformément à l'opinion de beaucoup d'auteurs, les élémens de la bile n'étant plus séparés du sang par le foie ont paru passer dans les urines.

En effet, c'est une coïncidence remarquable que celle d'une absence de bile (au moins de ses principaux élémens) dans l'appareil hépatique, avec un obstacle apporté à l'écoulement de ce liquide. Le premier effet de cet obstacle a dû être de gorger de bile tous les canaux hépatiques, et cependant on les trouve remplis d'un liquide blanc, transparent, insipide, et la glande elle-même est verdâtre, ne donne que du sang noir à la pression, et n'est même pas augmentée de volume. Si donc on s'explique l'origine de l'ictère par l'absorption des élémens de la bile et leur passage dans le torrent circulatoire, il faut une autre explication pour faire comprendre sa continuation au même degré jusqu'à la mort du sujet. Voici ce que l'état actuel de la science permet de penser à cet égard. La bile, retenue dans les canaux hépatiques et les ayant gorgés autant que possible, donne au sang ses principaux élémens et surtout sa matière colorante, et subit la même transformation qu'elle éprouve parfois dans la vésicule biliaire quand le canal cystique est oblitéré ; c'est-à-dire qu'elle devient d'abord verdâtre, puis blanchâtre et même incolore ; puis, aussitôt que les conduits hépatiques ne peuvent plus admettre le produit de la sécrétion, la glande dont ces conduits, à leur origine, forment en partie la trame, se trouve réduite à l'impuissance, et, dès lors, le sang chargé d'élémens bilieux les répand dans d'autres parties de l'économie. C'est en effet l'opinion à laquelle a conduit, en résumé, la discussion dont ce fait a été l'objet au sein de la Société de médecine.

TUMEUR FIBREUSE INTERSTITIELLE DE L'UTÉRUS ; EXTIRPATION ; AUTOPSIE ; par M. L. BOYER.

Cette observation offre une grande importance au point de vue clinique. Elle est un exemple de plus de la possibilité d'enlever certaines tumeurs qu'avant ces derniers temps on croyait en général inaccessibles aux efforts les plus audacieux de l'art. Elle se place donc tout naturellement à côté des beaux faits publiés par M. Amussat, malgré toute la différence des résultats. Sous ce rapport même, on peut la considérer comme non moins importante, puisqu'elle fournit à ces cas de guérison le complément précieux des données d'anatomie pathologique.

Obs. — Mlle J. B., âgée de 47 ans, n'ayant jamais eu d'enfans, toujours bien réglée, avait vu depuis dix ans environ s'établir des métrorrhagies qui finirent par amener un état anémique grave ; joues et lèvres pâles et exsangues, visage profondément ridé, cœur battant avec violence, pouls précipité, bruit de souffle très fort dans les carotides et l'inominée, oppression, forces anéanties, appétit nul. M. L. Boyer, examinant les organes génitaux, trouva le vagin étroit et sensible, l'utérus augmenté de volume. Le col offrait à peu près la forme de la petite extrémité d'un œuf et se continuait avec le corps plus volumineux que lui. Par le palper abdominal, on sentait bien que l'utérus en totalité était refoulé en bas, mais la main ne parvenait pas à sentir le corps de l'utérus encore contenu dans le petit bassin. L'ouverture du col était arrondie, petite, située un peu en arrière et à gauche de son extrémité inférieure. La pulpe du doigt ne pouvait y pénétrer. Une sonde droite y entra à la profondeur d'un centimètre ; mais au lieu de trouver la cavité libre, elle buta contre un corps dur qui l'arrêta. On conclut de cet examen que l'utérus contenait une tumeur anormale. Mais pour connaître plus exactement sa nature et ses rapports, il fallait dilater le col. Pour cela, on introduisit plusieurs fois par jour dans cet orifice une pince à anneaux dont on cherchait ensuite à écarter les branches. On essayait aussi de forcer le passage du doigt. Enfin, plus tard, l'emploi de l'éponge préparée vint aider et accroître l'effet obtenu par ces premières tentatives.

Pouvant alors examiner plus fructueusement le siége du mal, M. L. Boyer reconnut une tumeur développée sur le côté droit de l'utérus. De ce côté, le doigt glissait sur une surface ronde volumineuse ; mais il ne pouvait la contourner en totalité ; et, arrivé à un certain point de sa circonférence, il était obligé de passer au devant d'elle. Cette particularité démontra que la tumeur était interstitielle et non pédiculée et qu'elle adhérait au corps de l'utérus par une large surface.

En renouvelant ces explorations, M. Boyer sentit un jour qu'il se fit tout à coup une éraillure de la coque d'enveloppe, dans le point où celle-ci se réfléchissait de l'utérus sur l'extrémité inférieure de la tumeur. Par là le doigt put pénétrer entre la paroi droite de l'utérus et la face correspondante de la tumeur ; cette face parut lisse et unie. Il chercha alors à achever l'énucléation de son extrémité inférieure ; les tissus se laissèrent en effet facilement écarter par le doigt. Il continua dans une seconde séance cette dissection et l'exécuta dans toute la hauteur où il lui fut possible d'atteindre, les limites de cette hauteur n'étant point dues à la résistance des tissus, mais seulement à l'impossibilité de porter le doigt plus profondément.

Toutes choses paraissant alors favorablement disposées pour le succès d'une opération, on se décida après une consultation à tenter l'extirpation.

Le 19 octobre 1843, la malade étant couchée sur une commode garnie d'un matelas, on mit à l'aide du spéculum le col à découvert. Avec un bistouri à lame étroite et à extrémité mousse, on débrida légèrement le col de chaque côté ; puis en pressant du doigt sur chacune de ces incisions, on agrandit encore l'ouverture. Après avoir cherché à porter aussi loin que possible l'énucléation facilitée par cette manœuvre préalable, on saisit avec une pince de Museux la tumeur par sa face énucléée, et on exerça sur elle quelques tractions. Mais le col de l'utérus résistant encore de manière à empêcher la tumeur de s'y engager, on dut encore pratiquer sur plusieurs points de son pourtour quelques débridemens. On chercha alors à faire exécuter à la tumeur un mouvement de rotation vertical sur elle-même qui, en abaissant successivement chacune des parties de sa face externe, permît au doigt d'atteindre des parties de plus en plus profondes et de compléter ainsi son énucléation. On y réussit en implantant des pinces de Museux les unes après les autres et tirant, au fur et à mesure de la prise, sur chacune d'elles. Cependant la tumeur résistait toujours aux tractions, quoique ces tentatives d'énucléation eussent été ainsi renouvelées sur toutes ses faces.

L'opération se prolongeant et la malade perdant du sang, on fit des injections réitérées d'eau froide. On débrida de nouveau le col ; mais en faisant derechef des essais de traction, on s'aperçut que le corps de l'utérus en totalité s'approchait de la vulve sans que la tumeur s'engageât davantage dans le col. On renonça en conséquence aux tractions directes, et on essaya d'imprimer à la tumeur un mouvement de rotation sur son axe vertical. Après plusieurs mouvemens de ce genre, l'énucléation fut complète. Trois pinces implantées dans la tumeur l'attirèrent en bas en lui imprimant une rotation verticale, pendant qu'un des assistans, pour lui frayer passage, faisait avec le doigt introduit dans le col un effort comme pour déchirer celui-ci. Enfin sous ces efforts combinés la tumeur s'engagea et fut extraite en totalité. Son poids total était de 102 gram. L'opération avait duré près de deux heures.

La tumeur était de nature fibreuse ; son tissu dense, serré, d'un blanc mat, sans aucune nuance mélangée, homogène dans toutes ses parties, sans aucune apparence de vaisseaux, criait fortement sous le scalpel.

(Nous nous bornerons à dire quant aux suites de l'opération et au résultat de l'autopsie, que la malade dont l'état avait été très satisfaisant pendant deux jours tomba tout à coup dans un affaissement précédé d'un frisson violent, auquel elle succomba le 24 octobre. D'après les détails de l'autopsie et surtout en s'en rapportant à l'interprétation qu'en donne M. Boyer, on serait porté à conclure qu'il n'y eut pas de péritonite, mais que la mort fut causée par l'anémie, tous les vaisseaux sur le cadavre ayant été trouvés vides de sang.)

La surface des incisions pratiquées au col ne contenait pas de pus. L'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus est de 7 millim. Le tissu en est pâle, et ne laisse suinter ni sang ni pus. La cavité se présente large, à peine tapissée d'une couche ecchymosée peu épaisse ; elle ne contient ni sanie liquide ni suppuration. Elle se trouve vers son fond et dans l'étendue du tiers de la longueur à peu près, divisée en deux parties par une cloison verticale mince, déchirée inférieurement, qui représente le reste de la portion de tissu utérin qui tapissait la tumeur du côté de la cavité normale de l'organe. Une sonde introduite dans le col pénètre indifféremment à droite dans la large cavité qui contenait la tumeur elle-même ou à gauche dans la cavité normale de l'utérus ; celle-ci est allongée suivant le diamètre longitudinal de l'organe ; elle est aussi considérablement élargie, mais il n'est pas possible de mesurer exactement toutes ses dimensions, sa paroi droite manquant en grande partie. Sa longueur, de l'extrémité du col à son

fond, est de 99 millim. La surface en est lisse et unie ; sa paroi latérale gauche, formée par l'épaisseur entière de la paroi utérine normale, a 6 millim. d'épaisseur. La cavité droite est large et présente une surface musculaire tomenteuse, dépourvue de muqueuse, ecchymosée, mais elle ne contient pas de pus ; sa paroi latérale droite est épaisse de 10 millim. L'épaisseur de la cloison incomplète qui sépare les deux cavités ne peut être exactement mesurée ; elle présente des inégalités dues aux déchirures et aux tractions qu'elle a subies; mais elle paraît proportionnellement très mince et tout au plus épaisse de 2 millim.

Le fond de la vessie correspond à la face antérieure du vagin dans l'étendue de 10 millim., n'en étant séparée là que par une couche mince de tissu cellulaire. En arrière, le cul-de-sac péritonéal descend non seulement entre le rectum et l'utérus, mais aussi entre le rectum et le vagin, à 15 millim. au-dessous du col.

Par suite de cette disposition pathologique, le bourrelet formé par le col distendu à l'intérieur du vagin (dans un cas semblable à celui qui fait le sujet de cette observation) est, en avant, séparé de la vessie par l'épaisseur seule du vagin et d'une couche mince de tissu cellulaire ; en arrière, l'épaisseur seule du vagin le sépare du cul-de-sac postérieur du péritoine, et sur les côtés il correspond à un large intervalle rempli de tissu cellulaire, qui sépare le feuillet antérieur du ligament large de l'utérus, du feuillet postérieur.

Ces particularités anatomiques sont importantes à connaître en ce qu'elles peuvent servir de règle pour l'étendue des incisions que l'on peut pratiquer sur les différens points de la circonférence du col de l'utérus dans le but de faciliter sa dilatation.

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

ATRÉSIE ACCIDENTELLE PRESQUE COMPLÈTE DE LA VULVE N'AYANT PAS EMPÊCHÉ LA GROSSESSE ; INCISIONS DE LA VULVE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT.

Une femme âgée de 36 ans s'est présentée à l'hospice de la Maternité au septième mois de sa grossesse; ayant une occlusion presque complète du vagin. Il semblait, chez elle, qu'après avoir rafraîchi avec l'instrument tranchant les petites lèvres à leur surface interne, on en eût obtenu la réunion par première intention. A la place de l'ouverture vulvaire, il n'existait qu'un pertuis situé tout à fait à la fourchette et assez étroit pour n'admettre qu'une sonde de femme. Ce pertuis servait à la fois à l'écoulement des urines et à celui des règles. Le méat urinaire n'était pas visible. La difformité que nous venons de décrire était la conséquence d'un accident arrivé à cette femme à l'âge de 10 ans. Étant à cheval sur la rampe d'un escalier, elle se laissa glisser jusqu'au bas, et les parties génitales vinrent heurter avec force contre la pomme métallique qui se trouvait à la fin de la rampe. Il résulta de ce choc une déchirure des parties génitales. Malheureusement le médecin qui la traita alors ne réussit pas dans les précautions qu'il prit pour empêcher la cicatrisation vicieuse.

Ainsi, une première circonstance on ne peut plus remarquable à noter, c'est que, bien que chez cette femme l'introduction du pénis dans le vagin fût absolument impossible, la fécondation a eu lieu (1). Il existe d'ailleurs dans la science d'autres faits de ce genre.

La première question à résoudre chez cette femme était si l'on devait l'opérer de son occlusion du vagin pendant la grossesse, ou si l'on devait attendre l'accouchement. On s'arrêta à ce dernier parti, d'après la considération qu'en agissant autrement on aurait pu produire l'avortement. Lors donc que le travail se fut déclaré et fut convenablement avancé, la tête étant en partie dans l'excavation du bassin, le périnée et l'anus bombant fortement, M. Danyau pratiqua, d'après l'avis de M. Dubois, de chaque côté du pertuis vulvaire, deux petites incisions obliques de 3 lignes de longueur, de bas en haut et en dehors pour éviter l'urètre. L'orifice utérin n'acquit que le diamètre d'un sou. On voyait la tête du fœtus. La dilatation ne faisant aucun progrès, une heure après cette opération, deux incisions pareilles aux précédentes pour la longueur furent pratiquées inférieurement, une de chaque côté vers les ischions. La vulve en reçut un agrandissement considérable mais encore insuffisant. Il fallut étendre ces incisions inférieures jusqu'à leur donner un pouce de longueur ; alors l'accouchement eut lieu.

On s'est efforcé ensuite de faire cicatriser isolément les lèvres des quatre incisions, et l'on y est parvenu. L'ouverture vulvaire, au moment de la sortie de la femme, était assez large pour que la fécondation pût être effectuée dans les conditions normales.

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE REMÉDIER A CERTAINES DIFFORMITÉS DES DENTS SANS EXTRACTION ; par M. LEFOULON.

Rien n'est plus commun que l'obliquité et le chevauchement des dents chez les jeunes sujets. Le moyen vulgaire, celui que les parens et même les dentistes emploient le plus fréquemment pour y remédier, est l'avulsion d'une ou de plusieurs dents : on espère, en faisant ainsi de la place dans les arcades alvéolaires, que les dents mal arrangées et pressées les unes contre les autres reviendront à une position plus régulière. D'autres cherchent à repousser lentement les dents, soit avec des fils, soit au moyen du plan incliné.

Au lieu de diriger les efforts de redressement sur les dents, M. Lefoulon s'est adressé à l'arcade dentaire elle-même. Il a pensé qu'en la sollicitant à s'agrandir on arriverait au but désiré, puisque les dents trouvant ainsi plus d'espace n'éprouveraient aucun obstacle à se ranger les unes à côté des autres. En même temps, il fallait agir sur les dents pour les redresser par un effort direct.

M. Lefoulon obtient ce résultat par un moyen fort simple : une tige d'or recourbée en fer à cheval, et présentant un écartement plus considérable que celui de la mâchoire, est placée dans la cavité buccale de telle façon que ses branches viennent s'appuyer sur les grosses et petites molaires et laisser un espace vide en face des dents que l'on veut redresser ; M. Lefoulon donne à cette tige le nom de *ressort actif*. Ensuite, il passe une anse de fil de soie sur chaque dent déviée, et ce fil de soie vient s'attacher et prendre son point d'appui sur la tige métallique ; c'est le *ressort passif*. Ainsi disposé, on comprend facilement le mode d'action de ce petit appareil. Par son élasticité propre, le ressort tend à écarter, à agrandir l'arc osseux sur lequel les dents sont implantées ; ce ressort *s'éloigne donc de plus en plus de la dent ou des dents déviées* ; mais en même temps le fil de soie qui les retient tend à les ramener de plus en plus vers la direction normale ; de sorte que le double but qu'on se propose est simultanément atteint, lentement il est vrai, mais sans violence, sans perturbation, et avec tous les ménagemens possibles. L'idée-mère de cet appareil peut donc être formulée ainsi : agir excentriquement sur l'élément osseux de la mâchoire, concentriquement sur les dents elles-mêmes.

Voilà la théorie. L'application est-elle venue la confirmer et lui donner une sanction positive ? Plusieurs observations rapportées par M. Lefoulon paraissent concluantes à cet égard. Une jeune chanteuse anglaise portait une obliquité antérieure très prononcée et fort choquante des dents incisives et canines de la mâchoire supérieure. Trois dentistes de Paris avaient voulu lui arracher toutes les dents de cette mâchoire pour les remplacer par un dentier artificiel. La difformité était d'autant plus désagréable pour cette personne que c'était surtout pendant l'action de chanter qu'elle devenait apparente. Après six mois du traitement de M. Lefoulon, le succès était complet, les dents étaient revenues à leur position normale sans qu'aucune d'elles eût dû être sacrifiée. La voûte palatine, mesurée exactement avant et après le traitement, avait très sensiblement gagné en largeur.

Chez un autre malade, plus difforme encore, âgé de 12 ans, l'étendue transversale de la voûte palatine était de 3 centimètres 7 millimètres. Après la guérison, obtenue par l'application du ressort de M. Lefoulon pendant près de quatorze mois, l'étendue transversale de la voûte était arrivée à 4 centimètres 9 millimètres.

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros de janvier, février et mars 1845 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *De l'action du sulfate de quinine sur la rate* ; par M. Piorry. 2° *Réponse à l'article de M. Piorry* ; par M. Gouraud. 3° *Plaie pénétrante de l'articulation du coude ; guérison* ; par M. Blandin. 4° *Amputation partielle du pied* ; par le même. 5° *De l'équipage*

(1) Une autre remarque nous est inspirée par cette observation. Voici encore un cas où l'oblitération de la vulve, quoique provoquée par une lésion très violente et très étendue, n'a *été que partielle*. Tout ici favorisait une occlusion complète bien plus que dans les cas où elle est artificiellement sollicitée par le médecin pour remédier aux fistules vésico-vaginales ; car, vu l'âge de la malade, ni urine, ni règles, ni mucosités ne coulaient alors par là. Preuve nouvelle de la difficulté de fermer complètement le vagin, et du désavantage avec lequel on lutte, dans de pareils essais, contre cette sorte d'*horreur* qu'a la nature de voir oblitérer des canaux qu'elle a créés pour demeurer ouverts. Peut-être, à force de se multiplier, ces exemples finiront-ils par convaincre qu'autre chose est de boucher le vagin aux 3/4, aux 4/5, aux 5/6, autre chose d'espérer l'occlure complètement. (NOTE DU RÉD.)

d'un vaisseau; par M. Guépratte. 6° *Rectocèle vaginal, crises nerveuses, aliénation mentale, suicide*; par M. Nolé. (Ce cas ne présente aucune particularité importante. Aucun traitement n'a été fait contre le rectocèle, et les parties n'ont point été examinées sur le cadavre.) 7° *Coup d'œil sur la scolastique médicale*; par M. Pidoux. 8° *Traitement des brûlures par le liniment oléo-calcaire associé au coton cardé*; par M. Payan. (Nous avons déjà fait connaître, d'après M. Payan lui-même, les bons effets de cette thérapeutique.) 9° *Du chirurgien de marine*; par M. Guépratte. 10° *Clinique chirurgicale de M. Roux.* 11° *Etudes cliniques sur les maladies de la cornée*; par M. Tavignot. (Premier article.) 12° *Observations de tétanos; réflexions sur la nature et le traitement de cette maladie*; par M. Bourbousson. 13° *Sondes et bougies à conducteurs*; par M. Guillon. (Réclamations de priorité.)

DE L'ACTION DU SULFATE DE QUININE SUR LA RATE; par M. PIORRY. Note de M. GOURAUD.

Dans un travail récent, M. Gouraud avait émis comme résultat d'expériences répétées, une opinion qui renversait toutes les assertions de M. Piorry touchant la diminution instantanée du volume de la rate, sous l'influence du sulfate de quinine. Suivant lui, le décubitus sur le côté droit et l'ingestion du liquide qui sert de véhicule au sel fébrifuge sont deux causes qui concourent mécaniquement à la diminution de la matité splénique; la première en faisant remonter vers l'hypocondre gauche les intestins plus ou moins remplis de gaz; la seconde, soit en déplaçant les gaz de l'estomac et les refoulant vers la partie supérieure de la moitié cardiaque, soit en développant de toute pièce par l'action chimique de l'acide sulfurique qui sert à dissoudre le sulfate de quinine. M. Piorry a fait de nouvelles expériences; après avoir fait coucher les malades sur le côté droit, il a trouvé qu'au bout de quelques minutes la matité splénique avait diminué d'intensité, mais non d'étendue ni de forme. Il a fait boire de l'eau pure et de l'eau aiguisée d'acide sulfurique, et le résultat de la percussion est resté le même. Enfin, au bout d'un quart d'heure, il a administré le sulfate de quinine (terme moyen: 1 gramme), et la matité a diminué au bout de 40 on 50 *secondes*.

Dans une note, M. Gouraud ne se déclare pas convaincu par ces nouvelles expériences de M. Piorry, que les siennes contredisent. Il craint que M. Piorry ne percute *trop bien*; il craint que les aides qui soutenaient la rate sous le rebord costal ne l'aient fait voyager d'un côté ou de l'autre, et il se réfugie dans ce vieux et toujours jeune aphorisme: *experientia fallax!*

VASTE PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ARTICULATION HUMÉRO-CUBITALE; GUÉRISON; par M. BLANDIN.

Ce fait, intéressant en lui-même par son heureux résultat, a encore l'avantage de confirmer un précepte important de la thérapeutique des plaies articulaires. On comprendra mieux ces conséquences après avoir lu les détails de l'observation.

OBS. — Un homme âgé de 22 ans fut apporté le 2 octobre matin à l'Hôtel-Dieu. Dans un état d'ivresse, il venait de donner du coude droit dans un carreau de vitre. On constata une large dilacération de la partie. Un lambeau ovalaire de 6 à 7 centimètres à base inférieure limitée par l'épitrokiée et l'épicondyle pend sur le tiers supérieur de l'avant-bras. Dans son épaisseur, il comprend le tendon du triceps qui est déchiré, mâché; la capsule synoviale, qui remonte généralement deux travers de doigt au dessus de la cavité olécrânienne de l'humérus, est manifestement ouverte; le doigt y pénètre librement et reconnaît sous sa pulpe les cartilages diarthrodiaux. Une hémorrhagie abondante avait eu lieu au moment de l'accident.

M. Blandin, après avoir débarrassé la plaie des caillots et y avoir constaté l'absence de fragmens de verre, releva le lambeau et le maintint en rapport par six points de suture séparés; bandage roulé contentif; membre maintenu fléchi dans une gouttière; irrigation continue d'eau tiède sur la plaie.

Le soir, il se manifeste déjà de la chaleur, de la rougeur; la douleur locale est vive; la nuit se passe sans sommeil.

Le 3, inquiétude, agitation, *facies* animé, peau brûlante, pouls large et fréquent, soif; au coude, la tension est extrême, le lambeau est bridé transversalement à deux hauteurs éloignées l'une de l'autre d'un centimètre environ; ces deux brides répondent aux fils. Elancemens au centre de la jointure. (Irrigations continuées; eau de Sedlitz.)

Le 4, après une nuit un peu moins mauvaise, on observe encore de l'agitation, de la fièvre; de plus, une céphalalgie sus-orbitaire violente et de la gêne dans les mouvemens respiratoires. Le gonflement local a fait quelques progrès.

Le 5, dans sa distension, le lambeau s'est déchiré, se débarrassant des liens qui l'étranglaient. L'état général est plus satisfaisant. Le malade témoigne plus de confiance; la fièvre et la céphalalgie sont moindres. M. Blandin soutient les parties molles par un tour de bande, sans rien changer au traitement.

Le 6, la nuit a été bonne, langue normale, soif naturelle.

Ce mieux se soutient et augmente les jours suivans. Le gonflement du lambeau avait cessé.

Le 17, la cicatrisation était en bonne voie. Bref, la guérison est assurée, quoique, probablement, elle doive s'acheter au prix de l'ankylose du coude.

Ce fait prouve évidemment que, dans des circonstances semblables, on doit s'abstenir des points de suture. Le soulagement subit qui a suivi leur rupture spontanée est la meilleure démonstration qu'on puisse invoquer en faveur de cette règle. Mais d'autres considérations analogiques la confirmeraient au besoin. On sait que les plaies articulaires largement ouvertes sont moins graves, moins souvent accompagnées d'accidens sérieux que les solutions de continuité étroites. Pourquoi cette différence? Sans nul doute, parce que les aponévroses, les tissus fibreux étant largement divisés dans les premières, tout étranglement y est prévenu. Sachons donc profiter de cet enseignement, et prenons garde, par l'usage des fils, de refuser à l'inflammation l'expansion facile qu'elle réclame pour rester dans de justes limites d'intensité!

OBSERVATIONS DE TÉTANOS; par M. BOURBOUSSON.

Cùm modus quo, per voluntatem, motum excitamus, nos lateat, sed tantùm observemus effectum; etiam poterit æquè latere mutatio illa sensorii communis per quam convulsio nascitur. Ces simples paroles de Van-Swieten, tout en témoignant de notre ignorance sur la nature intime des convulsions, en disent plus cependant sur ce point que le gros bagage de faits anatomiques qu'on a rassemblés pour rattacher les convulsions en général et le tétanos en particulier à l'inflammation. Ces paroles ont au moins l'avantage de placer la question sur son véritable terrain et d'indiquer clairement la difficulté, en montrant qu'entre la cause occasionnelle (une émotion morale, par exemple) et les convulsions, il peut n'y avoir aucun intermédiaire actuellement appréciable à notre investigation. Elles ne nient pas cet intermédiaire; elles disent seulement que nous ne le connaissons pas. La doctrine anatomique, au contraire, que fait-elle? Elle suppose toujours, et dans tous les cas, une irritation, une inflammation du cerveau ou de la moelle, je ne sais quoi de vague et d'obscur que l'observation anatomique elle-même dément à chaque instant; et ainsi le praticien, peu soucieux des causes occasionelles, puisqu'il connaît, à son sens, la cause immédiate, dresse toute sa thérapeutique contre cette cause imaginaire, saigne, ventouse, applique des sangsues et néglige souvent tel moyen qui arrêterait la maladie à sa source. Il est bien entendu que nous ne refusons pas au travail organique qu'on appelle l'inflammation la puissance de faire naître des convulsions; nous nions seulement que ce soit là une explication générale, ni même en aucun cas une explication suffisante de l'état convulsif.

M. Bourbousson rapporte 7 observations de tétanos, au sujet desquelles il fait une profession de foi analogue à la nôtre, mais qui sont destinées surtout à montrer le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques les plus vantés contre cette redoutable affection. Dans quatre cas, le tétanos était traumatique; une fois il était consécutif à des escarres produites par l'application des fleurs du *ranunculus acris*; une autre fois à un gonflement périodique de l'articulation tibio-tarsienne droite; une fois enfin à une fièvre intermittente. Dans tous les cas, malgré l'emploi de l'opium à haute dose, de l'acide prussique, des saignées, des sangsues, des vésicatoires, etc., les terminaisons ont été fatales. Ce n'est pas, nous l'avouons, un résultat encourageant; mais peut-être est-ce à tort que l'auteur prend occasion de ces faits pour jeter un discrédit général sur presque toute la thérapeutique passée et présente du tétanos. Sept cas malheureux permettent-ils de formuler une opinion aussi absolue?

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 JUIN.

Cette séance a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PELLAGRE.

M. Théophile Roussel adresse la lettre suivante :

L'attention de l'Académie vient d'être ramenée sur une question nouvelle pour la plupart des médecins français et des corps savans de notre pays ; je parle de la pellagre et de son existence en France.

Les remercîmens que l'Académie a votés dans la séance dernière aux médecins qui ont donné l'éveil sur ce sujet ; l'invitation qu'elle leur a adressée de lui communiquer leurs observations ultérieures m'imposaient le devoir de prendre la parole.

Il y a trois ans, au retour d'un voyage en Italie, j'ai eu occasion de reconnaître et de signaler le premier fait de pellagre observé à Paris. Ce fait, publié dans le numéro de juillet 1842 de la Revue médicale, a précédé d'un an les observations de MM. Gibert et Devergie ; je regrette qu'il n'ait pas été connu de M. le rapporteur.

Depuis trois ans, j'ai poursuivi sans relâche les études sur la pellagre, que j'avais entreprises et que j'annonçais à cette époque, et comme je crois être arrivé aujourd'hui relativement à l'origine, aux causes, au domaine réel de cette maladie, à des résultats importans, dont plusieurs sont nouveaux et dont la plupart sont très peu connus en France, j'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie d'une Thèse sur la pellagre que j'ai soutenue le 17 mai dernier devant la faculté de médecine de Paris, et dans laquelle plusieurs de ces résultats se trouvent indiqués.

J'y joins un exemplaire de l'observation de pellagre que j'ai publiée en 1842, et j'aurai l'honneur prochainement de lui offrir un ouvrage complet sur cette maladie.

En attendant et afin d'entretenir autant qu'il est en moi l'intérêt si légitime que commencent à inspirer des populations malheureuses qui ont paru jusqu'ici abandonnées de la science, je dois annoncer à l'Académie que des témoignages nombreux, des faits presque innombrables m'ont donné la certitude que la pellagre multiplie chaque jour ses victimes, non seulement dans le département de la Gironde et celui des Landes, mais encore dans presque tous nos départemens pyrénéens et en particulier dans ceux de l'Aude et de la Haute-Garonne. Les documens communiqués par M. Roussilhe, chirurgien de l'hôpital de Castelnaudary, ceux que M. Miquel vient de publier et les détails nouveaux que j'ai reçus de M. Calis, médecin distingué de Villefranche, montrent toute la gravité d'un fléau qui a exercé jusqu'ici ses ravages au milieu d'un profond silence, et dont je suis fermement convaincu que les efforts réunis de la médecine et de l'autorité publique peuvent arrêter les progrès.

J'aurai l'honneur de soumettre à l'Académie quelques recherches sur ce point particulier dans une de ses prochaines séances.

M. Brière de Boismont adresse une lettre sur le même sujet, avec envoi de dessins représentant les diverses périodes de l'éruption caractéristique de la pellagre, ainsi que d'une portion de peau de pellagreux.

M. Ferrus demande à dire quelques mots sur ce sujet. J'étais absent, dit-il, à la dernière séance lorsque M. Jolly a lu son intéressant rapport sur la pellagre. J'ai demandé depuis à quelques-uns des membres qui y avaient assisté s'il avait été question dans le rapport d'une complication très fréquente chez les pellagreux, je veux parler de la manie ou mélancolie. J'ai vu un grand nombre de pellagreux à l'hôpital de Milan et j'ai remarqué qu'un certain nombre d'entre eux étaient atteints de manie ou de mélancolie. Les médecins de cet hôpital me dirent à cette occasion que ces complications étaient très fréquentes ; j'appris d'eux aussi que des soins hygiéniques bien dirigés étaient très efficaces pour arrêter les progrès de la maladie. J'ai donc pu constater ainsi l'exactitude de tout ce qu'a avancé à cet égard M. Brière de Boismont. Quant à ce que M. Brière de Boismont a dit relativement à l'anatomie pathologique, je n'ai pu le vérifier par moi-même, mon séjour à Milan n'ayant pas été assez long pour me permettre d'assister à des autopsies ; mais les médecins de cette ville m'ont également affirmé que c'était exact.

M. Dupuy présente à cette occasion quelques considérations sur la pellagre, qui, suivant lui, paraîtrait avoir quelques analogies avec la maladie produite par le seigle ergoté.

COW-POX.

M. Huzard absent écrit de Sénanches pour annoncer à l'Académie qu'il vient de découvrir le cow-pox sur des vaches de cette localité. Une fille de ferme, non vaccinée, qui trayait ces vaches, a été atteinte d'une éruption ayant tous les caractères de la vaccine. La maîtresse de ferme, ainsi que son mari et ses enfans, tous vaccinés, qui se livraient souvent aux mêmes occupations, n'en ont éprouvé aucune atteinte.

Quelques échantillons de ce vaccin ont été envoyés à l'Académie.

M. le président invite M. Bousquet à faire connaître les renseignemens qu'il pourrait avoir sur ce sujet.

M. Bousquet : J'ai reçu effectivement du vaccin envoyé par M. Huzard et j'ai fait avec quelques vaccinations ; mais elles sont trop récentes pour que je puisse me prononcer sur leur caractère. J'en rendrai compte à l'Académie dans la prochaine séance.

ANIMAUX VIVANS RENDUS PAR LES URINES.

MM. Kergaradec et Balestrier communiquent à l'Académie l'observation d'un malade qui a rendu par les urines un grand nombre d'animaux vivans.

L'un des deux auteurs de cette communication étant étranger à l'Académie, le bureau propose de nommer une commission pour examiner ce fait. Il désigne MM. Dumeril, Ségalas et Delens.

— M. Clot-Bey adresse de nouveaux documens sur la peste. (Renvoyés à la commission de la peste.)

INOCULATION DE LA SYPHILIS.

M. Lagneau, à l'occasion du procès-verbal, revient sur le rapport qu'il a lu dans la dernière séance et sur la mesure prise à cet égard par l'Académie. Il ne comprend pas cette mesure lorsque les choses se sont passées comme elles se passent presque toujours ; il insiste pour que le rapport soit discuté et les conclusions mises aux voix.

M. Londe insiste, de son côté, pour que la discussion du rapport soit ajournée jusqu'au rétablissement de M. Martin-Solon.

M. Rochoux : Il faut pour qu'un rapport puisse être discuté qu'il soit signé par trois membres ; il est déjà signé par deux ; si l'Académie le permet, je le signerai ; les choses seront alors régulières et on pourra discuter. (De toutes parts : Non, non, cela ne peut pas se faire ainsi.)

— La proposition de M. Lagneau n'étant pas appuyée, l'Académie passe à l'ordre du jour.

CAPSULES MÉDICAMENTEUSES.

M. Lecanu fait un rapport officiel sur un nouveau procédé de fabrication de capsules médicamenteuses, pour lequel l'auteur demande un brevet d'invention.

Conclusion : il n'y a point lieu de faire droit à la demande. (Adopté.)

NOMINATIONS D'ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

M. Pariset fait un rapport au nom de la commission chargée de présenter à l'Académie une liste de candidats pour le titre d'associés étrangers. La commission est convenue de porter à sept les places à remplir parmi les membres associés étrangers, qui, par suite de plusieurs décès, se trouvent actuellement réduits à onze. Conformément au réglement, qui prescrit de dresser une liste de candidats triple au moins du nombre de places à donner, la commission présente une liste de 21 candidats, classés en 3 catégories par ordre de mérite. Nous n'avons entendu que les noms de la première catégorie. Ce sont : MM. Muller, Brodie, Burdach, Clark (James), Lawrence et Marschal-Hall.

Après une longue discussion sans intérêt sur ce mode de classement, l'Académie décide qu'on renverra le vote des conclusions à la prochaine séance.

RÉSECTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

M. Blandin présente une femme à laquelle il a pratiqué la résection partielle de la mâchoire inférieure ; il a enlevé toute la branche du côté gauche et une partie du corps de la mâchoire, jusque vers le milieu de la commissure des lèvres du côté opposé. Il a été assez heureux pour pouvoir conserver les branches principales du nerf facial et pour conserver ainsi l'intégrité des mouvemens de la face. Mais la particularité la plus remarquable que M. Blandin signale à l'attention de l'Académie, c'est la production spontanée d'une bride fibreuse, qui comble presque toute l'étendue de la mâchoire enlevée et qui semble en réunir les deux fragmens. Cette bride fibreuse a une consistance pareille à celle de la mâchoire des jeunes enfans qui n'ont point encore de dents. Tout fait espérer qu'avec le temps cette production nouvelle acquerra assez de solidité pour suppléer en partie dans ses fonctions la portion de mâchoire enlevée.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires de médecine pratique ; par M. Fulgence Fiévée de Jeumont. — 1845. Paris, chez J.-B. Baillière. Un vol. in-8° de 88 pages.

Les quatre mémoires dont se compose ce petit volume ne sont que le prélude d'une série des mémoires dans lesquels l'auteur se propose d'examiner successivement divers points de médecine pratique. Ils ont pour objet : le premier, *la fièvre typhoïde et son traitement* ; le second, *l'usage de la saignée et de ses équivalens* ; le troisième, *les maladies de l'utérus* ; et le quatrième, *la goutte*. Ces quatre sujets n'ont, comme l'indique assez leur titre, aucune connexion, aucune relation directe ; ce sont autant de points isolés et distincts sur lesquels l'auteur a jeté quelques réflexions que son expérience personnelle lui a suscitées. Nous les examinerons successivement dans l'ordre où nous les trouvons.

M. Fiévée admet dans la fièvre typhoïde trois formes principales correspondant à trois époques de l'année qui paraissent plus favorables à

son développement : la forme humorale ou bilieuse qui se manifeste plus spécialement sous l'influence de l'été; la forme muqueuse, qui correspond à l'automne, et la forme mixte, compliquée d'élémens nerveux, correspondant au printemps. L'auteur n'admet pas d'essentialité dans la fièvre typhoïde, elle n'est pour lui qu'un symptôme, que l'expression d'un phénomène; c'est le signal d'un trouble dont les causes varient, le résultat de la suspension, en tout ou en partie, des lois de la vitalité. La considération des trois formes diverses principales sous lesquelles se présente la fièvre typhoïde est d'une grande importance au point de vue pratique; il en est de même des trois périodes distinctes que parcourt la maladie dans sa marche; la médecine doit chercher à vaincre dans la première, combattre dans la seconde, résister dans la troisième. M. Fiévée ne se guide en thérapeutique d'après aucun système absolu; de même qu'en théorie, il accepte les trois conditions dogmatiques de la médecine, l'humorisme, le solidisme et le vitalisme, en pratique loin de suivre aucune des méthodes exclusives alternativement prônées, il les subordonne toutes aux indications qui ressortent de la forme particulière de la maladie, de ses périodes, des circonstances individuelles et de la prédominance de certains symptômes. C'est ainsi que dans la forme bilieuse ou muqueuse, par exemple, lorsqu'il y a une excitation fébrile considérable, il conseille de joindre au premier ordre de moyens à employer tels que la diète, les boissons acidules, la réfrigération des parties supérieures, les frictions sèches sur la surface du corps, etc., l'usage de saignées modérées et fractionnées coup sur coup, non dans un but antiphlogistique, mais en vue de soustraire à l'hématose une partie de la masse du sang toxique veineux et désormais inassimilable dans les conditions où se trouve l'organisme, et d'éviter en même temps par là ces stases hypérémiques qui compliquent si souvent et d'une manière si grave l'affection typhoïde. Ces déplétions sanguines, qui n'ont en quelque sorte ici qu'une action tutrice et préventive, n'excluent pas l'emploi des purgatifs. Ceux-ci, tout au contraire, répondent à l'indication principale et s'adressent en quelque sorte à la cause essentielle en empêchant le séjour des matières intestinales dans le canal alimentaire et prévenant les causes incessantes de morbificité que la chimie morte peut enfanter. Aussi l'auteur considère-t-il cette médication comme la plus rationnelle dans le traitement de la fièvre typhoïde et particulièrement de la forme dont il s'agit. Les purgatifs qu'il préfère sont les purgatifs salins, qui ont le double avantage d'augmenter la sécrétion muqueuse, sans réagir sur les tissus séreux, sans exciter la circulation, et de modifier la tendance qu'ont les matières à se décomposer et à passer à la putridité.

Pour combattre la sensibilité locale de l'abdomen et enrayer les désordres graves qui s'y forment, M. Fiévée préfère, aux sangsues, les ventouses scarifiées appliquées à plusieurs reprises et suivies, si le mal persiste, d'un vésicatoire volant, les sangsues ayant, suivant lui, l'inconvénient d'affaiblir, sans opérer une dérivation suffisante.

Si, à l'aide de cet ensemble de moyens, on est parvenu à modérer l'intensité de la maladie dès la première phase, l'on peut, avec quelque sécurité, s'abandonner à l'expectation. Mais si, au contraire, la maladie, entrant dans sa seconde phase, revêt les caractères de la forme adynamique, il faut redoubler de soins et d'activité; mais, en même temps que les indications se multiplient, les moyens d'action semblent devenir moins efficaces ou plus dangereux. Il s'agit de faciliter la vie pulmonaire, d'exciter le centre de la grande circulation à l'aide des toniques, de maintenir la surface cutanée dans une douce excitabilité par des frictions stimulantes, de provoquer avec une grande modération des garderobes pour empêcher la stagnation des matières et les faire évacuer par les purgatifs salins, amarescens, de produire sur l'économie générale une espèce de tonicité, au moyen de préparations de quinquina très peu concentrées, afin de rendre leur absorption facile et d'obtenir, de la part des parties qui ne seront point absorbées une action modificatrice topique précieuse. Il conseille, en outre, les bains à 28°, animés d'eau de Cologne ou d'herbes aromatiques, avec addition de chlore. Cette dernière substance devra également être mêlée en certaine quantité aux lavemens et aux boissons. Les limonades sulfurique et nitrique sont indiquées encore ici par les éruptions pétéchiales et les suffusions sanguines. Quant aux excitans ou révulsifs cutanés, M. Fiévée préfère, dans cette période, les sinapismes aux vésicatoires.

Dans la dernière période de la maladie, lorsque l'intoxication et la résorption méphitique ont porté leur action sur les centres nerveux et que se sont développés les phénomènes ataxiques, il n'y a plus quelques chances d'espoir que dans les moyens les plus énergiques. C'est le cas de recourir aux vésicatoires repoussés jusque-là tant qu'on n'avait affaire qu'à l'adynamie. Les lavemens camphrés, et fréquemment répétés, la digitale prescrite toutefois avec modération, l'éther versé largement autour du malade, de manière à former autour de lui une atmosphère propre à neutraliser la trop grande excitation du cerveau; le musc, avec un véhicule tonique ammoniacalisé, administré tout à la fois par la voie gastrique et la voie anale; les affusions froides sur la tête, etc., tel est l'ensemble des moyens auxquels M. Fiévée conseille de recourir dans ce cas. Non qu'il y ait lieu d'espérer toujours un heureux résultat de leur emploi; mais, comme le dit l'auteur, ils soutiendront la sollicitude du médecin, et quelquefois récompenseront son zèle.

— Dans le mémoire sur la saignée, M. Fiévée de Jeumont considère ce puissant agent thérapeutique sous le point de vue de ses divers modes d'emploi, de leurs effets et de leurs indications spéciales; de l'âge des sujets, des tempéramens, ses sexes, de la faiblesse accidentelle et des conditions particulières de la périphérie, enfin de la nature de la maladie qui la réclame. Les idées que l'auteur émet sur le mode différent d'action de la saignée générale et des saignées capillaires, soit par les sangsues ou par les scarifications, sont des idées trop généralement connues et admises pour que nous croyions nécessaire de les reproduire. Il n'en est pas de même en ce qui concerne la saignée considérée dans les différens âges. Suivant M. Fiévée, la phlébotomie doit être préférée aux évacuations sanguines locales dans les deux extrêmes de la vie, chez l'enfant et chez le veillard, mais par des motifs tout différens, comme on le pense bien. Chez le jeune enfant, indépendamment des nombreux inconvéniens inhérens à l'application des sangsues et que tout le monde connaît, la saignée lui paraît préférable en ce qu'elle a chez lui un effet presque direct et qu'on peut limiter la quantité de sang qu'on extrait du même coup aux organes et à la circulation générale. La proscription que l'auteur prononce contre les sangsues n'est pas applicable toutefois aux ventouses scarifiées, ainsi qu'aux grandes ventouses à déplacement. Les motifs qui lui font préférer la saignée veineuse ou phlébotomie à toute autre chez le vieillard, c'est qu'à cet âge l'homme est gorgé de sang noir et que la plupart des maladies à cette époque de la vie sont le résultat d'une sorte d'intoxication par le sang veineux. C'est en effet, ou par un collapsus pulmonaire, espèce d'asphyxie ou d'intoxication veineuse, ou par l'apoplexie passive, résultant souvent d'une véritable asphyxie, que périssent le plus ordinairement les vieillards. La saignée veineuse en soustrayant le trop plein d'un élément que la chimie pulmonaire ne peut plus qu'incomplètement oxygéner, diminue d'autant les chances de ces accidens; elle constitue dans ce cas un moyen prophylactique plus encore qu'un agent thérapeutique.

— En parlant des équivalens de la saignée, M. Fiévée fait remarquer avec raison combien on se rend peu compte en général dans la pratique de la manière dont agissent les bains partiels, de pieds, de jambes, ou de mains employés comme moyens dérivatifs, et combien peu aussi on doit compter sur les résultats qu'on s'en promet. Pour que la dérivation ait lieu, il faut que l'excitation que l'on exerce sur les points d'appel ait une certaine durée ou qu'elle soit au moins fréquemment répétée. Or ni l'une ni l'autre de ces conditions ne se trouvent en général remplies dans la manière dont on exécute habituellement ces prescriptions. A peine les parties plongées dans l'eau sont-elles rougies et offrent-elles une certaine dilatation des veines, qu'on les retire. Qu'en résulte-t-il? c'est que le sang momentanément raréfié, retournant vers ses sources, peut occasionner des accidens plus graves souvent que le mal qu'on veut combattre. M. Fiévée a vu plusieurs fois des apoplexies et des hémoptysies succéder à l'emploi de ces moyens dérivatifs ainsi exécutés. Aussi les ventouses et en particulier celles qui agissent sur une grande surface ayant l'avantage de ne rendre à la circulation qu'une partie du sang déplacé, doivent, en général, leur être préférées, sauf cependant des indications tout à fait particulières.

— Le mémoire sur les maladies de l'utérus commence par une de ces sorties devenues très à la mode depuis quelque temps contre les *spécialités*. L'auteur, beaucoup plus préoccupé de l'abus qu'on en a pu faire que des avantages réels que l'art en a retirés, qualifie les médecins spécialistes par des expressions qui nous font supposer qu'il n'établit dans son esprit aucune différence entre les hommes qui, soit par goût, soit par la nature des études vers lesquelles ils se sont trouvés naturellement entraînés, se consacrent à la pratique d'une partie spéciale de la médecine, et ceux qui n'ayant d'autre but ni d'autre mobile que la spéculation se livrent à l'art de guérir comme à une sorte d'industrie. Mais laissons les spécialistes se défendre par leurs propres œuvres et poursuivons notre examen. Les maladies de matrice ont été le prétexte de cette sortie. Il est certain que soit par une sorte d'engouement, soit par tout autre motif que nous ne voulons point examiner ici, on a, dans ces derniers temps, singulièrement exagéré la fréquence et la gravité des maladies de matrice, et abusé de certains moyens de traitement. Quoi qu'il en soit, tout en tenant compte du grand nombre de ces affections qui devaient rester méconnues autrefois, faute de moyens suffisans d'exploration, il est certain aussi qu'elles paraissent avoir acquis de nos jours une beaucoup plus

grande fréquence; à quoi cela tient-il? M. Fiévée croit pouvoir l'attribuer, pour la majeure partie, à l'usage des corsets. L'organe utérin refoulé, comprimé par les viscères abdominaux, porte son col en arrière ou en avant. La constipation qui résulte de la compression que l'utérus ainsi refoulé exerce sur le rectum devient à son tour une cause d'irritation incessante. A ces causes déjà si considérables de congestion et d'irritation se joignent les fluxions hémorrhoïdaires, et, bien que l'influence de cette cause toute mécanique puisse paraître peut-être un peu exagérée, on ne peut méconnaître néanmoins qu'elle concourt activement à la production des maladies de l'utérus. D'après la connaissance du mécanisme, suivant lequel se produisent ces affections, la première et la plus importante indication, est de faire cesser la compression et de relever l'utérus. L'auteur remplit cette indication non par un pessaire, mais au moyen d'une ceinture convenablement disposée pour presser le ventre de bas en haut, de manière à attirer ainsi les viscères voisins de l'utérus et ramener celui-ci en avant et le dégager de son contact avec le rectum, soit avec le sacrum ou avec la partie profonde du vagin. Ce moyen ne convient toutefois qu'autant que l'utérus n'est point le siége d'une vive inflammation qui interdise toute pression, auquel cas les moyens les plus urgens sont le repos absolu et le décubitus horizontal.

La seconde indication consiste à produire une sorte de rétraction tonique de l'utérus, ce que l'on obtient par les immersions dans l'eau froide, faites à plusieurs reprises, et coup sur coup, l'usage des lavemens froids et des injections vaginales réfrigérantes.

Ces deux ordres de moyens sont aptes à remédier seulement à l'abaissement, au déplacement de l'utérus par suite des compressions auxquelles il est soumis, aux malaises et aux douleurs qui en sont les premières conséquences. Mais ce premier état ne tardant pas à être suivi d'un catarrhe phlegmasique plus ou moins intense, il devient nécessaire de revenir à des agens thérapeutiques plus actifs. Ce seront, suivant le degré de l'état phlegmasique, ou des émolliens au dehors comme au dedans, ou bien des toniques non excitans associés aux sédatifs en injection ou en applications topiques.

An troisième degré consistant en ulcérations légères du col et de l'orifice utérin, telles que gerçures, érosions, rongeurs, aspérités, etc. M. Fiévée oppose des agens modificateurs astringens, excitans ou résolusifs, tels qu'injections ou applications de solutions faibles de nitrate d'argent, de sous-sulfate d'alumine, de sous-acétate de plomb ou de tannin, combinés au besoin avec les opiacés, et joints aux moyens propres à tonifier le système général.

Le quatrième degré, qui se traduit par des ulcérations superficielles, par des bourgeons agglomérés, par un ramollissement de la muqueuse, etc. Le cinquième par des ulcérations, des excroissances fibreuses, des bourgeons polypeux, des indurations, végétations spongieuses, etc., réclament des moyens plus énergiques encore; c'est principalement le traitement topique qui doit dominer ici. Il se résume en général dans l'emploi des moyens propres à modifier profondément la vitalité des tissus altérés et à créer une inflammation factice plus vive que celle qui préexiste, afin de ramener ces tissus à leur normalité. Ce sont les caustiques qui sont ici particulièrement indiqués; leur choix doit être déterminé par le degré et la nature des lésions que l'on a à combattre. S'agit-il d'une ulcération simple, non renflée sur ses bords, amollie, c'est le nitrate d'argent qui doit être préféré; les bourgeons durs, rugueux, doivent être touchés par le nitrate acide de mercure; l'hydrochlorate d'antimoine convient dans les cas où il y a des fongosités développées sur une grande surface. Le fer rouge a plus de succès sur des tissus végétés, expansifs, disposés aux hémorrhagies, comme sur ceux qui simulent les tumeurs érectiles, etc. L'emploi de ces moyens doit être précédé et accompagné de tous les modérateurs sédatifs, calmans, émolliens et antiphlogistiques. Les bains surtout sont ici d'une grande utilité après chaque cautérisation. M. Fiévée dit s'être bien trouvé dans les cas de catarrhes utérins qu'entretient une douleur nerveuse incessante de la matrice, de l'application des moxas artificiels pratiqués avec la potasse caustique écrasée, sur les parties latérales du pubis et sur la région sacrée, ces ulcérations artificielles permettant de temps en temps le pansement sédatif par l'hydrochlorate de morphine. Enfin, la saignée plus ou moins fractionnée devient utile dans beaucoup de cas, à cette période de la maladie, surtout quand l'utérus ne livre pas passage au sang menstruel. M. Fiévée condamne formellement dans tous les cas les applications directes de sangsues sur le col utérin.

Quant aux dégénérescences organiques qui terminent souvent cette série de lésions, il ne reste plus que l'alternative des opérations sanglantes ou des palliatifs. L'indication d'opérer ne saurait être précisée, subordonnée qu'elle est aux cas particuliers, à l'étendue et aux limites du mal.

Tel est en résumé l'ensemble de moyens que propose M. Fiévée pour les différentes périodes de l'une des maladies les plus fréquentes de l'utérus. On consultera avec fruit ce mémoire pour les détails relatifs à l'application de chacune de ces méthodes.

— Nous n'aurons que peu de chose à dire sur le quatrième mémoire qui a pour objet le traitement de la goutte par les préparations de colchique. L'auteur préconise les préparations de colchique dans le traitement de la goutte, non comme un moyen qui lui paraîtrait uniquement préférable à tous ceux qui ont pu être mis en usage jusqu'à présent contre cette affection, mais comme un véritable *spécifique* dans toute l'acception du mot. Son action serait aussi sûre, et peut-être plus encore, dit-il, que celle de la quinine dans les fièvres intermittentes. Cette efficacité lui est démontrée par vingt-quatre ans de pratique. Nous n'ignorions pas que le colchique eût été préconisé contre la goutte et assez fréquemment employé en particulier par les médecins anglais et allemands, mais on était loin de se douter que cette substance eût une aussi grande efficacité que celle qui lui est attribuée par M. Fiévée.

Sans vouloir mettre le moins du monde en doute la sincérité ni même l'exactitude des résultats obtenus par l'auteur, peut-être eût-il bien fait de les étayer de quelques observations dont les détails circonstanciés eussent imprimé à la méthode un certain caractère de démonstration et d'authenticité. Les praticiens y eussent gagné d'ailleurs des notions plus précises peut-être sur les indications particulières de ce mode de traitement. On trouvera du reste dans ce mémoire auquel nous renverrons les lecteurs pour plus ample informé, des formules utiles sur le mode d'emploi de cette médication, ainsi que sur les précautions à prendre pour prévenir les graves accidens auxquels l'administration intempestive ou mal dirigée du colchique pourrait donner lieu. C'est certainement sous ces divers rapports, après toutefois ce qu'en ont dit Storck et Giacomini, ce qui a été écrit de plus complet sur ce puissant agent thérapeutique.

En résumé, les Mémoires de médecine pratique de M. Fiévée sont l'œuvre d'un médecin brisé à x habitudes et aux difficultés de la pratique, et qui se préoccupe beaucoup moins de théorie et de conceptions systématiques, que de tout ce qui est d'une utilité et d'une application immédiates pour la thérapeutique. On ne doit point s'attendre par conséquent à trouver dans chacun de ces mémoires, une monographie plus ou moins complète sur la matière, encore moins un travail d'érudition et de recherches historiques; mais les praticiens y trouveront avec satisfaction des considérations toutes pratiques sur quelques uns des points les plus difficiles et les plus délicats de la thérapeutique, et de réflexions cliniques toutes marquées au cachet de l'expérience.

H. B.

VARIÉTÉS.

—La treizième session du congrès scientifique de France aura lieu à Reims; il s'ouvrira du 1er au 10 septembre de cette année, et durera au moins dix jours. Les questions proposées pour les sciences médicales sont les suivantes :

1. Les observations médicales sont-elles habituellement rédigées d'une manière assez précise?

Peut-on considérer les faits enregistrés chaque jour dans la science comme propres à servir de base solide à la médecine?

Montrer par une étude sur quelques-uns des plus célèbres pathologistes quel peu de rapport il existe souvent entre les conclusions des observateurs et l'analyse de leurs observations?

2. Quelles données positives la physiologie expérimentale a-t-elle fournies à la science depuis Bichat jusqu'à nos jours?

3. Quelles données les études microscopiques ont-elles fournies jusqu'ici à l'anatomie, à la physiologie, à la pathologie et à l'anatomie pathologique?

4. Quelles données l'anatomie pathologique peut-elle fournir à l'étude des névroses?

5. L'étude, après la mort, des lésions observées ou diagnostiquées pendant la vie, étant la meilleure base de tous progrès véritables en médecine, comment pourrait-on introduire dans nos mœurs l'usage des nécropsies?

6. Possède-t-on aujourd'hui des documens suffisans pour juger la méthode des saignées coup sur coup?

En cas d'affirmative, indiquer et appuyer sur des preuves cliniques une formule applicable aux affections franchement inflammatoires.

7. De toutes les discussions soulevées depuis plusieurs années sur la nature et sur la thérapeutique des fièvres typhoïdes, peut-on tirer quelque conclusion rigoureuse sur le meilleur mode de traitement à opposer à cette affection?

8. Existe-t-il des signes spécifiques à l'aide desquels on puisse différencier les accès complexes d'hystérie des accès d'épilepsie?

9. Quel est l'état actuel de la science relativement aux fractures et aux luxations de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus?

10. Faire connaître par des données statistiques exactes la mortalité comparative des enfans nourris au sein ou allaités artificiellement.

11. Peut-on, dans le langage médical, attacher un sens précis aux mots *force* et *faiblesse?* Donner de ces deux états une définition rigoureuse.

12. Jusqu'à quel point doit-on admettre la croyance aux envies de femmes grosses, et quel est le pouvoir des émotions maternelles sur le produit de la conception?

13. Faire la topographie médicale du département de la Marne, en insistant particulièrement sur les modifications imprimées à l'économie humaine, tant dans l'état de santé que dans l'état de maladie, par les différences de sol, d'industrie, etc.

14. Pourquoi les épidémies de variole sont-elles plus fréquentes dans le département de la Marne que dans la plupart des autres départemens?

15. Le service vaccinal tel qu'il est organisé généralement en France, et spécialement dans le département de la Marne, répond-il suffisamment à tous les besoins des communes rurales? Quelles sont les modifications dont il serait susceptible?

16. Quel est l'état actuel du magnétisme en France?

17. Les systèmes phrénologiques de Gall et de Spurzeim s'accordent-ils avec les résultats fournis par l'observation anatomique et par la physiologie, la pathologie et l'anatomie pathologique?

18. Faire un petit traité d'hygiène populaire, dégagé de toute considération purement théorique, et approprié aux habitudes des classes populaires du pays de Reims.

19. Rédiger un projet de règlement pour une société de médecine d'arrondissement, dont le but principal serait de travailler au développement des sciences et institutions médicales, de réprimer le charlatanisme, et de faire observer les règles qui doivent assurer la dignité de la profession.

20. Rédiger un projet semblable pour une association des médecins d'un même canton.

PHARMACIE.

Indiquer et discuter les améliorations que réclament la législation et les institutions médico-pharmaceutiques en France.

ART VÉTÉRINAIRE.

1. Sous quelle influence et dans quelles conditions se développe le tournis (cœnure cérébrale, *cœnurus cerebralis*)?

2. Quelles sont les affections qui peuvent être confondues avec le piétin du mouton?

Quels sont les meilleurs moyens prophylactiques et curatifs de cette maladie?

3. Indiquer les causes de l'hydroémie et les phénomènes physiologiques qui l'accompagnent.

4. Possède-t-on des moyens aussi efficaces que la cautérisation pour guérir les hydarthroses (les molettes et vessigons), sans laisser de traces de la médication employée?

5° Dans le vertige abdominal (gastro-cérébrite), les accidens cérébraux s'aggravent-ils sous l'influence de la saignée?

6. Etablir les caractères distinctifs de la pousse pendant la vie. Décrire les lésions organiques propres à cette affection, et noter avec précision tout ce qui peut éclairer le vétérinaire dans les fonctions d'expert.

7. La pneumonie des vaches laitières peut-elle être prévenue par des modifications particulières dans l'alimentation?

8. La législation actuelle offre-t-elle une garantie suffisante au commerce des animaux domestiques?

9. Quelles seraient les mesures législatives capables de détruire ou du moins de combattre l'empirisme d'une manière efficace?

— TRAITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE; par MICHEL LÉVY. — Tome II. Paris, chez Baillière. — Ce second volume vient de paraître: il termine et complète l'ouvrage de M. Lévy. La GAZETTE MÉDICALE a rendu compte du premier volume: elle a cherché, par la plume d'un juge très compétent, à caractériser les différens mérites de l'œuvre, la sagesse du plan, l'abondance et la richesse des idées, et surtout le rare talent d'exposition qui le distingue. On retrouve tous ces mérites dans le second volume. L'auteur y a accumulé une foule de connaissances qu'on n'aurait pas cru pouvoir resumer et réunir dans un cadre aussi étroit. Tout ce qu'on enseigne sur les alimens, les boissons, les bains, les vêtemens, les cosmétiques; tout ce que la physiologie et la philosophie ont produit de plus clair, de plus net sur l'action des sens, sur les fonctions de l'intelligence; ce qu'on sait sur l'exercice et ses différentes combinaisons, y a trouvé place. Ce volume est surtout remarquable par un travail neuf sur l'hygiène publique. A elle seule, cette section formerait un ouvrage important: elle n'a pas moins de 300 pages; on y rencontre un grand nombre de vues originales sur les races, les âges, les sexes, la population. L'auteur est entré dans de grands développemens sur l'usage *public* des choses dont il avait étudié, dans le premier volume, l'application aux *individus*, ce qui l'a conduit à étudier, sous des points de vue nouveaux, les climats, les épidémies, les conditions d'aération, de ventilation, d'éclairage, les édifices publics, la bromatologie publique et la police bromatologique. Il a approfondi les questions relatives à la fécondité, à la mortalité, aux influences du mariage, des professions; il a analysé et apprécié, avec le plus grand soin, toutes les circonstances capables d'agir sur l'homme considéré en société, et principalement en vue de l'amélioration de l'espèce.

Ce sommaire très succinct du second volume de M. Lévy ne fait que donner un faible aperçu de son contenu. Il faut le lire pour avoir une idée du nombre prodigieux de faits qu'il renferme, et du talent d'exposition avec lequel ils sont coordonnés et présentés. C'est sans contredit un ouvrage qui classera M. Lévy parmi les auteurs les plus distingués de la génération médicale actuelle.

— Mémoires de médecine pratique:

1° DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET DE SON TRAITEMENT;

2° DE LA SAIGNÉE CHEZ LES VIEILLARDS COMME CONDITION DE SANTÉ;

3° CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES MALADIES DE L'UTÉRUS;

4° DE LA GOUTTE ET DE SON TRAITEMENT SPÉCIFIQUE PAR LES PRÉPARATIONS DE COLCHIQUE;

Par le docteur FULGENCE FRÉVÉE DE JEUMONT, chevalier de la Légion-d'Honneur et de plusieurs ordres, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.

In-8°. 1845. — Prix: 2 fr. 50 c.

A Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine.

— DES REMÈDES ANTISYPHILITIQUES, DE LEUR APPRÉCIATION ET DE LEUR APPLICATION THÉRAPEUTIQUES; par P. S. PAYAN, D. M., chirurgien en chef de l'hôpital civil militaire d'Aix, etc.—Mémoire couronné par la Société royale de médecine de Bordeaux. In-8°. — Prix: 3 fr.

— MÉMOIRE SUR L'ERGOT DE SEIGLE, SON ACTION THÉRAPEUTIQUE ET SON EMPLOI MÉDICAL; par le même. — In-8°. Prix: 2 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent:

A Aix, à l'imprimerie de Nicol et Aubin.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— REVUE MAGNÉTIQUE. Ce journal paraît une fois par mois depuis le 5 décembre 1844, par cahier de 48 pages in-8°. — Les six premiers mois, formant 288 pages, sont en vente.

Le prix de l'abonnement est de 24 fr. par an pour Paris, et de 26 fr. pour les départemens. — Pour 6 mois, 12 et 13 fr. (Mandats sur la poste. — Affranchir.) Bureaux, rue Bréda, 28 (avenue Frochot, 5).

— MYSTÈRES DU SOMMEIL ET DU MAGNÉTISME; explication des prodiges qu'offre cet état de la vie humaine; par DEBAY. 4e édition. Un vol. in-12. — Prix: 2 fr.

Chez Moquet, libraire-éditeur, cour de Rohan, 3, passage du Commerce.

— HISTOIRE DES MÉTAMORPHOSES HUMAINES ET DES MONSTRUOSITÉS; stérilité, impuissance, procréation des sexes, colliginésie; par DEBAY. Un fort volume grand in-18. — Prix: 3 fr. 50 c.

Même librairie.

— HYGIÈNE OCULAIRE, ou Conseils aux personnes dont les yeux sont faibles et d'une grande sensibilité, avec de nouvelles considérations sur les causes de la myopie ou vue basse; par J. H. REVEILLÉ-PARISE, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine. — Troisième édition. Un vol. in-18.

Paris, chez Mequignon-Marvis fils, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Oculus ad vitam nihil facit, ad vitam beatam, nihil magis, BOERH.

« L'œil ne fait rien pour la vie, mais pour la vie heureuse, il n'est rien au-dessus. »

— DICTIONNAIRE DES SCIENCES NATURELLES, dans lequel on traite méthodiquement les différens êtres de la nature considérés soit en eux-mêmes d'après l'état actuel de nos connaissances, soit relativement à l'utilité que peuvent retirer la médecine, l'agriculture, le commerce, les arts; par plusieurs professeurs du jardin du Roi et des principales écoles de Paris.

SUPPLÉMENT. Cᵉʳ (A) T. II, 7 feuilles (BA-BEL).

Tout ce qui a paru et paraîtra, 8 fr.

101 planches noires in-8° (contenant 32 planches complémentaires de zoophytes du t. LX, par M. de Blainville), au lieu de 25 fr., 12 fr.

Les mêmes planches coloriées, au lieu de 75 fr., 30 fr.

A Paris, librairie des sciences naturelles de P. J. Loss, éditeur-commissionnaire, 20, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 25. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 21 JUIN 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ENGRAISSEMENT. — FORMATION ET ORGANISATION DES CAILLOTS OBTURATEURS DES ARTÈRES DIVISÉES. — ERREUR RELATIVE A L'INFLUENCE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN SUR LA LOCOMOTION.

L'Académie des sciences a entendu dans sa dernière séance plusieurs communications importantes. M. Boussingault a rappelé de nouveau l'attention des chimistes et des physiologistes sur la question si controversée et encore si obscure de l'engraissement. Les diverses péripéties par lesquelles aura passé cette question ne seront pas un des points les moins curieux de son histoire. On en connaît le point de départ, on sait aussi les objections nombreuses que souleva la théorie de MM. Boussingault, Dumas et Payen, en opposition avec celle de M. Liebig. La question a fait plus d'un pas depuis et à mesure qu'elle a marché la donnée chimique sur laquelle elle reposait presque exclusivement dans le principe semble s'être peu à peu transformée et avoir graduellement cédé le pas à la donnée physiologique, dont il n'avait pas été suffisamment tenu compte. Cette transposition des termes de la question que nous appelions de tous nos vœux n'a pas été seulement le résultat des recherches

Feuilleton.

IMPRESSIONS MÉDICALES D'UN VOYAGE EN ITALIE.

(Deuxième série.)

NICE.

A l'extrémité occidentale de ce golfe de Gênes si remarquable par les localités hygiéniques qui le bordent sur une portion de sa longueur, est gracieusement placée une ville dont la renommée médicale existe depuis bien des années. C'est Nice qui est la demeure, et il faut ajouter aussi le tombeau de tant de poitrinaires, non pas parce que le climat les y fait mourir, mais parce que les malades n'entreprennent ce voyage que lorsque les ressources de la médecine locale sont épuisées, ou, en d'autres termes, lorsqu'il n'y a plus d'espoir. Quelque confiance qu'on ait dans les renommées qui doivent souvent plus à la mode qu'à la sérieuse et saine observation, on n'arrive jamais dans les lieux consacrés par les croyances populaires sans une certaine méfiance. On regarde la campagne, on visite les murs, on étudie l'aspect, on s'enquiert du climat moins avec le sentiment de l'homme qui veut justifier son admiration, qu'avec une disposition contraire. On se sent tout disposé à la critique; car malgré toutes les preuves qu'on donne sur l'efficacité de l'air de Nice dans toutes les affections de poitrine, on se demande pourquoi tant d'autres villes plus méridionales et mieux abritées qu'elle, sont loin de partager sa réputation. Toutefois, lorsqu'on a visité avec attention la campagne, qui s'étend gracieusement au loin derrière la ville et va finir au pied des enceintes montagneuses qui font barrière de toutes parts; lorsque du haut de la colline escarpée où est situé le château de Nice, on a embrassé dans tous ses détails la topographie de cette localité, on ne s'étonne plus que la médecine et la mode en aient fait en quelque sorte leur ville d'adoption. La médecine ne voit que le côté utile, et la mode que le côté futile; c'est ainsi que les choses se passent dans la plupart des cas où la mode et la médecine interviennent directement. Mais dans celui-ci la mode a procédé d'une manière plus sérieuse. La beauté gracieuse du bassin, le luxe de la végétation méridionale qui le couvre, la couleur azurée du ciel, la douceur tempérée de l'air, telles sont les causes qui ont décidé ses préférences.

La topographie du bassin de Nice explique parfaitement au moins pour sa part les conditions hygiéniques de la localité. La campagne se déploie largement derrière la ville. Couverte de cultures, de riches jardins où l'on voit tour à tour le feuillage de l'oranger et de l'olivier qui représentent dans cette grande vallée le midi de l'Italie et celui de la France, elle est coupée de petits cours d'eau, traversée par un torrent assez considérable, enfin accidentée çà et là de collines

et des argumens contradictoires opposés aux auteurs de la théorie, elle est aussi le fait des efforts que ces auteurs eux-mêmes n'ont cessé de faire pour éclairer cette question. On se rappelle en effet que MM. Dumas et Milne-Edwards, reprenant les expériences de Huber sur la sécrétion de la cire des abeilles, n'hésitèrent pas à déclarer, bien que cette conclusion fut un véritable amendement aux idées émises par l'un d'eux dans le mémoire sur l'engraissement des animaux, que sous l'influence d'une alimentation formée de miel pur, les abeilles avaient produit une quantité de matière grasse notablement plus élevée que la graisse préexistant soit dans le miel dont elles avaient été nourries, soit dans le corps même de ces insectes. Quelque temps après, M. Persoz, de Strasbourg, communiqua à l'Académie le résultat d'expériences qu'il venait de tenter sur les oies. Il concluait d'une première série de faits, absolument comme M. Liebig, que l'oie en s'engraissant ne s'assimile pas seulement la graisse contenue dans le maïs, mais qu'elle en forme elle-même une certaine quantité aux dépens de l'amidon et du sucre du maïs, et aussi à l'aide de sa propre matière. Plus tard une nouvelle série d'expériences lui faisait considérer comme un fait acquis que les oies sont capables de former de la graisse sans l'intervention d'aucune matière grasse, et qu'il suffit de la présence dans les alimens d'une certaine quantité de matière azotée pour que la production de la graisse ait lieu. M. Boussingault a repris la question au point où l'avaient laissée les expériences de M. Persoz; après avoir répété ces expériences et avoir constaté la parfaite concordance des résultats, il vient déclarer aujourd'hui qu'il a reconnu, ainsi que M. Persoz l'avait énoncé, que la graisse produite chez les oies excède considérablement l'huile contenue dans le maïs. Il a, en outre, fait de nouvelles expériences sur des porcs, et il en est resté établi que dans l'engraissement de ces animaux il y a beaucoup plus de graisse assimilée qu'il ne s'en trouve dans la ration; que des alimens qui, administrés seuls, n'ont pas la faculté de développer du gras, acquièrent cette faculté aussitôt qu'on y joint de la graisse, bien que celle-ci donnée seule produise l'inanition; enfin que les rations engraissantes qui ne contiennent qu'une quantité minime de graisse sont toujours riches en principes azotés.

Nous sommes, comme on le voit, déjà loin du point de départ. Il ne s'agit plus maintenant d'une simple transmission des matières grasses des alimens à travers les organes pour expliquer le phénomène de la nutrition, les chimistes français semblent avoir été conduits par la force des faits à reconnaître, comme le chimiste de Giessen, l'intervention d'un acte de transformation opéré dans le sein de l'économie et à restituer en quelque sorte à la nutrition ce caractère d'élaboration que leurs premières expériences lui avaient fait perdre. L'opinion que nous avons émise dans le temps à cet égard, et que nous nous félicitions de voir étayée par des autorités telles que celles de MM. Thénard et Magendie, recevrait donc cette fois la sanction des auteurs même de la théorie de l'engraissement.

— La candidature pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie amène des lectures qui promettent une ample moisson à cette revue. MM. Bérard et Amussat ont été entendus dans cette séance. On trouvera au compte-rendu la relation des deux faits curieux d'anévrisme artérioso-veineux, dont M. Bérard a fait, fort peu logiquement, suivant nous, deux *espèces* nouvelles.

Le mémoire de M. Amussat offre de l'intérêt sous plus d'un rapport. Tout le monde connaît les belles recherches expérimentales de ce chirurgien sur les blessures des artères et des veines. On sait qu'il a établi d'après des observations cliniques et des expériences sur les animaux vivans que la formation d'un anévrisme n'est pas la conséquence inévitable d'une blessure artérielle, comme on le croyait généralement, et qu'il est possible à l'aide de certaines précautions d'obtenir des cicatrices artérielles solides. Dans les nouvelles recherches qu'il vient de soumettre à l'Académie, M. Amussat a envisagé les blessures des vaisseaux sanguins sous un nouveau point de vue; il les a considérées particulièrement sous le rapport de la formation et de l'organisation des caillots obturateurs des artères divisées dans une grande plaie transversale. Il a observé que le caillot spontané obturateur des artères complétement divisées dans une grande plaie transversale est formé par la fibrine du sang et soutenu par la membrane celluleuse externe de l'artère et non par la gaîne, ainsi qu'on est généralement porté à le croire. Le caillot spontané offre une cavité centrale analogue au *cratère* des tumeurs sanguines que M. Amussat a décrit dans un précédent mémoire. Ce caillot est d'autant plus volumineux et plus résistant que l'artère et la membrane celluleuse ont été plus tendues au moment de la section. Deux conséquences pratiques importantes découlent de ces faits: la cavité centrale du caillot fournit un caractère précieux pour faire découvrir l'artère qui serait masquée par ce caillot; la seconde conséquence qui découle du dernier fait énoncé, c'est la nécessité d'exercer une sorte de traction sur les artères avant de les diviser afin de les placer dans les conditions les plus favorables à la formation de caillots solides.

M. Amussat a déduit encore de ces expériences des données utiles pour la médecine légale. Un fait tout récent, qui s'est passé depuis la lecture de ce mémoire, vient à propos nous fournir un exemple d'une des applications que la médecine légale pourrait emprunter à cet ordre de faits: on a apporté ces jours derniers à la morgue le cadavre d'un homme retiré de la Seine, portant une large plaie transversale du cou avec section des deux carotides. Ce malheureux, dans l'intention de se suicider, et pour être bien certain d'atteindre son but, après s'être profondément divisé le cou avec un rasoir, s'était immédiatement précipité dans l'eau. Ne pourrait-on pas dans des circonstances analogues avoir intérêt à connaître si la blessure a été faite avant ou après la submersion? Les expériences de M. Amussat fourniraient les caractères nécessaires à la solution de cette question. Il a constaté, en effet, que lorsqu'on pratique la section des artères carotides, sans intéresser la moelle épinière sur un animal vivant, il se forme toujours des caillots aux extrémités cardiaques de ces vaisseaux. Lorsque, au contraire, cette section est pratiquée une ou deux minutes après l'extinction de la vie, il ne se forme pas de caillots, ou si l'on en observe, ils sont très petits et ne ressemblent pas à ceux qui se forment dans les vaisseaux divisés sur des animaux dont la vie est dans toute son intégrité et qui succombent à l'hémorrhagie. En un mot l'aspect des extrémités cardiaques des artères divisées permet de déterminer, mieux qu'on ne peut le faire d'après l'état des chairs, si les vaisseaux ont été divisés pendant la vie ou après la mort apparente ou réelle.

Nous ferons une dernière remarque sur ces expériences. Au lieu de procéder par voie de dissection, comme l'ont fait en général, dans ces circonstances, les expérimentateurs qui se sont occupés de ce même sujet, M. Amussat s'est attaché, au contraire, à faire des plaies sans dissection préalable, afin de placer les animaux dans les conditions analogues à

---

arrondies jusqu'au pied des montagnes qui forment autour d'elle une sorte de barrière de circonvallation. Comme une de nos places fortes les mieux fortifiées, ce n'est pas seulement une enceinte qui protège la plaine et la ville, mais plusieurs enceintes qui se montrent les unes derrière les autres et dont les cimes principales atteignent plus de 2000 mètres d'élévation. Ces enceintes ont des intersections plus ou moins nombreuses, des brèches ouvertes assez largement pour que les vents puissent pénétrer dans la vallée; mais il est rare que ces brèches ne trouvent pas une compensation dans les plans plus reculés de l'amphithéâtre montagneux qui se trouve partout à l'horizon. On peut donc dire sans exagération que Nice est très abritée; qu'elle est protégée contre les vents de terre par un système de défense qui ne s'interrompt qu'à la mer. Pour bien faire comprendre cette constitution topographique, qu'on se figure un arc de cercle dont les deux extrémités viennent finir l'une aux montagnes qui séparent la principauté de Monaco du territoire de Nice, l'autre à la plaine occidentale du Var du côté de la France. La ville forme la corde de cet arc aux deux pointes rapprochées et se déploie le long de la côte de cette mer presqu'aussi belle dans ces parages que dans ceux du golfe de Naples. Or l'exposition de la ville est tout entière au sud du côté de la plage; le bord sur lequel se développe le cordon des terrains et des maisons n'est pas assez accidenté pour qu'il y ait de notables changemens d'orientation dans certaines parties de son étendue. Ainsi, du côté de la terre, la ville serait exposée aux vents du nord, de l'ouest et de l'est et de leurs composés, si des enceintes montagneuses ne formaient une barrière qui n'empêche pas ces vents, il est vrai, de souffler sur la plaine, mais qui en affaiblit la force, en diminue l'influence, et va même jusqu'à en déplacer l'action. Rien, du reste, ne peut donner une idée plus juste de la configuration du territoire et de la ville que cette comparaison. Qu'on étale sous ses yeux un éventail; et la surface que sa périphérie décrira représentera presque exactement le bassin de Nice. L'arc de cercle figurera la courbe assez régulière de la circonvallation montagneuse; la corde, la ville et ses dépendances qui se prolongent le long du littoral; l'intervalle qui sépare la corde de l'arc, les mille accidens de la campagne toute parsemée de jardins et de luxuriantes plantations; enfin pour pousser le plus loin possible les analogies, il n'y a pas jusqu'à l'axe de l'éventail qui ne puisse être comparé à cette éminence qui sépare la ville en deux, portions presque égales et du haut de laquelle on peut embrasser toute l'étendue du pays comme de la plateforme d'un observatoire.

J'ai dit que malgré les montagnes qui protégeaient Nice du côté de la terre, tous les vents s'y faisaient ressentir avec une certaine puissance. En effet, la barrière est souvent interrompue; il y a quelquefois une assez grande distance entre les divers plans de montagnes qui s'échelonnent au delà de la plaine. Ces conditions rendent la protection incomplète et permettent aux vents de régner plus ou moins longtemps sur la ville ou les diverses parties du territoire. Mais la côte est là pour faire antagonisme aux influences qui viennent de la terre; la mer laisse passer le vent du sud et ses collatéraux; et leur action est trop directe, et par conséquent trop puissante, pour que leur lutte ne se prolonge pas avec les influences contraires. Toutefois, chaque système de vents, si l'on veut me passer cette forme de langage, a sa saison. Les vents du nord et ses composés soufflent pendant l'hiver; les vents du sud et ceux qui appartiennent au même groupe soufflent au contraire pendant l'été. Les plus fréquens sont pour-

celles dans lesquelles sont produites les blessures des vaisseaux chez l'homme. On conçoit aisément l'importance de cette manière de procéder, qui seule peut donner des résultats comparables dans les deux cas.

Cette remarque nous conduit naturellement à parler d'une dernière communication de M. Longet, bien propre assurément à faire ressortir tout ce qu'il y a de chances d'erreur, en général, dans les vivisections qui ne sont pas faites avec toutes les précautions convenables, et à montrer combien il faut se défier des conclusions trop hâtives que l'on tire de certaines expériences. Il est admis, depuis un certain nombre d'années, parmi les physiologistes, que la soustraction du liquide céphalo-rachidien apporte un trouble notable dans les fonctions locomotives. Cette opinion repose sur des vivisections. Il est bon de savoir que, pour faire cette expérience, on ouvre la dure-mère et l'arachnoïde entre l'occipital et l'atlas, après avoir préalablement incisé les parties qui recouvrent l'espace occipito-atloïdien. Or, M. Longet s'étant borné, sur plusieurs animaux, à inciser les muscles cervicaux postérieurs à leur insertion occipitale, ainsi que le ligament sus-épineux, sans livrer issue au liquide céphalo-rachidien, a observé absolument les mêmes effets qui avaient été attribués jusqu'à présent à la soustraction de ce liquide. Il a fait la contre-épreuve; il a évacué le liquide, sans diviser les parties musculaires et ligamenteuses, l'effet n'a point eu lieu. — Avis aux expérimentateurs.

MALADIES SYPHILITIQUES.

RECHERCHES CLINIQUES FAITES A L'HÔPITAL SAINT-LAZARE, MALADIES DES FEMMES, SUR LES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS, SUR LES CHANCRES CHRONIQUES DES PARTIES GÉNITALES, LES BUBONS, L'URÈTRITE, LA VAGINITE, ETC.; par J. BOYS DE LOURY, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. COSTILHES, docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, ex-médecin interne de Saint-Lazare.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

ULCÉRATIONS LINÉAIRES (FISSURES DU COL).

Les ulcérations qui se présentent sous la forme de fissures et qui occupent les sillons qui sont le résultat des déchirures du col, à la suite d'avortement ou d'accouchement à terme, n'ont pas, selon nous, assez attiré l'attention des praticiens; elles sont d'autant plus importantes à signaler que, si on n'était pas prévenu de leur présence, elles échapperaient facilement aux investigations du spéculum. C'est ici le lieu de répéter encore combien il est important de savoir se servir de cet instrument, et quelle est la manœuvre qu'il faut employer pour mettre à découvert cette ulcération, dont le siége est dans l'intérieur de l'orifice utérin. Si, en examinant le col, on se contente de l'embrasser avec les valves sans les écarter et sans refouler la portion du vagin qui entoure le col, l'orifice se présente alors petit, les lèvres accolées l'une à l'autre, et à moins que la rougeur ne s'étende sur les lèvres, il est impossible de se douter qu'une maladie y existe. Mais si, après avoir découvert le col, on écarte peu à peu, au moyen de la vis, les valves du spéculum en même temps qu'on enfonce graduellement l'instrument au fond du vagin, de manière que, au lieu de peser sur le col lui-même, l'extrémité des valves n'appuie que sur l'insertion du vagin au col, cette muqueuse ainsi tirée oblige le col à prendre non seulement toute son extension, mais son orifice devient alors béant, et l'œil de l'observateur peut plonger à quelques millimètres dans cette cavité. C'est ainsi que nous avons maintes fois reconnu des ulcérations qui avaient échappé à des praticiens fort habiles.

On n'a guère rapporté la cause de cette ulcération à l'inflammation de la muqueuse de la cavité du col. Suivons-en le développement aussitôt après l'accouchement. Il est facile de comprendre qu'à la suite de la dilatation rapide qu'éprouve la muqueuse qui revêt l'intérieur du col, il se produise, dans l'immense majorité des cas, des érosions ou des éraillures de cette membrane. Ces lésions, dans beaucoup de circonstances, guérissent facilement; mais si des débris de placenta, de membranes laissées dans la cavité utérine viennent, par leur présence, irriter la muqueuse, si même les lochies qui en sont suite entretiennent l'irritation, cette muqueuse deviendra le siége d'une vive inflammation, et son ulcération en sera la suite nécessaire. Elle commence d'abord entre les lèvres du col et dans la cavité même, puis elle se propage à la muqueuse externe du col.

Ainsi donc, toutes les fois qu'un accouchement ou un avortement aura été laborieux, on pourra presque affirmer d'avance que le col sera le siége d'une ulcération en forme de fissures.

Cette ulcération, en augmentant d'étendue, s'accompagne d'engorgement du col, et à mesure que l'ulcération gagne en profondeur, le col lui-même s'engorge de plus en plus. Cette affection est évidemment de nature inflammatoire; car le col est douloureux au toucher, et il s'écoule par l'orifice un liquide mucoso-purulent assez abondant, résultat de la phlegmasie de la muqueuse du col. Quand on observe cette ulcération peu de jours après l'accouchement, le col volumineux physiologiquement est d'une couleur violacée très prononcée.

Lorsque cette affection est portée à son summum d'intensité, elle est moins difficile à découvrir; le gonflement des lèvres du col les fait saillir en avant et s'écarter, de sorte que l'ulcération de l'intérieur du col se présente tout naturellement. Mais il est fâcheux d'attendre jusqu'à ce moment pour la reconnaître, parce qu'alors cette affection devient très longue à guérir, au lieu que, si elle a été prise à temps, quelques cautérisations avec le nitrate d'argent portées dans l'intérieur du col, tous les cinq à six jours, accompagnées d'injections astringentes et du repos, en font justice en quelques semaines. Il faut prévenir la malade que ces cautérisations, quelques soins que l'on prenne et malgré le repos qu'on leur fait observer, sont fréquemment suivies d'un écoulement de sang quelquefois assez abondant; ces hémorrhagies ne paraissent plus aux dernières cautérisations, en même temps que l'écoulement perd de son caractère purulent ou cède tout à fait; la rougeur qui n'existe plus autour de l'orifice utérin indique que l'affection a complètement cédé. Mais lorsque la maladie a gagné en profondeur, il devient bien plus difficile d'obtenir la guérison.

---

tant, d'après les auteurs qui ont étudié avec le plus de soin le climat de Nice, le sud-est, le nord, l'est et le nord-est. Ce sont les bons vents; ils déterminent d'excellens effets sur les qualités de la température et l'état de l'atmosphère. Ainsi le vent du nord, par exemple, ne produit pas, même en hiver, un abaissement thermométrique aussi considérable qu'on pourrait le croire. Il passe haut à cause de l'élévation des montagnes qu'il franchit, et son action va quelquefois se manifester loin du bord et sur les flots de la plage. Ainsi, de la ville, où règne le calme, on voit les flots soulevés par la force du vent à une distance plus ou moins éloignée dans la mer. Le vent du nord possède un grand avantage, surtout pendant l'été, c'est celui de purifier le ciel des nuages qu'apportent les vents de mer, et qui sont généralement gros de pluie. Lorsqu'il souffle le matin, il amène, outre cette purification atmosphérique dont je parlais il n'y a qu'un instant, une fraîcheur qui tempère par anticipation les ardeurs caniculaires de la journée. Le sud-est constitue, à ce qu'il paraît, le vent du beau temps, et on remarquera que c'est celui qui souffle le plus souvent pendant le cours de l'année. C'est par lui que le soleil brille sans qu'aucun nuage obscurcisse son éclat, et qu'on peut admirer cette belle couleur d'azur de l'atmosphère qui est l'apanage exclusif des régions du midi. Ce vent est frais et calme; il fait monter le thermomètre en hiver, et le fait descendre en été. Comme c'est lui qui domine en toute saison, et caractérise en quelque sorte l'influence hygiénique du climat, on doit ne pas négliger de s'orienter sur sa direction pour se choisir un logement lorsqu'on va passer une saison à Nice. Que le touriste, qui va visiter ces lieux renommés pour les connaître, et sans autre but que celui de satisfaire sa curiosité, ne s'arrête pas à une telle précaution, cela se comprend de reste. Mais il en est autrement pour le malade, pour le poitrinaire qui se découragera au bout de quelques jours s'il se sent plus faible et plus oppressé, si cet air et ce soleil ne lui redonnent pas le calme et la force qui depuis long-temps l'ont abandonné. Il est nécessaire que celui-là sache bien quelles précautions il faut prendre, quelle conduite il convient de tenir pour ne rien perdre des influences salutaires qui pourront peut-être le ramener du bord du tombeau. Or, le choix éclairé d'un logement en harmonie avec le vent qui produit les meilleurs effets, avec l'action qui s'exerce le mieux sur l'organisme, est une des conditions les plus importantes à remplir; et dans cette circonstance, il n'y a pas heureusement à hésiter, car rien de plus net, de plus tranché, de mieux connu que l'influence de cet air doux à la respiration, tiède à la poitrine, qui souffle mollement du sud-est. C'est donc à cette exposition qu'il faut choisir un logement; c'est sous l'influence directe de ce vent que doit être la chambre habitée par le malade.

Le climat de Nice, qui a des inconvéniens malgré la suprématie de ce vent du sud-est dont l'influence est si bienfaisante, en a surtout un qu'il partage avec toutes les parties de la Provence, depuis les campagnes du Var jusque dans les hautes vallées du Rhône. Sans doute on m'a déjà compris; il ne s'agit de rien moins que de ce vent terrible qui, du côté de Marseille, souffle ordinairement avec une extrême impétuosité; ce vent, c'est le nord-ouest, c'est le mistral. Il règne avec moins de force que dans les basses vallées du Rhône, où il sévit généralement avec la plus grande violence; mais il ne diffère pas assez du mistral des plaines voisines de l'embouchure du Rhône pour ne pas lui être comparé. Nice doit l'accession de ce vent sur son territoire à l'insuffisance de la barrière montagneuse qui borne la rive droite du Var. Là, les collines n'ont pas la

On ne peut pas toujours faire pénétrer dans l'intérieur du col les caustiques, et atteindre la limite supérieure de la partie malade. Lorsque le col est devenu le siége de cette inflammation vive et profonde, nous employons les antiphlogistiques dès le début, puis les cautérisations légères de nitrate acide de mercure, nitrate d'argent; dans quelques cas où nous avons besoin de modifier énergiquement, nous employons le caustique de Vienne solidifié. Sous l'influence de ce médicament, qui semblerait augmenter l'inflammation et l'engorgement du col, l'on voit au contraire le mouvement fluxionnaire diminuer, ainsi que l'ulcération, mais d'une manière lente. Nous conseillons en même temps les bains et le décubitus horizontal.

Quand l'engorgement persiste, malgré la guérison de l'ulcération, nous combattons l'engorgement par les moyens appropriés dont nous parlerons quand nous traiterons de cette maladie.

ULCÉRATIONS FONGUEUSES, VÉGÉTANTES DU COL DE L'UTÉRUS.

Cette ulcération est fréquente chez les femmes qui ont fait des fausses couches ou qui ont eu un ou plusieurs enfans. Elle est rare, au contraire, chez celles qui n'ont pas eu d'enfans. Cette affection ne se forme jamais d'emblée, elle succède à une ulcération simple, bénigne du col, qui n'a été combattue par aucun traitement. On observe ici ce qui a lieu dans une plaie de toute autre région que l'on néglige. La surface ulcérée finit par se boursoufler et se transformer en bourgeons charnus; l'ulcération prend donc un aspect fongueux, végétant, qui tend à s'accroître, à envahir le pourtour du col et à augmenter en profondeur, si on ne lui opposait un traitement énergique. L'aspect de cette ulcération a été quelquefois cause de méprises de la part des praticiens qui lui ont cru plus de gravité et l'ont souvent confondu avec une dégénérescence variqueuse ou hématode; l'erreur dans ce cas est d'autant plus facile que la surface de l'ulcère saigne à la moindre pression, que l'hémorrhagie peut même être abondante, et enfin qu'il s'y joint un engorgement général du col; que cet engorgement soit consécutif à l'ulcération, ou, comme dans l'immense majorité des cas, que son origine remonte à un avortement ou à un accouchement à terme, qu'il y ait eu métrite générale ou métrite du col, ou enfin métrite interne, il n'en est pas moins vrai que cet engorgement, d'une couleur rouge, moins violacée cependant que celle qui accompagne les engorgemens avec ulcération des femmes enceintes, vient encore compliquer la difficulté du diagnostic.

Cette maladie qui produit un écoulement muqueso-purulent plus ou moins abondant détermine ordinairement des pesanteurs à la région hypogastrique, des tiraillemens dans les reins, ce que l'on conçoit facilement si on a égard à l'engorgement; enfin malgré les hémorrhagies ou au moins l'état saignant que nous avons noté, cette ulcération est en général peu douloureuse au toucher et est toujours accompagnée d'irrégularités dans la menstruation; les époques sont presque toujours avancées et abondantes; les femmes voient plusieurs fois dans le mois. Cette fréquence fatigue et tourmente beaucoup les malades. Plus rarement, il y a diminution dans les règles.

Nous avons vu cette affection atteindre plus particulièrement les femmes d'un tempérament mou et lymphatique de 20 à 35 ans.

Si cette ulcération n'entraîne pas des accidens redoutables, il n'en est pas moins d'observation, qu'elle est difficile et longue à guérir; il n'est pas rare de voir des femmes traitées, à Saint-Lazare, pendant trois à quatre mois, avant que cette ulcération soit complètement cicatrisée, et encore ce n'est que depuis que nous employons une méthode énergique que la guérison se fait moins attendre.

Les caustiques dont nous se sert le plus communément, le nitrate acide de mercure, à moins qu'il soit plus concentré que celui dont on se sert habituellement, et le crayon de nitrate d'argent n'ont qu'une très faible action dans cette forme d'ulcération. Mais le nitrate acide de mercure concentré aurait des inconvéniens; d'abord quelque soin que l'on prenne pour se servir d'un caustique liquide, il est difficile d'éviter toujours que les parois du vagin en soient atteintes, et l'on peut y déterminer des érosions graves qui viendraient encore compliquer la maladie qu'on a à combattre, et enfin si nous avons évité la salivation qu'on a observée dans quelques hôpitaux, c'est peut-être au peu de concentration de notre liquide que nous l'avons dû.

Il faut donc un caustique énergique, mais qui limite son action au lieu seul où on l'applique, qui puisse détruire les fongosités, et se propager jusqu'aux parties saines, qui enfin fasse passer l'affection à l'état d'érosion simple. Le caustique de Vienne solidifié, nous a donné tout le succès que nous pouvions espérer. Nous l'appliquons une ou deux fois au plus chaque semaine; cautériser plus souvent causerait de l'irritation, et il faut du reste donner à l'escarre le temps de se détacher. Quand la surface malade est modifiée, on remplace le caustique de Vienne par le crayon de nitrate d'argent; en même temps les douleurs et les troubles fonctionnels s'apaisent et cessent complètement.

Comme adjuvant, nous avons eu beaucoup à nous louer des tampons enduits de substances médicamenteuses, l'onguent mercuriel double, par exemple. Nous entourons le tampon d'une très petite couche de cette pommade; elle est absorbée par la surface ulcérée qui est en contact avec elle, et le liquide sécrété par l'ulcère s'infiltre dans la charpie qui agit dans ce cas à la manière d'une éponge et empêche cette matière de séjourner à sa surface.

Quant aux injections, nous employons de préférence les décoctions de feuilles de noyer, les injections acéto-alunées, de ratanhia et l'eau blanche. Les malades prennent en outre deux bains par semaine et sont soumises à un régime doux et au repos.

Nous n'avons jamais pensé que les saignées répétées puissent être utiles dans cette affection, malgré la tendance hémorrhagique de l'ulcération; aussi nous ne les employons que rarement. Une seule saignée faite largement est quelquefois nécessaire lorsque la malade est jeune, pléthorique et mal réglée; mais nous n'employons pas ce moyen contre la maladie elle-même qui guérit parfaitement par les cautérisations et le mode de traitement que nous venons d'indiquer.

OBSERVATIONS D'ULCÉRATIONS FONGUEUSE, VÉGÉTANTE, DU COL DE L'UTÉRUS.

1° ULCÉRATION LARGE, VÉGÉTANTE, FONGUEUSE DU COL, SAIGNANT FACILEMENT, AVEC ENGORGEMENT CONSIDÉRABLE, ÉCOULEMENT ET OBLIQUITÉ DU COL A GAUCHE.

Obs. IV. — B... (Marie), 23 ans, d'un tempérament nerveux et lymphatique,

---

forme escarpée et l'élévation de la chaîne qui sépare la principauté de Monaco de la vallée de Nice. Elles sont basses et à pentes adoucies; loin de remplir l'office d'une digue contre l'invasion du vent, ces légers accidens de terrains semblent au contraire s'abaisser pour lui livrer passage. Il y a, il est vrai, des montagnes élevées qui forment barrière au fond de l'horizon et se relient d'une manière plus ou moins directe avec le système qui couvre de sa protection la barrière de la campagne de Nice; mais elles sont trop éloignées des collines du premier plan, et par conséquent de la ville elle-même pour pouvoir s'opposer à l'invasion tumultueuse du mistral. S'il ne soufflait que quelques heures, l'atmosphère ne s'en ressentirait guère, et l'état des malades, sinon la santé des habitans n'en souffrirait pas. Cela ne se passe pas ainsi. Ce vent, qui règne le plus souvent pendant toute la durée d'une révolution diurne, exerce quelquefois ses violences dans la campagne et sur la ville pendant l'espace de neuf jours. On conçoit, sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans des détails, comment doit agir la persistance d'une telle influence. Une sorte de malaise, d'excitabilité nerveuse en résulte nécessairement, et si les habitans de Nice n'éprouvent pas d'inconvénient à vivre toute une semaine sous le souffle du vent de Provence, les malades du nord, qui ne sont pas habitués aux secousses de cette nature, en éprouvent naturellement une aggravation quelquefois très-grave dans leur situation.

Ici se présente une réflexion toute simple. Il ne s'agit plus de la topographie de la campagne, que les lecteurs doivent connaître suffisamment, mais de celle de la ville. Un faubourg, celui de la Croix-de-Marbre, a le privilége d'appartenir presque exclusivement aux étrangers. Sous le rapport de la beauté des maisons et de l'ampleur des rues, certainement ceux qui vont passer la saison d'hiver à Nice ne pouvaient mieux choisir; mais, sous un autre point de vue qui nous paraît le plus important, la mode, qui raisonne bien rarement si jamais elle raisonne, s'est assez complètement fourvoyée. L'élégant faubourg de la Croix-de-Marbre est situé du côté de la France, c'est-à-dire sur le passage du mistral, qu'il reçoit pour ainsi dire de première main. Rien ne le défend de cette attaque impétueuse. Il protége peut-être les quartiers centraux de la ville; mais, lui, rien ne le défend contre cette invasion. On opposera à cela que quelques maisons et même des rues tout entières sont orientées au sud-est, ce vent bienfaiteur de la vallée de Nice, et qu'elles se protégent elles-mêmes contre son antagoniste le nord-ouest. Mais, les malades qui vont respirer l'air à leur croisée ouverte doivent en éprouver l'influence, quoique d'une manière indirecte; et puis le plus grand nombre n'est pas assez faible pour se priver des bienfaits thérapeutiques de l'insolation sur la longue terrasse qui borde la mer. Or, la distance qu'il y a entre la terrasse et le faubourg livre longtemps et directement le malade aux secousses de cette espèce de tempête atmosphérique, inconvénient qui serait écarté s'il était logé de l'autre côté de l'éminence où s'élève le château, et au pied de cette barrière naturelle. Cependant, peu de personnes s'établissent dans cette partie de la ville. La mode a adopté presqu'exclusivement le quartier de la Croix-de-Marbre. Aux yeux des gens du monde et même de ceux qui sont malades, devant cette aveugle et puissante déesse, l'hygiène doit avoir tort.

Qui sait? si les bords de la mer n'offraient pas la vue d'un ravissant spectacle, si cette plage toujours bleue ne réjouissait pas les yeux, peut-être n'eût-on

est envoyée, à Saint-Lazare, le 17 juillet 1842. Cette jeune femme a eu un enfant dans le courant du mois de janvier dernier. Depuis cette époque, elle a presque toujours souffert dans le bas-ventre qui est ordinairement ballonné. Le toucher et le spéculum déterminent une douleur assez vive. L'ulcération a près de 3 cent. de diamètre; elle est comme boursoufflée avec un aspect fongueux et végétant, elle saigne au moindre contact. L'engorgement sur lequel elle repose a 4 cent. au moins de diamètre. Elle est accompagnée d'un écoulement blanchâtre, légèrement jaunâtre, très abondant. L'utérus est un peu abaissé et son col est déjeté à gauche. (Tampon enduit d'onguent mercuriel, injection de feuilles de noyer et cautérisation deux fois la semaine avec le nitrate acide de mercure.) Les pansemens sont faits régulièrement tous les jours. B... sort guérie de son ulcération le 15 novembre 1842, mais portant encore un engorgement du col assez considérable. La déviation du col est toujours la même; nous avons employé les éponges préparées que la malade à cause de son indocilité n'a pas gardées.

Rentrée, quatre mois plus tard, dans nos salles pour la même maladie, cette jeune femme fut soumise aux cautérisations avec le nitrate acide de mercure pendant cinq semaines; mais n'obtenant qu'une amélioration peu sensible dans l'état de l'ulcération, nous remplaçâmes le nitrate acide par le caustique Filhos dont nous nous servîmes une fois par semaine. Sous l'influence de ce traitement, l'ulcération se rétrécit et s'affaissa, prit bientôt un meilleur aspect, l'écoulement diminua, l'engorgement perdit de son volume et la malade sortit après sept semaines de traitement par ce nouvel agent thérapeuthique, aidé de bains et d'injections astringentes (décoction de ratanhia et feuilles de noyer).

2° ULCÉRATION TRÈS LARGE, BOURSOUFFLÉE, FONGUEUSE, AVEC ENGORGEMENT DU COL ET ÉCOULEMENT TRÈS ABONDANT.

OBS. V. — La nommée Joly (Maxence), âgée de 28 ans, entrée à Saint-Lazare le 29 août, pour une affection du col de l'utérus, ainsi que pour des chancres dont le siége est autour de l'urètre et à la fourchette. Cette femme a eu un enfant il y a huit ans. A cette époque, elle est venue à Saint-Lazare pour se faire traiter d'une ulcération.

Il y a dix-huit mois environ, elle a fait, sans cause appréciable, une fausse couche de quatre mois. Sur un col considérablement engorgé, on constate, le jour de son entrée, une ulcération très large qui occupe presque tout le museau de tanche; elle est boursoufflée, végétante et fongueuse, laissant échapper du sang au moindre contact et n'est point douloureuse au toucher. Des métrorrhagies viennent abondamment deux ou trois fois par mois, et dans l'intervalle il existe un écoulement purulent très abondant. La malade éprouve en outre des pesanteurs dans le bas-ventre, et des tiraillemens dans les lombes. Nous la soumettons à un traitement antisyphilitique par les pilules de proto-iodure, aux cautérisations avec le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent, l'acide chlorhydrique et aux injections de feuilles de noyer; elle est ainsi traitée jusqu'au 13 novembre; à cette époque, l'ulcération est toujours la même, l'écoulement toujours abondant, les hémorragies persistent; nous essayons alors les cautérisations avec le caustique de Vienne solidifié. L'ulcération, après deux cautérisation, est moins boursoufflée, mais toujours fongueuse et saignante; l'engorgement a peu diminué. Même traitement jusqu'au 12 décembre. Voulant combattre en même temps, l'engorgement par des révulsifs cutanés, nous appliquons sur le sacrum un emplâtre de poix de poix de Bourgogne saupoudré de 4 grammes de tartre stibié.

Dans les premiers jours de janvier, l'ulcération diminue de largeur et est moins boursoufflée; l'engorgement a également sensiblement perdu de son volume. Le 25 janvier, cette femme n'était pas parfaitement guérie, mais l'un de nous a pu l'observer encore un mois après sa sortie de l'hôpital et la perdit de vue au moment où elle était entièrement guérie.

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de donner un plus grand nombre d'observations d'ulcérations de nature fongueuse; nous ferons seulement observer qu'en comparant les cas traités par le nitrate acide de mercure, l'acide chlorhydrique, etc., et ceux qui l'ont été par le caustique de Vienne solidifié, nous avons obtenu avec ce dernier agent d'excellens résultats; ainsi tandis qu'avec les caustiques liquides nos malades restaient à Saint-Lazare quatre, cinq et six mois; avec le caustique de Vienne elles n'ont resté en traitement que trois mois au plus. Nous terminerons ce chapitre par une remarque importante, c'est que les alcalis devenus solides, après avoir perdu toute l'humidité qu'ils contenaient, leur mode d'action est beaucoup plus prompt; ils acquièrent la propriété de détruire rapidement, d'exciter et de changer le mode de vitalité des surfaces qu'ils touchent, tandis que les alcalis ordinaires réduisent en putrilage les muqueuses sur lesquelles on les applique.

ULCÉRATION GRANULÉE DU COL.

Cette ulcération se place par ordre de fréquence à la suite des ulcérations fongueuses du col.

Cette affection, qui n'est pas un symptôme grave, ne donne le plus souvent lieu à aucune douleur, à moins qu'elle ne soit accompagnée d'engorgement, ce qui est rare, parce qu'elle se rencontre le plus ordinairement chez les multipares dont le col offre une certaine résistance aux causes qui tendraient à se développer.

Cette ulcération est caractérisée, au début, par de petits points granuleux semblables à ceux que l'on voit dans la conjonctivite granuleuse; ils sont à peine saillans, deviennent très promptement confluens et s'ulcèrent. Ces petites granulations ne sont formées que par les cryptes muqueux dont la muqueuse du col est le siége.

Cette affection est en général superficielle, et elle est nettement circonscrite par une ligne circulaire qui tranche sur le reste du col qui est sain. Elle occupe le plus souvent les deux lèvres; cependant elle est parfois bornée à la lèvre supérieure ou à l'inférieure; elle est d'un rouge assez vif, qui tranche avec la partie du col non ulcéré; faisons observer que cette couleur n'a jamais, comme dans l'ulcère précédent, une nuance violette; mais son caractère primitif est d'offrir un aspect grenu. Cette ulcération saigne quelquefois, quand on veut enlever le mucus transparent qui recouvre cette surface granulée. Ce liquide visqueux, qui enduit d'une manière régulière la surface ulcérée et s'infiltre entre chaque granulation, donne à cet ulcère une tout autre apparence, avant que l'on ait détergé; c'est même un caractère auquel, de prime abord, on peut reconnaître ce genre d'affection. Lorsqu'on découvre, avec le spéculum, le col affecté d'ulcère granulé, il est recouvert d'un enduit opalin répandu également sur toute la surface, ce qui lui donne une apparence lisse et unie; cet enduit est peu épais, mais il adhère fortement, attaché qu'il est entre les granulations; on ne peut l'enlever qu'en s'y reprenant plusieurs fois avec les pinceaux de charpie, ou quelques injections poussées avec force; alors l'ulcère se montre à nu, quelques points irrités par les tentatives qu'on a faites sont saignans; et, nous le répétons, si on n'avait le soin d'absterger avec précaution le col de tout le liquide consistant dont il est enduit, on ne pourrait reconnaître cet aspect granulé et cette couleur rouge, caractères de ce genre d'ulcère.

Cette affection a ordinairement une assez longue durée; pourtant les femmes qui en sont atteintes ne dépassent guère un séjour de deux mois à St-Lazare.

---

pas construit cette longue et chaude terrasse, où se concentre le rayonnement du soleil du midi, et où les malades vont s'asseoir. On sait combien l'action solaire s'exerce avec puissance sur les affections de poitrine; on n'ignore pas que bien des phthisies ont été amendées et peut-être arrêtées dans leur développement sous l'influence de cette thérapeutique si simple et si puissante; eh bien! si la mer eût été moins belle dans ces parages, peut-être l'idée de cette construction ne fût pas venue à ceux qui l'ont ordonnée, et l'hygiène de la poitrine eût manqué à Nice, cette ville d'élection des poitrinaires, d'un de ses auxiliaires les plus précieux.

La question de la température est d'une grande importance sous le rapport des conditions de l'air et des lieux. Celle de Nice n'est pas au dessous de la réputation qu'on lui a donnée. Elle se constate d'ailleurs par la flore du pays, où se trouvent des espèces qui appartiennent aux campagnes des provinces les plus méridionales de l'Italie. Le vent du sud-est, dont j'ai peut-être trop longuement parlé, est la cause qui règle en quelque sorte la température; c'est par lui que les limites extrêmes du thermomètre se rapprochent, si je puis ainsi dire, de manière à mitiger les chaleurs de l'été comme les froids violens de l'hiver. Il y a sans doute des exemples, et des exemples assez nombreux, de ces saisons assez rigoureuses pour détruire, par exemple, les citronniers et les orangers; mais ils sortent de la règle commune, ils sont pour ainsi dire en dehors des habitudes du climat. Rarement, en effet, le thermomètre descend en hiver à 2 degrés au dessous de zéro, et quand cela arrive, il est rare qu'il se soutienne longtemps à cette limite inférieure; en général, le froid intense n'est qu'un accident passager. Les oscillations thermométriques sont assez fréquentes à Nice. Dans les pays méridionaux, on sait qu'il y a une foule de causes qui amènent ce résultat. Ne fût-ce que l'état électrique de l'atmosphère qui produit les orages violens dont les climats septentrionaux ne présentent que des exemples très affaiblis, ne fût-ce même que le voisinage de la mer, qui est une source constante de vapeurs et par conséquent de brume et de pluies, cela suffirait pour rendre compte de ces changemens d'état du ciel qui sont assez brusques et se répètent assez souvent dans toutes les saisons. L'observation directe des phénomènes ne le démontrerait pas que la vue de la population, qui porte le cachet caractéristique de cette influence, le ferait reconnaître d'une manière assez nette, assez précise pour ne pouvoir pas en douter.

La population de Nice présente en effet cette physionomie impressionnable, mobile, vive qui se remarque dans certaines populations de l'Italie. On voit aisément que le système nerveux jouit dans ces natures d'un surcroît d'activité qui ne se retrouve pas sous un ciel brumeux et dans les pays septentrionaux. La chaleur détermine, développe l'activité du système nerveux; mais lorsque cette impression domine, l'activité nerveuse se combine avec un caractère d'indolence, d'abandon qui se voit quelquefois aussi dans certaines régions de la Péninsule. Toutefois, quand l'atmosphère est changeante, qu'il y a une certaine mobilité dans la constitution, l'organisme des habitans devient l'expression du milieu dont il reçoit les influences. Et voilà pourquoi les populations qui vivent sous un ciel à la fois riant et capricieux, qui passent subitement de la sensation d'une haleine fraiche et douce à celle d'une sorte de tempête atmosphérique; voilà pourquoi ces populations ont des mouvements si vifs et une physionomie si mobile qu'elle devient leur caractère dominant aux yeux de l'observateur.

Faut-il, ainsi que M. Gibert, regarder cette affection comme essentiellement inhérente au virus syphilitique, et la considérer comme une affection consécutive secondaire? Nous ferons observer d'abord que nous avons rencontré ce genre d'ulcération chez de jeunes filles qui n'avaient encore présenté aucun symptôme syphilitique, et que si nous l'avons vu très fréquemment, à St-Lazare, il accompagnait aussi bien des accidens primitifs que des phénomènes secondaires; nous croyons même pouvoir signaler l'absence de cette affection accompagnant des syphilides, qui, au reste, comme nous l'avons dit, sont peu fréquentes dans notre service. Enfin, nous ajouterons que, chez les malades atteintes de cette affection seule, nous n'avons pas cru devoir employer de traitement mercuriel, et que la guérison ne s'en est pas moins bien opérée, sans accidens consécutifs.

M. Gibert a préconisé comme topique, et avec succès, l'alcoolé tannique et la teinture alcoolique de noix de galle préparée par la méthode de déplacement, et la plupart de ses malades ont été soumises à un traitement mercuriel.

Pour nous, nous pensons qu'une cautérisation peu énergique est nécessaire. Aussi employons-nous la cautérisation avec la pierre infernale, qui, quoi qu'on en ait dit, nous a paru utile. Nous nous servons rarement, dans ce cas, du tamponnement quotidien; nous donnons la préférence aux injections astringentes (feuilles de noyer, sous-acétate de plomb liquide); le repos de l'organe, bien entendu, est indispensable, et nous conseillons, en pareil cas, un exercice modéré, un régime doux et des bains deux fois la semaine.

OBSERVATION D'ULCÉRATION GRANULÉE DU COL, AVEC ENGORGEMENT.

Obs. VI. — Nienitaine (Léontine), entrée à St-Lazare le 26 janvier 1842, à 19 ans; elle est d'une bonne constitution. Cette malade vient à l'hôpital pour la première fois, et est accouchée depuis quelques mois seulement; sur le col de l'utérus, qui est engorgé légèrement, nous constatons une ulcération granulée de 2 centimètres de diamètre, que nous n'avons reconnue que lorsque le liquide visqueux qui en recouvrait la surface a été bien enlevé. Les granulations sont alors bien manifestes, et la coloration générale de la surface malade est d'un rouge vif. (Injections d'eau de guimauve; cautérisation deux fois la semaine avec le nitrate d'argent solide; bains, etc.)

Dans le courant du mois de février, on remplace les injections émollientes par des astringens, et l'ulcération et l'engorgement diminuent sensiblement.

La malade sort complètement guérie le 1er avril 1843.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

OBSERVATIONS SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉGNÉ PENDANT LES MOIS DE DÉCEMBRE 1841 ET DE JANVIER 1842 DANS LA CASERNE DU CORPS DE GENDARMERIE DE LA VILLE DE STOCKHOLM; par MAGNUS HUSS, professeur de la clinique médicale à l'École de médecine de Stockholm.

(Suite. — Voir les numéros 15, 16, 21 et 23.)

Les diverses circonstances de cette épidémie sur lesquelles il me reste à fixer l'attention des lecteurs sont: 1° *les variétés*; 2° *les complications*; 3° *les maladies consécutives*; 4° *l'issue et le pronostic*; 5° *les causes*; 6° *la nature de la maladie*; 7° *le traitement*, et 8° *la durée*.

1° VARIÉTÉS.

Indépendamment des cas appartenant aux trois formes principales qui ont été décrites, et qui constituaient la grande majorité du chiffre total des malades, il s'en est présenté çà et là quelques-uns dans lesquels les symptômes de ces différentes formes étaient tellement confondus qu'on se trouva plusieurs fois dans une très grande incertitude pour les classer. Dans quelques cas, par exemple, il y avait tout à la fois dès l'origine des phénomènes de congestion à la tête et du délire, comme dans la première forme, et les symptômes abdominaux caractéristiques de la troisième. Dans d'autres cas, au contraire, les symptômes cérébraux prédominaient exclusivement pendant les premiers jours de la maladie, puis les symptômes abdominaux apparaissaient seulement après le quatrième ou le cinquième jour. Il faut observer aussi que parmi les malades restés à la caserne il y eut un nombre assez considérable de *formes abortives*, dans lesquelles, avec ou sans prodrômes, la maladie durait deux ou trois jours, puis cessait tout à coup après l'emploi d'une saignée, d'un vomitif ou d'un laxatif, sans passer par les phases ordinaires de la seconde période et de la convalescence. Nous n'avons observé que trois cas de cette forme abortive à l'hôpital. Ils n'ont pas été compris dans le relevé général. Dans ces trois cas, la maladie débuta absolument de la même manière que dans ceux où elle parcourait toutes ses phases; dans l'un d'entre eux même il y eut une éruption complète d'érythème typhoïde, et dans un second une éruption de purpura; malgré cela la guérison s'établit chez le premier de ces malades dès le cinquième jour, et chez le second le quatrième jour.

2° COMPLICATIONS.

Cette épidémie est remarquable en ce qu'elle a été presque exempte de complications. On ne peut guère admettre comme telles en effet que les congestions aux bronches et aux poumons qui se sont manifestées chez 9 sujets dont 5 appartenaient à la première catégorie et 4 à la troisième. Cette complication n'a pas influé du reste sur la marche de la maladie autrement qu'en ralentissant un peu la convalescence. Dans un des cas où elle a eu lieu la crise s'est opérée par une évacuation abondante de mucosités bronchiques. On peut aussi reconnaître comme complication l'existence de tubercules pulmonaires qui a été constatée sur trois sujets. Nous ferons à cet égard une remarque, c'est que les hommes de ce corps atteints de tubercules pulmonaires, et qui étaient en très grand nombre, semblaient en général ressentir moins vivement l'influence de la maladie régnante que les hommes qui jouissaient de la plénitude de leur santé. Au nombre des complications, on peut comprendre encore, sous certains rapports, les apparitions d'abcès, de parotides, d'escarres, etc.

3° MALADIES CONSÉCUTIVES.

Il n'y a eu que très peu de maladies consécutives. Voici en résumé les seules que nous ayons constatées.

A. SURDITÉ. Deux sujets conservèrent après la convalescence une ex-

---

Sans doute les malades délicats, ceux qui souffrent de la poitrine, ne doivent pas se trouver bien de ces bizarreries. Mais Nice est un des climats les moins inconstans de notre Europe, et il mérite donc de compter parmi ceux sur qui s'arrêtent les préférences. Il y a d'ailleurs dans tous les lieux, quelque salubres qu'ils soient, quelque hygiéniques qu'ils paraissent, des conditions contraires aux maladies qu'ils semblent pouvoir guérir. Il serait difficile de mettre Nice en dehors de la règle générale.

Mes pérégrinations en Italie touchent à leur fin; mais ne serais-je pas incomplet si je ne parlais pas d'Hyères, qui est la ville rivale de Nice, et où croît aussi l'oranger? Ce sera ma dernière station; j'espère donc que mes lecteurs voudront encore m'y suivre.

ED. C.

— En annonçant, dans notre dernier numéro, la nomination de M. Jobert (de Lamballe) à la place de chirurgien de l'Hôtel-Dieu, laissée vacante par la mort de M. Breschet, nous n'avions pas été informé des circonstances fâcheuses qui ont forcé notre honorable confrère à ne pas accepter ce poste, si en rapport avec ses talens et sa réputation. Il paraîtrait que le conseil des hôpitaux aurait réduit notablement l'étendue et l'importance du service, et, ce qui est surtout à regretter, aurait mis pour condition que M. Jobert ne ferait ni applications publiques du spéculum, ni leçons cliniques quelconques. On conçoit que l'honorable chirurgien ait préféré conserver son service chirurgical de St-Louis, où il continuera à faire, au grand avantage de la science et des élèves, ce qui lui serait interdit à l'Hôtel-Dieu. Il est à désirer que le conseil général, d'habitude si libéral et si éclairé dans ses décisions, revienne sur celle qu'il a prise à l'égard de M. Jobert.

— Nous répondrons dans notre prochain numéro à la lettre que la GAZETTE MÉDICALE BELGE a adressée à la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

— VOYAGE MÉDICAL DANS L'AFRIQUE SEPTENTRIONALE, ou de l'Ophthalmologie considérée dans ses rapports avec les différentes races, contenant: 1° l'histoire, les mœurs, la constitution physique et morale des différentes races qui habitent l'Afrique française; 2° des considérations anatomiques et physiologiques sur l'œil, suivant les races; 3° les causes, la nature et le traitement des maladies oculaires qui règnent en Afrique; 4° l'indication des moyens hygiéniques et thérapeutiques pour prévenir ou guérir ces maladies; suivi d'une Appréciation analytique de la médecine chez les Arabes; par le docteur S. FURNARI, chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur et du mérite civil de François Ier des Deux-Siciles, membre de l'Académie royale des sciences de Naples, de la Gioenia de Catane, de la Société de médecine de Palerme, de Marseille, etc. — 1 vol. in-8. Prix: 5 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

trême dureté de l'ouïe; tous deux appartenaient à la forme cérébrale. Ils furent guéris, l'un par l'électricité, l'autre par le camphre introduit dans le conduit auditif, et l'usage de l'arnica à l'intérieur.

B. Douleurs et sensibilité dans les pieds et les jambes. Au commencement de la convalescence, divers sujets, ceux surtout qui avaient les congestions les plus fortes à la tête se plaignirent de douleurs aux pieds et aux jambes; le plus souvent ces douleurs se dissipèrent à mesure que la convalescence avançait; mais chez deux sujets cet état continua, quoique d'ailleurs ils fussent en pleine santé; ces deux accidens exigèrent une prolongation de traitement.

C. Atonie dans le canal intestinal. Cet état se manifesta de deux manières : ou bien le malade avait du dégoût pour les alimens, ou bien il pouvait les manger, mais il les digérait mal et les rendait peu de temps après dans un état de décomposition plus ou moins avancée, mais toujours incomplètement digérés. Cela eut lieu dans trois cas de la seconde forme et dans un cas de la troisième. Dans ces circonstances, les forces s'affaissaient plutôt qu'elles n'augmentaient, et la convalescence s'arrêtait. Le remède qui se montra le plus efficace pour combattre cette affection fut le fer joint à la noix vomique.

D. Œdème aux jambes. Il apparut chez plusieurs sujets, particulièrement dans les cas où l'activité du cœur, dans le cours de la deuxième période de la maladie, avait été tellement affaiblie que le premier bruit ne pouvait plus être constaté, ou était à peine perceptible, ou bien encore dans les cas où la diarrhée avait abattu les forces. Cela n'exigea aucun autre traitement spécial que l'emploi des toniques en général.

E. Paralysie de la vessie. Elle continua pendant la convalescence chez deux sujets dont l'un appartenait à la première forme et l'autre à la troisième, et qui avaient, dans le cours de la maladie, souffert de rétention d'urine, ce qui avait nécessité l'emploi du cathéter. Le mal fut guéri par les toniques ordinaires agissant sur la vessie.

4° issue et pronostic.

Quant à l'issue, il a été déjà précédemment exposé que de 64 malades qui furent traités pendant l'épidémie, 62 revinrent à la santé, et 2 seulement succombèrent; le retour à la santé se manifesta donc comme la règle et la mort comme l'exception; la mortalité formant 3 7/31 pour 100. — Pour les cas terminés par le retour à la santé, je veux seulement résumer ce que j'ai déjà exposé dans la description partielle des formes. Quant aux crises et à la terminaison par lysis, des crises significatives eurent lieu dans 29 cas, des crises moindres dans 7 cas et la lysis dans 25. Une tendance prédominante à la provocation de phénomènes critiques paraît ainsi avoir été un des traits principaux de cette épidémie. L'état des crises spéciales mérite la peine d'être ici rappelé dans un tableau général.

CRISES SIGNIFICATIVES.

Jours de la maladie.	Sommeil.	Sommeil et transpiration.	Sommeil et urine.	Sommeil, transpiration et urine.	Transpiration.	Transpiration et urine.	Urine.	Totaux.
9e	5	»	»	»	»	1	»	6
10e	»	1	1	»	»	»	»	2
11e	1	2	1	»	4	»	3	11
12e	»	1	»	»	»	»	»	1
13e	»	1	»	1	»	1	»	3
14e	»	»	»	»	3	1	2	6
	6	5	2	1	7	3	5	
	29							

La conclusion de ce tableau est sans doute que le plus grand nombre de crises a eu lieu le onzième jour et après cela le neuvième et le quatorzième jour; mais il en résulte en même temps aussi que durant tous les jours à partir du neuvième jusqu'au quatorzième, les crises s'opérèrent quoique la différence des jours prouve les différences de propension à leur apparition. La crise par transpiration, soit que celle-ci vint seule, soit qu'elle fût réunie au sommeil ou à l'augmentation d'évacuation urinaire, se manifesta dans 15 cas, par conséquent dans plus de la moitié; puis vient le sommeil seul ou aidé de la transpiration ou de l'évacuation urinaire, qui apparut dans quatorze cas, etc., etc. Je m'abstiens de tirer de ce tableau les autres conclusions qu'il renferme; le lecteur lui-même peut les déduire.

Les 7 cas où la crise ne peut pas être considérée comme complètement décisive présentent les circonstances qui suivent.

CRISES MOINS SIGNIFICATIVES.

Jours.	Transpiration.	Spūtum.	Parotides.	Formation d'abcès.	Totaux.
14e	»	1	»	1	2
16e	»	»	1	»	1
17e	1	»	1	»	2
20e	»	»	»	1	1
42e	»	»	»	1	1
	1	1	2	3	
	7				

Ce qui concerne spécialement ces cas se trouve mentionné dans l'histoire nosographique des trois formes.

Quant aux 25 cas qui passèrent à la santé par lysis et aux deux cas qui ont eu pour résultat la mort, il faut se reporter à ce qui en a été exposé précédemment.

Si l'on veut déterminer le pronostic seulement d'après le rapport des guérisons aux morts, on peut tirer cette conclusion que l'épidémie était bénigne, et qu'ainsi le pronostic, considéré généralement, était favorable. On peut, avec raison, adopter cette conclusion pour l'ensemble de l'épidémie; mais, au contraire, si l'on prend séparément chacun des cas, il s'en trouve dont les symptômes peuvent être regardés comme indiquant habituellement un pronostic grave. A cette catégorie appartiennent, par exemple, le violent délire avec photophobie ou contraction des pupilles, l'érythème typhoïde abondant et bleu, le delirium mussitans, avec pouls excessivement faible, la tension et la sensibilité du ventre à la pression, avec évacuations involontaires, la rétention ou l'incontinence d'urine, etc. Peut-être est-ce grace au traitement que la guérison a eu lieu, malgré des signes si défavorables; mais si l'épidémie, considérée dans son ensemble, a eu un caractère bénin, si elle s'est terminée comme règle par la guérison, la cause principale doit, selon moi, en être attribuée à ce que les malades, à peu d'exceptions près, ont été immédiatement, ou dans les trois premiers jours de la maladie, conduits à l'hôpital, et se sont trouvés ainsi soustraits aux influences sous lesquelles la maladie avait été engendrée. C'est précisément cet éloignement du foyer où la maladie a d'abord éclaté et d'où ensuite elle s'est étendue, qui modifie essentiellement la nature de la plupart des maladies épidémiques; le plus ordinairement le déplacement rend la maladie plus bénigne. Cela est surtout facile à constater quand une épidémie est limitée à de petites localités, telles qu'une caserne, une fabrique, etc. Il est dans la nature même des choses qu'il en soit ainsi; car plus longtemps une cause de maladie (ici c'étaient des miasmes) continue à agir même après que la maladie a éclaté, plus intenses doivent être les symptômes, et par conséquent plus chanceuse doit être l'issue. En conséquence, je considère que, si ces malades eussent été traités à la caserne, les résultats, quant à l'issue, n'eussent pas été les mêmes, et qu'ainsi ce qui a surtout contribué à amener une issue généralement heureuse, c'est le transport des malades de la caserne à l'hôpital.

5° causes.

L'âge des malades était pour 4, de 19 ans; pour 19, de 20 à 25 ans; pour 20, de 25 à 30; pour 12, de 30 à 35; pour 6, de 35 à 40; pour 3, de 40 à 53; aucun au dessus; il se trouve donc que la majeure partie, c'est-à-dire 33, étaient âgés de moins de 30 ans, et que 21 seulement étaient entre 30 et 53. Cependant, ne possédant pas de documens sur l'âge de tous les individus qui servent au corps, je ne puis pas dresser de tableau exact sur la susceptibilité relative d'après les différens âges. La manière de vivre et les occupations étaient les mêmes pour tous; la caserne est située dans un bas-fond; les logemens sont de grandes salles

hautes de 7 aunes, chacune formant chambre commune pour 44 personnes, disposées de telle sorte que deux personnes couchent ensemble dans le même lit; toutes les chambres sont particulièrement humides, surtout en automne. Le service consiste principalement à faire de deux nuits l'une, des patrouilles depuis dix heures du soir jusqu'à quatre heures du matin. Les vêtemens sont bons; la nourriture est particulièrement bonne, fortifiante et abondante. L'état sanitaire de ce corps a été, pendant les cinq à quatre dernières années, constamment bon; il ne s'y était pas montré de traces d'épidémie; les maladies qui étaient survenues n'avaient été qu'accidentelles et différentes, selon les saisons.

Comme préambule à l'exposition de cette épidémie, j'ai précédemment cité les circonstances qui occasionnèrent l'invasion de la maladie : c'est que les hommes qui, à peu d'exceptions près, presque chaque matin, pendant le cours de plus de deux mois, rentraient au logis mouillés jusqu'aux os, séjournaient ensuite dans une atmosphère humide; car les vêtemens étaient mis sécher dans les logemens, et pour hâter cette opération, on élevait la température des chambres. C'est à l'action de cette humidité, aussi bien sur la surface du corps que sur les organes intérieurs, au moyen de l'aspiration, qu'il faut attribuer la cause de l'invasion de l'épidémie. En même temps que la grande humidité de l'air respiré, il faut aussi faire entrer en ligne de compte les exhalaisons des hommes entassés dans les chambres; et, comme on n'en renouvelait pas l'air à cause de la bonne température qu'il fallait maintenir pour sécher les vêtemens, l'air dut se charger de plus en plus de substances nuisibles et irrespirables; les miasmes résultant de ce concours de circonstances, ayant acquis leur summum d'intensité, devinrent à leur tour une nouvelle cause provocatrice de l'épidémie. Ceux des hommes qui étaient le plus susceptibles d'être impressionnés par ces miasmes tombèrent les premiers malades au commencement de l'épidémie, et en furent plus violemment atteints; mais dès que l'autorité, ayant eu l'éveil sur les circonstances qui provoquaient la maladie, les eut fait changer, l'épidémie perdit aussitôt de son intensité et de son caractère envahissant, jusqu'à ce qu'enfin les miasmes, ayant été dispersés, perdirent complètement leur aptitude à provoquer la maladie.

Je ne puis déterminer jusqu'à quel point ces miasmes, au moment où l'épidémie était à son apogée, prirent dans la caserne le caractère de contagion; mais, à l'hôpital, il ne se montra chez les sujets aucun cas de nature contagieuse; tous ces malades furent placés pêle-mêle avec les autres malades, qui étaient traités simultanément à l'hôpital, sans qu'aucun de ces derniers ait gagné la maladie. En admettant, comme chose possible, qu'un foyer de contagion ait existé à la caserne, cette contagion s'est dissipée ou a perdu sa force par le transport des malades à l'hôpital.

Il n'y a pas de rapport à établir entre le degré de susceptibilité des hommes à contracter la maladie et le temps qu'ils avaient passé au service; il semble au contraire que cette susceptibilité était la même chez ceux qui n'étaient au service que depuis quelques semaines ou quelques mois, que chez ceux qui avaient déjà servi plusieurs années.

Quant aux tempéramens ou à la propension différente des diverses constitutions à être affectées par les miasmes, je ne suis pas plus en état de m'en expliquer; ces circonstances semblent seulement avoir eu quelque influence pour déterminer chez les malades le développement de la maladie sous telle forme ou sous telle autre; c'est ce dont je vais parler plus au long.

6° ESSENCE.

Si on prend la présence des miasmes comme point de départ pour la détermination de l'essence de cette maladie, on pourra, sans trop de difficultés, arriver à établir ce qu'elle était. Les miasmes engendrés par la réunion des circonstances que nous venons de mentionner, durent, dans le premier instant, exercer leur influence sur les organes de la respiration et sur leurs fonctions, c'est-à-dire sur le travail de formation du sang. Il n'est pas de raisonnement qui puisse détruire cette assertion : que des miasmes, qu'ils soient répandus dans l'atmosphère libre ou dans l'air renfermé d'une chambre, doivent nécessairement commencer, au moyen de l'atmosphère, par arriver à la communication la plus proche et la plus intime avec le tissu des poumons, là précisément où s'opère la plus importante de toutes les opérations dynamico-chimiques de la vie, la transformation du sang veineux en sang artériel, de l'état où il est inapte à la nutrition à l'état où il devient propre et apte à cet acte. Quand, par exemple, après une aspiration de vapeurs arsenicales, on trouve le sang à l'état de décomposition, et qu'au moyen de réactifs chimiques on retrouve l'arsenic dans ce liquide, on ne peut mettre en doute qu'il y a analogie entre les deux cas, et que les miasmes peuvent être recueillis par la même voie. Il est bien vrai que nous ne possédons pas de moyens à l'aide desquels on puisse apprécier matériellement ces miasmes, soit avant, soit après leur absorption, nous n'en voyons que les effets; mais, d'après ces effets, nous pouvons et nous devons nous considérer, par analogie, comme suffisamment fondés à tirer des conclusions, sinon tout à fait positives, du moins qui approchent plus ou moins de la certitude.

Qu'il me soit permis de citer ici un autre exemple de la faculté qu'a le sang de recueillir par les poumons des substances gazeuses : j'ai fait respirer de la vapeur de térébenthine à des personnes qui souffraient de maladies des organes de la respiration, et j'ai trouvé après cela que l'urine était imprégnée de la même odeur que si ce remède avait été introduit par l'estomac.

Je passe ici sous silence bien d'autres exemples qui tous s'accordent pour établir que le sang absorbe par cette voie et s'assimile les diverses substances gazeuses qui, par l'aspiration, viennent à être mises en contact avec les réseaux capillaires des poumons. Le phénomène est le même pour des miasmes qui sont aspirés par une personne en bonne santé, et qui passent dans le sang. D'après les effets qui résultent d'une absorption de cette nature, nous reconnaissons que ces miasmes sont de qualité et de nature différentes; tels miasmes amènent une maladie, tels autres amènent une autre maladie, quoique nous ne sachions pas complètement en quoi et comment ils diffèrent dans leur composition et dans leurs parties intégrantes; toutefois, des miasmes engendrés sous l'empire de circonstances toutes différentes peuvent aussi produire des effets parfaitement identiques. Je puis là-dessus citer un exemple tiré des annales mêmes de l'hôpital : parmi les ouvriers employés, il y a quelques années, dans les mois d'août et de septembre, aux travaux de creusement d'un canal dans le parc royal, près de Stockholm, il se déclara une fièvre épidémique typhoïde, laquelle, dans ses symptômes et dans sa marche, avait la ressemblance la plus grande avec celle qui a frappé les corps de gendarmerie de Stockolm, et que je décris ici : ce sont les exhalaisons d'un sol nu et marécageux qui, dans un cas, avaient engendré les miasmes; et c'est un air renfermé, surchargé d'humidité, qui, dans le second cas, a produit des résultats identiques. Si l'on admet actuellement, comme il est constant, que des miasmes se sont formés dans la caserne dont il est question, comme aussi que ces miasmes ont été recueillis par la masse du sang; alors il devient nécessaire de répondre à la question suivante : Quels changemens se sont manifestés dans le sang par suite du mélange d'une substance qui lui était étrangère? Ces changemens se montrent à l'observation sous deux aspects : 1° changement dans la composition; 2° dans les qualités vitales. Quant aux premiers, il n'a pas été fait, il est vrai, d'analyse chimique du sang; mais, dans tous les cas où la saignée fut pratiquée, le sang s'est montré, dans ses qualités physiques, éloigné de son type normal, en ce que la quantité de sérum était minime et le caillot plus ou moins décomposé depuis cet état où une légère pression du doigt en déterminait la séparation jusqu'à celui où il formait lui-même, sans qu'on lui imprimât aucun mouvement, un magma en bouillie. Le sang n'avait donc plus sa cohésion naturelle, il était décomposé, et la cause de cette dissolution était l'amoindrissement de la proportion de fibrine. Quant aux changemens dans les qualités vitales du sang, ils se manifestèrent par les symptômes nerveux qui étaient le résultat du dérangement des fonctions du cerveau. Il faut toutefois rappeler ici que les miasmes possèdent aussi, selon toute vraisemblance, une influence qui leur est propre sur le système nerveux, mais que cette influence doit pourtant avoir le sang pour intermédiaire et comme conducteur pour arriver à ce système. Que des substances étrangères qui, par une cause quelconque, se mêlent au sang, agissent sur l'innervation, etc., c'est une chose qui est péremptoirement démontrée par cette expérience toute simple et bien constatée (pour ne pas parler de bien d'autres) qu'en injectant une solution d'opium dans une veine quelconque chez un animal, il en résulte les mêmes phénomènes narcotiques que si l'opium était introduit dans l'estomac. L'innervation pâtit aussi lorsque le sang est altéré dans sa composition et sa quantité, sans survenance de quelque substance étrangère : après des pertes de sang considérables, par exemple, apparaissent le délire, le sopor et le coma; combien de symptômes nerveux ne se présentent-ils pas dans la chlorose, où la portion aqueuse du sang est augmentée et où la quantité des globules est amoindrie, etc., etc.!

Me fondant sur ce qui précède, je crois pouvoir avancer que : *l'essence de cette épidémie consistait dans l'altération du sang, aussi bien dans sa composition physique que dans ses qualités vitales, ce qui était une suite immédiate des miasmes recueillis par le sang*. Avant de quitter ce sujet, il est encore quelques points qu'il faut toucher. Il convient d'abord de dire pourquoi, pour parvenir à préciser l'essence de l'épidémie, on ne s'est pas attaché aux changemens pathologico-anatomiques.

Comme sur 60 cas il n'y en a eu que 2 qui se soient terminés par la mort, je n'ai pas cru pouvoir tirer de conclusions d'un aussi petit nombre

de faits. Les phénomènes anatomiques dans ces deux cas ont été d'ailleurs semblables entre eux, comme ils l'ont été aussi aux résultats anatomiques des fièvres typhoïdes en général. Le sang décomposé, la rate en bouillie, le cœur flasque, ratatiné, sont des faits qui se produisent fort communément. Quant au gonflement des glandes intestinales, il se trouve bien dans les 2 cas; mais il n'en faut pas du tout conclure que ces glandes, dans tous les cas qui se sont terminés par le retour à la santé, aient été affectées d'une manière ou d'autre. Tout ce qu'on peut admettre en se fondant sur les observations que fournit un nombre très considérable de fièvres semblables, c'est que plus les symptômes abdominaux étaient apparens, plus aussi les altérations des glandes intestinales étaient prononcées. On peut donc dire avec toute vraisemblance que ces glandes ont été ulcérées dans les cas les plus graves de la deuxième forme, tandis que dans la troisième forme elles n'étaient que gonflées, et que dans la première forme principalement elles n'ont été que peu ou point affectées. Tout cela ne doit pourtant être regardé que comme des suppositions; aussi ne crois-je pas devoir entrer dans de plus grands développemens sur la signification de cette affection des glandes intestinales, non plus que sur le rapport qui peut exister entre cette affection et la cause provocatrice de l'épidémie, les miasmes. Il faut encore faire mention, ne fût-ce qu'en passant, de la corrélation qui existe entre l'essence de l'épidémie telle qu'elle vient d'être expliquée et l'ensemble des symptômes en général. Quand une substance nuisible à l'organisme passe dans l'organisme par une voie quelconque, que ce soient des miasmes, un contagium, un poison substantiel, etc., il arrive toujours que, plus ou moins vite, au bout d'un temps plus ou moins long d'incubation, il s'opère une réaction contre les influences nuisibles de cette substance, réaction qui exprime les efforts de l'organisme, non seulement pour neutraliser cette substance, mais encore pour s'en débarrasser, comme d'un ennemi qui menace son existence. Les symptômes par lesquels se manifeste cette réaction sont différens, et cette différence dépend de celle des propriétés intimes de l'agent ou de la substance nuisible. Pour citer seulement des exemples pris dans les miasmes, nous voyons des manifestations différentes après les miasmes typhoïdes, après ceux qui engendrent la rougeole, la fièvre scarlatine, le choléra, etc. Il est probable que ces différences ne pourraient être expliquées, lors même que nous aurions connaissance de la composition différente et des parties intégrantes de ces miasmes. La réaction, ou, si je puis m'exprimer ainsi, le travail de répulsion par lequel les influences des miasmes sur l'organisme ont été détruites, s'est manifesté dans l'épidémie actuellement soumise à notre examen par un état de fièvre continue, par différens symptômes nerveux, érythème à la peau, et dans la plupart des cas par des sécrétions exagérées de la membrane muqueuse des intestins, comme aussi par des évacuations critiques par différentes voies. Après que ce procédé de réaction avait parcouru ses phases, il s'accomplissait par deux modes différens, ou bien tout d'une fois, c'est-à-dire par crise, ou bien petit à petit et par degrés, c'est-à-dire par lysis, et le retour à l'état normal avait lieu dans un espace de temps plus ou moins long, suivant la quantité plus ou moins grande de forces épuisées dans ce travail. Finalement, c'est ici le lieu d'ajouter encore quelques mots pour expliquer, s'il est possible, pourquoi, lorsque des influences préalables et identiques avaient eu la même action sur tous les malades, les symptômes se manifestèrent pourtant avec des différences qui ont produit les trois formes décrites. Cela n'est pas plus facile à expliquer qu'on n'explique dans les épidémies de petite-vérole, de fièvre scarlatine, de dysenterie, etc., pourquoi tel sujet a des symptômes plus graves, tel autre des symptômes plus bénins, tel des symptômes du cerveau et du système nerveux, tel autre non, etc. On a habituellement recours, pour rendre raison de ces faits, aux différences dans l'intensité des miasmes, aux différences de tempérament, de constitution et d'habitudes, etc.; toutes circonstances qui, dans bien des cas, ne fournissent pas de bases d'explications bien satisfaisantes. La seule chose que je crois avoir remarquée avec quelque certitude dans cette épidémie, c'est que, plus le tempérament était sanguin et la constitution robuste, plus grande était l'intensité avec laquelle se manifestaient les symptômes cérébraux; et que, d'un autre côté, plus le tempérament s'approchait du lymphatique, plus la constitution était faible, molle et grêle, plus grande était la prédominance des symptômes abdominaux.

Abordons maintenant le traitement.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(SUITE.)

V. JOURNAL DE CHIRURGIE.

Les numéros de janvier, février et mars 1845 contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Sur l'emploi de l'émétique à doses élevées et croissantes dans les hydarthroses;* par M. Gimelle. 2° *Deuxième lettre sur l'opération du bec-de-lièvre considéré dans ses divers états de complication et de simplicité;* par M. Mirault (d'Angers). 3° *Sur les injections de nitrate d'argent à haute dose dans la blennorrhagie;* par M. Jaquot. 4° *De la nature et du traitement du spina-bifida.* (Compilation d'observations déjà connues de spina bifida.) 5° *Histoire d'un cas dans lequel un corps étranger s'était logé dans la bronche droite;* par Benj. Brodie. (Observation déjà rapportée dans la GAZ. MÉD., 1844, p. 104.) 6° *De la compression dans le traitement des anévrismes poplités;* par M. Giraldès. (L'auteur revendique pour la compression une place dans le traitement de ces affections. Il s'appuie principalement sur le succès qui a récemment couronné cette médication entre les mains des chirurgiens anglais, dans plusieurs cas, dont la plupart d'ailleurs ont déjà été rapportés par la GAZ. MÉD. (voy. entre autres 1844, p. 43, et 1845, p. 75). Dans huit des observations qu'il relate, la moyenne de la durée de ce traitement a été de vingt-quatre jours, le minimum de cinq jours et le maximum de quatre-vingt-dix jours.) 7° *Mémoire sur la hernie vagino-labiale;* par M. Stoltz. (Travail emprunté à la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG et dont nous rendrons prochainement compte dans l'analyse du journal où il a paru primitivement.) 8° *Nouvelle observation de bassin oblique ovalaire, précédée et suivie de quelques remarques sur l'origine et la nature de ce vice de conformation;* par M. Ant. Danyau.

SUR L'EMPLOI DE L'ÉMÉTIQUE A DOSES ÉLEVÉES ET CROISSANTES DANS LES HYDARTHROSES; par M. GIMELLE.

L'auteur avait déjà publié un mémoire sur le même sujet. Celui-ci contient de nouveaux faits entièrement confirmatifs des précédens. La médication que propose M. Gimelle a été trouvée par lui efficace dans tous les cas d'hydarthrose, quelle que fût l'ancienneté de l'épanchement, pourvu que les synoviales n'eussent pas subi d'altération organique et que le liquide qu'elles sécrètent conservât les caractères qui lui sont propres. Dans ces 20 nouveaux cas, l'absorption du liquide a été constamment obtenue en huit ou dix jours; la dose du tartre stibié n'a jamais été portée au-delà de 80 centigrammes, après avoir commencé par 20, et augmentant chaque jour de 10 lorsque la tolérance était établie. L'âge des sujets variait depuis 27 ans jusqu'à 63. Quinze étaient du sexe masculin, et sur les 5 femmes 3 exerçaient la profession de blanchisseuse. La maladie était récente, c'est-à-dire ne remontait pas au-delà de six mois. Elle reconnaissait pour cause un refroidissement prolongé, l'immersion dans l'eau froide à la suite d'une fatigue, l'habitation dans des appartemens bas et humides.

Nous croyons utile de reproduire comme modèle pour l'application de la méthode dans tous ses détails, l'observation suivante qui offre de plus l'exemple intéressant d'une guérison obtenue dans un cas où l'affection était d'origine ancienne.

OBS. — M. R., magistrat belge, âgé de 34 ans, était atteint d'une hydarthrose du genou droit depuis trois ans. Les traitemens par les sangsues, par les vésicatoires, par les cautères, par tous les irritans extérieurs, par les médications internes par l'usage des eaux minérales naturelles en boissons, en bains, en douches, par la compression avaient échoué en Belgique, en Prusse, et dans une maison de santé de Paris où le malade avait fait un séjour de six mois. Tel était son état lorsqu'il vint consulter M. Gimelle. Le volume du genou droit dépassait de 4 centim. celui du côté opposé; la rotule était fortement poussée en avant; la pression sur cet os le faisait rentrer dans la poulie fémorale avec un léger claquement; cette pression augmentait notablement deux saillies qui existaient sur les côtés de la rotule, dans lesquelles on sentait une fluctuation qui s'étendait aussi jusqu'à 12 centim. sous le tendon du muscle droit antérieur de la cuisse. La flexion de la jambe était impossible au-delà de 120 degrés. Tout le membre abdominal était considérablement amaigri. Le malade ne pouvait marcher qu'avec des béquilles. Cependant les efforts les plus considérables ne produisaient aucun frottement dans les surfaces articulaires, et ne déterminaient ni douleurs, ni mouvemens de latéralité.

Enhardi par le désir et la volonté du malade, M. Gimelle commença le 10 mai 1842 à lui prescrire le tartre stibié à la dose de 20 centigrammes dans une potion de 100 grammes avec addition de 20 grammes de sirop diacode. Dix vomissements et 6 évacuations alvines suivirent cette médication. La même dose fut continuée le lendemain ; elle ne produisit que deux vomissements.

Le 12, la troisième portion dont la quantité de tartre stibié n'avait pas été augmentée ne produisit qu'une évacuation alvine; mais ce jour là il survint des sueurs très abondantes qui continuèrent toute la nuit. Dès le lendemain la bourse synoviale était moins tendue.

A partir du 13 mai, la dose du tartre stibié fut augmentée chaque jour de 10 centigr. jusqu'au 20 où elle était à 8 décigr. A cette date, le genou malade ne présentait en volume que 2 centim. de plus que l'autre et l'on y sentait à peine de la fluctuation. A dater de ce jour, la potion émétisée à la même dose fut continuée de deux jours l'un, jusqu'au 31 mai. Alors le volume du genou droit n'excédait plus celui du gauche que d'un centimètre; l'on n'y percevait aucune fluctuation, et la flexion pouvait être portée jusqu'à l'angle droit; le malade ne se servait que d'une béquille; tout traitement fut arrêté.

A la fin de juin, M. R. quitta Paris marchant avec un béquillon.

Pendant tout le traitement, le malade a bu et mangé selon son appétit, et, pour tout traitement local, le genou a été couvert de coton cardé et de taffetas gommé. Après la résorption complète du liquide, le genou fut maintenu avec une genouillère en caoutchouc. Par une lettre de 1843, M. R. annonçait à M. Gimelle que l'amélioration avait fait des progrès, que le membre malade avait repris le volume de l'autre; qu'il éprouvait encore de la claudication, mais qu'il supportait facilement une station et une marche prolongée de plusieurs heures.

SUR L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE CONSIDÉRÉ DANS SES DIVERS ÉTATS DE SIMPLICITÉ ET DE COMPLICATION ; par M. MIRAULT (d'Angers).

La communication de M. Mirault porte sur deux points, l'un relatif à l'opération du bec-de-lièvre simple, l'autre à celle du bec-de-lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire et fissure palatine.

Dans l'opération du bec-de-lièvre simple, M. Mirault se propose pour but d'éviter l'échancrure qui, dans les procédés ordinaires, subsiste toujours sur le bord inférieur de la lèvre après la cicatrisation la plus régulière. Voici comment il remplit cette indication. Bien différent du procédé à 2 lambeaux de M. Clémot, reproduit par M. Malgaigne, sur lequel nous avons déjà exprimé notre jugement (voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 371)., celui de M. Mirault consiste à rafraîchir le bord externe du bec-de-lièvre, comme anciennement, de bas en haut et dans toute son étendue. On taille ensuite de haut en bas le bord interne et on compose avec la partie inférieure de la languette résultant de son avivement un lambeau qu'on vient coucher sur le bord arrondi inférieur avivé du bord externe toujours un peu plus court que l'autre. Cette opération, plus simple que celle indiquée précédemment, promet un plus beau résultat, une conformation plus parfaite.

Quant au bec-de-lièvre double compliqué de saillie des os incisifs, M. Mirault ne propose qu'un perfectionnement tout à fait de détail. Dans plusieurs opérations de ce genre où, selon l'exemple de Dupuytren, il avait fabriqué une sous-cloison des narines avec le tubercule cutané médian de la lèvre, il remarqua que ce tubercule était trop court pour atteindre à l'extrémité postérieure des narines; d'où résultait ensuite entre la sous-cloison et la lèvre supérieure, au point où ces deux parties doivent se rencontrer, un *hiatus*, un vide désagréable à voir surtout quand le sujet renversait la tête en arrière. Bien plus : tandis qu'on pouvait espérer de voir avec les progrès de l'âge cette brièveté relative de la sous-cloison disparaître ou tout au moins diminuer, M. Mirault a observé chez ses opérés qu'au bout de quelques années le nez s'était développé en proportion de l'âge et que la sous-cloison, au contraire, avait conservé les mêmes dimensions qu'après l'opération, de sorte qu'elle n'occupait en définitive pas plus de la moitié de la distance qui s'étend du bout du nez à la lèvre supérieure.

Pour corriger cette imperfection, M. Mirault a pris un moyen tout naturel, réminiscence d'ailleurs de certains procédés autoplastiques dans d'autres parties du corps. Il a imaginé, lorsque le cas l'exige, de suppléer à ce défaut de longueur du lambeau en dédoublant son extrémité postérieure, de manière à ce que la membrane muqueuse qui la tapisse se trouvât sur le même plan que la peau et qu'elle lui fît suite directement. Avec ce secours, il a pu allonger le lambeau d'un centimètre et le mettre facilement en contact avec la lèvre restaurée.

On connaît les nombreux procédés inventés pour détruire la saillie que forment les os intermaxillaires dans le bec-de-lièvre double compliqué. M. Mirault fait observer avec beaucoup de raison que ces diverses pratiques ne doivent point être appréciées ni adoptées d'une manière absolue. Le vice de conformation, en effet, n'existe pas toujours au même degré; et, selon ces différences, chacun des procédés proposés peut trouver son indication et rendre d'utiles services. Ainsi, dans un premier cas, l'os intermaxillaire n'est pas implanté plus en avant qu'à l'état normal; son insertion ne dépasse point l'épine nasale; la seule cause de sa projection en avant est donc un changement survenu dans sa direction. On conçoit aisément qu'alors la compression ou le refoulement brusque, ou la rétropulsion précédée de l'excision d'un segment triangulaire de la cloison nasale (Blandin) peuvent parfaitement réussir. Mais si, au contraire, le tubercule osseux est comme transporté en totalité d'avant en arrière, s'il part d'un point plus antérieur de la cloison qu'à l'état normal, il n'y a guère d'autre remède que l'excision. Il ne s'agit plus, en effet, seulement de faire fléchir son pédicule; c'est sa masse tout entière qu'il faut transporter sur un lieu plus ou moins éloigné de cette insertion anormale.

D'après ces données, toutes les fois que la proéminence des os intermaxillaires était considérable, M. Mirault a pris le parti de les exciser, et il s'en est bien trouvé.

— Nous ne prenons ici la parole après M. Mirault que pour signaler une inadvertance qu'il nous semble avoir aperçue au milieu de ses intéressantes et très pratiques recherches. L'excision du tubercule osseux est constamment appelée par lui *procédé de Dupuytren*. M. Mirault commet ici une méprise qui du reste lui est commune à plusieurs autres écrivains. Dupuytren n'excisait pas le tubercule osseux, il le *réséquait partiellement* jusqu'au niveau du bord alvéolaire de chaque côté, se proposant très explicitement pour but de laisser ainsi à la lèvre supérieure restaurée un point d'appui, qui l'empêchât consécutivement de fuir en arrière, de rester « *rigide, tendue et aplatie par défaut de soutien de la part des incisives*, » comme M. Mirault l'a vu chez le malade qui fait le sujet de sa quatrième observation.

Le procédé de Dupuytren n'exige donc pas *le sacrifice d'une portion du bord alvéolaire*, ainsi que le lui reproche M. Mirault. Ajoutons qu'il n'est pas non plus suivi nécessairement *de la perte des dents incisives*. Souvent la disposition des germes dentaires est telle qu'après la résection partielle, deux incisions sur quatre resteront en place et conserveront à la lèvre et aux arcades dentaires leur aspect normal. Un exemple de ce genre a été observé par nous à l'Hôtel-Dieu dans le service de Dupuytren et cité déjà dans la GAZ. MÉD. (1843, p. 348). Ces rectifications nous ont paru indispensables pour assurer au procédé de Dupuytren la prééminence qu'il mérite et que les nouveaux succès de M. Mirault ne peuvent manquer de confirmer encore.

SUR LES INJECTIONS DE NITRATE D'ARGENT A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE; par M. JACQUOT.

L'auteur, chirurgien à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, a expérimenté les injections de nitrate d'argent à haute dose dans les mêmes conditions que M. Debeney. Ce qui le décide à faire connaître aujourd'hui les résultats de sa pratique, c'est la publication faite par M. Véaot (voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 806) de faits où cette méthode aurait été suivie d'accidens sérieux. D'après ce qu'il a vu, M. Jacquot regarde les injections cautérisantes comme surtout indiquées à la période de début et à l'état chronique de la blennorrhagie. Quant à la période d'acuité, elles ont le plus souvent échoué entre ses mains. En somme, à ses yeux, la méthode est *beaucoup moins efficace que ne le pense M. Debeney, mais en revanche infiniment moins féconde en graves accidens que ne le dit M. Véaot.* — Nos lecteurs se rappelleront peut-être que c'est là précisément le jugement que nous avions exprimé nous-mêmes sur la valeur de cette médication à l'occasion du mémoire de M. Véaot. L'expérience et l'assentiment des personnes le mieux placées pour se former une opinion d'après les faits n'ont fait que nous confirmer de plus en plus dans cette manière de voir.

M. Jacquot propose en terminant quelques modifications au traitement par les injections, tel que M. Debeney l'a formulé. Il lui semble : 1° que l'effet substitutif serait également obtenu, pendant les premiers jours de la maladie, par une injection de 15 à 20 centigr. seulement de nitrate pour 30 grammes d'eau; 2° qu'aux périodes plus avancées, il faut faire une seule injection à 50 centigr. seulement. Il dit avoir ainsi obtenu des succès et empêché des récidives.

NOUVELLE OBSERVATION DE BASSIN OBLIQUE OVALAIRE, AVEC QUELQUES REMARQUES SUR L'ORIGINE ET LA NATURE DE CE VICE DE CONFORMATION ; par M. ANT. DANYAU.

OBS. — Une femme, âgée de 39 ans, primipare, entra le 21 octobre 1843, à 11 heures du soir à la Maternité. Elle était à terme et en travail, mais les contractions utérines ne se montraient encore que faibles et éloignées; le sommet se présentait et était médiocrement engagé. En l'examinant, on remarqua plu-

sieurs cicatrices profondes à la partie supérieure externe de la cuisse gauche, résultant d'abcès qui s'étaient formés à l'âge de dix ans et s'étaient accompagnés de tous les symptômes d'une coxalgie. Il y avait immobilité à peu près complète de l'articulation coxo-fémorale de ce côté, et le fémur gauche était aussi resté plus court. A part ces lésions, nulle trace de rachitisme; taille d'un mètre 56 cent., santé et embonpoint. Quant au bassin, on constata que l'angle sacro-vertébral était inaccessible; mais la paroi latérale gauche de l'excavation parut un peu plus plane que dans l'état normal; de ce côté, le doigt glissait moins facilement entre la tête et le bassin.

Les douleurs se ralentissant, on voulut terminer l'accouchement et on appliqua le forceps le 22 à dix heures du soir; mais, les branches une fois introduites, on ne put parvenir à les articuler. M. Danyau, appelé à ce moment, réitéra sans plus de succès la même tentative. Il n'insista pas alors plus qu'on ne l'avait fait dans le premier essai, et réintroduisit l'instrument en plaçant les branches le plus obliquement possible l'une en avant, l'autre en arrière. Il y parvint avec une facilité surprenante, telle même qu'on ne l'éprouve pas au même degré dans les bassins régulièrement conformés et qui s'explique du reste par la configuration particulière de celui-ci. L'articulation des branches et l'extraction furent également très faciles.

L'enfant, pesant 2,500 grammes, était en bon état. La femme, d'abord assez bien, fut prise le lendemain d'une fièvre puerpérale alors épidémique à l'hospice, qui l'enleva 55 heures après l'accouchement.

AUTOPSIE. Sérosité louche dans la cavité péritonéale. Rupture de la symphyse pubienne avec écartement d'un centimètre. Liquide brunâtre entre les pubis et dans le tissu cellulaire situé derrière ces os. Même liquide dans le tissu cellulaire situé devant la symphyse sacro-iliaque droite dont la partie antérieure offre un écartement de 5 millim.

Toutes les parties molles qui entourent l'articulation coxo-fémorale, celles qui recouvrent les fosses iliaques interne et externe gauches, en particulier le muscle iliaque et le psoas jusqu'à la hauteur de la quatrième lombaire, sont converties en un tissu blanc, fibreux, d'une densité extrême, difficile à couper et criant sous le scalpel.

A. ALTÉRATIONS DES OS PRODUITES PAR LA COXALGIE. L'ankylose de l'articulation coxo-fémorale gauche n'était pas complète. Un tissu fibreux dense, uni sous le fond de l'acétabulum avec la tête atrophiée du fémur, permettait encore entre ces deux parties quelques légers mouvemens. La cavité cotyloïde est, ainsi que la tête fémorale, privée de son cartilage. Le contour de la cavité est inégal, onduleux, parsemé de petites productions osseuses irrégulières. Col très court, rugueux; plus de petit trochanter. Dans ce point et à 5 à 6 centim au-dessous, le tissu du fémur est rugueux, inégalement saillant, résultat évident d'une ostéite ancienne. Des stalactites osseuses couvrent la fosse iliaque externe au voisinage de l'acétabulum, l'éminence ilio-pectinée et toute la partie du bord antérieur de l'os coxal qui s'étend de cette éminence aux deux épines iliaques antérieures. La fosse iliaque interne, depuis sa partie antérieure jusqu'au niveau de la partie moyenne de l'aileron du sacrum, au lieu d'offrir sa concavité naturelle, paraît comme comblée et offre des saillies et des enfoncemens irréguliers. La crête iliaque gauche est plus mince que la droite; cette différence devient surtout sensible à la partie la plus reculée de cette crête qui forme la tubérosité postérieure de l'iléum. La portion de la face interne de l'os coxal qui correspond au fond de la cavité cotyloïde est plus convexe que celle du côté opposé, et percée d'un grand nombre de trous nourriciers de formation morbide, vascularité indice évident d'une inflammation ancienne en ce lieu.

B. MODIFICATIONS DE DIMENSION ET DE FORME, CARACTÉRISTIQUES DU BASSIN OBLIQUE OVALAIRE.

1° La symphyse sacro-iliaque gauche est complétement ankylosée; seulement, la fusion est plus intime à la partie antérieure qu'en arrière. Or, il est remarquable que cette fusion moins parfaite correspond précisément au point de l'os coxal qui paraît avoir moins souffert et présente moins d'altérations.

2° Le sacrum est moins développé dans la moitié gauche que dans la droite; ceci est également sensible en avant et en arrière. Les trous sacrés supérieurs (antérieurs et postérieurs) sont plus petits à gauche qu'à droite.

3° L'échancrure sciatique gauche est manifestement plus étroite que la droite. L'os coxal est aussi un peu moins large à gauche; mais cette différence n'existe pas ici à un degré égal à celui où elle se présente dans d'autres cas du même genre, tandis qu'elle est frappante dans le sens vertical, de la crête iliaque à la base de l'iléum ou à la symphyse sacro-iliaque ankylosée; et de cette même symphyse au sommet de l'échancrure sciatique. L'atrophie de l'os coxal est donc notable tout autour de la synostose.

4° Le sacrum porté à gauche regarde un peu à droite par sa partie supérieure et sensiblement à gauche par sa partie inférieure.

5° Le côté gauche du bassin est plus plane que le droit; la ligne innominée est moins courbe à gauche qu'à droite. A droite, cette courbure paraît normale, plus marquée en arrière qu'en avant.

6° L'arcade pubienne est à peu près triangulaire; la branche ischio-pubienne gauche, plus étroite, plus mince, située sur un plan un peu postérieur par rapport à l'autre, est rectiligne; elle n'est pas déjetée en dehors; la droite l'est au contraire un peu et offre une très légère courbure. La tubérosité sciatique gauche est sensiblement plus mince que la droite.

La cavité cotyloïde gauche regarde plus en avant que la droite. La partie de l'os coxal gauche postérieure à l'ankylose fait saillie en arrière du sacrum. Cette portion de l'os est beaucoup plus mince que la portion correspondante de l'os du côté droit. La première apophyse épineuse du sacrum est notablement rapprochée de l'épine iliaque postéro-supérieure du côté gauche (ce signe pourrait éclairer, pendant la vie, sur l'existence du bassin oblique ovalaire). L'apophyse articulaire droite du sacrum était plus large et tournée en arrière, en haut et en dedans, tandis que la gauche était dirigée en bas, en dedans et en arrière.

En même temps, la région lombaire de la colonne vertébrale offrait une légère convexité à droite, et en même temps une torsion par l'effet de laquelle la partie antérieure regardait à gauche.

Ce fait peut prêter à d'utiles déductions relativement à l'origine et à la nature du vice de conformation dont il offre un exemple bien caractérisé; et les détails dans lesquels nous sommes entrés étaient indispensables pour bien faire comprendre ces conséquences. N'a-t-on rencontré ici autre chose qu'un bassin oblique ovalaire dont l'une des articulations fémorales avait été accidentellement malade? ou bien, au contraire, la coxalgie a-t-elle été primitive, l'ankylose et la déformation consécutives? M. Nægelé, on le sait, professe la première manière de voir; à ses yeux, la configuration vicieuse du bassin est congéniale, et la coxalgie, dans ce cas, n'aurait été qu'un épiphénomène pathologique purement fortuit.

Une opinion entièrement opposée est soutenue par M. Ed. Martin. Ce médecin considère la déformation qui constitue le bassin oblique ovalaire comme le produit d'une maladie de la symphyse sacro-iliaque. Supposez, dit-il, que, dans la première enfance, l'une de ces symphyses a été atteinte d'inflammation, que cette inflammation s'est étendue aux os voisins, le sacrum et l'iléum, et s'est terminée par induration; la diminution, sinon l'oblitération complète des trous nourriciers qui en a été la conséquence, a dû s'opposer au régulier développement de ces os. L'ankylose une fois formée, l'os inominé n'a pu acquérir sa courbure normale, le pubis et l'ischion se sont redressés et la symphyse pubienne a dû être poussée du côté opposé; l'autre os inominé, au contraire, libre de toute ankylose, et d'un tissu resté parfaitement sain, a pris une courbe plus prononcée qu'à l'ordinaire. L'inégale distance qui existe entre le sommet du sacrum et les deux ischions explique l'inclinaison de la partie inférieure du sacrum vers le côté non ankylosé, la tension des petits et grands ligamens sacro-sciatiques étant en raison directe du développement des os. Quant à l'inclinaison des vertèbres, plusieurs fois notée par M. Nægelé, et qu'on a vue exister aussi dans l'observation ci-dessus, elle était nécessaire pour rétablir l'équilibre et n'a rien de commun avec la scoliose dont aucune des femmes observées pendant la vie n'a présenté de traces. D'après ceci, un grand nombre des altérations de forme propres au bassin oblique ovalaire seraient purement secondaires; elles dériveraient, comme conséquences nécessaires, de l'ankylose, de l'induration du tissu et du moindre développement des os.

Sans se prononcer d'une manière absolue entre l'explication de M. Nægelé et celle de M. Ed. Martin, M. Danyau fait remarquer que le cas dont la description précède semble être plutôt favorable à cette dernière. Diverses circonstances contribuent à lui donner cette signification. Ainsi, nous avons déjà noté que, dans la symphyse sacro-iliaque gauche, la soudure était plus intime en avant qu'en arrière, et que c'était précisément au voisinage de la partie antérieure que s'observaient sur l'os coxal les traces les plus prononcées d'ostéite.

En second lieu, la manière dont M. Martin explique la succession des phénomènes conduit naturellement à penser que plus l'ankylose se forme à un âge avancé de la vie, moins la viciation du bassin sera considérable. Or, en admettant ici que l'ankylose a résulté de la coxalgie, celle-ci ayant eu lieu à 10 ans, âge auquel l'ossification du sacrum est déjà fort avancée, il s'ensuivrait que la déformation pelvienne a dû être modérée. Et, par le fait, nous avons vu que le vice de conformation, quoique bien caractérisé, n'existait pas chez cette femme à un degré aussi prononcé qu'on l'a observé sur d'autres sujets.

Quant à l'atrophie de l'os coxal, on conçoit que le travail qui l'a profondément envahi dans une si grande portion de son étendue et qui a eu pour résultat un si énorme dépôt de tissu osseux l'ait empêchée d'être plus considérable. Il ne paraît pas plus difficile d'expliquer la minceur de la partie de cet os, située derrière la synostose. Quand tant de matériaux nutritifs étaient appelés vers la partie moyenne, une portion de ceux destinés à la partie postérieure ne pouvait-elle pas être détournée de sa direction naturelle?

M. Danyau avoue qu'il n'a pas reconnu, pas même soupçonné pendant l'accouchement l'existence d'un bassin oblique ovalaire. Du reste, cette viciation n'a jamais encore été diagnostiquée sur le vivant. Ici, il n'avait pas méconnu une déformation du bassin, mais la circonstance d'une maladie arthralgique antécédente éloignait de son esprit l'idée d'un rétrécissement oblique avec ankylose, précisément parce qu'il avait toujours cru, avec M. Nægelé, que le bassin oblique ovalaire était un vice originel de conformation et non un produit de maladie. « Avec d'autres idées, ajoute M. Danyau, notre attention serait éveillée maintenant sur la possibilité d'une coïncidence, je dirais presque d'une conséquence que nous n'aurions pas autrefois soupçonnée. »

VI. JOURNAL DE MÉDECINE.

Les numéros de janvier, février et mars contiennent les articles originaux suivans : 1° *Du muguet chez les enfans à la mamelle* ; par MM. Trousseau et Delpech. (Travail non terminé.) 2° *Recherches cliniques sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le sulfate de quinine à doses moyennes* ; par M. Legroux. 3° *Médication curative de la fièvre intermittente* ; par M. Bretonneau. 4° *Recherches sur les maladies produites par le cuivre et le zinc* ; par M. Blandet. (Ce travail a été lu à l'Académie des sciences, les 17 février et 3 mars 1845 ; la GAZ. MÉD. en a rendu compte.) 5° *Cas curieux de contracture partielle intermittente* ; par M. Perrin.

SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR LE SULFATE DE QUININE A DOSES MOYENNES ; par M. LEGROUX.

L'auteur qui a suivi longtemps la clinique de M. Bouillaud, et a pu ainsi juger la méthode des saignées coup sur coup entre les mains de son inventeur, est arrivé à cette opinion que si elle jugule souvent le rhumatisme, elle a l'inconvénient de rendre les convalescences interminables et d'augmenter, de multiplier les congestions internes. Après avoir essayé le sulfate de quinine, suivant la formule de M. Briquet, il a été arrêté par quelques accidens sérieux et surtout par les déplorables événemens arrivés dans quelques hôpitaux. Néanmoins, reconnaissant dans le sulfate de quinine un effet sédatif puissant, il persista dans son emploi en réduisant de beaucoup les doses et s'arrêta à la formule suivante : sulfate de quinine, 1 gramme ou 150 centigr., le premier jour, suivant la force du sujet et l'intensité de la diathèse rhumatismale. Cette dose est fractionnée en 6 ou 8 prises qui sont administrées de deux en deux heures, dans du pain azyme. Immédiatement après chaque prise, un demi-verre de limonade sulfurique pour faciliter la solution du médicament dans l'estomac. (L'auteur croit que le bisulfate est plus facilement absorbé que le sulfate neutre ; il affirme cependant, d'après quelques expériences, que le second passe aussi rapidement dans les urines que le premier.) Le second jour et les jours suivans, d'après les effets obtenus, l'on maintient ou l'on élève la dose, mais sans dépasser celle de 2 grammes en vingt-quatre heures. Lorsque les douleurs et la fièvre sont éteintes, on réduit graduellement la dose. Ce traitement a été en général suivi à l'exclusion de tout autre ; dans quelques cas cependant, la saignée, les purgatifs, les vésicatoires ont été employés pour combattre quelque complication que n'atteignait pas le sulfate de quinine. Enfin, chez 6 rhumatisans, l'auteur désireux de connaître les modifications que le sang éprouve sous l'influence de la médication quinique, a fait tirer une palette de sang, immédiatement avant l'ingestion du sulfate. La saignée était répétée de deux jours l'un pendant le traitement ; la troisième saignée était presque toujours pratiquée quand la guérison était complète.

Sous l'influence de ce traitement, le rhumatisme a guéri en général avec autant de rapidité que par l'emploi du sulfate à haute dose ou des autres médications vantées dans ces derniers temps. Dans la majorité des cas, la durée de la maladie a été de dix à onze jours, quand le sujet entrait à l'hôpital vers le deuxième ou le troisième jour de la maladie. L'auteur ne donne pas ici de statistique, se proposant de joindre à ces faits ceux qu'il a recueillis depuis que son travail est terminé.

Quant à l'influence de la médication quinique sur le sang, il résulte des expériences de M. Legroux que la fibrine, déjà en surabondance chez les rhumatisans, augmente encore pendant quarante-huit heures après la première dose de sulfate ; mais qu'après 96 heures de traitement, elle subit une diminution d'un tiers et tend à redescendre à son chiffre normal. D'un autre côté, si l'analyse est exacte, les globules suivraient une proportion inverse, c'est-à-dire que ses proportions relatives tendraient à s'accroître. Ces résultats pourraient expliquer comment, à des doses plus élevées, le sulfate de quinine amène souvent une sorte d'état typhoïde. A ce titre, ils méritent de fixer particulièrement l'attention.

MÉDICATION CURATIVE DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE ; par M. BRETONNEAU.

M. Bretonneau exprime les résultats de sa longue et heureuse pratique sur le traitement de la fièvre intermittente, en vingt aphorismes très courts, peu susceptibles par cela même d'analyse et dans lesquels nous avons surtout remarqué les propositions suivantes.

Une sorte d'ivresse plus ou moins pénible (*ivresse fébrifuge*) produite par une seule dose convenable de sulfate de quinine, répétée au moins deux jours de suite, supprime pour huit jours la fièvre intermittente simple.

Toute dose de quinquina suffisante perd de sa puissance fébrifuge en se fractionnant, exactement comme une dose de vin perdrait sa puissance enivrante en se divisant.

Une récidive oblige à revenir au point de départ et fait perdre les avantages acquis.

CAS CURIEUX DE CONTRACTURE PARTIELLE INTERMITTENTE ; par M. PERRIN.

Cette observation constitue un des types les plus remarquables d'une forme de convulsion partielle sur laquelle Dance ; le premier, a appelé l'attention des observateurs et qu'il a désignée sous le nom de *tétanos intermittent*, et dont MM. Tonnelé, Constant, Delaberge, Monneret, Tessier et autres ont publié quelques cas remarquables.

L'affection dont il s'agit s'est reproduite six fois de suite dans la nuit du jeudi au vendredi de chaque semaine. Courbature, frisson, suivi de chaleur et d'une légère moiteur ; puis flexion involontaire de l'avant-bras gauche sur le bras. L'articulation du coude était comme ankylosée. On sentait les muscles de la région antérieure de l'avant bras et surtout le biceps fortement contractés. En même temps, picotement douloureux de l'articulation de l'épaule, des coudes, du poignet, du genou du côté gauche, au bout de deux ou trois heures, gonflement œdémateux de toutes ces parties, avec épanchement intra-synovial. L'hydarthrose ne disparaissait qu'au bout de deux ou trois jours. Quant à la contracture, elle ne durait que quelques heures. Au septième accès, la fièvre disparut d'elle-même pour reparaître six semaines après avec les mêmes symptômes, mais sous le type tierce. C'est alors que M. Perrin fut appelé après le deuxième accès. 2 grammes de sulfate de quinine furent prescrits. Un troisième accès eut encore lieu ; depuis, la fièvre n'a pas reparu. Mais les douleurs rhumatismales auxquelles ce malade était sujet depuis longtemps reviennent encore par intervalles.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 JUIN.

ANÉVRISME ARTÉRIOSO-VEINEUX FAUX CONSÉCUTIF.

M. BÉRARD lit un mémoire sur l'anévrisme artérioso-veineux faux consécutif, contenant la description de deux espèces nouvelles de cette maladie, dont l'une est due à son observation.

L'anévrisme artérioso-veineux, dit M. Bérard, se présente sous deux états différens. Dans certains cas, le passage du sang s'effectue directement de l'artère dans la veine, celle-ci subit une dilatation variable, tantôt bornée au voisinage de la plaie, tantôt répartie sur une longueur plus ou moins grande de la veine blessée et des branches qu'elle reçoit : c'est là l'anévrisme artérioso-veineux simple. Dans d'autres cas, il se forme une tumeur que limite le tissu cellulaire voisin, tumeur dans laquelle pénètre le sang artériel, et qui est semblable à l'anévrisme faux consécutif. La communication de cette tumeur avec la veine blessée lui imprime quelques caractères propres. L'ensemble des deux lésions constitue l'anévrisme artérioso-veineux faux consécutif.

Les circonstances qui favorisent le développement de cette maladie sont la laxité du tissu cellulaire qui unit l'artère à la veine, l'obliquité de la plaie qui s'étend de l'une à l'autre ; à ces causes, on ajoute, avec Scarpa, le résultat de la compression établie sur la plaie ou sur l'anévrisme variqueux dans les premiers temps de sa formation. Alors, au lieu de passer directement de l'artère dans la veine, le sang artériel soulève et distend le tissu cellulaire intermédiaire aux deux vaisseaux, et il se creuse une poche, un véritable anévrisme faux consécutif à travers lequel ce fluide passe pour se porter d'un vaisseau dans l'autre. Il est rare que le sac se développe également entre l'artère et la veine, et que le sang traverse son plus grand diamètre pour aller de l'un dans l'autre. Presque toujours il s'étend du côté qui lui offre le moins de résistance, en sorte qu'au lieu de représenter une ampoule trouée d'un côté vers l'artère, et de l'autre vers la veine, le sac semble plutôt s'ouvrir par un orifice unique dans le canal de communication qui se rend de l'artère à la veine.

Les auteurs les plus récens qui se sont occupés de l'anévrisme artérioso-veineux n'ont pas décrit d'autre forme de l'anévrisme faux consécutif. Aujourd'hui les observations recueillies nous permettent d'ajouter deux espèces nouvelles de cette complication de l'anévrisme variqueux. Dans l'une, le sac artériel est placé sur l'artère du côté opposé à l'ouverture de communication des deux vaisseaux, en sorte que l'artère est percée de part en part. Dans l'autre, le sac anévrismatique occupe une position diamétralement opposée, il surmonte la veine et reçoit à travers les deux plaies de ce vaisseau le sang qui s'échappe de l'artère.

M. Bérard rapporte les deux observations qui lui ont permis de constater ces deux formes nouvelles de l'anévrisme artérioso-veineux. La première a été rapportée par M. le docteur Hubert-Rodrigue. Il s'agit d'un homme qui s'était blessé avec un couteau très effilé an tiers supérieur de la cuisse. Il en résulta une hémorrhagie qui fut suspendue à l'aide de la compression. Il survint plus tard une tumeur ayant le caractère de l'anévrisme variqueux faux consécutif. Le malade ayant succombé, on trouva l'artère fémorale perforée et communiquant avec la veine correspondante. L'anévrisme variqueux se trouvait sous-cutané et en dehors, tandis que la varice anévrismale était profonde et en dedans. Il n'y avait entre les deux vaisseaux accolés qu'une ouverture opposée à celle du kyste.

La seconde observation a été faite par M. Bérard lui-même. A la suite d'une saignée malheureuse faite sur un homme de 40 ans, on vit se dessiner vers le pli du bras une tumeur molle, à pulsations isochrones au pouls, tumeur en partie réductible quand on comprimait l'artère brachiale. L'entrée du sang dans la poche s'accompagnait d'un bruit de frottement. On sentait au dessous de la tumeur, vers l'avant-bras un bruissement très prononcé qui se propageait le long des veines. M. Bérard sauva le membre du blessé en appliquant deux ligatures sur l'artère brachiale, l'une au dessus, l'autre au dessous de la lésion.

Voici dans quels termes M. Bérard formule les principes du traitement qu'il convient d'opposer à cette maladie.

Lorsque l'anévrisme artérioso-veineux est cause de graves incommodités, qu'il tend à s'accroître, qu'il a résisté à la compression, on doit en venir à une opération, à la ligature de l'artère. Quelques chirurgiens ont pensé qu'on pourrait faire disparaître la maladie par la ligature de l'artère entre la tumeur et le cœur. Les résultats de cette opération n'ont pas été satisfaisans. La ligature de l'artère, au dessus et au dessous de la tumeur, à une certaine distance de celle-ci et sans l'ouvrir, n'a pas donné de résultats plus heureux. Les résultats fournis par la ligature sont ce que la théorie aurait dû faire prévoir. Dès que le cours du sang artériel est suspendu entre l'anévrisme et le cœur, le sang veineux devra s'engager par l'ouverture de communication, il la maintiendra béante; car il n'y a pas là d'impasse comme dans un sac anévrismal, ni une stagnation du sang qui favorise sa coagulation. Il résultera de là, ou que le sang veineux circulera dans l'artère du centre vers les capillaires, et qu'il produira la mortification des tissus, ou que les anastomoses ayant ramené promptement le sang artériel dans le bout inférieur de l'artère, ce fluide s'engagera de nouveau par la plaie artérioso-veineuse et que la maladie se trouvera reproduite. Ces raisons et les faits qui viennent à l'appui sont tels qu'ils suffisent pour faire proscrire à jamais cette méthode, malgré un ou deux exemples de guérison qu'elle a procurés.

La seule méthode rationnelle de traiter l'anévrisme artérioso-veineux consiste à faire une incision sur le trajet de l'artère au niveau de la tumeur, exactement comme s'il s'agissait d'une plaie artérielle récente; à découvrir le vaisseau de manière à le lier au dessus et au dessous de la perforation, en se rapprochant de celle-ci autant que possible, afin de ne laisser aucune collatérale entre les deux ligatures. Dans cette opération, il est important de ménager la tumeur quand celle-ci est formée par les parois élargies de la veine. Si la poche est constituée par un kyste faux consécutif, on ne doit pas hésiter à la fendre et à la vider des caillots qu'il renferme. C'est au fond de cette poche qu'on recherchera la plaie de l'artère, afin de placer une ligature sur chacun de ses bouts.

BLESSURES DES VAISSEAUX.

M. Amussat lit un mémoire intitulé : Recherches expérimentales sur les blessures des vaisseaux sanguins, considérées particulièrement sous le rapport de la formation et de l'organisation des caillots obturateurs des artères divisées dans une grande plaie transversale, et des conséquences à en tirer pour la chirurgie et la médecine légale.

Avant d'arriver aux conclusions qui découlent des faits nouveaux établis dans ce mémoire, il me paraît utile, dit M. Amussat, d'indiquer la différence qui existe entre mes expériences et celles des auteurs qui se sont occupés du même sujet.

Ainsi, les expérimentateurs qui m'ont précédé ont séparé et isolé les vaisseaux des parties voisines pour les mettre à découvert et être assurés de faire ce qu'ils désiraient.

Dans mes expériences, au contraire, j'ai toujours fait une plaie *sans dissection préalable* pour placer les animaux dans des conditions analogues à celles où se trouve un homme chez lequel un vaisseau sanguin a été blessé.

Voici ces conclusions :

1° Le caillot spontané obturateur des artères complètement divisées dans une grande plaie transversale se forme très promptement et sous les yeux de l'expérimentateur.

2° Ce caillot est formé par la fibrine du sang, et il est soutenu par la membrane celluleuse externe de l'artère, ou la quatrième membrane, et non pas par la gaîne, comme on serait porté à le croire par un examen superficiel et par la description ordinaire de la structure des artères.

3° La cavité centrale des caillots spontanés qui a beaucoup d'analogie avec le cratère des tumeurs sanguines que j'ai décrites dans un antre mémoire fournit un caractère important pour découvrir une artère masquée par un caillot.

4° Contrairement aux idées de Jones, Béclard, etc., l'artère se suffit à elle-même puisque le caillot peut se former à l'extrémité d'une artère qui dépasse le niveau de la section des chairs.

5° Le caillot est d'autant plus volumineux et plus résistant que l'artère et la celluleuse étaient plus tendues au moment de la section. Or la conséquence pratique qui découle de ce fait, c'est la nécessité d'exercer une forte traction sur les artères avant de les diviser, afin de se placer dans les conditions les plus favorables à la formation de caillots solides presque analogues à ceux qu'on observe après l'arrachement.

6° En poursuivant mes recherches expérimentales sur les blessures des vaisseaux sanguins au-delà des limites chirurgicales que je m'étais d'abord tracées, j'ai pensé qu'on pourrait peut-être les utiliser pour la médecine légale; ainsi, lorsqu'on pratique une section transversale des deux artères carotides en même temps, sans intéresser la moelle épinière, sur un animal vivant, il se forme toujours des caillots aux extrémités cardiaques de ces vaisseaux et ces caillots sont en rapport direct avec la tension plus ou moins grande du cou et de l'artère, au moment de la section.

7° Au contraire, lorsqu'on pratique la section des artères carotides une ou deux minutes après que la vie a été préalablement détruite, soit par une forte percussion sur la tête, soit par la section simple et directe de la moelle épinière, la strangulation, l'asphyxie, il ne se forme pas de caillots, aux extrémités cardiaques des artères carotides, ou si l'on en observe, ils sont très petits et ne ressemblent pas à ceux qui se forment dans les vaisseaux divisés sur des animaux dont la vie est dans toute son intégrité et qui meurent directement par hémorrhagie.

8° Les extrémités cardiaques des artères divisées sont donc le point le plus important à observer puisqu'en les examinant avec attention, on peut arriver à dire mieux que par l'état des chairs si les vaisseaux ont été divisés pendant que la vie était dans toute son intégrité ou après la mort apparente ou réelle.

Comme on le voit, de hautes questions de physiologie et de médecine légale se rattachent à la dernière série de mes expériences, qui sont une conséquence toute simple de mes travaux sur le caillot spontané; du reste je ne mentionne ces résultats qu'avec une grande réserve, en attendant qu'ils aient été confirmés par d'autres expérimentateurs et par des faits observés sur l'homme avec ces données nouvelles; car jusqu'à présent on a beaucoup trop négligé d'indiquer l'état des vaisseaux divisés dans les observations de médecine légale qui ont été publiées.

Les faits analogues sur l'homme exigent donc un examen nouveau, et les conséquences à en tirer sous le triple rapport de la physiologie, de la chirurgie et de la médecine légale, feront le sujet d'un autre travail que j'aurai l'honneur de soumettre prochainement à l'attention éclairée de l'Académie.

SUR LA CYANOSE DES NOUVEAUX-NÉS.

M. Meigs, professeur d'accouchement au collège de médecine de Philadelphie, lit une note sur la cyanose des nouveau-nés. Les enfans meurent dans ce cas, dit M. Meigs, par la présence d'un sang noir veineux, non oxygéné dans l'encéphale; c'est dans les artères et les capillaires du cerveau que ce sang devient nuisible à la vie, non pas comme poison, mais tout simplement comme corps incapable d'exciter dans cet organe les mouvemens innervateurs. Tout le monde connaît la disposition anatomique qui donne lieu à ces phénomènes; c'est la persistance du trou de Botal. Il n'est pas nécessaire d'y insister.

L'occlusion du trou de Botal étant empêchée parce que le torrent sanguin provenant de la veine-cave inférieure soulève et maintient soulevée la valvule inter-oriculaire, qui est mince et flottante, M. Meigs a eu l'idée de placer les enfans atteints de cyanose sur le côté droit, la tête et le tronc un peu élevés, de telle sorte que la cloison inter-oriculaire devînt horizontale et que le sang contenu dans l'oreillette gauche pèse de tout son poids sur la valvule qui se trouvera ainsi fermée. M. Meigs a vu souvent qu'à l'instant même où il donnait cette position aux enfans la coloration bleue cessait, preuve qu'il ne pénétrait plus dans les artères que du sang oxygéné.

M. Meigs assure avoir arraché à la mort de 50 à 60 enfans sur 100 par cette méthode, tandis que tous les moyens tentés jusqu'ici étaient, comme on le sait, restés sans effet.

FORMATION DE LA GRAISSE.

M. Boussingault adresse de Bechelbronn un mémoire sur la question de la graisse. Les nouvelles recherches auxquelles il s'est livré sur ce sujet lui paraissent établir: 1° que des pores âgés de 8 mois, après avoir été élevés au régime normal de la porcherie, contiennent beaucoup plus de graisse qu'ils n'en ont reçu avec les alimens; 2° que les pores nourris pendant six mois avec des pommes de terre ne produisent pas plus de graisse que n'en renferment les tubercules; 3° que dans l'engraissement des pores il y a beaucoup plus de graisse assimilée qu'il ne s'en trouve dans la ration; 4° que les alimens qui, administrés seuls, n'ont pas la faculté de développer du gras, acquièrent cette faculté d'une manière étonnante aussitôt qu'on y joint de la graisse, bien que la graisse donnée seule produise l'inanition; 5° que les rations engraissantes qui ne contiennent qu'une quantité minime de graisse sont toujours riches en principes azotés.

M. Bousaingault a cograissé des oies, et comme M. Persoz l'a vu le premier, il a reconnu que la graisse produite excède considérablement l'huile contenue dans le maïs. Aussi sur ce point ses expériences confirment pleinement celles que M. Persoz a communiquées à l'Académie.

Voici comment M. Boussingault a constaté la rapide influence de la graisse toute formée dans l'engraissement. Des canards ont été gavés avec du riz qui ne contient que quelques millièmes de matières grasses. D'autres canards, de même poids et d'origine semblable, ont reçu la même dose de riz, mais dans cette ration il avait ajouté du beurre. Les canards au *riz au maigre* sont restés, à peu de chose près, ce qu'ils étaient au commencement de l'expérience; les canards au *riz au gras* sont devenus en quelques jours de véritables boules de graisse.

Dans toutes ses observations, M. Boussingault a constamment vu la formation de la chair accompagner la production de la graisse.

M. Milne Edwards fait remarquer l'analogie qui paraît exister entre les résultats des nouvelles expériences de M. Boussingault et ceux qu'il a constatés dans les expériences qu'il a faites sur les abeilles, et dont il a donné dans le temps communication à l'Académie. M. Milne Edwards avait observé, en effet, que les abeilles qu'il nourrissait avec du sucre seulement ne produisaient point de cire, tandis que celles qu'il nourrissait avec du miel produisaient de la cire ; mais que la proportion de matière grasse contenue dans le miel était de beaucoup inférieure à celle que contenait la cire produite.

DISTRIBUTION DES FLUIDES NOURRICIERS DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE.

M. Milne Edwards dépose sur le bureau un mémoire ayant pour titre : Considérations sur le mode de distribution des fluides nourriciers dans l'économie animale. Il se propose de montrer dans ce travail que l'existence d'un système circulatoire, composé en partie de vaisseaux et en partie de lacunes, n'est ni une anomalie, ni un fait isolé dans l'histoire physiologique des animaux. L'auteur a repris, dans ce but, l'étude comparative des différentes voies par lesquelles les sucs nourriciers parviennent jusque dans la substance de tous les tissus vivans chez les divers animaux, et il a examiné la manière dont les vaisseaux sanguins se constituent lors de leur développement, soit normal, soit pathologique, chez les vertébrés. Les résultats auxquels il est arrivé ainsi lui paraissent enchaînés de la manière la plus évidente, et font voir que le mode d'organisation dont les mollusques offrent un exemple, n'est que l'un des degrés de la série de modifications par lesquelles la division du travail physiologique s'établit de plus en plus complètement dans l'ensemble des systèmes cavitaires chez les animaux dont la structure se perfectionne.

INFLUENCE NÉGATIVE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN SUR LA LOCOMOTION.

M. Longet adresse une note sur de nouvelles expériences relatives à la soustraction du liquide céphalo-rachidien et à l'influence des muscles cervicaux postérieurs et du ligament sus-épineux sur la locomotion. Il se propose dans cette note de relever une erreur et d'établir un fait nouveau. C'est une opinion accréditée parmi les physiologistes, depuis une vingtaine d'années, que la soustraction du liquide céphalo-rachidien trouble singulièrement les fonctions locomotives. Pour pratiquer cette soustraction, le précepte qu'on donne est d'ouvrir la dure-mère et l'arachnoïde entre l'occipital et l'atlas, après avoir incisé les parties qui recouvrent l'espace occipito-atloïdien. Une fois le liquide évacué, si l'on abandonne l'animal à lui-même, on le verra, dit on, titubant à la manière d'un animal ivre. Or, chez le cheval, le chien, le chat, le cabiais et le lapin, M. Longet s'est borné à inciser les muscles cervicaux postérieurs à leur insertion occipitale, ainsi que le ligament sus-épineux, sans diviser le ligament occipito-atloïdien, et par conséquent *sans donner issue au liquide céphalo-rachidien*; puis tous ces animaux étant réunis dans la station horizontale, c'est avec quelque étonnement qu'il a observé chez eux précisément le même trouble dans la locomotion, la même incertitude dans la démarche, que jusque-là on avait toujours rapportés à la soustraction du liquide cérébro-spinal. Une contre-épreuve était nécessaire; il fallait évacuer ce liquide sans diviser les parties musculaires et ligamenteuses de la région postérieure du col; il enleva une seule lame vertébrale vers le milieu de la région dorsale ; à la suite de cette opération préalable un peu de faiblesse survint (à cause de la plaie musculaire) dans le train postérieur; mais elle ne fut en rien augmentée par la soustraction du liquide, et de plus, les animaux ne présentèrent aucunement la titubation si caractéristique et si remarquable qu'il avait observée dans l'autre série d'expériences, où les seules parties molles de la nuque avaient été divisées.

M. Longet conclut en conséquence de ces expériences : 1° qu'on a accordé à tort au liquide céphalo-rachidien une influence des plus importantes sur l'exercice des fonctions locomotrices et que cette influence paraît nulle ; 2° que la section des muscles cervicaux postérieurs et du ligament sus-épineux produit chez les animaux la démarche incertaine de l'ivresse, et que jusqu'ici les expérimentateurs ont rapporté à la soustraction du liquide céphalo-rachidien des effets qui dépendent d'une tout autre cause, la simple division des parties molles de la nuque.

TRAITEMENT DES FISTULES LACRYMALES ET DES LARMOIEMENS CHRONIQUES PAR LA CAUTÉRISATION ET L'ABLATION DE LA GLANDE LACRYMALE.

M. Paul Bernard envoie un mémoire sur ce sujet. Après avoir cherché à démontrer, dans un précédent travail, l'innocuité pour la vision de l'ablation de la glande lacrymale, l'auteur communique aujourd'hui le procédé qu'il croit avoir le premier proposé et appliqué dans le traitement des fistules lacrymales et des larmoiemens chroniques. Ce procédé consiste dans la cautérisation directe des voies lacrymales, combinée avec l'ablation de la glande lacrymale saine, quand il y a larmoiement consécutif, par suite de l'oblitération du sac ou des conduits lacrymaux. Il cautérise la muqueuse nasale par la partie supérieure, avec une solution de nitrate d'argent, plus ou moins concentrée, au moyen de pansemens journaliers et faits avec discernement, suivant les circonstances. Dans les cas simples de tumeurs lacrymales, la guérison a lieu dans l'espace de quinze jours, trois semaines, ou un mois au plus.

Dans les cas de fistules compliquées, le traitement est le même, mais nécessairement beaucoup plus long, à cause du traitement général approprié qu'il faut réunir au traitement local.

La cautérisation est faite en vue de modifier les tissus affectés bien plus que de produire l'oblitération du sac ou des conduits lacrymaux, comme le tentaient Nannoni, Delpech et plusieurs autres chirurgiens. Toutefois, si, malgré toutes les précautions, cet accident arrive, accompagné d'un larmoiement, réputé jusqu'ici incurable par les moyens ordinaires, M. Bernard n'hésite pas, dans ces cas, à pratiquer l'ablation de la glande lacrymale saine.

Voici les avantages que M. Bernard attribue à son procédé :

1° Guérison plus prompte, plus durable et plus sûre que par les moyens mécaniques, et le plus souvent sans trace apparente de cicatrice déprimée ou de difformité quelconque.

2° Opération facile à exécuter et nul besoin d'instrument spécial ou nouveau.

3° Douleur médiocre et incommodité peu grande pour les malades.

4° Enfin, heureux résultats pratiques obtenus par ce traitement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

PELLAGRE.

M. le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

La lettre de M. Théophile Roussel lue dans la dernière séance et relative à la pellagre contient une légère inexactitude qu'il importe de rectifier. Le fait de pellagre observé pour la première fois à Paris, en 1842, à l'hôpital Saint-Louis, quoique publié avec mon autorisation par M. Roussel (alors élève interne dans mon service), dans la Revue médicale (de juillet 1842), a été recueilli sous mes yeux, signalé dans le temps par moi-même à l'Académie, et mis ensuite à la disposition de M. le rapporteur qui en a fait usage dans son travail.

Il n'est donc pas exact de dire :

1° Que ce fait a précédé d'un an l'observation que j'ai recueillie dans le même hôpital en 1843 ;

2° Qu'il était resté inconnu à M. le docteur Jolly, rapporteur de la commission académique.

Je désire qu'il soit donné lecture de cette rectification.

Agréez, etc.

PESTE.

M. Aubert-Roche écrit qu'en présence des dispositions favorables du pouvoir il serait à désirer que l'Académie voulût bien hâter son rapport sur la question des quarantaines de la peste.

M. Rochoux : Cette question est urgente, vous le voyez. La mesure que le gouvernement est à la veille de prendre a déjà produit de l'émotion à Marseille. Le chef de l'intendance a donné sa démission afin de se décharger de sa responsabilité ; l'intendance tout entière va suivre cet exemple. Il appartient à l'Académie, dans une pareille conjoncture, d'éclairer l'opinion publique.

M. Dubois (d'Amiens) : La commission fait tous ses efforts pour répondre à la demande du ministre.

M. Ferrus : Si le rapport n'est pas encore prêt, ce n'est point la faute des commissaires qui s'en occupent très activement et qui ont eu déjà un grand nombre de réunions ; c'est la difficulté même du sujet qui cause le retard dont on se plaint. Toutes les réclamations que l'on pourrait faire n'empêcheront pas la commission de procéder à l'examen de cette question avec tout le soin et la maturité qu'elle réclame. (Très bien.)

PLAIE DU FOIE.

M. Gerdy fait un rapport sur un mémoire de M. Roux, de Saint-Pétersbourg, relatif à un cas de plaie du foie à l'occasion duquel l'auteur examine toutes les questions qui se rattachent à ce sujet.

M. Roux, dit M. le rapporteur, a rendu un véritable service à la science en établissant deux indications importantes dans le traitement des plaies du foie avec hémorrhagie ; savoir : 1° d'arrêter l'hémorrhagie ; 2° de donner issue au sang épanché dans le but de prévenir la péritonite mortelle qui en est si fréquemment la suite.

Le rapporteur propose pour conclusions : de remercier l'auteur de sa communication, d'inscrire son nom sur la liste des correspondans étrangers et d'inscrire son mémoire dans le Bulletin.

M. Dupuy rappelle à cette occasion qu'il a proposé dans le temps un moyen hémostatique d'une grande puissance. La matière cérébrale du mouton jouit à un très haut degré de la propriété de coaguler le sang et d'arrêter immédiatement les hémorrhagies. Il a fait à ce sujet l'expérience suivante : une dissolution de matière cérébrale a été injectée dans la veine crurale d'un animal, celui-ci est mort au bout de quelques minutes. J'avais prédit qu'on trouverait le sang coagulé dans le cœur et dans tous les vaisseaux ; l'autopsie vérifia mes prévisions. Ce fait a été constaté par MM. de Blainville et Rousseau. Le cerveau de mouton tue les animaux plus rapidement que ne le ferait une injection de deuto-chlorure de mercure. Vous savez tous que le deuto-chlorure coagule l'albumine ; c'est un effet analogue que produit la matière cérébrale. Les chirurgiens pourraient, à ce qu'il me semble, tirer un grand parti de ce fait.

M. Dubois (d'Amiens) propose d'insérer dans le Bulletin le rapport de M. Gerdy qui renferme un historique très étendu de la question, et de renvoyer le mémoire de M. Roux au comité de publication, pour l'insérer dans les mémoires.

M. Castel : Des faits renfermés dans ce mémoire, je crois qu'on peut déduire deux choses : 1° qu'il est des organes parmi ceux qui appartiennent à la vie organique qui peuvent perdre une plus ou moins grande quantité de leur substance sans que pour cela la vie cesse ; 2° que la mort, lorsqu'elle survient, est plutôt le résultat de l'hémorrhagie que de la perte de substance. On peut encore, de ces considérations, s'élever plus haut ; on peut en déduire ce que l'on doit entendre par la hiérarchie de nos organes. Parmi les actes de la vie, il y a des rôles fort différens ; c'est un degré d'importance de ces rôles et à leur ordre hiérarchique qu'il faudrait donner quelque attention. Je n'ai pas l'intention de traiter cette question en ce moment, je me bornerai seulement à faire voir l'intervalle immense qui sépare le rôle de certains organes de celui de certains autres.

M. Gerdy expose les motifs qui lui font préférer qu'on insère immédiatement le mémoire de M. Roux dans les bulletins. Une circonstance involontaire ayant retardé beaucoup la lecture de son rapport, il voudrait éviter encore de nouveaux retards à une publication à laquelle l'auteur tient avec raison.

M. le président met les conclusions du rapport aux voix. Elles sont adoptées.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent; par le baron Boyer. Cinquième édition, publiée en six volumes, par M. le baron Philippe Boyer. — Tome 1er; 1844. Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-médecine, 4.

Le Traité des maladies chirurgicales de Boyer passe à juste titre pour un de ces livres dont le nom seul est un éloge suffisant. Dépôt précieux des traditions les plus saines recueillies depuis la renaissance de l'art parmi nous, l'école française est accoutumée à le présenter avec orgueil comme le digne monument de ses efforts et de ses progrès. Jamais, on peut l'affirmer, plus étroite harmonie, plus intime accord n'exista entre un homme et son époque. A très peu d'exceptions près, ce que Boyer adopte a acquis force de loi dans l'enseignement de nos facultés et dans la pratique de nos hôpitaux, comme aussi ses arrêts de proscription n'ont pas tardé à être sanctionnés par l'expérience générale. L'esprit lui-même du livre a passé peu à peu dans nos mœurs et nos habitudes; et, si l'on veut être franc, on conviendra que les chirurgiens actuellement les plus estimés pour la prudence et la justesse de leurs principes ne doivent cette réputation qu'à ce qu'ils examinent, jugent, agissent ou s'abstiennent selon les principes et au point de vue de l'illustre chirurgien en chef de la Charité.

On ne s'étonnera donc pas qu'une telle œuvre soit depuis longtemps restée au milieu de nous comme l'arche sainte à laquelle nul n'aurait cru pouvoir toucher impunément, même en la voyant osciller, soulevée par le flot du mouvement scientifique journalier, et qu'au sein de cette fièvre d'annotation, d'illustration, de remaniement qui travaille tant d'écrivains, aucun d'eux n'ait encore eu l'idée *d'enrichir* de notes une nouvelle édition de Boyer. Et cependant depuis 1831, époque d'apparition de la quatrième et dernière, des lacunes nombreuses se sont, par la force même des choses, opérées dans ce traité. Sans avoir changé de face, la chirurgie a réalisé sur une foule de points des perfectionnemens majeurs dont l'omission ne pouvait être dissimulée plus longtemps. L'auteur lui-même avait obéi à cette nécessité lorsque, à chaque réimpression de son ouvrage, il y introduisait les changemens rendus indispensables par la marche progressive de la science. Or, pense-t-on qu'après treize ans révolus, il eût cru pouvoir se contenter d'une réimpression pure et simple ?... Ce sont donc les vues de son père non moins que le vœu du public que M. Ph. Boyer vient remplir aujourd'hui en donnant du Traité des maladies chirurgicales une cinquième édition mise au niveau de l'état présent de la science. Hâtons-nous de déclarer qu'indépendamment des additions apportées ici dans un grand nombre de questions, le texte primitif de Boyer se retrouve tout entier et sans altération aucune. Cette remarque, nous la faisons en quelque sorte par anticipation, car elle reviendra naturellement sous notre plume lorsque nous donnerons l'aperçu détaillé du plan suivi par l'éditeur-continuateur, mais elle était importante que nous n'avons pu résister au besoin de rendre dès à présent sous ce rapport à M. Ph. Boyer la justice qu'il mérite.

Maintenant, quels sont les titres de M. Boyer à se faire l'annotateur du livre de son père ? Ces titres, le public médical en connaît depuis longtemps une partie : si la conscience et une modération judicieuse conduisent un peu tardivement à la célébrité, ces qualités du moins n'exposent jamais aux fâcheux retours que subissent parfois les brillantes réputations plus rapidement conquises. A la manière dont M. Boyer sent et dépeint sa position de commentateur, on reconnaît sans peine que nul n'était plus propre que lui à la soutenir honorablement. Laissons-lui la parole; quoique ce soit de lui qu'il parle, sa franchise plaît et persuade mieux que l'humilité si souvent affectée en pareil cas : « Le respect, dit-il, que je porte à l'auteur, et comme fils et comme chirurgien, m'imposait des obligations plus grandes qu'à tout autre ; et longtemps elles m'ont empêché de publier un supplément à l'ouvrage de mon père. Cependant après y avoir mûrement réfléchi, j'ai pensé que je pouvais faire cette publication.... Deux motifs m'ont fait prendre cette résolution ; le premier est fondé sur l'habitude du travail qui, fait chaque jour avec mon père, a nécessairement rapproché ma manière de juger de la sienne, et sur l'habitude de l'exercice pratique que j'avais contractée en le suivant constamment pendant douze années, après avoir reçu de lui une instruction qui me mettait à même d'apprécier sa manière de faire; le second motif est fondé sur l'expérience que j'ai acquise moi-même depuis quatorze ans, par la pratique chirurgicale dans les hôpitaux à la tête desquels j'ai été placé, et qui m'a permis, par les essais que j'ai faits, de juger de la bonté des différentes méthodes et des divers procédés opératoires. Je crois que les conséquences qui découlent naturellement de ces deux motifs suffiront à tout homme impartial pour lui faire approuver le but que je me propose aujourd'hui. L'idée de me poser au niveau du savant profond et judicieux dont je publie les œuvres est trop éloignée de ma pensée pour que je suppose qu'elle soit venue à l'esprit de quelques personnes. »

Le travail d'annotation est peut-être aussi difficile à bien distribuer qu'à bien composer. Entre le commentateur inquiet qui interrompt à chaque ligne son auteur pour le contredire ou le discuter, et celui qui, se contentant d'un paragraphe additionnel à la fin de chaque article, porte le respect du texte au point d'y laisser passer sans dire mot les plus dangereuses hérésies, il y a un milieu raisonnable à tenir. M. Ph. Boyer nous paraît l'avoir fort bien compris. Sans se piquer de suivre partout et constamment un plan uniforme, il place, selon leur importance, dans des notes succinctes au bas de la page, ou dans des articles séparés correspondans aux divers chapitres du texte, les développemens qu'il croit devoir ajouter. La parole de Boyer, de cette manière, n'est ni défigurée ni tronquée; le lecteur peut en prendre connaissance sans laisser distraire son attention ; seulement il est averti chemin faisant, par les notes, des rectifications qu'exigent immédiatement certains passages, puis en consultant ensuite les appendices détachés, il complète son instruction et la met au niveau des notions le plus récemment acquises.

L'addition principale et la plus considérable apportée à l'ouvrage primitif est celle qui se remarque dans ce premier volume. Boyer entrait immédiatement en matière; son premier chapitre traite de l'inflammation. M. Ph. Boyer a pensé qu'un exposé succinct de pathologie et de thérapeutique générale au point de vue de la chirurgie compléterait utilement ce traité. Nous approuvons sans réserve ce changement. Le livre de Boyer, si capable de tenir lieu de tous les ouvrages de même genre, devait nécessairement contenir ces notions générales par lesquelles tous les pathologistes ont l'habitude de commencer, et qui préparent si avantageusement l'esprit des élèves à l'intelligence des questions de principes. Quelques-uns des détails qui ont trouvé place dans ce nouvel arrangement étaient d'ailleurs indispensables pour la pratique de l'art comme pour l'étude de la science. C'est ainsi que dans la thérapeutique générale, l'auteur a fait entrer un traité de petite chirurgie rédigé avec assez de développement pour pouvoir initier complètement les médecins débutans à l'exercice de cette partie difficile de leur ministère. Enfin, le livre commence par un article étendu sur l'hygiène, à la fin duquel nous avons remarqué l'heureuse innovation de quelques pages consacrées à expliquer la manière spéciale dont les règles de l'hygiène doivent être appliquées dans le traitement des maladies chirurgicales.

Comme dernière modification dans la disposition des matériaux, nous signalerons encore la diminution du nombre primitif des volumes. Au lieu de onze, la nouvelle édition n'en aura que six, malgré le nombre considérable d'additions qu'elle a reçues. Nous applaudissons à cette idée quoiqu'elle soit de celles sur lesquelles notre contrôle ne semble pas, au premier coup d'œil, avoir sujet de s'exercer. Mais tout ce qui peut diminuer la valeur vénale d'un livre aussi utile que celui-ci et en répandre

ainsi l'usage est un service rendu à la science, et a des droits légitimes aux éloges de la critique.

Examinons à présent la manière dont M. Ph. Boyer a rempli ce programme, dont nous venons d'indiquer l'ordre. On pourrait donner une idée assez exacte de l'esprit qui a présidé à sa collaboration en disant que la plupart du temps il éclaire et discute les questions traitées dans le texte original plutôt qu'il ne les complète. Au lieu d'énumérer toutes les recherches faites sur la matière depuis 1831, il préfère ordinairement exposer ce que sa propre expérience lui a enseigné concernant le même sujet. A la place de l'analyste toujours désintéressé mais trop souvent incompétent, c'est le chirurgien qui parle et qui dit son opinion appuyée sur une pratique assez étendue pour donner à cette parole autorité et créance. Telle est, du moins, l'impression qui est résultée pour nous de la lecture de ce premier volume. Notre appréciation exprime un fait; elle ne contient ni un éloge ni une censure. Certaines personnes auraient aimé sans doute à trouver partout, à côté des anciens chapitres, une revue analytique et raisonnée des progrès réalisés depuis 12 ou 13 ans en France et à l'étranger. Mais on ne doit pas perdre de vue que si M. Ph. Boyer a quelquefois un peu négligé cette partie de son rôle d'annotateur, la méthode qu'il a choisie comporte en dédommagement d'autres avantages bien capables d'établir une suffisante compensation. Puisant de préférence dans son propre fonds les élémens de ses jugemens, il arrive ainsi à éviter les banalités fastidieuses qui, sous prétexte d'érudition, se rencontrent à la même place et presque dans les mêmes termes dans tous les traités classiques de chirurgie. Il peut être de temps en temps incomplet, omettre quelques additions, passer sous silence des rectifications plus ou moins utiles, mais du moins il fournit à la science autre chose que des redites méthodiquement coordonnées. L'article sur les brûlures, le chapitre de l'infection purulente, celui ajouté à la pourriture d'hôpital, etc., etc., sont des exemples bien faits pour plaider fructueusement en faveur de la supériorité de ce plan. Ces observations, au surplus, sont de notre part, en quelque sorte, prématurées. Nous ne devons point oublier ici qu'on n'a qu'un seul volume, et un volume composé presque entièrement de généralités, ne peut être légitimement considéré comme type invariable de la manière de procéder de l'auteur. Par la nature toute différente des sujets qui y sont annoncés, les volumes suivans prêteront sans doute mieux aux annotations réellement complémentaires; ils nous donneront sûrement l'occasion de réviser ce premier jugement nécessairement anticipé.

Un autre inconvénient plus gênant, il est vrai, pour le lecteur que réellement grave, naît de loin à loin de cette marche adoptée par le continuateur de Boyer. Comme M. Ph. Boyer délibère, discute et juge, comme, en un mot, il a lui aussi son opinion, il s'en suit qu'elle est parfois opposée à celle de son père. Ce n'est certes point là ce que nous critiquons; si les deux avis contraires se trouvaient placés l'un en regard de l'autre, le lecteur ne pourrait puiser dans cette confrontation qu'instruction et profit. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi; et en trouvant à plus de 100 pages de distance deux manières de voir entièrement contradictoires sur la même question, on peut hésiter embarrassé, ou risquer, qui pis est, d'attribuer à l'auteur une pensée contraire à la sienne, si l'on n'a, par mégarde, pas conservé au moment de lire la seconde solution un souvenir assez présent de la première. Un exemple est ici nécessaire. A la page 137, M. Boyer fils professe qu'il faut nourrir de bonne heure les opérés, leur donner du bouillon dès le second ou même le premier jour, enfin les amener en quatre à cinq jours à reprendre leur régime alimentaire habituel. Plus loin, p. 285, Boyer veut qu'après une opération importante, on interdise au malade toute espèce de nourriture pendant les cinq ou six premiers jours, qu'on lui permette ensuite des bouillons et successivement des alimens plus substantiels et en plus grande quantité. Nous n'avons pas à décider lequel de ces deux préceptes est le meilleur. L'un et l'autre ont leurs partisans et invoquent des raisons qui méritent d'être pesées. Nous devons même savoir bon gré à M. Boyer d'avoir défendu une doctrine vers laquelle inclinent actuellement beaucoup de praticiens. Mais n'est-il pas à craindre qu'elle ne soit tout à fait ignorée de ceux qui se borneraient à lire l'ancien texte? Et, puisqu'une rectification lui a paru être ici nécessaire, n'eût-elle pas été plus convenablement placée dans une note au bas de la page même qui contient le passage taxé d'hérésie?

Avant de terminer ce rapide sommaire, nous devons mentionner dans la partie de l'HYGIÈNE l'article *climat*. Remarquable par l'abondance des détails autant que par la diversité des points de vue sous lesquels le sujet y est envisagé, ce chapitre offre un exposé lucide et attachant des notions que la science a recueillies sur les causes et les effets des différences des climats. La rigoureuse précision des lois d'astronomie et de météorologie sur lesquelles il s'appuie, l'intérêt varié des applications qu'il contient à l'art de préserver la santé des vicissitudes atmosphériques, font de cet abrégé un morceau tout à fait à part et bien digne de figurer à la tête d'une nouvelle édition des œuvres chirurgicales de Boyer.

VARIÉTÉS.

— On a observé à Moscou une épidémie de parotidites à la maison des orphelins de cette ville. Trois cents enfants ont été atteints; les deux sexes figurent dans ce nombre en proportion égale. La maladie semblait plutôt le résultat d'une altération particulière de l'air que de l'abaissement de la température; elle n'atteignait pas les enfans au-dessous de sept ans; elle était surtout fréquente à l'âge de puberté.

— La fortune que vient de laisser en mourant le docteur Abercrombie est si considérable, que chacune de ses sept filles a reçu 10,000 liv. sterl. En outre, ce médecin a légué une somme très considérable à l'église libre d'Écosse. Sa bibliothèque, composée de 10,000 volumes, a été donnée en cadeau, par la famille, au college royal des chirurgiens d'Edimbourg.

— La question de savoir si l'acide tartrique est un poison a été controversée. Pommer et M. Orfila sont de cet avis; Coindet et M. Christison en jugeaient différemment. Un fait cité par Wats, dans le PHARMACEUTICAL JOURNAL, vient lever tout doute à cet égard. Dans une boutique de drogues, à Edimbourg, 60 grammes d'acide tartrique furent délivrés par erreur à un malade, au lieu de 60 grammes de sel d'epsom. L'acide dissous dans l'eau fut avalé, et le patient succomba avec tous les symptômes d'un empoisonnement. L'acide tartrique à haute dose est donc un poison qui peut déterminer la mort.

(GAZETTE MÉDICALE BELGE.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abooue à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéoo, et dans les Départemens, chez tons les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'aboonement expire à la fio de ce mois sont iovités à le renouveler prochainemeot s'ils ne veuleot pas éprouver d'interruptioo dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er joillet. Oo s'aboone dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés ao domicile des Aboooés des départemeos, ce mode de souscriptioo ne peot avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

DE LA CAUTÉRISATION VAGINALE MULTIPLE ENVISAGÉE COMME CURE RADICALE DES ÉCOULEMENS LEUCORRHÉIQUES OU FLEURS BLANCHES; par le docteur FRANCIS DEVAY, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Nous devons, avant d'entrer en matière, avertir nos lecteurs que les faits rapportés dans le cours de ce travail n'ont trait qu'à des leucorrhées entretenues, soit par des granulations du col de l'utérus, soit par une affection ancienne de la muqueuse vaginale. Il n'est nullement question ici de ces écoulemens, assez rares à la vérité, qui ont leur point de départ dans la cavité même de l'utérus, ou de ces flux puriformes qui oot leur source dans une lésioo organique profoode et invétérée de la matrice. La question reste ainsi circonscrite dans les *écoulemens vaginaux* proprement dits. Nous ajonterons de plus que nous n'avons point la prétention d'avoir mis à jour un procédé curatif nooveau; nous savons qoe l'idée en était déjà naturellement venue à plusieurs médecins, comme elle s'est révélée *spontanément* à nous depuis plusieurs anoées. Les difficultés de la pratique on de l'*art de guérir* portent invinciblement vers les innovations.

Feuilleton.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS A LA GAZETTE MÉDICALE BELGE.

Chère et bien-aimée sœur,

Jean-Jacques a dit quelque part qu'il faut se hâter de répondre aux nouveaux amis, dans la crainte de les perdre. Aussi, chère et bien-aimée sœur, ne remettrai-je pas à un autre courrier de vous dire combien j'ai été touchée de votre lettre si aimable, si polie, si pleine de gentillesse et de malice. A mon âge surtout, à mon grand âge, comme vons le dites si bien, on n'a pas tonjours de ces bonnes fortunes; de peur qu'elle ne m'échappe, on que je n'y échappe moi-même d'un moment à l'autre, je vais vous répondre avec tonte la célérité dont je suis capable, et l'affection dont je me sens pénétrée pour vous.

Et d'abord permettez-moi de vous rassurer sur mes susceptibilités à l'endroit de la critique. « C'est nn langage, dites-vous, que nul n'entend avec plaisir, et » qu'on souffre très peu de la part de plus jeunes que soi. » La remarque est assnrément très fondée; et j'ai eu, durant ma longue carrière, bien des occasions d'en vérifier la justesse. Mais par cela même que ce petit défaut m'a souvent frappée chez les autres, je m'en suis défendue comme du péché mortel. Vous le savez, doreste, je oe suis pas de ceux que la critique a gâtés, et pour cause: obligée par état de dire tont haut ce que je peose des bommes et des choses, je n'ai pas tonjours en à juger que des génies et des chefs-d'œuvre; au contraire. Dès lors, les représailles ne m'ont pas manqué. A la distance qui nous sépare sous le rapport de l'âge et des lieux, vous ne pouvez avoir qu'nne faible idée de mes longoes et perpétuelles épreuves. Cependaot, croyez-le bien, elles n'ont pas été complètement perdues pour moi. J'ai appris dès longtemps à supporter toutes sortes de critiques, et de la part de toutes sortes de gens; trop heureuse quand, après avoir esquivé l'insulte des bravi on des Midas du métier, je me trouve face à face avec un des descendans d'Aristarque l'Athénien. Telles sont, chère et bien-aimée sœur, les dispositions d'esprit dans lesquelles m'a trouvée votre lettre: si vous ne vous rendiez pas à vous-même la justice de le croire, ma réponse, j'espère, ne nous laissera pas moyen d'en douter.

Pour que la galerie sache de quoi il s'agit entre nous, je vous rappellerai — à la façon des personnages de tragédie ou de comédie qui s'apprennent au lever du rideau ce qu'ils savent mieux que personne — je vous rappellerai, dis-je, que j'ai publié un article sur l'Académie de médecine belge, lequel article paraît vous avoir un peu offusquée, à cause du bien que j'ai dit de certaines choses et de certains hommes qoe vous n'avez pas l'habitude de traiter de la même manière. Avec une habileté peu commune, vous avez très bien prouvé par toutes sortes d'argumens et d'artifices, que mon article est le résultat d'une illusion pure; et vous m'avez même donné à entendre (car vous êtes trop polie pour me l'avoir dit crûment) que ma dissertation n'a pas le sens commun. La faiblesse de ma vue, « la presbytie habituelle à mon âge » (c'est encore vous

Tous les praticiens sont aujourd'hui d'accord sur les difficultés que l'on éprouve à tarir ces écoulemens leucorrhéiques passés à *l'état constitutionnel*. On a beau satisfaire à toutes les indications que l'on croit appropriées, mettre en usage les moyens, soit généraux, soit locaux, recourir aux injections astringentes, modifier les habitudes hygiéniques de la femme, etc., les tentatives échouent presque toujours. On peut être sûr alors que cette persistance d'un mal, peu grave par ses dangers immédiats, mais qui ne laisse pas d'apporter du trouble et de l'épuisement dans l'économie des femmes, est due à une lésion profonde de la muqueuse vaginale, à une hypertrophie de son tissu et surtout de ses follicules. Cet état, que l'on ne pourrait, à proprement parler, nommer sub-inflammatoire, car sa nature paraît surtout tenir de l'atonie, amène un état général de laxité de la membrane du vagin. On aperçoit çà et là, sur la surface de cette dernière, quelques plaques d'une couleur rouge livide, quelquefois un peu bleuâtre, auxquelles adhère un mucus épais; les cryptes muqueux forment de véritables lacunes qu'il est très facile d'apercevoir. Cette altération, qui est pour nous un fait constant, exige, comme nous allons le voir, des indications particulières; nous dirons de plus qu'elle est capable de succéder ou plutôt d'accompagner tout écoulement leucorrhéique persistant, quelle que soit la cause qui lui ait primitivement donné naissance : cette cause a pu être locale ou générale.

Dans le premier cas, les fleurs blanches, devenues constitutionnelles, ont succédé, ou à une blennorrhagie (blennorrhée vaginale) ; elles tiennent alors à ce que l'inflammation chronique, mal éteinte, a une certaine tendance à se reproduire sous l'influence des causes les plus légères ; ou bien elles ont succédé à des granulations du col utérin, à une cause purement mécanique, telle que la présence d'un pessaire, l'accouchement, etc.

Dans le second cas, chez les femmes d'un tempérament lymphatique et qui contractent facilement des affections catarrhales, l'habitation d'un lieu étroit, humide et soustrait aux rayons solaires, le refroidissement continuel des pieds ou de tout le corps, l'irritation habituelle d'un viscère du bas du ventre, sont les causes les plus ordinaires qui produisent et entretiennent un écoulement blanc opiniâtre. Mais, lorsque celui-ci dure depuis longtemps, quel que soit son point d'origine, de quelque nature que soient ses causes, l'hypercrinie, qui se traduit par l'abondance du flux leucorrhéique, entretient sur la membrane muqueuse un état fluxionnaire, congestif, qui modifie profondément sa texture ; chez beaucoup de femmes, elle est convertie même en un vaste exutoire. Lorsque les fleurs blanches en sont arrivées à ce point, et les exemples en sont très fréquens, le médecin qui ne veut point prendre l'ombre pour la réalité doit s'adresser directement à l'organe, à sa surface sécrétante. Les injections astringentes modifiées de mille manières ne lui suffisent plus pour remplir cette indication ; il faut un genre de médication qui ait une manière d'agir plus fixe et plus stable qu'un liquide qui ne fait, en quelque sorte, que glisser sur la membrane. Dans les blépharites granuleuses anciennes, dans les ulcérations de la cornée, les collyres les plus énergiques n'ont point le quart d'influence qu'exercent, sur les parties malades, quelques attouchemens avec le nitrate d'argent ou même simplement avec la pierre de vitriol bleu. La même chose a lieu pour la vaginite chronique, qui se traduit par les caractères que nous avons indiqués précédemment, ainsi que par une sécrétion lactescente et presque puriforme ; ici, il faut à tout prix imprimer une modification locale énergique. Les effets bien connus du nitrate d'argent comme agent substitutif, son action spécifique, en quelque sorte, contre les affections des muqueuses externes, font de cette substance le médicament le mieux approprié dans ce cas ; et tout ce que nous pourrions en dire de plus deviendrait oiseux. Il ne faut point oublier, en outre, qu'on se rend plus facilement maître de l'action de la pierre infernale, tandis qu'on ne peut aussi aisément limiter celle du nitrate acide de mercure, par exemple.

Le fait surtout qui démontre le plus irrésistiblement la nécessité de cautériser directement la surface vaginale dans les leucorrhées constitutionnelles, c'est la coïncidence de ces écoulemens avec les granulations du col utérin. Dans ce cas, on a l'habitude de considérer presque *toujours* ce dernier désordre local, comme l'élément principal dont il faut se rendre maître pour guérir les fleurs blanches ; on cautérise ces granulations, on parvient à les anéantir même ; mais l'écoulement chronique n'est souvent nullement modifié ; on est forcé alors d'abandonner l'idée qu'on s'était faite d'une relation hypothétique de cause à effet. C'est une observation de ce genre qui, s'étant passée sous nos yeux, nous a mis sur la voie de ces recherches, qui ne sont point sans intérêt pour la pratique. Nous allons en faire part à nos lecteurs.

ÉCOULEMENT LEUCORRHÉIQUE ANCIEN (BLENNORRHAGIES ANTÉRIEURES) ; GRANULATIONS ET ROUGEURS DU COL UTÉRIN ; INSUCCÈS DES TRAITEMENS ANTÉRIEURS ; GUÉRISON PAR LA CAUTÉRISATION VAGINALE MULTIPLE.

OBS. I. — La femme G..., âgée de 27 ans, blonde, d'un tempérament lymphatico-sanguin, est sujette depuis trois ans à des fleurs blanches très abondantes qui lui occasionnent, dit-elle, des faiblesses et des tiraillemens d'estomac. Elle a subi, sans aucun succès, plusieurs traitemens; elle a pris des ferrugineux, des boissons astringentes, et pratiqué des injections de même nature.

Le 9 septembre 1842, elle vient réclamer nos soins. Interrogée sur ses précédens, elle accuse avoir eu deux blennorrhagies il y a quatre ans, mais sans autre symptôme syphilitique. Ces deux écoulemens cessèrent au bout de trois à quatre semaines, à la suite de grands bains et de boissons délayantes. Six mois après, sans causes connues, elle est prise de fleurs blanches très abondantes et qui lui occasionnent de la cuisson en urinant; c'est depuis lors qu'elle est restée soumise aux divers traitemens que nous avons indiqués. L'examen des parties, au moyen du spéculum, nous révèle l'état suivant : le col est plaqué de rouge et recouvert, particulièrement près de l'ouverture du museau, de petites granulations mollasses et saignantes ; un mucus épais et grumeleux tapisse le cul-de-sac du vagin ; le tissu de ce dernier est très mobile et ses follicules sont hypertrophiés. Le crayon de nitrate est promené sur toutes ces granulations, qui blanchissent à l'instant même.

14. Nouvelle cautérisation du museau de tanche ; nous ne constatons encore aucune amélioration.

19. Les granulations se sont un peu effacées ; la perte blanche est aussi abondante.

27. Plus de trace de granulations ; *la muqueuse vaginale est cautérisée dans dix endroits différens*. Le lendemain, cuisson, un peu d'ardeur en urinant. (Grand bain.)

5 octobre. Nouvelle cautérisation du vagin dans douze points de son étendue. Les jours suivans, la perte a diminué.

10. Nouvelle cautérisation ; amélioration sensible. Le traitement est continué jusqu'au 24.

La guérison était effectuée le 28.

Nous avons eu l'occasion de revoir cette malade plusieurs mois après, et nous pûmes constater que les fleurs blanches n'avaient point reparu ; son état général s'était sensiblement amélioré.

---

qui parlez), m'auraient fait voir les objets tout de travers ; et les dispositions un peu séniles de mon esprit m'auraient fait raisonner d'une façon à peu près pareille. Vous conviendrez au moins, chère sœur, que je ne dissimule rien, ni de la finesse de vos intentions, ni de la portée de vos argumens.

Que me reprochez-vous cependant?

J'ai fait après vingt ans d'absence le voyage de Belgique. J'ai trouvé le pays régénéré : les choses avaient changé de face ; les institutions s'étaient refondues, les hommes avaient grandi. Au milieu de cette révolution *de capite ad calcem*, j'ai rencontré une institution scientifique vraiment nouvelle, nouvelle dans l'idée qui l'a conçue, nouvelle dans sa forme, dans son essence comme dans ses attributs; et, frappée d'une admiration sincère, je l'ai dit sans ambages ni circonlocutions. Qu'y a-t-il là d'extraordinaire? Rien sans doute, si ce n'est la chaleureuse naïveté avec laquelle je me suis exprimée ; car d'aucuns, moins bien renseignés que vous sur la date certaine de ma naissance, s'y seraient laissé prendre. Mais vous, avec votre sagacité et votre indulgence habituelles, vous avez compris aisément ces airs de jeunesse, et vous les avez excusés. Vous êtes allée même jusqu'à convenir que « j'ai *bien vu* les traits fortement tranchés de votre nationalité scientifique. » Seulement vous ne me pardonnez pas ce que j'ai dit « des hommes et des choses en action. » Là dessus vous me gourmandez fort, vous vous moquez agréablement de moi ; à tel point que j'ai été un instant à me défier de vos louanges, et à mettre en doute la sincérité de votre respect pour mon droit d'aînesse.

Examinons donc avec l'aménité si naturelle et si facile à deux bonnes sœurs les points qui nous divisent.

J'avais été frappée en voyant les membres de votre académie venus de tous les points du royaume à la séance, « de cette espèce de décorum, de fraîcheur de » considération et de respect personnel, qui s'effacent toujours plus ou moins par » les rapports fréquens et les contacts familiers. » J'avais remarqué « que le plus » grand silence est observé, que tout le monde écoute ou a l'air d'écouter, que » beaucoup d'ordre et un ton de parfaite convenance règnent dans les discus» sions. » Vous ajoutez à cette occasion en parlant de moi : « elle a vu *une foule de choses* que moi (j'ai beau me frotter les yeux) je n'y vois jamais ou *bien rarement*, » et vous me demandez « à quoi cela tient-il, chère sœur? quelle infirmité m'empêche donc d'apercevoir toutes ces belles choses ; et cependant (c'est toujours vous qui parlez) en mainte occasion j'ai *la vue très bonne*, d'où vient donc que je n'ai pas vu tant d'autres belles qualités que vous vous plaisez à reconnaître à notre Académie de médecine? »

Chère et bien-aimée sœur, vos questions me font un plaisir extrême : vous avez cru que j'allais écrire qu'elles m'embarrassent. Point du tout. Je pourrais d'un mot y répondre et vous dire le secret de la différence de nos manières de voir. Mais j'aurais trop tôt fini ma lettre. Ma conversation avec vous me plaît trop pour que j'aille ainsi droit au but. Et puis, il y a des esprits ainsi faits : quand on enjambe tous les intermédiaires qui conduisent à la vérité ils ne veulent pas la reconnaître : ils aiment et ils ont raison, peut-être, les distractions du chemin.

J'avais remarqué le zèle avec lequel vous enregistrez les moindres faits et gestes de l'Académie belge. Je ne trouve donc rien que de très exact, lorsque vous dites : « Depuis bien longtemps j'use mes pinceaux et mes couleurs à pro-

Voici un autre fait de vaginite chronique simple, dans lequel la guérison a eu lieu d'une manière plus rapide.

Obs. II. — Mme P... vient nous consulter le 10 juin 1843. Elle accuse les symptômes suivans : douleurs lombaires ; affaiblissement progressif ; inappétence et dégoût pour les alimens. Cette dame, âgée de 31 ans, a fait une fausse couche à deux mois, il y a un an. Depuis lors, les règles sont peu abondantes ; leucorrhée excessive. Elle a pris de la conserve de roses et bu pendant longtemps de l'eau de Spa, etc. ; mais aucun mieux ne s'est manifesté sous l'influence de ce traitement. La visite au spéculum nous fait reconnaître une hypertrophie avec rougeur et laxité du tissu du vagin. Nous conseillons à cette dame la cautérisation multiple : elle y consent ; deux fois par semaine elle est pratiquée.

Le 12 juillet, la guérison était effectuée. La santé s'est raffermie depuis lors.

Obs. III. — Dans ce cas, il y avait coïncidence de granulations du col de l'utérus avec épaississement de la muqueuse vaginale. C'était chez une femme âgée de 23 ans, ayant eu deux enfans. La surface du vagin était çà et là parsemée de plaques rouges ; les mucosités étaient épaisses, semblables à celles qui se détachent des fosses nasales à la suite des coryzas anciens. On lui avait fait prendre pendant longtemps des tisanes dépuratives ; elle avait pratiqué plusieurs mois de suite des injections, soit avec le sulfate de zinc, soit avec l'acétate de plomb ; ces moyens n'avaient produit aucun amendement. A dater du 3 février 1845, des cautérisations furent pratiquées, le premier jour sur le museau de tanche seulement ; puis ensuite simultanément sur le col de la matrice et à la surface du vagin.

Ce traitement continué toutes les semaines amena, à la fin de mars, une guérison radicale.

Obs. IV. — La femme Lap..., âgée de 26 ans, ayant eu trois enfans, vint nous consulter dans le courant d'avril 1844. Elle était atteinte de symptômes gastralgiques ; elle maigrissait, disait-elle, à vue d'œil ; elle attribuait tous ces symptômes à des fleurs blanches très abondantes. Elle avait pris sans succès les eaux de Charbonnières et d'Uringe. Le vagin est hypertrophié, lâche, humide et mou. Cautérisations vaginales à partir du 17 avril.

Le 24, amélioration sensible au bout de deux cautérisations.

Le 5 mars, la guérison était effectuée.

Le jour où nous rédigeons ces lignes, la femme Lap... a repris tout son embonpoint, et les symptômes gastralgiques ont cessé avec les fleurs blanches.

Obs. V. — La fille V. Mich... est restée plusieurs mois à l'hospice de l'Antiquaille, où on l'a traitée pour des blennorrhagies. Cette malade, âgée de 33 ans, est sujette depuis lors à un flux leucorrhéique qui augmente surtout les jours qui précèdent et qui suivent les époques menstruelles ; les taches de ses linges présentent une coloration verdâtre. Depuis deux mois, cette femme a maigri et perdu l'appétit ; elle est essoufflée ; son teint est presque chlorotique. Cautérisations vaginales multiples à dater du 6 octobre 1844.

Guérison radicale cinq semaines après, c'est-à-dire après six cautérisations.

Obs. VI. — La femme D... est sujette, depuis son dernier accouchement, à un écoulement leucorrhéique opiniâtre, qui a amené un état de langueur et d'inertie de toutes les fonctions. Comme on soupçonnait chez cette femme un relâchement des ligamens de la matrice, on lui a fait porter une ceinture abdominale et un pessaire en craquelin. Au bout de quinze jours d'usage de ce dernier, elle a été obligée de le supprimer ; il augmentait beaucoup l'irritation vaginale et la perte blanche. Cette femme est malade depuis dix mois, lorsque nous commençons le traitement. Des cautérisations vaginales multiples sont pratiquées toutes les semaines, à dater du 5 mars 1845.

Dès la première semaine, les fleurs blanches avaient diminué beaucoup ; la guérison fut effectuée au bout d'un mois et demi de cautérisations.

Procédé opératoire. C'est à M. Ricord qu'est due l'idée de la cautérisation de *tout le vagin* à l'aide du crayon de nitrate d'argent ; il l'a appliquée : 1° dans les blennorrhagies vaginales à l'état chronique, lorsque l'altération de la membrane est légère ; 2° dans celles où il y a altération du tissu, érosions, ulcérations ; 3° à l'état aigu, soit au début, soit après un certain temps de durée. Jamais, selon cet observateur, le nitrate d'argent n'a augmenté les symptômes inflammatoires : ceux-ci ont quelquefois marché quand même ; mais le plus souvent ils ont presque subitement cessé sous son influence, alors qu'ils avaient résisté à toute autre médication. En somme, les guérisons ont été plus rapides, et ont eu lieu dans des cas jusque-là rebelles. (Gaz. des hôpit., janvier 1835.)

Notre manière d'appliquer le nitrate d'argent ne diffère de celle de M. Ricord que par sa *sobriété*, si nous pouvons nous exprimer ainsi ; tandis que ce chirurgien cautérise toutes les surfaces qui se présentent à l'extrémité du spéculum, nous ne faisons que toucher légèrement, après avoir enlevé préalablement les mucosités, quelques parties de la rosace formée par la saillie de la muqueuse vaginale. Voici d'ailleurs la manière très simple avec laquelle nous procédons : on introduit le spéculum, et on met le col utérin à découvert ; puis, s'il y a lieu, on porte sur le museau de tanche un crayon de nitrate au bout d'un long manche ; on retire alors doucement le spéculum, et, à mesure que le vagin se présente, on le touche trois à quatre fois très modérément, à différentes parties de sa surface ; on doit choisir de préférence celles où se remarquent des rougeurs ou des lacunes très prononcées. Cette manœuvre est répétée deux fois encore avant de parvenir jusqu'à la vulve ; après avoir enlevé l'instrument, on écarte les grandes lèvres et l'on achève la cautérisation multiple, en passant deux à trois fois le crayon à l'entrée du vagin. Comme l'observateur que nous avons cité précédemment, nous n'avons jamais remarqué d'accidens inflammatoires à la suite de ce procédé ; jamais les malades ne nous ont accusé la moindre douleur, soit au moment de l'opération, soit les jours qui l'ont suivie. On a pu voir, dans les observations qui précèdent, que la durée moyenne du traitement a été d'un mois à six semaines, en pratiquant une cautérisation tous les cinq ou six jours. Nous avons, autant que possible, évité d'astreindre nos malades à aucune autre médication ; les injections ordonnées ont été les plus simples ; l'eau froide ou simplement aiguisée avec un peu d'acétate de plomb constitue les seules injections qui aient été prescrites. En même temps que nous faisions ces recherches, notre collègue et ami le docteur Barriez appliquait ce mode de traitement dans son service à l'Hôtel-Dieu. Il est parvenu à supprimer, par ce moyen, en très peu de temps, des écoulemens vaginaux de nature blennorrhagique.

En résumé, la cautérisation vaginale multiple, d'une exécution simple et facile, nous paraît avoir son application dans une multitude de cas, dans les écoulemens leucorrhéiques, qui sont entretenus par une certaine atonie de la muqueuse vaginale et par un vice de sa sécrétion. Les praticiens qui les mettront en usage seront surpris, comme nous l'avons été nous-même, de la promptitude avec laquelle un moyen si simple dissipe des symptômes graves, des lésions fonctionnelles qu'on croirait profondes, et qu'on ne serait presque jamais tenté d'attribuer seulement à l'hypercrinie vaginale.

---

duire un portrait fidèle de notre Académie : j'esquisse, j'efface, je retouche ; » vous ajoutez : « chaque jour pourtant ce portrait gagne en ressemblance ; » je le croyais aussi. J'avais tant de confiance dans la fidélité de vos observations qu'il me semblait, avant d'avoir vu votre Académie, que je l'aurais reconnue entre mille : c'était une maison dont vous m'aviez appris d'avance tous les êtres ; à tel point qu'en y entrant il m'a semblé que j'allais entrer chez nous. Ce n'est pas tout à fait cela que j'ai trouvé. Que ma surprise et ma mésaventure ne vous chagrinent pas trop cependant. Je ne veux pas dire que vous ayez usé vos pinceaux et vos couleurs en vain ; que vous n'ayez esquissé, effacé et retouché que l'ombre de la vérité. Pas tout à fait. Mais la vérité a tant de faces et d'aspects, les esprits qui l'observent sont si divers qu'il n'est pas impossible que vous ayez vu juste et vrai pour certains esprits et sous certains rapports, alors que, sous d'autres rapports et pour d'autres esprits, je n'ai pas vu moins juste ni moins vrai. Aussi, en me trouvant face à face avec votre Académie, mon désappointement n'a pas été de longue durée. Je me suis beaucoup moins occupée de vérifier vos critiques, dont l'objet me frappait moins, que de découvrir d'autres points de vue que ceux qui vous avaient frappée. Si cela était vrai, et surtout si je parvenais à vous démontrer la justesse de cette remarque, nul doute, chère sœur, que l'opposition de nos jugemens vous étonnerait moins ! Vous n'auriez plus absolument besoin, pour vous en rendre compte, de recourir à l'infirmité de mes yeux ou à la caducité de mon âge. Avec votre excellent caractère et surtout les intentions que vous manifestez, la chose ne sera pas très difficile. En effet, vous vous proposez, dites-vous, « de méditer les œuvres des grands maîtres, et après » avoir retrempé votre ame à la vue de leurs toiles sublimes, vous prendrez fran» chement votre portrait et irez l'exposer à côté du mien dans le salon de l'opi» nion publique. » D'abord, cette résolution d'étudier les grands maîtres est très louable : elle ne pouvait venir qu'à un esprit modeste qui sait se rendre justice. Il est à regretter seulement que votre jeune âge ne vous ait pas permis de la mettre plus tôt à exécution. Les grands maîtres vous auraient appris dès l'abord, beaucoup mieux que je ne saurais le faire, comment et pourquoi deux portraits, quoique notablement différens, peuvent être néanmoins fort ressemblans ; ils vous auraient appris surtout qu'il y a des ressemblances qu'ils se gardent de rechercher, qu'ils préfèrent celle-ci à celle-là, et que celle qui caractérise surtout leurs œuvres répond moins à l'exactitude matérielle et quotidienne des traits qu'à la nature même des individus. Sans avoir la prétention de nous immiscer dans les secrets de leur art, nous pouvons constater au moins la possibilité et le motif de cette préférence. La possibilité, vous la comprenez tout aussi bien que moi. Le même individu, et, pour nous rapprocher davantage de l'objet qui nous occupe, la même Académie peuvent différer à chaque instant sans cesser d'être les mêmes au fond : un homme grave, une académie digne ont des instans de distraction qui font partie de leurs éphémérides, mais qui n'émanent pas absolument de ce qui les caractérise le plus et le mieux. La fréquence de ces accidens n'est pas même une raison de conclure à leur importance ; et tel peintre ou tel historien qui s'astreindrait à en prendre tous les jours la copie exacte pourrait, en fin de compte, n'avoir qu'une vue extérieure et distractive de l'objet qu'il aurait voulu rendre. En votre qualité de prêtresse d'Esculape, vous savez à combien d'expressions, de modifications et de variations diverses notre machine si une, si identique dans son essence, est sans cesse exposée. Diriez-vous que les

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

OBSERVATIONS SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉGNÉ PENDANT LES MOIS DE DÉCEMBRE 1841 ET DE JANVIER 1842 DANS LA CASERNE DU CORPS DE GENDARMERIE DE LA VILLE DE STOCKHOLM; par MAGNUS HUSS, professeur de la clinique médicale à l'École de médecine de Stockholm.

(Suite et fin. —Voir les numéros 15, 16, 21, 23 et 25.)

7° TRAITEMENT.

Dans l'exposition du traitement, je vais passer séparément en revue les différens remèdes employés aussi bien extérieurement qu'intérieurement, mais je m'attacherai seulement à cet égard aux indications différentes, sans rien mentionner quant au mode d'action de ces remèdes.

A. Remèdes externes.

A. EVACUATIONS SANGUINES. 1° *Générales*. L'indication pour l'emploi de la saignée se tirait en partie de la qualité du pouls, en partie de l'état de congestion au cerveau. Quand le pouls était plein avec une nuance plus ou moins prononcée de tension,et que la face était rouge et la sclérotique injectée, la saignée fut toujours ordonnée; elle ne fut renouvelée dans aucun cas, et sauf fort peu d'exceptions, elle ne fut jamais employée plus tard que le troisième ou le quatrième jour de la maladie.

2° *Locales*. Celles-ci consistèrent exclusivement en ventouses, qui furent appliquées à la nuque ou sur le ventre : les premières à cause de la congestion à la tête; les secondes, quand le ventre était sensible et douloureux à la pression; on mettait habituellement de six à huit verres d'un seul coup; elles furent répétées souvent deux ou trois jours de suile, et en général elles furent ordonnées jusqu'au septième jour, rarement plus tard.

B. REMÈDES DÉRIVATIFS. 1° *Sinapismes*. Ils furent placés aux mollets, en dedans des cuisses, à la nuque et sur le dos, ainsi que sur le ventre, toujours dans les différentes circonstances qui, en général, en indiquent l'emploi.

2° *Vésicatoires*. Ils furent appliqués seulement à la nuque ou en dedans de la cuisse; jamais ils ne furent employés avant la seconde période de la maladie, et ils eurent pour objet de dégager soit la tête soit le bas-ventre; leur emploi fut cependant plus rare que celui des moyens précédens.

3° *Fomentations de térébenthine*. Ces fomentations, que l'on faisait avec des morceaux de feutre trempés dans de l'huile de térébenthine chaude sur tout le bas-ventre, dans les cas où la diarrhée était abondante, et où en outre le ventre était gargouillant et sensible, furent aussi appliquées sur la poitrine lorsqu'il se présenta des symptômes de congestion aux bronches et aux poumons. Ce fut dans ces deux circonstances le meilleur excitant, son action dérivatrice pouvant être entretenue sur une grande surface et avec plus de continuité qu'on ne peut le faire avec tout autre.

4° *Glace*. Elle ne fut employée que sur la tête pendant la première période, quand il y avait une forte congestion au cerveau ; suivant que le malade témoignait par ses gestes jusqu'à quel point elle lui était agréable ou non, on la maintenait pendant un certain temps, on on l'enlevait aussitôt. Il arrivait souvent, par exemple, que cette application de glace irritait le malade, qu'il en était plus agité, et, si dans ces circonstances, on le forçait à la garder, son état s'empirait singulièrement.

5° Les *cataplasmes émolliens* sur le bas-ventre ne furent employés (mais le furent toujours alors avec avantage) que lorsque le ventre continuait à être tendu, douloureux, et que la diarrhée persistait après l'application des ventouses. Ces cataplasmes, composés de farine de seigle et de graine de lin, étaient posés chauds et changés toutes les cinq heures; souvent on les alterna avec des fomentations de térébenthine, les dernières durant le jour, et les premiers la nuit.

C. LAVAGE A L'EAU CHLORURÉE. On n'a pas fait mention de ces lavages dans les observations parce qu'ils ont été pratiqués sans aucune exception dans tous les cas. Lors de l'invasion de l'épidémie et quand les premiers malades furent transportés à l'hôpital, je craignis la formation de quelque contagium, et ce fut à cause de cette crainte que j'ordonnai que chaque malade fût lavé trois fois par jour sur toute la surface du corps avec de l'eau chlorurée. Cette mesure de précaution a-t-elle empêché l'engendrement d'une contagion, ou bien était-il dans la nature particulière des miasmes qu'il ne se propageât pas, c'est ce que je ne me crois pas à même de décider; il suffit de dire, comme je l'ai précédemment indiqué, qu'en résultat le mal ne s'est communiqué à aucun des autres malades soignés à l'hôpital. C'est une question encore tout à fait indécise que de savoir si ces lavages ont apporté quelque adoucissement à la marche de la maladie elle-même.

D. LAVEMENS. Ils n'ont été employés que dans le traitement des cas de la première forme, là où les remèdes laxatifs déjà administrés ne produisaient pas un effet complet; ils étaient rendus soit laxatifs soit excitans pour détourner les symptômes congestifs qui se formaient au cerveau. Dans ce dernier cas, on les composait avec une cuillerée à café de teinture de coloquinte.

E. CATHÉTÉRISME. Le cathétérisme fut pratiqué trois à quatre fois par jour dans les cas où il y avait rétention d'urine.

F. TRAITEMENT DES ESCARRES GANGRÉNEUSES. Dès l'apparition de la rougeur, on opérait des lavages avec de l'eau-de-vie et du blanc d'œuf, ou bien on posait des compresses trempées dans l'eau de saturne; après la formation de plaies, on ne posait que des farines émollientes, et, dans les cas où la plaie était enflammée, on la remplissait de *querci tannas plumbicus*, on la lavait avec l'infusion de camomille, et on la traitait, quand elle était purifiée, comme une simple plaie.

Dans les cas où les parotides se gonflèrent comme aussi dans ceux où des abcès s'ouvrirent ailleurs, on eut soin de laisser agir la nature afin que l'art par son intervention ne mît aucun obstacle à son travail.

B. Remèdes intérieurs.

Nous parlerons de ces remèdes suivant l'ordre dans lequel ils étaient ordonnés dans le cours de la maladie.

A. VOMITIFS. Les vomitifs étaient administrés dans la plupart des cas avant l'arrivée à l'hôpital, soit pendant les prodrômes, soit à la première apparition de la maladie.

B. LAXATIFS. Ils étaient aussi ordonnés souvent avant l'arrivée; on em-

---

mille causes extérieures qui la multiplient et la changent à chaque moment, et font du même individu mille individus différens, doivent être indiquées dans un portrait? Nos grands maîtres ne l'ont pas cru et, à mon avis, ils ont eu raison. Une expérience récente a montré combien leur faire avait de sens et de profondeur. La daguerréotyple essaie tous les jours des portraits. Cette méthode passe pour être géométrique, tant elle est exacte; mais vous avez vu à quelle disgracieuse et désespérante exactitude elle conduit. Les portraits du daguerréotype sont vrais à leur point de vue, mais d'une vérité par trop scientifique et trop réelle C'est ce genre de vérité, chère et bien-aimée sœur, que vous me paraissez avoir recherchée dans vos esquisses quotidiennes de l'Académie belge. Les accidens de figure, de pose, de mouvement que vous avez cherché à rendre ont pu exister et ont existé; mais n'est-il pas à craindre que vous n'ayez confondu quelquefois la grimace avec l'expression, la contorsion avec la pose. Toutes les figures et tous les corps ont de ces momens; mais les grands peintres, et en particulier Rubens, que vous citez dans votre article, avaient soin de les omettre, ou bien ils les éclairaient si peu qu'on en apercevait à peine les traces. Or, chère et bonne sœur, cette méthode, qui consiste à rechercher le fond sous la forme, la cause sous l'effet, l'unité sous la diversité, le caractère sous l'accident, cette méthode en langage technique s'appelle, si je ne me trompe, la peinture idéale. Idéaliser son modèle, c'est rechercher, à travers les accidens de sa forme matérielle, son type le plus élevé; c'est le montrer tel qu'il est par son côté le plus noble, le plus caractérisé: c'est le peindre en beau Avant d'avoir lu votre lettre, je n'aurais pas osé dire que t-l avait été mon but en parlant de l'Académie belge; depuis que je l'ai lue, je suis presque portée à croire que ce but je l'ai atteint. N'affirmez-vous pas, en effet, en parlant de nos deux portraits de l'Académie belge que vous vous proposez « d'exposer dans le salon de l'opinion publique » (le mien n'aspirait pas à tant d'honneur) : « Je suis bien certaine que l'on dira : » le portrait de l'Académie de médecine belge peint par la GAZETTE MÉDICALE » DE PARIS est *plus beau*; celui esquissé par la GAZETTE MÉDICALE BELGE est » plus vrai. » Je soupçonne bien que vous n'admettez la première moitié de cette proposition qu'à la condition que je reconnaisse l'exactitude de la seconde; mais c'est vous qui vous chargerez de la responsabilité de l'une et de l'autre. Ma modestie m'empêche de m'expliquer plus complètement à cet égard.

Si par les motifs qui précèdent je ne croyais pas avoir suffisamment justifié le bien que j'ai dit de votre Académie, j'appellerais à mon aide une autorité plus concluante à vos yeux : je vous appellerais vous-même en témoignage. Oui, chère sœur, c'est vous-même qui patroneriez mes opinions. La puissance de la vérité est telle sur les bons esprits, a dit un philosophe, qu'ils la défendent alors même qu'ils croient la combattre. Voyez plutôt. « Loin de porter le cachet d'une œuvre réfléchie elle se ressent (l'Académie) journellement de la précipitation qui a présidé à son organisation; de là sa marche » chancelante qui ne deviendra assurée que le jour où tous ces élémens hétérogènes qui la composent s'harmoniseront; alors (c'est vous, GAZETTE MÉDICALE » BELGE qui écrivez ce qui suit) ses destinées *seront bien belles*; car si son » passé a été tel que l'ont *fait les événemens*, l'avenir et un avenir *splendide* » *lui appartient*. » Je n'ai rien dit de plus juste : je voudrais l'avoir dit aussi bien. Il y a donc derrière la matérialité actuelle *fruit des événemens* quelque chose de beau, d'élevé, inhérent à la nature propre de l'institution. Et c'est vous

ployait le sel de Glauber, quand il n'y avait ni douleur ni sensibilité au bas-ventre; dans le cas contraire, on employait l'huile de ricin. Il arriva souvent aussi qu'à l'arrivée à l'hôpital on administra les premiers dans les cas où les symptômes cérébraux étaient plus ou moins prédominans; les seconds lorsqu'il y avait prédominance de symptômes abdominaux. Quand la diarrhée était abondante, l'huile de ricin, donnée toutes les deux heures par cuillerée à café, eut de très bons effets. Le sel de Glauber était donné par cuillerée à café, de deux heures en deux heures, jusqu'à ce qu'il produisit quelques évacuations.

C. Acide hydrochlorique. Il fut le remède le plus employé dans la première période des trois formes. L'acide muriatique, de la pharmacopée suédoise, fut mêlé à une décoction de guimauve (1 gros sur 12 onces), et on en administrait une cuillerée à soupe toutes les deux heures. On continuait ce remède *tant que le pouls se maintenait plein, tendu ou mou, et tant que les bruits du cœur continuaient à être normaux, ou que le premier était plus court que dans l'état normal.* L'emploi de ce remède n'était pas contre-indiqué par l'état de la langue ou des organes gastriques; on l'administrait soit que la langue fût chargée ou non, rouge et écorchée, molle ou dure, humide ou sèche; on l'administrait aussi, que le ventre fût douloureux ou non, tendu ou mou, soit qu'il y eût constipation ou diarrhée. Il n'était contre-indiqué non plus par aucun autre symptôme, à l'exception des cas de congestion aux bronches et aux poumons. Là où ces derniers symptômes s'étaient précédemment montrés, ils étaient habituellement exaspérés par l'acide hydrochlorique; aussi cessait-on de l'employer alors, comme aussi dans les cas où de pareils accidens survenaient pendant son emploi. Les seuls remèdes auxquels l'acide hydrochlorique fut quelquefois joint furent l'infusion d'ipécacuanha et le mucilage de gomme arabique.

D. Hydrochlorate d'ammoniaque. Ce n'était qu'un remède de réserve pour les cas où l'acide hydrochlorique ne semblait pas convenable. On l'administrait à la dose de 10 à 15 grains toutes les deux heures, dissout soit dans une décoction de guimauve, soit dans une infusion d'ipécacuanha.

E. Acide phosphorique. Cet acide a été employé dans tous les cas; c'est le remède auquel on eut le plus recours. On mélangeait 3 gros de la solution d'acide phosphorique (pharmacopée suédoise) avec 12 onces de décoction de guimauve; une à deux cuillerées à bouche toutes les deux heures. L'indication pour l'acide phosphorique existait quand *le pouls perdait sa plénitude, c'est-à-dire quand il commençait à devenir faible, et que le premier bruit du cœur devenait court, semblable au second,* et qu'en même temps les forces s'affaissaient, et la langue devenait ordinairement sèche et souvent chargée de croûte; on l'administrait aussi quand apparaissaient les symptômes qui marquaient la fin de la première et le commencement de la seconde période. Aucun symptôme n'en contre-indiquait l'emploi pendant toute la seconde période. On l'administrait soit seul, soit mêlé à de l'infusion d'ipécacuanha, soit en alternant avec le mucilage camphré.

F. Ipécacuanha. Ce remède était donné sous forme d'infusion; on en prenait un scrupule à 1 demi-gros pour 8 onces de colature, à laquelle habituellement on joignait un peu des acides ci-dessus mentionnés. Les indications pour ce remède, pareilles dans les deux périodes de la maladie, existaient, *aussitôt qu'il se manifestait des selles en dévoiement,* soit qu'en même temps le bas-ventre fût tendu ou enfoncé, douloureux ou non, gargouillant ou non. Il n'y avait pas de contre-indication à l'usage de ce remède, et quand les vomissemens suivaient une infusion plus forte, on en faisait une plus faible, ou bien on y ajoutait le mucilage de gomme arabique; s'il occasionnait des nausées plus persistantes et trop douloureuses, on cessait ce moyen. Dans la seconde période, il fut souvent joint à du camphre.

G. Camphre. Le mucilage camphré (de la pharmacopée suédoise) était habituellement administré à la dose d'une demi-cuillerée à une cuillerée à bouche toutes les deux heures, quelquefois toutes les heures. L'indication la plus sûre de l'emploi de ce remède était l'état des bruits du cœur. Le camphre a été toujours ordonné quand on avait commencé à remarquer *que le premier bruit du cœur devenait faible, qu'il était à peine perceptible à l'ouïe, mais seulement constatable.* Cet état du premier bruit du cœur fut considéré (et est encore considéré par moi) comme le signe le plus certain que non seulement le camphre peut être administré sans faire de mal, mais encore qu'il produit toujours un effet utile. Les autres indications qu'on donne pour l'emploi du camphre dans les fièvres typhoïdes m'ont paru beaucoup moins certaines, comme, par exemple, celles qui sont tirées de l'état du pouls, de celui de la langue, de celui des forces ou de la nature du délire, etc., etc.; les indications tirées depuis un temps immémorial de la langue me semblent particulièrement incertaines; car le camphre peut évidemment être nuisible, quoique la langue soit sèche, tremblotante et chargée de croûtes, et d'un autre côté il peut convenir quoique la langue soit humide et tendre. La seule contre-indication qu'on remarquait dans cette épidémie à l'usage du camphre, était l'aspect rouge-viande de la langue et la sensibilité dans le bas-ventre avec diarrhée; dans de pareilles circonstances, le camphre augmentait la diarrhée ou déterminait des vomissemens avec ou sans colique. Lorsque à ces signes on reconnaissait que les intestins ne pouvaient supporter ce remède, quoiqu'il fût indiqué par d'autres symptômes, on l'employait à l'extérieur au moyen de lavages d'alcool camphré, opérés plusieurs fois par jour, sur la plus grande partie de la surface du corps. Au camphre était souvent joint l'acide phosphorique ou l'ipécacuanha de même que quelques-uns des remèdes qui vont être cités.

H. Musc. Ce remède n'a été employé qu'une fois dans les cas cités (observ. 5); parmi les cas non cités, il n'a été également employé qu'une seule fois. On ne peut tirer de ces deux cas aucune conclusion pour l'indication des circonstances où il doit être employé ou non; c'est donc en me fondant sur l'expérience acquise en dehors de cette épidémie que je vais signaler les circonstances dans lesquelles le musc est utile et hors desquelles j'ai trouvé qu'il était inefficace. Le musc est indiqué quand *le malade est couché sur le dos, quand il bavarde et marmote, quand il y a de la carphologie; lorsqu'il éprouve des tiraillemens dans les muscles, soit des soubresauts des tendons, soit des contractions plus fortes; quand le pouls est petit, à peine appréciable, et avant tout quand en même temps le premier bruit du cœur est complètement insaisissable à l'ouïe et ne peut plus être constaté.* Si le musc est ordonné sous l'empire des symptômes que je viens de signaler, je crois que bien des médecins reprendront confiance en ce remède, quelque opposition qui existe dans les avis émis sur son efficacité dans les fièvres. Il faut se rappeler qu'on doit l'administrer à fortes doses, de 3 à 5 grains,

---

qui ajoutez après cette sentence mémorable « que j'ai peint l'Académie telle » qu'elle devrait être, ou telle *qu'elle sera peut-être un jour*, mais non telle » qu'elle est actuellement; » même avec les restrictions que vous posez, chère et bien-aimée sœur, je croirai n'avoir pas tout à fait manqué mon but. Un portrait qui ressemblera mieux encore dans l'avenir qu'il ne ressemble dans le présent; qui ressemblera surtout alors que l'objet sera tel qu'il doit être, quand il aura rempli ses brillantes destinées, serait non seulement un portrait vrai, exact (toujours au point de vue idéal), ce serait encore un portrait prophétique. Mes modestes prétentions ne vont pas et ne peuvent pas aller jusque-là. En bonne parente, vous vous êtes plu à exagérer mes faibles mérites pour tempérer vos reproches. Mais en femme plus expérimentée souffrez que je n'accepte pas absolument ni les uns ni les autres. Mon but n'a été que de signaler une idée heureuse, utile, une institution vraiment remarquable par la manière dont elle a été conçue et exécutée, voilà tout. Et si, dans mes esquisses du beau côté de la chose, j'ai trop faiblement accusé les teintes du côté qui l'est moins, c'était vous prouver que j'avais pensé à vous. Vos critiques, vous en conviendrez, avaient largement rempli cette tâche: et j'oserai dire que vous n'avez rien laissé à faire ni à désirer aux esprits les plus difficiles. J'ajouterais encore, si cela n'était superflu, que si dans l'avenir quelque lacune de ce genre s'offre à combler, je suis sûr que personne ne s'en acquittera aussi bien et aussi scrupuleusement que vous.

Pardonnez, chère et bonne sœur, la longueur de cette lettre. Vous connaissez et savez excuser les faiblesses de mon âge: mais vous ne saurez jamais assez les tendresses de mon cœur.

— La Société médico-pratique de Paris propose pour sujet de prix, à décerner en 1847, la question suivante:

De l'hydropisie chez les femmes enceintes. — Déterminer par les faits la valeur de ce phénomène morbide relativement à la mère et à l'enfant, sous le double rapport du diagnostic et du pronostic. Exposer le traitement. — La Société a en vue surtout, mais non exclusivement, l'hydropisie causée par la maladie dite de Bright.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de trois cents francs.

Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, devront être remis avant le 31 décembre 1846, avec les formes académiques, à M. le docteur Richelot, secrétaire-général.

— Sous presse, pour paraître très prochainement: Examen clinique de l'hydrothérapie; par H.-E. Schedel, D.-M.-P. 1 vol. in-8° de 600 pages environ, avec cette épigraphe:

« Pour discerner avec connaissance de cause le faux » du vrai, il faut cesser de croire que l'on tient la » vérité. »

Saint Augustin.

Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine.

toutes les deux heures, *jour et nuit*; s'il est donné en moindre quantité, il n'en peut résulter d'efficacité suffisante. J'ajoute toujours au musc d'un demi-grain à 1 grain de camphre à chaque dose. Les effets de l'emploi de ce remède sont : que l'état mussitant disparaît, que les soubresauts diminuent, que le pouls devient plus sensible et que le premier bruit du cœur recommence à pouvoir être constaté. A ces indices, on peut diminuer les doses, les administrer à de plus grands intervalles jusqu'à ce qu'on puisse le cesser; ce qui a lieu d'ordinaire au bout de deux ou trois jours, après quoi le camphre seul est indiqué.

I. Opium. Comme pour le précédent remède, il n'y a dans les observations ci dessus rapportées qu'un exemple (obs. 9) de l'emploi de l'opium; toutefois l'opium a encore été ordonné dans trois cas, et toujours avec de bons effets. L'indication de son emploi est: *la présence du delirium mite ou mussitans avec agitation continuelle sans aucun signe d'état congestif à la tête; le pouls doit être faible, mais pas petit; le premier bruit du cœur doit pouvoir être constaté, mais avant tout il ne faut pas que la peau soit chaude et sèche; il faut au contraire qu'elle soit molle, flexible, même un peu moite, et les pupilles doivent être ou naturelles ou bien un peu dilatées.* Dans ces circonstances, on donne l'opium à la dose d'un grain, ou seul, ou mieux encore joint à 1 grain de camphre on à 4 grains de *sal cornu cervi*, soit seulement une fois vers la nuit, soit aussi deux fois à deux heures d'intervalle; après cela survient habituellement un sommeil tranquille, le plus souvent avec augmentation de l'activité de la peau, et le malade s'éveille presque toujours ensuite plus calme, dans un meilleur état moral et souvent même avec un commencement de convalescence; je n'ai pas osé l'ordonner deux fois de suite; quand la première n'avait pas produit d'effet satisfaisant, je ne renouvelais pas la dose le soir suivant, mais j'y mettais une soirée d'intervalle; il convient principalement vers le onzième ou le quatorzième jour.

K. Belladone. En forme d'extrait aux mêmes doses et joint aux mêmes remèdes que l'opium. Les indications de son emploi sont identiques avec celles de l'opium; à l'exception de l'état des pupilles. *Pour que la belladone produise un bon effet, il faut que les pupilles soient contractées.* Elle peut être ordonnée à une époque de la maladie moins avancée que celle où on administre l'opium, mais cependant guère avant le neuvième jour; le mieux est de l'administrer la première fois le soir et la seconde fois le lendemain matin. L'effet de ces deux remèdes est le même avec cette différence que les pupilles contractées sont dilatées par la belladone. Il n'y a eu ici également, dans les faits rapportés, qu'un exemple (observ. 5) de l'emploi de la belladone; ce remède fut aussi employé dans deux autres cas dans des circonstances assez analogues.

L. Acide sulfurique. Cet acide était employé vers la fin de la dernière période de la maladie, après l'acide phosphorique, de préférence dans les cas où il y avait lysis. Il était administré, soit dans la boisson, sous forme de sirop vitriolique, soit joint à l'infusion de la racine d'arnica, soit dans de l'eau de roses. Les indications étaient: *profond affaissement des forces avec commencement d'escarres ou avec diarrhée persistante*, c'est-à-dire au moment où les toniques commençaient à être indiqués. Ce remède se montra surtout bienfaisant contre la diarrhée qui continuait au commencement et pendant la durée de la convalescence.

M. Essence de térébenthine. L'obs. 5 présente le seul exemple d'emploi de ce remède; si je me fonde sur l'expérience que j'en ai postérieurement acquise, je crois pouvoir affirmer que l'emploi de la térébenthine dans certaines circonstances de la fièvre typhoïde est une des meilleures acquisitions que la médecine ait faites dans les derniers temps pour le traitement de cette maladie. C'est notamment dans la pneumonie typhoïde que ce remède manifeste son heureuse influence. Cet état, dont les symptômes se retrouvent relatés plus haut dans l'observation que je viens de citer, est regardé avec raison comme un des accidens les plus graves de cette fièvre, et l'art dans presque tous les cas s'y montre impuissant. Il est donc d'autant plus important de posséder un remède qui, au moins de temps en temps, s'est montré efficace, non seulement en enrayant la pneumonie à son apparition, mais encore en lui faisant rebrousser chemin quand elle s'est déjà formée. La pneumonie survient quelquefois entre le onzième et le quatorzième jour; le plus habituellement pourtant après ce dernier jour, particulièrement dans les cas où l'activité du cœur est devenue si faible que le premier bruit ne peut plus du tout être constaté, ou ne peut l'être que très faiblement; c'est en me fondant là-dessus que je considère la pneumonie typhoïde comme un phénomène passif causé par la stase du sang et comme une conséquence du défaut d'énergie du ventricule droit du cœur, qui ne possède plus assez de force pour pousser le sang à travers les réseaux capillaires des poumons; le sang s'arrête alors, il s'amasse et il rend le tissu pulmonaire plus dense, à peu près comme cela a lieu dans une pneumonie active. Les premiers symptômes de cet état indiquent l'emploi de la térébenthine. Ces indications sont donc : *toux avec sputum visqueux, plus ou moins sanguinolent; son mat à la percussion sur un point quelconque de la poitrine, la plupart du temps en arrière, lorsqu'en même temps on entend à cette place le râle crépitant avec respiration bronchique ou faiblement tubaire*; en outre viennent aussi comme conséquence la dyspnée, la fréquence du pouls et quelquefois le point de côté. Le mode d'emploi de la térébenthine, ainsi que la dose, se trouvent indiqués dans l'obs. 5. Il faut aussi avoir soin, quand on emploie la térébenthine intérieurement, d'en appliquer en même temps une fomentation chaude sur toute la partie attaquée de la poitrine.

N. Arnica. On en a employé aussi bien les fleurs que la racine, les unes et les autres sous forme d'infusion (2 gros sur 8 onces). L'indication de ce remède se manifestait au commencement de la convalescence, que celle-ci eût lieu après crise ou par lysis; les fleurs ne convienent pas quand la langue est rouge-viande, et écorchée, quand le bas-ventre est douloureux et qu'il y a diarrhée, tandis que dans ces mêmes circonstances des infusions de racine d'arnica me parurent plus salutaires.

O. Quant à ce qui concerne l'emploi du *senega*, de la *valeriana*, du *quinquina*, du *vin*, du *fer*, et d'autres toniques, les indications et les contre-indications de ces remèdes sont trop bien connues pour qu'il soit nécessaire de m'en occuper encore.

P. Noix vomique. J'ai trouvé que la noix vomique était le meilleur remède lorsque, pendant la convalescence, il existe une diarrhée persistante, ou de l'atonie dans l'estomac ou dans les intestins. Elle était alors employée sous la forme d'extrait alcoolique à la dose d'un demi-grain trois à quatre fois par jour; on y joignait avec avantage les pilules de fer myrrhées (Ph. Lond). La strychnine a aussi été employée.

8° durée.

J'ai déjà parlé au commencement de cet examen de la durée de l'épidémie; il y a été dit qu'elle s'est subitement déclarée le 17 décembre sans avant-coureurs manifestes; qu'elle était à son plus haut degré d'intensité le 24; par conséquent au bout de huit jours, après quoi elle s'affaiblit petit à petit, jusqu'à ce qu'elle cessât complètement le 29 janvier, après une durée par conséquent de cinq semaines environ. Ainsi que cela a lieu d'ordinaire dans toutes les épidémies, les cas qui survinrent à l'époque de l'apogée ou aux environs de cette époque furent les plus intenses, et ensuite leur intensité diminua aussi en proportion de la diminution de l'épidémie.

Quant à la durée de chaque cas en particulier, calculée depuis l'arrivée à l'hôpital jusqu'à la sortie avec guérison, on ne peut l'évaluer qu'en prenant une moyenne; cette moyenne a été de vingt-trois jours. Ce terme toutefois ne serait pas exact pour chaque malade, parce que beaucoup de sujets, vu le manque de place, furent renvoyés de l'hôpital à la caserne sans avoir encore recouvré toutes leurs forces. Nous avons indiqué d'ailleurs la durée la plus ordinaire de la maladie et de ses deux périodes, lors de l'exposition de ses formes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les numéros de juillet et octobre 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Influence de l'oxygène sur le corps humain*; par M. Gardner. 2° *De la cyanose ou maladie bleue*; par M. Moreton Stillé. 3° *Cas d'extirpation d'un kyste ovarique biloculaire par une grande incision du péritoine*; par M. Atlee. (La malade mourut d'une péritonite aiguë dont les symptômes ne commencèrent à se manifester que le cinquième jour de l'opération, tout ayant paru marcher favorablement jusque-là.) 4° *Observations de chirurgie, avec remarques*; par M. Thomas Wells. 5° *Sur le traitement des affections inflammatoires dans les districts marécageux*; par M. Boling. 6° *Cas d'ostéosarcôme de la mâchoire inférieure; excision; guérison*; par M. Jersey. (Amputation du corps de l'os depuis la symphyse jusqu'à l'angle du côté droit; guérison rapide et sans accidens.) 7° *Cas de craniotomie*; par M. Hildreth. (Le bassin était, dit l'auteur, un peu resserré. Le forceps n'ayant pu être appliqué, on ouvrit la tête, et l'on

reconnut à la desquammation de l'épiderme et à d'autres signes de décomposition que l'enfant était mort depuis quelque temps. La mère se rétablit assez lentement.) 8° *Sur la lithotomie bilatérale et sur la lithotritie chez les femmes*; par M. Warren. (En 40 ans, il ne s'est fait à Boston que 25 tailles, et encore sur ce nombre 3 opérés seulement étaient natifs de Boston ou des environs. L'auteur attribue ce petit nombre de calculeux à ce que les eaux du pays contiennent peu de sels calcaires, tandis que, dans les pays où le sol a cette composition, les tailles sont beaucoup plus fréquentes. Ainsi, un chirurgien de Montréal y a fait en peu d'années quarante fois cette opération; M. Dudley (de Lexington), dans le Kentucky, l'a pratiquée de 150 à 200 fois. M. Warren donne maintenant la préférence à la taille bilatérale.) 9° *Observations pratiques sur les obstructions organiques, avec un cas où l'œsophagotomie et la trachéotomie furent exécutées*; par M. John Watson. 10° *Cas d'ostéosarcôme*; par M. Gibson. (Ablation d'une grande partie du corps et de la branche entière du maxillaire inférieur du côté droit pour un ostéosarcôme. On avait préalablement lié la carotide primitive. La guérison fut rapide.) 11° *Deux cas d'opération au périnée, chez un malade pour guérir un rétrécissement traumatique de l'urètre; chez l'autre, pour rétablir la portion cystique du canal qui avait été oblitérée complètement*; par M. L. Atlee. 12° *De l'isopathie ou du parallélisme des maladies*; par M. Harden. 13° *Statistique des causes de décès dans l'hôpital de Philadelphie durant une période de douze ans*; par M. Tahb. 14° *Ankylose angulaire du genou traitée par la méthode de Barton*; par M. Platt Burr.

EMPYÈME CHRONIQUE; PARACENTÈSE; INJECTIONS DANS LA CAVITÉ; GUÉRISON; par M. WELLS.

Nous ne donnons pas, tant s'en faut, la conduite tenue dans cette observation comme un modèle à suivre; car l'évacuation de l'empyème à plusieurs reprises par la même ouverture est une méthode éminemment vicieuse que les ponctions réitérées, ou le procédé de M. Reybard, et, mieux encore, la ponction sous-cutanée doivent définitivement remplacer. Elle est seulement digne d'attention comme offrant un exemple heureux de la manière dont on peut conjurer les dangers causés par l'introduction de l'air, lorsque cet accident a eu lieu après l'application d'une méthode opératoire vicieuse.

OBS. — Un médecin, âgé de 33 ans, vint, en 1836, se confier aux soins de M. Wells. Onze mois auparavant, il avait eu une pleurésie aiguë à la suite de laquelle un épanchement s'était formé et persistait depuis lors dans le côté gauche de la poitrine. La dyspnée, les palpitations, la faiblesse croissante, un mouvement fébrile revenant chaque soir le décidaient à demander un traitement chirurgical actif. Le côté gauche du thorax était plus dilaté d'un tiers que celui du côté droit.

Le 7 juin, après avoir placé un bandage autour de la poitrine, M. Wells fit aux tégumens une incision d'un pouce au niveau du bord supérieur de la septième côte, dans un point un peu plus rapproché du rachis que du sternum; puis il plongea le bistouri dans la cavité, et y introduisit immédiatement une sonde de gomme élastique percée d'un seul œil très large. Il sortit trois *quarts* d'un pus épais, mais inodore, et le malade se sentit soulagé. Néanmoins comme, cette quantité écoulée, il commençait à se trouver faible, on retira la sonde, on ferma l'ouverture avec un morceau de diachylon et l'on serra modérément le bandage autour du thorax. Dans l'après-midi, le même jour, on réintroduisit la sonde, en ayant soin de serrer exactement avec les doigts les bords de la plaie contre cet instrument, afin de prévenir l'entrée de l'air. Deux *quarts* du même liquide sortirent encore.

Le 8 et le 9, la même opération fut répétée et le malade éprouvait déjà une amélioration sensible, lorsque le 10, il fit par mégarde une inspiration profonde, précisément au moment où le liquide cessait de couler, et l'on entendit de l'air passer dans la poitrine. On plaça alors une tente de linge dans la plaie pour la maintenir ouverte.

Le 11, fièvre prononcée, respiration un peu embarrassée; il s'échappe de l'ouverture un quart de matière insupportablement fétide et d'une coloration plus foncée qu'auparavant. (Émétique à doses réfractées.)

Le 12 et le 13, quoique la fièvre fût un peu diminuée, le liquide conservait les mêmes apparences, les forces générales baissaient, et le malade se plaignait de langueur et de malaise. Bref, dit M. Wells, il devint évident, qu'à moins de corriger la quantité et la qualité de ce pus, le malade succomberait infailliblement. En conséquence, après que le liquide eut été extrait, il fit une injection avec un quart de pinte de solution faible (1) de chlorure de soude, et la laissa dix minutes avant de la faire sortir. Loin d'en éprouver quelque fâcheux effet, le malade se sentit beaucoup mieux.

Le 14, la fièvre avait été moindre, et le liquide avait perdu de sa fétidité. On injecta une quantité plus considérable du même liquide. L'amendement fut encore plus marqué.

Depuis ce jour jusqu'au 20 juillet, époque du départ du malade, on injecta tous les jours la même solution, en y augmentant par degrés la proportion du sel, et en introduisant une quantité de plus en plus considérable, jusqu'à ce qu'on fût arrivé à la rendre égale à celle du liquide qui sortait.

Le malade alla de mieux en mieux. La dernière fois qu'on eut de ses nouvelles, il ne sortait plus de l'ouverture thoracique que deux cuillerées d'un liquide plutôt séreux que purulent. La santé était bien rétablie. Le côté gauche de la poitrine s'était resserré, comme cela arrive après la guérison des épanchemens pleurétiques chroniques.

(1) Il est fâcheux que l'auteur n'ait pas eu le soin d'indiquer d'une manière plus précise les proportions de cette dissolution saline.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LES OBSTRUCTIONS ORGANIQUES DE L'ŒSOPHAGE, AVEC UN CAS OU L'ŒSOPHAGOTOMIE ET LA TRACHÉOTOMIE FURENT EXÉCUTÉES; par M. JOHN WATSON.

L'œsophagotomie a été assez rarement pratiquée, et plus rarement encore pour remédier à un rétrécissement organique de l'œsophage, ses indications les plus fréquentes étant l'extraction de corps étrangers venus du dehors et arrêtés dans ce conduit. Le cas suivant présente donc, sous ce double rapport, trop d'intérêt pour que nous ne le fassions pas connaître avec tous les détails nécessaires.

OBS. — M. Ames, âgé de 21 ans, n'ayant eu d'autre maladie dans son enfance et sa jeunesse, qu'un ulcère chronique de la face, jugé de nature scrofuleuse, vint consulter M. Watson le 19 janvier 1844. Depuis trois mois, il éprouvait une difficulté d'avaler qui avait été en augmentant progressivement. A l'époque dont il s'agit, il était devenu entièrement impossible de faire dépasser à un cathéter le point où l'œsophage présentait un rétrécissement. L'instrument rencontrait cet obstacle à 7 pouces environ de profondeur, en comptant à partir des incisives supérieures. Le malade ne vivait que d'alimens liquides. Du reste, il n'avait senti et ne sentait actuellement aucune espèce de douleur dans la bouche, la gorge, non plus qu'au cou. La vue et le toucher ne découvraient, dans ces parties, absolument rien d'anormal. Seulement, le corps thyroïde paraissait plus volumineux qu'à l'ordinaire, et l'on apercevait deux ou trois glandes lymphatiques tuméfiées au niveau de chacun des angles de la mâchoire. On le soumit à l'usage de l'iodure de potassium, et on appliqua deux vésicatoires sur les parties latérales du cou. Pendant ce traitement, on tenta plusieurs fois de franchir l'obstacle, tantôt en laissant le cathéter en place pendant une heure, tantôt en dirigeant un petit cathéter à travers un autre plus large. Mais ce fut sans aucun résultat. On essaya aussi la cautérisation avec un fragment de nitrate d'argent. La disphagie parut plutôt en être aggravée que diminuée.

Depuis le 2 février, la nécessité de l'œsophagotomie était décidée en consultations avec MM. Stevens, Rodgers, Hoffman et Post. Le malade voulait seulement la différer de quelques jours pour attendre quelques amis. Mais, comme il ne pouvait plus avaler, on dut, jusqu'au 12 février, le soutenir au moyen de lavemens nourrissans.

Enfin, le 12 février, on procéda à l'opération suivante.

Une première incision fut commencée sur le côté gauche du cou au milieu de l'espace qui existe entre l'os hyoïde et le bord supérieur du cartilage thyroïde, puis conduite en bas parallèlement au bord antérieur du sterno mastoïdien jusqu'à un pouce de l'articulation sterno claviculaire, divisant, dans ce trajet, la peau, le fascia superficialis et le peaucier. Une seconde incision, transversale, partit de l'extrémité supérieure de celle-ci, et fut prolongée en avant presque parallèlement au bord supérieur du cartilage thyroïde. On enleva, chemin faisant, un ganglion lymphatique engorgé et contenant à son centre un peu de pus concret, l'opérateur écarta avec le manche du scalpel le tissu cellulaire lâche qui sépare de la trachée, les vaisseaux et les nerfs principaux du cou, jusqu'à ce qu'il eût ainsi mis à découvert la partie inférieure du pharynx, et une portion de l'œsophage. Les bords de la plaie étant tenus écartés, il voulut alors saisir et ouvrir le pharynx à peu près à un pouce au dessous du cartilage thyroïde; mais comme ce conduit, vu sa texture musculeuse, échappait aisément, il fallut, pour accomplir ce temps de l'opération sans danger pour les parties voisines, introduire par la bouche une sonde d'argent jusque vers la stricture et diviser les parois du canal sur la pointe de cet instrument. L'œsophage étant ouvert, on reconnut que le siége du rétrécissement était précisément au dessous de l'incision; pour diviser celui-ci sans risquer de blesser l'artère thyroïdienne ascendante, on fut obligé d'inciser par dehors, et afin d'élargir le fond de la plaie, on coupa en travers le muscle sterno-mastoïdien et on renversa en bas le bord supérieur du corps thyroïde. On aperçut à ce moment le nerf récurrent. Enfin, après beaucoup de difficultés et de longueurs, après une hémorrhagie fournie par l'une des branches de la thyroïdienne supérieure, on parvint à inciser, dans l'étendue d'un pouce et demi, la paroi de l'œsophage au niveau du point rétréci. L'obstruction, autant qu'on put alors en juger, parut dépendre d'une simple induration avec contraction. On introduisit une sonde par laquelle le malade reçut un verre de vin et de l'arrow root.

Après quelques momens de repos, la partie transversale de la plaie fut réunie par suture, l'autre partie étant laissée ouverte. On fixa la sonde en place en l'attachant au côté de la tête du malade. Aucun symptôme fâcheux ne suivit l'opération. La sonde fut changée au bout de six jours contre une autre qu'on introduisit par la narine. On pansa alors la plaie de manière à en amener la réunion.

La seconde sonde fut laissée en place vingt-cinq jours. On la changea alors, parce qu'elle déterminait un goût désagréable dans la bouche. Le malade allait très bien, sauf deux indigestions résultant d'un excès de nourriture.

Le 31 mars, quelques douleurs dans la gorge forcèrent d'ôter de nouveau la sonde. Mais le malade n'en fut pas soulagé; il essaya sans succès d'avaler un peu d'eau et de vin. Le côté droit du cou paraissait un peu enflé et était sensible à la pression. Il ne fut pas possible de réintroduire la sonde par la bouche non plus que par la narine. Dans cette conjoncture, M. Watson ne voulant pas rou-

vrir la plaie de l'œsophage qui était déjà cicatrisée, nourrit pendant quelques jours le malade avec des lavemens.

Le 7 avril, après avoir de nouveau vainement tenté de faire pénétrer la sonde, il rouvrit la cicatrice récente de la plaie du cou, et plaça par là une petite sonde de gomme élastique dans l'œsophage, puis y injecta un peu de vin. Immédiatement après, il introduisit par la même ouverture une sonde de calibre plus considérable. Depuis lors, on donna les alimens de cette manière, en ôtant la sonde après chaque repas.

Tout allait bien de ce côté, lorsque, à partir du 10 avril, survinrent de temps en temps des accès de suffocation qui, calmés plusieurs fois par des fumigations à la vapeur de résine ou de cinabre, et s'accompagnant de tuméfaction du cou, rendirent enfin la trachéotomie nécessaire.

Cette opération fut pratiquée le 8 mai par l'incision de la membrane crico-thyroïdienne du cartilage cricoïde et des deux premiers anneaux de la trachée. Après un soulagement momentané, la dyspnée recommença. Le tube placé dans l'ouverture laryngienne était obstrué par la mucosité. Finalement, le malade tomba dans un état de collapsus, de demi-asphyxie, auquel il succomba le 14 mai.

Autopsie faite huit heures après la mort. Les poumons ne contenaient aucun vestige de tubercules. Une partie du lobe moyen et la plus grande portion du lobe inférieur du poumon droit était à l'état d'hépatisation rouge. Il en était de même du lobe inférieur du côté gauche. La plèvre gauche était couverte d'une exsudation récente de lymphe coagulable.

Le pharynx et l'œsophage étaient ulcérés dans l'étendue de 4 pouces, à partir de la base des cartilages aryténoïdes. La surface de l'ulcère, irrégulière, offrait une teinte verdâtre. Il était presqu'entouré par une série de dépôts tuberculeux, de couleur pâle, blanc-jaunâtre, variant pour le volume depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une petite muscade. Leur siége primitif était évidemment le tissu cellulaire sous-muqueux. La membrane muqueuse manquait sur une grande partie de cet ulcère; ailleurs, elle était comme déchiquetée et pendant en lambeaux. Les désordres étaient surtout considérables dans la cloison qui sépare l'œsophage de la trachée. Dans deux endroits, la perforation de cette cloison était complète.

A part une rongeur répandue autour des ulcérations, la surface interne de l'œsophage était parfaitement saine dans le reste de ce canal. A un pouce environ au dessous de l'orifice interne de l'incision faite à l'œsophage, existait une autre ulcération qui conduisait à une poche de même couleur que la partie ulcérée de l'œsophage et circonscrite par la partie interne et inférieure du sterno-mastoïdien. Une autre poche, communiquant aussi avec l'œsophage, existait du côté droit entre les muscles supérieur et moyen du pharynx. On trouva au devant du sterno-mastoïdien droit une glande lymphatique présentant le même état que celle extirpée durant l'opération.

Dans ce cas, on peut affirmer que l'œsophagotomie a réussi autant qu'elle pouvait le faire. Il est hors de doute qu'elle a prolongé de trois mois la vie d'un malade qui, évidemment, était sur le point de s'éteindre faute de nourriture. L'extension de l'altération aux voies aériennes a seule empêché ce succès temporaire de se convertir en guérison définitive; mais il est consolant de penser que l'art n'a échoué ici que contre des complications insurmontables, et que ses secours ont eu réellement toute l'utilité qu'on en pouvait attendre.

OPÉRATION FAITE POUR RÉTABLIR LA PORTION CYSTIQUE DE L'URÈTRE, QUI AVAIT ÉTÉ OBLITÉRÉE COMPLÈTEMENT; par M. L. Atlee.

Ce cas est l'histoire d'une des plus hardies et en même temps d'une des plus heureuses tentatives faites pour guérir des fistules urétrales du périnée. Nous donnons en détail la description du procédé opératoire.

Obs. — Un homme de 52 ans, souffrait depuis quatorze ou quinze ans de rétention d'urine. Soulagé à diverses reprises par le cathétérisme, il avait vu cependant son infirmité s'aggraver progressivement de telle sorte que, depuis trois ans, la sonde n'avait pu parvenir jusque dans la vessie. Lorsque M. Atlee le reçut à l'hôpital en février 1843, il avait, outre deux grosses hernies inguinales et des hémorroïdes, le tiers postérieur du scrotum occupé par une masse volumineuse et indurée, de la consistance du squirrhe, percée de plusieurs ouvertures fistuleuses par lesquelles s'échappait la totalité de l'urine. Une bougie ne pouvait pas pénétrer dans l'urètre au delà du niveau de cette masse. Le malade était dans l'impossibilité de retenir ses urines plus de deux heures.

Ce malheureux, désirant mettre un terme à cet état qui avait miné sa santé et ses forces, assiégeait M. Atlee de supplications pour qu'il entreprît quelque chose en sa faveur. Vaincu enfin par ces prières, le chirurgien se décida à tenter une opération, malgré l'apparente incurabilité de l'affection.

Le 24 avril, après avoir fait pénétrer aussi loin que possible dans l'urètre un cathéter cannelé sur la face inférieure, qu'il donna à tenir à un aide, il fit au scrotum et au périnée, sur la ligne médiane, une profonde incision de 5 pouces de longueur. Pour arriver jusqu'à la sonde, il fallut inciser dans une profondeur de près de 2 pouces. On ouvrit ainsi quelques-uns des trajets fistuleux qui sillonnaient la masse indurée. M. Atlee avait pensé qu'après quelques recherches il trouverait la partie postérieure de l'urètre et qu'il pourrait par là placer une sonde jusque dans la vessie. Mais quel ne fut pas son étonnement lorsqu'il s'aperçut que la partie antérieure du canal se terminait en cul-de-sac au milieu de l'induration des bourses, sans qu'il lui fût possible de découvrir au-delà le moindre vestige d'urètre au milieu du tissu induré dans lequel toutes les parties voisines étaient transformées! Un stylet fut poussé dans diverses directions pour tâcher de rencontrer l'orifice de l'urètre; mais ce fut en vain. N'ayant aucun guide pour terminer l'opération, il incisa de plus en plus profondément la masse dense vers le pubis, la prostate et l'espace recto-vésical, cherchant de nouveau après chaque coup de bistouri à découvrir, avec le stylet, l'urètre. Ces derniers essais restant infructueux, il se décida à pratiquer à la vessie une ouverture artificielle; et, dans ce but, il fit diriger le cathéter dans la direction voulue pour le cathétérisme espérant, que sa courbure porterait naturellement son extrémité vers le col vésical. Mais, craignant que l'altération des tissus n'eût changé leurs rapports normaux, il eut la précaution de porter le doigt dans le rectum; et cela l'avertit que la sonde était extrêmement près de la paroi antérieure de cet intestin. Il prit alors la sonde des mains de l'aide, et la dirigea lui-même de manière qu'en abaissant fortement son pavillon le bec remontât jusque derrière le pubis. Alors il plaça le bistouri dans sa cannelure et incisa vers la vessie; mais il ne put encore ni avec le doigt ni avec le stylet trouver l'ouverture d'excrétion de l'urine. Quelques incisions coupèrent tous les tissus qui existaient encore au devant de la paroi rectale. Le doigt porté dans la direction de la vessie rencontra un ligament aplati qui fut jugé être ou le ligament triangulaire rendu par la maladie, plus élevé qu'à l'état normal ou le fascia pelvia lui-même. Il fut derechef impossible de trouver dans ce ligament une ouverture conduisant à la vessie. Désespérant enfin de terminer autrement l'opération, M. Atlee prit un petit trocart de 3 pouces de long et le poussant le long de la sonde, la tige étant rentrée dans la canule, il le porta jusque contre le ligament aplati et dégageant alors la tige la plongea dans la direction de la vessie. Mais le stylet passé dans la canule éprouva encore à son extrémité de la résistance comme celle provenant du contact d'un corps solide. Il substitua pour un dernier essai le doigt à la sonde comme conducteur et portant le trocart en haut, directement sous l'arcade pubienne, le plongea de nouveau jusqu'à ce que toute résistance fût vaincue. A cet instant, le malade s'écria que l'instrument était arrivé dans la vessie. Effectivement, après avoir débarrassé avec le stylet la canule d'un caillot sanguin, on vit couler quelques gouttes d'urine. Une sonde de gomme élastique fut alors introduite dans la vessie; puis on la remplaça par un conducteur sur lequel on porta le bistouri herniaire de Cooper, et l'on termina en débridant de chaque côté les fibres descendantes du releveur de l'anus pour dilater le trajet. Une large sonde d'argent, construite exprès pour cette opération, fut placée par la verge, puis à travers la plaie et jusque dans la vessie, et on la fixa en place.

A partir de ce moment même, le malade put retenir ses urines plus longtemps qu'il ne le faisait d'habitude. Il parvint même bientôt à les lancer par un jet assez fort à travers la sonde. Les suites de l'opération ne furent traversées que par quelques coliques accompagnées de sensibilité à l'épigastre. Ces accidens légers avaient cédé le 29 lorsqu'on changea la sonde pour la nettoyer. Le malade apprit peu à peu à l'ôter et à la réintroduire lui-même.

Le 24 mai, la plaie était cicatrisée.

Le 4 juin, le malade indocile commença à uriner sans la sonde. L'urine ne s'extravasa pas pour cela dans les tissus voisins. Toutefois, on lui conseilla de replacer l'instrument toutes les fois qu'il voudrait uriner. Il quitta l'hôpital le 28 juin, retenant l'urine à volonté, aussi longtemps qu'avant d'avoir un rétrécissement et parfaitement rétabli. La masse indurée du scrotum avait presque entièrement disparu. On le laissa partir, en lui recommandant d'introduire encore pendant plusieurs mois le cathéter une fois par jour.

— Notre intention n'est pas de venir ici après coup jeter par une critique intempestive des doutes sur la convenance du procédé suivi dans ce cas. On a vu que les difficultés ont été grandes; mais la présence d'esprit et la dextérité de l'opérateur se sont montrées au niveau des obstacles. Nous demanderons seulement si, lorsqu'il tâtonnait en vain, pour découvrir au périnée l'orifice de la portion prostatique de l'urètre, il n'eût pas facilité singulièrement cette recherche en ordonnant au malade d'uriner. Outre des longueurs extrêmement fatigantes, il fût peut-être parvenu de cette manière à lui épargner ces ponctions répétées avec le trocart, ponctions qui, faites à peu près au hasard, comme l'événement l'a prouvé, exposaient à des lésions très dangereuses et entre autres à la perforation du péritoine.

ANKYLOSE ANGULAIRE DU GENOU TRAITÉE PAR LA MÉTHODE DE BARTON; par M. Platt Burr.

Voici encore une ces audacieuses entreprises qu'on tolère en Europe plus qu'on ne les encourage et surtout qu'on ne les imite, et dont le Nouveau-Monde semble jusqu'ici avoir le monopole de l'invention et du perfectionnement (voy. Gaz. Méd., 1842, p. 9). Ce nouveau cas, outre le succès complet qui a couronné l'opération, est encore remarquable en ce qu'il résout une des questions qui étaient restées jusqu'à présent indécises relativement à un point très important du manuel opératoire.

Obs. — Un nègre, âgé de 40 ans, robuste et bien portant, se donna par mégarde, en travaillant, un violent coup de hache qui porta sur la partie interne du genou gauche. La plaie pénétrait dans l'articulation. L'exercice et l'exposition à l'air exaspérèrent les symptômes. Le genou acquit un volume énorme; la suppuration s'y forma et se fit jour par plusieurs ouvertures. Enfin, elle cessa; mais le membre s'atrophia, le genou demeurant très volumineux. Un an après l'accident, c'est-à-dire en décembre 1841, le fémur, le tibia et la rotule étaient soudés et paraissaient constituer un seul et même os; la jambe était fléchie à angle droit avec la cuisse.

Le malade ayant consenti à l'opération, celle-ci fut pratiquée le 8 décembre 1841. Une première incision partant du bord supérieur et antérieur du condyle fémoral externe fut dirigée obliquement en haut sur la face antérieure de

la cuisse et terminée sur le côté interne. La seconde incision, commencée aussi du côté externe, mais à 3 pouces au-dessus de la première, passa obliquement en bas au-devant de la cuisse et se termina au même point que la première, formant là avec elle un angle aigu. Le lambeau triangulaire cutané et charnu étant relevé et disséqué, on appliqua sur le fémur mis à nu la scie ordinaire à amputations, et on emporta par deux sections obliques un segment cunéiforme de cet os, ayant 4 pouces à sa base et 3 lignes à son sommet dirigé en arrière. Conformément au précepte posé par Barton, on ne divisa pas avec la scie l'os en totalité; on laissa à sa partie postérieure l'épaisseur de 3 lignes intacte, et l'on acheva la division du fémur en le fracturant, afin de ne pas exposer l'artère poplitée à être lésée. L'opération ne dura que cinq minutes. Le lambeau fut recousu et maintenu par les agglutinatifs.

On plaça immédiatement le membre dans la même situation angulaire qu'il avait avant l'opération, et sur un double plan incliné semblable à l'appareil d'Anesbury, dont le degré d'inclinaison pouvait être changé à volonté. On le laissa ainsi pendant quelques semaines jusqu'au moment où l'on put penser que les esquilles et les aspérités de l'os étaient absorbées ou recouvertes d'exsudations récentes. La réunion des parties molles s'était accomplie pendant ce temps sans accidens. On commença alors à redresser peu à peu l'articulation; mais, conformément encore aux vues de Barton, on n'alla pas jusqu'au redressement complet, et l'on conserva au genou un léger degré de flexion, afin d'empêcher que le talon, dans la marche, ne heurtât à chaque instant contre les inégalités du sol. Le membre ayant été amené à l'attitude voulue, on substitua au double plan incliné la boîte ordinaire à fractures, dans laquelle on le laissa plus de trois mois.

Dans le mois de juin 1842, le malade put commencer à marcher sans bâton et reprit ses travaux. Mais le 15 juillet de la même année, étant à monter une échelle, le pied lui manqua, et dans sa chute, il se fractura la cuisse au lieu même de l'opération. Comme il s'était plaint auparavant de souffrir dans le condepied, au métatarse et aux orteils surtout lorsqu'il avait beaucoup marché ou était resté longtemps debout, on profita de ce nouvel accident pour faire consolider le membre non plus à angle, mais en ligne droite. En moins de deux mois, la fracture fut guérie, et il put se remettre à travailler.

M. Kilpatrick dit qu'il le vit le 15 avril 1844 activement occupé à bêcher un jardin. Le malade lui assura alors qu'il pouvait se servir de la hache et de la houe aussi facilement que jamais, et qu'il labourait même sans être fatigué.

II. THE NEW-YORK JOURNAL OF MEDICINE AND THE COLLATERAL SCIENCES.

Les numéros de novembre 1843, septembre et novembre 1844, contiennent les articles originaux suivans : 1° *Essai sur la fièvre maligne qui a régné à Rondout, en août et septembre 1843*; par M. Samuel Forby. 2° *Classification des eaux sulfureuses, avec une analyse de celles d'Avon, de Livingston et de Sharon*; par M. Manuel Salisbury. 3° *Fragment de jurisprudence médicale*; par M. A. Lee. 4° *De l'influence épidémique qui a régné à Binghampton pendant le printemps et l'été de 1843*; par M. S. Davis. 5° *Leçon sur les progrès de l'éducation médicale dans les États-Unis*; par M. Martin Payne. 6° *Dissertation sur le pouvoir préservatif de la vaccine*; par M. Samuel Forry. 7° *Sur quelques maladies du col de l'utérus, et sur la manière de les examiner*; par M. R. Gilman. 8° *Cas de galactorrhée prolongée*; par M. Horace Green. (Une femme de 47 ans, bien réglée et bien portante, mère à 20 ans, l'a encore été trois fois de suite. Depuis sa première grossesse jusqu'à présent, c'est-à-dire pendant une période de 27 ans, elle a eu une sécrétion laiteuse sans aucune interruption et assez abondante pour pouvoir nourrir ses enfans. Veuve depuis 9 ans, elle a encore pu récemment allaiter deux petits enfans à elle, lorsque des occupations ou une maladie empêchaient leur mère (sa fille) de leur donner le sein). 9° *Sur une tumeur isolée* (tubercule) *de l'utérus, plus commune dans la paroi postérieure de cet organe*; par M. Roberts. (L'auteur dit avoir reconnu, comme M. Lisfranc, que ces tumeurs occupent le plus ordinairement la paroi postérieure de l'utérus, au dessus du col. L'iode est leur remède souverain.) 10° *Occlusion de l'urètre, suite d'une contusion au périnée; fistule au dessus du pubis, donnant passage à toute l'urine; rétablissement des voies naturelles par une opération*; par M. Gurdon Buck. (La fistule hypogastrique était le résultat d'une ponction faite à la vessie 36 heures après l'accident. On incisa le périnée, puis une sonde d'acier introduite par la fistule hypogastrique sortit par le col de la vessie jusque dans l'urètre, et ce fut sur son bec que l'on incisa l'obstacle de dehors en dedans.) 11° *Cure spontanée de la phthisie, et application heureuse de l'électro-galvanisme dans l'aménorrhée*; par M. Collins. 12° *Observations d'angines, se terminant par une effusion tubulaire dans les bronches, avec toux croupale*; par M. Williams. 13° *Effets extraordinaires d'un coup de tonnerre*; par M. Le Compte. 14° *Nature et histoire des statistiques vitales*; par M. Samuel Forry. 15° *Des effets pathologiques de l'alcool*; par M. C. Péters. 16° *Cas d'occlusion congénitale du vagin*; par M. John Watson. 17° *Opération pour l'ablation d'une cataracte congénitale de l'espèce capsulo-lenticulaire*; par M. Turner. (La lentille ayant été divisée en plusieurs fragmens, on en fit passer avec l'aiguille la plus grande partie dans la chambre antérieure. La vue se rétablit. Le sujet était âgé de 6 ans.) 18° *Enquête médico-légale*; par M. S. Davis. 19° *Sur le régime des enfans dans les maladies des intestins*; par M. James Stewart.

DE QUELQUES MALADIES DU COL DE L'UTÉRUS; par M. GILMAN.

Après avoir décrit l'application du spéculum avec un soin qui prouve que ce mode d'exploration n'est pas encore généralement répandu aux États-Unis, M. Gilman indique un moyen qui lui a fréquemment réussi contre l'inflammation congestive du col utérin. Ce sont les scarifications du col. Voici comment il les pratique. Il attache à un morceau de bois de dimensions convenables une lancette ordinaire; puis il engage pleinement le col dans le champ du spéculum et fait alors avec l'instrument des incisions longues et superficielles à la membrane muqueuse, incisions dont il proportionne le nombre à la quantité de sang qu'il désire retirer. Si une déplétion abondante est indiquée, il coupe en travers les lèvres de l'orifice, et fait immédiatement après mettre la malade dans un bain très chaud, en lui recommandant de s'injecter de temps en temps dans le vagin de l'eau du bain. De cette manière, il a pu obtenir de six à huit onces de sang. Une de ses malades qui habituellement était assez copieusement réglée lui assura qu'elle avait perdu plus de sang à la suite de cette opération que pendant une de ses époques menstruelles. Il suffit ordinairement de répéter les scarifications une fois par semaine.

M. Gilman attribue à ce procédé les avantages suivans sur les sangsues. Il est applicable en tout temps et dans toutes les circonstances; il est prompt et d'exécution facile; il s'emploie sans douleur pour les malades; enfin, on évite ainsi l'introduction accidentelle des sangsues dans la cavité utérine. L'auteur ajoute à ces scarifications le repos absolu et des injections faites trois fois par jour avec de l'eau froide. Ces moyens sont simples, dit-il en terminant; mais quand on en use avec persévérance, on s'en trouve mieux, beaucoup mieux que si l'on employait d'une manière irrégulière les médications les plus variées.

Sans partager l'opinion de M. Gilman au sujet des avantages qu'il reconnaît aux scarifications sur les sangsues, nous pensons que ce moyen mérite d'être essayé, surtout dans certaines affections inflammatoires circonscrites à une portion seulement du col, et où l'on pourrait plus sûrement, avec la lancette qu'avec l'aide des sangsues, pratiquer la déplétion sanguine près du siége du mal.

CAS D'OCCLUSION CONGÉNITALE DU VAGIN; par M. JOHN WATSON.

L'observation suivante offre une grande analogie de circonstances avec l'opération heureusement exécutée par M. Amussat pour rétablir le vagin congénialement oblitéré d'une jeune Allemande. Tout le monde a les détails de ce fait présens à l'esprit. Nous désirons qu'ils puissent servir en quelque sorte de complément à ce que la relation du chirurgien américain offre d'incomplet. Voici d'ailleurs le texte même.

OBS. — La malade, jeune femme allemande, ayant les parties génitales externes bien conformées, et ne manquant point de désirs vénériens, n'a jamais été réglée, et en l'examinant on trouva qu'elle ne présentait pas la moindre trace de vagin. Sa santé était bonne; il n'y avait aucune tuméfaction de l'abdomen. Une opération avait déjà été pratiquée par les docteurs Hoffman et Maxwell pour rétablir le vagin; mais, par la négligence de la malade à suivre leurs instructions, les parties s'étaient unies de nouveau. Une seconde opération fut faite par M. Watson de la manière suivante. Il introduisit dans l'urètre un cathéter d'argent qu'un aide tint. L'indicateur de sa main gauche ayant été placé dans le rectum, il divisa les parties avec précaution dans la situation naturelle du vagin entre le cathéter et le doigt qui servaient à protéger l'un l'urètre, l'autre le rectum. Après que le bistouri eut pénétré à la profondeur de près d'un pouce et demi, on trouva que les tissus s'entr'ouvraient sous une pression légère. Le reste du trajet fut frayé moitié en écartant les parties, moitié en les coupant, jusqu'à ce qu'enfin le passage se trouva ouvert jusqu'au museau de tanche. Cet orifice était évidemment très petit, et l'utérus parut être atrophié. Il n'y avait pas d'accumulation du liquide menstruel. Le passage fut maintenu ouvert durant plusieurs mois, d'abord à l'aide de l'éponge, et ensuite avec un pessaire plein.

On a revu la malade il y a quelques semaines. Le canal est encore ouvert, mais très contracté. Elle a négligé de mettre le pessaire depuis le mois de mai dernier.

III. THE MEDICAL EXAMINER AND RECORD OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai, juin et juillet 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *De la possibilité de fer,*

mer les ouvertures fistuleuses de la voûte palatine par une opération autoplastique; par M. Pancoast. 2° *De la chirurgie abdominale*; par M. Blundell. 3° *Cas de fungus hœmatodes supposé, combiné avec la mélanose*; par M. Y. Reese. (La tumeur appelée fungus-hœmatodes occupait l'épaule droite; elle s'ulcéra et fut trouvée à un état trop avancé pour pouvoir être extirpée. Après la mort, on trouva le foie converti presque totalement en un tissu mélanique.) 4° *Rapport du chirurgien général de l'armée des États-Unis pour l'année* 1843. (Énumération de cas n'offrant que fort peu d'intérêt.) 5° *Statistique de 107 cas de travail, observés à l'hôpital de Philadelphie*; par M. B. Beaumont (Rien de neuf.) 6° *Névrose singulière*; par M. Dunglison. 7° *Blessure grave de l'abdomen avec sortie des intestins au dehors, suivie de guérison*; par Worthington; 8° *Clinique du collége médical de Jefferson*; par M. Dunglison. 9° *Cas de stricture de l'iléon et de perforation de l'appendice vermiforme du cæcum*; par M. T. Child. 10° *Notes sur trois cas d'anévrisme*; par M. Burwell. (Trois anévrismes de l'aorte observés sur des femmes et terminés par la mort.) 11° *Cas dans lequel un calcul biliaire de volume extraordinaire fut rendu par les selles*; par M. James Couper. (La malade, après plusieurs attaques de jaunisse qui s'étaient terminées heureusement par l'excrétion de calculs biliaires peu volumineux, en rendit une dernière fois un dont les dimensions étaient de 9/10 de pouce sur 8/10). 12° *Cas fatal d'étranglement de l'intestin*; par M. M. Phœters. 13° *Opération pour la cure de la blépharoptose*; par M. Pancoast. (Exemple de succès après l'application du procédé de Hunt, qui consiste à enlever un segment elliptique des tégumens palpébraux, et à faire ensuite réunir les deux bords de la perte de substance par première intention, de manière à ce que la contraction du muscle occipito-frontal remplace ultérieurement celle insuffisante de l'élévateur palpébral.) 14° *Cas intéressant d'anévrisme avoisinant l'origine de l'aorte*; par M. Dunglison. 15° *Opération étendue de méloplastie*; par M. Mütter. 16° *Rupture de l'estomac*; par M. Ch. Hoyle. 17° *Irrégularité des dents*; par M. Flagg. (Emploi des plans inclinés pour corriger cette difformité.) 18° *Cas d'hypertrophie considérable du cœur, avec persistance du trou de Botal sans cyanose*; par MM. Wine et Bryan. 19° *De l'emploi de l'iodure de potassium dans la dernière période de la pneumonie*; par M. Upshur. 20° *Statistique de l'épilepsie à l'hôpital de Philadelphie*; par M. Wilson. 21° *Opération de rhinoplastie*; par M. Mütter. (Restauration d'une aile du nez seulement.) 22° *Cas de péritonite*; par M. Branden. 23° *Opération de chéiloplastie*; par M. Mütter. (Cancer de la lèvre inférieure excision de la partie malade et de la portion moyenne de la lèvre. Deux lambeaux latéraux, en forme de parallélograme, furent ensuite taillés sur la peau du menton; ils avaient une direction oblique en bas et en dedans, de sorte qu'en les faisant ensuite remonter par glissement vers la lèvre, leurs bords internes se rencontrèrent en ligne droite et furent rapprochés au moyen de la suture). 24° *Cas d'intussusception des intestins*; par M. W. Wilson; 25° *Remarques sur l'extraction des dents et sur les instrumens employés pour cette opération*; par M. Flagg.

DE LA POSSIBILITÉ DE FERMER LES OUVERTURES FISTULEUSES DE LA VOUTE PALATINE PAR UNE OPÉRATION AUTOPLASTIQUE; par M. PANCOAST.

Depuis longtemps la science n'avait enregistré aucun progrès sensible pour la guérison des ouvertures anormales de la voûte palatine. L'opération de Krimer, seule ressource de l'art contre ces infirmités, ne donnait de remède que contre les fissures congéniales; mais les perforations accidentelles d'une certaine largeur échappaient à son action, et l'on en était réduit à les pallier d'une manière souvent bien insuffisante à l'aide d'obturateurs. L'observation que publie aujourd'hui M. Pancoast ouvre une voie nouvelle à leur traitement; bien que le succès n'ait pas entièrement couronné ses efforts, le procédé qu'il a suivi n'en mérite pas moins de prendre rang à côté des tentatives les plus rationnelles et les mieux combinées de la chirurgie. Après l'avoir décrit, nous ajouterons aussi les remarques que notre propre expérience nous a permis de faire sur le même sujet.

OBS. — Malek Moore, âgé de 30 ans, entra à l'hôpital de Philadelphie en octobre 1840. Seize ans auparavant, il avait eu une première fois la syphilis; puis au bout de douze ans, il la contracta de nouveau. A cette époque, une perforation s'effectua à la voûte palatine, de la longeur d'une pièce de cinquante centimes, gênant la prononciation et la mastication.

Le 28 novembre 1840, M. Pancoast pratiqua l'uranoplastie de la manière suivante. Le malade étant assis en face du jour, il tailla avec un bistouri à double tranchant courbé vers sa pointe, deux lambeaux de membrane muqueuse, chacun ayant la forme d'un triangle tronqué vers son sommet, et partant l'un du côté droit et antérieur de la perforation, l'autre de son côté gauche et postérieur. Leur base, ou bord plus large, avait 3/4 de pouce de largeur et touchait aux alvéoles; leur pédicule, adjacent à la circonférence de l'ouverture, était large de 3/8 de pouce. On rafraîchit avec le bistouri le bord de l'ouverture, et l'on scarifia également la partie des lambeaux qui était destinée à être adossée mutuellement l'une contre l'autre après leur affrontement. Le saignement fut arrêté en faisant rincer la bouche avec de l'eau aluminée.

Il restait actuellement à suturer les lambeaux. Lorsqu'ils étaient retournés de manière à ce que leur surface muqueuse regardât les fosses nasales, ils se rencontraient aisément sur la ligne médiane; mais il fallait encore les pousser contre la voûte palatine, laquelle par sa courbure naturelle était à quelques lignes au dessus du plan formé par leur jonction. Pour atteindre ce but, M. Pancoast prit deux fils de soie bien cirés qu'il enfila chacun d'une aiguille à ses deux extrémités. Puis avec une pince de Physick, il passa les aiguilles à travers le bord le plus large des lambeaux, de sorte que le bout libre de chaque ligature pendait hors de la bouche. Les anses intermédiaires furent alors passées dans l'œil d'une sonde courbe et portées ainsi de la bouche à travers la fistule et en dehors des narines antérieures. On fit ensuite glisser au-dessous de ces deux anses l'extrémité d'une bougie creuse, que l'on porta immédiatement après dans les fosses nasales en la disposant là en travers de l'ouverture qui communiquait avec la bouche. Les extrémités des fils furent alors tirées du côté de la bouche; et les anses se trouvèrent comme à cheval sur le morceau de bougie qu'on avait poussé en arrière jusqu'à ce qu'il fût placé au-dessus de l'orifice fistuleux. Le chirurgien finit en nouant les fils dans la bouche après avoir poussé en haut les lambeaux vers la voûte palatine jusqu'à ce qu'ils fussent au niveau de la bougie. (Les lambeaux, pour prévenir l'effet de la rétraction consécutive qui a constamment lieu, avaient été taillés de dimensions excédant la largeur réelle de la perforation). Malgré leur ajustement exact, ils formaient encore dans la bouche une sorte de quille faisant saillie en bas. Pour remédier à cette imperfection, M. Pancoast prit une épingle de Palladium, forte, bien acérée et courbée comme l'est la voûte palatine, et il la fit pénétrer d'avant en arrière dans l'épaisseur des deux lambeaux. Sur cette épingle, il disposa un fil comme dans la suture entortillée. De cette manière, l'ajustement des lambeaux fut parfait. Enfin, il coupa les bouts de l'épingle pour qu'elle ne blessât point l'intérieur de la bouche.

Pendant plusieurs jours, on put se promettre un résultat complètement favorable. Mais le sixième jour, le malade s'étant exposé au froid fut saisi d'une bronchite qui lui donna de fortes quintes de toux. La réunion déjà opérée céda partiellement et l'on dut enlever les ligatures. Lorsque la bronchite fut terminée, on trouva l'ouverture diminuée de moitié. Elle fut encore réduite à une moindre largeur par des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent. Le malade sortit se trouvant lui-même assez bien pour ne vouloir pas se soumettre à une seconde opération. — Revu un an après, il était dans un état presque semblable.

— L'observation qui précède a été publiée le 27 janvier 1844. Nous n'en avions donc eu en aucune manière connaissance, lorsqu'au mois de septembre 1843, nous pratiquâmes nous-même sur un malade de notre service une opération sous beaucoup de rapports semblable à celle-ci. La principale différence entre le procédé de M. Pancoast et le nôtre consiste dans la manière de suturer et de relever en haut les deux lambeaux. Nous employâmes la suture à surjet. En ayant soin de percer avec l'aiguille un des lambeaux toujours de la surface saignante à la surface muqueuse, et l'autre lambeau toujours de la surface muqueuse à la surface saignante, nous pûmes, à l'aide de cette suture, renverser l'un contre l'autre les deux lambeaux de manière à ce que leur face muqueuse regardât en haut vers les narines. Nous fîmes alors sortir par les narines, en les y portant avec un stylet aiguillé, le chef initial et le chef terminal du fil qui avait servi à la suture; puis nous terminâmes en les nouant sur un petit bâtonnet arrondi, long de 3 à 4 centimètres, qui fut placé en travers de l'orifice de l'une des narines.

Le premier avantage de ce procédé sur celui du chirurgien américain est la facilité qu'il nous donna de relever les lambeaux aussi haut que nous le voulûmes en serrant plus ou moins les deux chefs du fil sur le bâtonnet. Il aurait également suffi de les y fixer par un nœud à rosette pour pouvoir ultérieurement agir sur les lambeaux de manière à les relever de nouveau, si leur poids, ou un mouvement involontaire ou quelqu'autre dérangement de l'appareil les avait abaissés les jours suivans. Par ce moyen très simple, nous parvînmes à élever les lambeaux au niveau de la courbure du voile du palais, et à remplir très exactement l'indication, qui paraît avoir été, pour M. Pancoast, une source de difficultés dont il n'a pu se tirer qu'en multipliant les agens de contention.

Outre la simplicité de notre pratique et la facilité de son exécution, nous pensons qu'elle aurait encore le mérite d'être applicable dans un plus grand nombre de cas et dans des cas plus grave que celle de M. Pancoast. En effet, nous prenons, nous, notre point d'appui sur l'orifice des narines, tandis que, avec sa bougie, M. Pancoast le prend sur le plancher des fosses nasales. Mais que deviendrait ce point d'appui chez les malades où l'ouverture est tellement grande que le plancher est en grande partie détruit? Ne serait-on pas alors exposé à voir le morceau de bougie tomber du nez dans la bouche lors des moindres mouvemens du malade, et annihiler ainsi l'effet d'une opération longue et laborieuse? Enfin, il nous semble que, pour pouvoir ainsi placer dans les fosses nasales une bougie,

en travers de l'ouverture de communication, il faut que la cloison des fosses nasales ait été détruite dans une grande étendue, ce qui n'a pas lieu chez tous les malades; nouveau et plus puissant motif de contr'indication dans un certain nombre de cas.

Du reste, notre opération, pas plus que celle de M. Pancoast, n'eut un entier succès. Malgré le soin que nous avions eu de donner à nos lambeaux une base plus large même que la demi-circonférence de l'ouverture, celui du côté gauche fut frappé de gangrène dans son bord libre le soir même de l'opération, celui du côté droit conservant toute sa vitalité. Le but fut ainsi manqué, et le malade porte maintenant un obturateur en caoutchouc, d'une construction très simple et qui ferme parfaitement bien l'ouverture bucco-nasale.

DE LA CHIRURGIE ABDOMINALE; par M. BLUNDELL.

Sous ce titre, M. Blundell énumère diverses opérations à pratiquer sur les organes contenus dans la cavité abdominale. Le principe duquel il part et sur lequel il appuie ses propositions, c'est que les blessures du péritoine ne déterminent une inflammation, ni aussi constante, ni aussi générale, ni aussi grave qu'on le croit communément. Malgré cette conviction il a bien soin de faire remarquer qu'il ne recommande pas les opérations suivantes *à la pratique*; mais seulement *à l'examen et à la méditation des médecins*. Nous ne saurions trop insister nous-mêmes sur cette réserve dans l'intérêt de l'auteur, comme dans celui des tentatives opératoires qu'il met ici en avant, en annonçant très explicitement qu'il ne s'agit pas encore de les exécuter, mais de les discuter.

1° Division des deux trompes de Fallope, et même excision d'une petite portion de leur longueur, de manière à les rendre complètement imperméables. Cette opération, comme addition à l'opération césarienne, augmenterait vraisemblablement à peine le danger de celle-ci, et aurait l'avantage de rendre ensuite la fécondation impossible, ce qui préviendrait la nécessité d'une seconde opération césarienne. (Tout le monde pressent les objections que suggérent contre cette ablation les nouvelles découvertes sur l'origine du sang menstruel.)

2° Extirpation des ovaires sains. Opération rarement nécessaire, d'après M. Blundell lui-même, et qui ne trouverait, dit-il, ses indications que dans des cas de dysménorrhée rebelle, dans les hémorrhagies causées par un renversement de matrice.

3° Extirpation des kystes ovariques squirrheux coexistant avec l'hydropisie ou dans l'hydropisie simple. Opération exécutée un grand nombre de fois dans ces dernières années, soit en Angleterre, soit en Amérique.

4° Excision d'une partie étendue du kyste ovarique, lorsque le kyste lui-même ne peut pas être extirpé en totalité.

5° Ablation de la matrice cancéreuse dès le début de l'ulcération.

6° Extirpation de l'utérus dans l'état puerpéral. Après l'opération césarienne abdominale, ou lorsqu'une malade est évidemment sur le point de périr par suite d'une rupture de matrice; la plaie nécessaire pour l'ablation de l'utérus remplacerait avantageusement la plaie plus grave qui existe dans la paroi utérine. Du reste, M. Blundell avoue que nulle opération *ne paraît plus injustifiable que celle-ci dans l'état présent de nos connaissances*.

OPÉRATION ÉTENDUE DE MÉLOPLASTIE; par M. MUTTER.

Voici une nouvelle application de la méthode indienne à la restauration des joues, et l'on va voir par les détails que ce n'est ni le moins ingénieux ni le moins sûr de tous les procédés imaginés par MM. Lallemand, Roux, Gensoul, Dieffenbach, Liston, Blandin, Zies. La manière de M. Mütter se distingue des autres opérations en ce que quatre lambeaux, au lieu d'un ou deux, concourent ici à fermer la perte de substance, et que par conséquent on n'a pas besoin de les tailler aussi grands, ni de leur imprimer un déplacement aussi étendu. Sous ce rapport, le mode opératoire du chirurgien américain nous semble présenter une grande supériorité. En empruntant ses lambeaux au voisinage et non à distance de la perte de substance, il les place aussi dans les meilleures conditions possibles de vitalité, ainsi que de ressemblance et d'identité de la force avec la partie qu'il s'agit de remplacer. Enfin, la réunion par première intention paraît devoir être plus sûrement obtenue à l'aide de ce procédé qui, vu le nombre et l'ampleur pour ainsi dire exubérante des lambeaux qu'il permet de se procurer, comble sans efforts et sans tiraillements le vide qui constitue la maladie. Tels sont les principaux motifs qui nous paraissent devoir le recommander à l'attention des chirurgiens.

OBS. — En mars 1842, une jeune femme vint consulter M. Mütter pour une difformité causée par une ouverture de la joue droite et dont nous ne pouvons donner une meilleure idée qu'en lui donnant le nom d'agrandissement énorme de la cavité buccale par suite de la direction vers ce côté de la commissure labiale. C'était la suite d'une salivation mercurielle survenue pendant le traitement d'une fièvre bilieuse. Il existait en outre une contraction permanente des deux masséters, qui rendait les mouvemens et l'écartement des mâchoires extrêmement limités.

La première indication consistait à ramener le jeu des articulations temporo-maxillaires. Pour la remplir, M. Mütter divisa les deux muscles masséters par dedans, en dirigeant le bistouri obliquement en bas et en dedans. Le second jour, il employa le levier d'Heister pour écarter les mâchoires. Tous les deux jours, on tournait un ou deux tours de la vis; et au bout de deux semaines de ce traitement, la malade put parvenir à tirer sans difficulté la langue hors de la bouche, ce qui lui était auparavant impossible; les mâchoires pouvaient s'écarter de près d'un pouce en avant.

La partie la plus difficile du traitement, la restauration du vide de la joue, fut exécutée le 23 mars 1842 de la manière suivante.

On commença par arracher les dents de la mâchoire supérieure qui, par leur irrégularité et leur acuité, auraient pu irriter ou gangrener les tissus pressant contre elles; puis, on procéda à la dissection des tégumens. On emporta d'abord toute la circonférence de la perforation que constituait un tissu inodulaire. On essaya ensuite de former le vide en faisant glisser vers son centre les tégumens détachés; mais ils ne purent céder assez. Il fallut donc en venir à former des lambeaux. Du milieu du bord supérieur de la perforation ravivée, on fit partir une petite incision verticale se dirigeant en haut; puis de son extrémité supérieure on tira deux autres incisions un peu plus longues, courbes, à convexité inférieure, l'une se dirigeant en avant vers l'aile du nez, l'autre en arrière vers l'oreille. L'ensemble de ces trois incisions représentait assez bien un T dont chacune des branches horizontales, au lieu d'être rectiligne, aurait été courbée de manière à ce que la convexité regardât en bas: T. Un plan d'incisions absolument semblable fut alors taillé à partir du bord inférieur de la perforation sur les tégumens de la partie latérale droite de la mâchoire inférieure. Ainsi l'on détacha quatre lambeaux; puis en les renversant de manière à les faire glisser sur leur face profonde, par rapport à un axe vertical, et de la périphérie du vide de la joue vers son centre, on n'éprouva aucune difficulté à les réunir les uns aux autres au moyen de la suture entortillée. Pour consolider le tout, on appliqua deux bandelettes agglutinatives sur les points où semblait s'exercer le plus de traction. Il y eut peu d'hémorragie.

Le 24, bonne nuit, un peu de mal de tête. La surface de la plaie est fraîche et à peine tuméfiée: pas de fièvre.

Le 26, on ôte l'appareil, et on trouve les lambeaux parfaitement réunis, à part une ouverture du diamètre d'un grain de plomb, située au centre de la joue.

Le 28, on enlève les aiguilles; les parties sont dans le même état.

Le 30, on toucha les bords de la fistule avec le nitrate d'argent; ces attouchemens sont encore continués les jours suivans. Malgré ces soins, la petite fistule persista; et il fallut en venir à rafraîchir ses bords avec le bistouri; après quoi on les rapprocha au moyen d'un point de suture entortillée. La réunion devint ainsi entièrement achevée et la malade fut guérie de sa choquante difformité.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 JUIN.

Cette séance a été consacrée à des sujets entièrement étrangers aux sciences médicales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Gaëtani-bey, premier médecin du vice-roi d'Égypte, est présent à la séance. M. le président l'invite à signer la feuille de présence et à prendre place parmi les membres.

PESTE.

M. TANCHOU adresse une lettre sur la peste. Loin de se ranger de l'avis de ceux qui demandent que l'Académie hâte son rapport, il exprime le vœu, au contraire, que l'Académie ne se laisse pas déborder à cet égard, et qu'elle appelle dans la commission des médecins du dehors, de la province aussi bien que de la capitale, particulièrement des médecins voyageurs, militaires et de la marine, pour l'aider à résoudre cette grave question. Frappé des graves dangers que pourrait avoir la suppression des lazarets, vers laquelle semble incliner la chambre législative, il voudrait que l'Académie invitât le gouvernement à supprimer seulement de nos lois sanitaires actuelles ce qu'elles ont d'arbitraire et de superflu, surtout à s'entendre avec les autres puissances européennes pour attaquer le mal dans sa source, et enfin à ne pas laisser décliner l'opinion du corps médical dans une question qui le regarde tout seul.

M. PRUS (membre de la commission): L'Académie doit être bien convaincue que la commission apporte tout le zèle et tout le soin possibles à l'examen de cette question. Elle ne doit pas ignorer non plus que la commission a reçu des documens nouveaux et qu'elle en attend encore d'Alexandrie et de Constantinople, qui pourraient être de nature à modifier son opinion sur cette question. On concevra aisément qu'en cet état de choses elle ne se hâte pas de faire son rapport.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE.

M. Poiseuille fait un rapport officiel sur une relation d'épidémie de fièvre typhoïde, communiquée par l'entremise de M. le ministre du commerce et de l'agriculture.

M. le rapporteur, après avoir analysé ce travail et en avoir signalé les nombreuses lacunes, propose pour conclusions de répondre à M. le ministre que cette communication ne contient rien qui soit de nature à fixer l'attention d'une manière spéciale, ni être l'objet de la sollicitude de M. le ministre.

M. Rochoux : J'appuie d'autant plus volontiers ces conclusions que le travail en question me paraît reposer d'un bout à l'autre sur une erreur de diagnostic.

M. Dupuy : Il n'a pas été fait d'ouverture de cadavres, on ne s'est pas assuré de l'existence des lésions caractéristiques ; je ne vois pas, par conséquent, qu'on puisse avoir la certitude que l'on a eu affaire à une fièvre typhoïde. Je serais plus disposé à croire, d'après ce que j'ai pu entendre de la description des symptômes et de la marche de la maladie, qu'il s'est agi plutôt d'une épidémie de fièvre intermittente pernicieuse. Ce qui rend à mes yeux cette opinion probable, c'est que le pays où a sévi cette épidémie est assis sur les bords d'une rivière.

M. Guéneau de Mussy donne sur la topographie de cette contrée quelques renseignemens, que nous ne pouvons pas entendre.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. Gaultier de Claubry lit un travail original sur cette question. On n'a pas oublié, dit-il, que, dans une des précédentes séances, la question de la contagion de la fièvre typhoïde ayant été soulevée, j'ai pris l'engagement d'apporter à l'Académie de nouvelles preuves en faveur de l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde et par suite de la contagion de cette dernière maladie. C'est cet engagement que je viens tenir aujourd'hui.

Je me propose dans ce travail de démontrer les deux propositions suivantes : 1° La fièvre typhoïde et le typhus sont deux maladies identiques. 2° La fièvre typhoïde, comme le typhus, est contagieuse.

M. G. de Claubry s'attache à démontrer que la symptomatologie et les lésions anatomiques sont effectivement les mêmes dans les deux cas. Quant à la contagion de la fièvre typhoïde elle ne lui paraît pas pouvoir être sérieusement contestée. Il rapporte huit faits recueillis dans sa pratique et choisis parmi ceux qui étaient le plus propres à mettre hors de doute la contagion. Ces faits ont été recueillis dans des familles riches ou au moins aisées, occupant des habitations saines, bien aérées, vivant en un mot au milieu de conditions telles qu'il n'était pas possible de mettre la transmission de la maladie sur le compte de l'encombrement ou de l'infection. Dans ces huit cas, la maladie s'est constamment communiquée des individus malades à des individus sains qui avaient eu des communications fréquentes avec les premiers pendant le cours de leur maladie. Comment se fait-il, dit M. G. de Claubry, tandis qu'il m'a été possible en quelques années de constater nombre de fois des faits de contagion, que les autres praticiens aient eu en général si rarement l'occasion de signaler des faits semblables? Tout ce que je peux dire à cet égard, c'est que je dois d'avoir aperçu ces faits, à ce qu'ils se sont tous passés dans une même famille. Si au lieu de cela ces faits de contagion se fussent manifestés entre des personnes étrangères, il y a tout lieu de croire que je les eusse ignorés.

On objecte qu'on ne voit point d'exemples de contagion dans les hôpitaux. Vous avez entendu M. Rochoux vous dire qu'il défiait les médecins des hôpitaux de citer un cas bien constaté de contagion. Je ferai remarquer d'abord combien cette assertion est peu exacte ; il suffira de citer l'opinion de M. Louis et celle de M. Chomel pour réduire cette objection à sa juste valeur. Quant à moi qui n'ai que rarement l'occasion de fréquenter les hôpitaux, j'ai vu cependant, en 1835, un cas de contagion bien manifeste dans un de ces établissemens et j'en fis même la remarque au chef de service et aux internes qui ne s'en étaient pas aperçus. Il m'est permis d'après ce seul fait de supposer que des faits de cette nature passent souvent inaperçus faute d'attention.

Il y a une autre circonstance enfin qui contribue pour beaucoup à faire méconnaître la contagion, c'est l'immunité dont un très grand nombre de personnes jouissent par rapport à la fièvre typhoïde. Dans ce cas sont tous les individus qui en ont déjà été affectés. Car il en est, à cet égard de la fièvre typhoïde, comme de la variole, de la rougeole et des fièvres éruptives en général, on n'en est communément atteint qu'une fois. Or, si l'on tient compte de la proportion considérable d'enfants qui ont la fièvre typhoïde, on ne sera pas surpris qu'un grand nombre d'adultes soient à l'abri de son atteinte alors même qu'ils sont exposés à la contagion.

Je ne suis pas seul, d'ailleurs, à soutenir cette opinion, dit en terminant M. G. de Claubry. MM. Chomel, Louis, Andral, Moreau, Jolly et bien d'autres que je pourrais citer encore partagent le même avis. En aussi bonne compagnie je pourrai me consoler si je ne parviens pas à convertir M. Rochoux.

M. Rochoux. Je l'ai dit souvent : la vérité est du côté de celui qui distingue le plus et le mieux. Je sais que tous les médecins ne pensent pas ainsi ; il en est qui sont disposés à tout confondre, comme Lassis, qui faisait toutes les fièvres avec une seule, ne voyant entre la fièvre muqueuse, bilieuse, adynamique, le typhus, la peste, etc., que des différences de degré. On me permettra de ne pas partager cette manière de voir.

Abordant la question soulevée par M. G. de Claubry, M. Rochoux attaque de point en point ses propositions. Le typhus et la dothinentérite sont à ses yeux des maladies essentiellement différentes. La dénomination de fièvre typhoïde que l'on a donnée à cette dernière maladie, cause en grande partie de cette confusion, a été, suivant lui, un véritable malheur scientifique. Tout diffère entre ces deux maladies, causes, symptômes, lésions anatomiques, traitement. Voyons d'abord pour les causes :

C'est un principe tout à fait élémentaire en pathologie, que la réaction est toujours relative à la spécificité d'action des causes. Il suffit de se rappeler les phénomènes tout différens que produisent les diverses substances toxiques. Si j'établis donc que les causes du typhus et celles de la dothinentérite diffèrent, j'aurai déjà élaqué une première distinction entre ces deux affections. Or, pour le typhus on reconnaît deux causes bien manifestes qui ne sont contestées par personne, l'encombrement et la contagion. La dothinentérite reconnaît-elle les mêmes causes? Tout le monde sait que rien n'est plus obscur que l'étiologie de cette maladie. L'acclimatement des étrangers à Paris joue un rôle important dans sa production, comme on le voit journellement pour les jeunes ouvriers et les étudians récemment arrivés à Paris. L'alimentation, ainsi que l'avait signalé Starck, semble n'y être pas étrangère. L'âge, comme aptitude, constitue une différence notable entre ces maladies. Tout le monde connaît l'immunité des vieillards à l'égard de la dothinentérite : il n'en est pas de même pour le typhus et les autres fièvres graves ; M. Delaroche a succombé au typhus à l'âge de 60 ans. Le Titien mourut de la peste à plus de 90 ans. Enfin ce n'est pas l'encombrement qui produit la dothinentérite ; je n'en citerai pour l'instant d'autres preuves que les faits même que vient rapporter M. G. Claubry.

Passons aux symptômes. Un des symptômes caractéristiques du typhus est un délire particulier ayant quelque ressemblance avec l'ivresse. C'est un aspect brillant particulier des yeux, tel que quelques médecins ont prétendu avoir diagnostiqué la maladie par ce seul caractère. C'est une odeur particulière qui ne ressemble à aucune autre et qu'on ne peut plus méconnaître quand on en a été frappé une fois. C'est enfin l'éruption pétéchiale. On est aujourd'hui, à l'égard de ces sortes d'éruption, beaucoup plus arriéré qu'autrefois. On confond les pétéchies avec cette éruption pourprée, ces taches rosées, sans importance, que l'on trouve partout. Il en est bien autrement de l'éruption pétéchiale qui a été si bien décrite par Fracastor, par Amb. Paré, Pringle, etc., et que l'on a retrouvée en Morée pendant la guerre de l'indépendance. M. Biett l'a vue et très bien décrite lors de l'épidémie de 1815, à l'hôpital Saint-Louis. C'est donc à tort que l'on confond ces taches pétéchiales réellement caractéristiques du typhus avec les taches rosées de la dothinentérite. Elles ne se ressemblent pas du tout.

De pareilles différences dans les symptômes de détail en indiquent de plus grandes encore dans les symptômes d'ensemble. Et, par exemple, la marche de ces deux maladies n'est pas la même. La marche du typhus est toujours rapide, la maladie est presque toujours jugée au quatorzième jour, tandis que la dothinentérite a le plus ordinairement une durée beaucoup plus longue.

Quant à la contagion, on sait déjà ce que je pense à cet égard. J'ai reçu dernièrement de la Touraine, pays où l'on a inventé la contagion, une note dans laquelle on me signalait une épidémie de fièvre typhoïde contagieuse ; mais c'était tout simplement une erreur de diagnostic.

Enfin, on parle de l'anatomie pathologique ; mais comment la faisait-on en 1811 ?

Voyons maintenant le traitement prophylactique. Je trouve encore ici les mêmes différences. On se met facilement à l'abri du typhus par l'isolement, tandis qu'on ne se soustrait d'aucune manière à la fièvre typhoïde. On dit que les étudians qui ne contractent pas la fièvre typhoïde dans les hôpitaux le doivent à ce qu'ils ont eu probablement la maladie dans leur enfance. Pur roman. La fièvre typhoïde n'atteint pas le vingtième de la population. Si elle était contagieuse, elle attaquerait tout le monde. Remarquez d'ailleurs que les élèves en médecine contractent en général la fièvre typhoïde pendant les premières années de leurs études, c'est-à-dire à une époque où ils ne fréquentent pas encore les hôpitaux.

Je m'arrête et je m'en tiens à ces généralités, parce que les faits de détail échappent à la discussion.

M. Gaultier de Claubry : M. Rochoux ne récusera pas l'ouvrage de MM. Petit et Serres ; or, cet ouvrage a été fait avec des observations recueillies avant 1811. J'ajouterai à l'opinion de ces auteurs celle de M. Cruveilhier, qui dit formellement avoir constaté les mêmes lésions dans la fièvre typhoïde et dans le typhus de 1814.

Quant à ce qu'a dit M. Rochoux concernant le caractère particulier du délire dans le typhus, ce caractère n'a pas grande valeur, car il n'ignore pas sans doute qu'il y a autant de formes de délire que de cas particuliers. J'en dirai autant du signe tiré de l'aspect des yeux.

M. Mérat : M. Rochoux a dit : comment faisait-on l'anatomie pathologique en 1811? A-t-il oublié qu'à cette époque c'était Corvisart, Laënnec, Bayle qui dirigeaient les recherches d'anatomie pathologique !

M. Castel : La contagion telle qu'on l'envisage est une chimère ; je l'ai dit souvent, et je le répète : ce n'est pas un être absolu, mais un être relatif, c'est un épiphénomène. Elle ne constitue pas le caractère essentiel de telle ou telle fièvre.

Quant à la conformité que l'on dit exister entre le typhus et la fièvre typhoïde, on pourrait, jusqu'à un certain point, dire aussi qu'elle existe entre toutes les fièvres ; car elles n'ont pas de caractères absolus ; elles se transforment et dégénèrent souvent les unes dans les autres.

Plusieurs membres demandent encore la parole. Vu l'heure avancée, on renvoie la discussion à la prochaine séance.

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

M. Hullin, médecin à Mortagne, lit une observation d'éclampsie puerpérale, ayant duré trois jours et heureusement terminée sous l'influence des bains réitérés et affusions froides sur la tête. M. Hullin émet quelques considérations sur l'indication de terminer l'accouchement dans cette circonstance. Dans le cas

qu'il rapporte, l'accouchement ne mit pas un terme à l'éclampsie, mais il en modéra considérablement les symptômes.

Sur la proposition de M. Moreau, ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission. MM. Moreau et Villeneuve sont chargés d'en rendre compte à l'Académie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RÉFLEXIONS SUR LES KYSTES EN GÉNÉRAL; par E. BERTHERAND, chirurgien aide-major au 22e léger.

Considéré d'après son étymologie et dans son application à une certaine classe de tumeurs, le mot *kyste* désigne une poche, un sac sans ouverture, accidentellement constitué, renfermant des substances de nature variable.

Sous ce dernier point de vue et sous le rapport de leur structure, on a depuis longtemps classé les kystes de différentes manières. La plus ancienne division les sépara selon la nature de leur contenu. Il est facile de montrer les défauts de cette méthode, basée sur une condition souvent impossible à saisir, lorsque ces tumeurs, profondément situées, ne sont point d'un accès facile au toucher, et même lorsque, plus superficielles, elles n'ont point encore été ouvertes. D'une autre part, quel profit, quelle induction la thérapeutique pouvait-elle en tirer? Cette première tentative de classification manquait donc de précision et surtout d'utilité pratique; aussi ne devons-nous point nous étonner si les ouvrages des anciens nous les montrent se plaignant souvent de récidives assez nombreuses, déterminées sans aucun doute par des moyens incomplets, purement palliatifs dont ils composaient le traitement des kystes. Ainsi que de tumeurs analogues par le contenu, différent par leur nature, et quels mécomptes ne devait-il pas résulter de leur traitement par des moyens identiques.

Réunissant les idées trop exclusives de Louis et de Bichat, M. Cruveilhier a assigné aux kystes deux origines différentes, la préexistence du contenu au contenant ou la condition opposée: de là leur division en préexistans et en consécutifs. L'on a pu dès-lors les isoler entièrement des tumeurs que leur organisation différente ne permettait point de laisser dans les mêmes catégories. De plus, les kystes ont été mieux étudiés au point de vue de leur accroissement, les uns étant susceptibles de variations de développement, les autres restant stationnaires une fois formés. Enfin ces recherches ont conduit naturellement à des notions exactes sur l'utilité ou la nocuité de la persistance de ces nouvelles productions et le but de leur formation, dans certains cas, a cessé d'être un mystère. Leur structure est devenue dès-lors le point de mire de toutes les investigations, et le terme de comparaison pour les isoler ou les rapprocher.

Néanmoins, il ne s'agissait point, comme l'a fait M. Bricheteau, de fonder des groupes sur la nature séreuse, muqueuse, dermoïde, fibreuse, cartilagineuse et osseuse des kystes. Il fallait aller plus loin, étudier la formation même des enveloppes, interroger leurs fonctions, le but de leur présence, pour arriver à connaître leur véritable nature et par suite leurs caractères distinctifs réels. C'est en suivant cette marche et l'appuyant sur l'observation clinique, que M. le professeur Rigaud est arrivé à diviser les kystes en deux grandes classes: les kystes *de sécrétion*, les kystes *de protection*. Quelques mots sur chacune de ces espèces.

Les kystes *de sécrétion* (loupes, sacs séreux), sont formés de deux enveloppes. La première, la plus extérieure, composée par une couche du tissu cellulaire lamelleux, est une coque membraneuse intermédiaire aux tissus environnans et à la poche du kyste qu'elle est destinée à isoler. Au-dessous d'elle la paroi du kyste, la *membrane-kyste* proprement dite, est chargée des fonctions de sécrétion et d'absorption. Ici s'offre la question de savoir si la matière renfermée préexiste au kyste, ou bien si elle est le produit de sa membrane sécrétante interne. Remarquons à ce propos que la classification de M. Cruveilhier est bonne; mais toutefois que le nombre des kystes préexistans est fort limité. Néanmoins essayons d'établir un rapprochement entre la formation des kystes et celle des abcès.

Delpech prétendait que dans les abcès enkystés, la membrane interne (qu'il appelait *pyogénique*) préexistait toujours à la formation du pus qui ne pouvait avoir lieu sans elle.

Cependant l'on voit chaque jour du pus sécrété sans cette membrane, elle manque dans beaucoup d'abcès; enfin elle existe dans des circonstances (péritonite, pleurite), où elle n'entraîne point la création de pus. M. Bérard a du reste parfaitement réfuté la théorie du professeur de Montpellier, et lui a substitué une manière de voir beaucoup plus en harmonie avec les faits. Sous l'influence de l'irritation inflammatoire de formation, phénomène mystérieux quant à sa cause première, commence une infiltration de matière plastique dans le tissu cellulaire. L'inflammation continuant avec une certaine intensité, des gouttelettes de pus se déposent çà et là dans le noyau plastique, puis se réunissent peu à peu en un point central, en un foyer, et y creusent pour ainsi dire une cavité par l'écartement et le refoulement des parois du noyau dont la couche la plus extérieure est résorbée durant ce travail. En même temps, la formation de la couche intérieure se perfectionne, la vascularisation y devient riche: alors commencent les fonctions de sécrétion et de résorption dévolues à la membrane dite *pyogénique*. Dans tout abcès, en effet, il y a toujours résorption de quelques élémens du pus sous l'influence élaborante des parois même de la poche. La membrane interne a donc pour mission, outre ses fonctions d'absorption, l'élimination de certaines particules dissociées du pus et non la disparition de ce dernier en nature.

Ce travail, que nous venons d'étudier dans les abcès, se fait pareillement dans les kystes *de sécrétion*, d'après M. Rigaud. Ainsi, par suite d'une irritation locale, l'on voit se déposer au sein des tissus un amas de matière plastique, formant un noyau dont le centre ne tarde pas à s'organiser; c'est la naissance de la membrane kyste, analogue à la membrane dite pyogénique. Elle n'en diffère que par les conditions particulières qui lui font sécréter des produits autres que le pus. (Nous voyons des exemples de ce fait dans certaines pleurésies où des pseudo-membranes s'organisent, et cela sans formation de pus.) Le noyau plastique se développe ensuite en vertu de sa vitalité assez avancée pour que les parties voisines ne tendent point à le détruire. La membrane kyste commence ses fonctions d'absorption, d'exhalation; et la cause qui fait varier la nature du produit sécrété nous échappe aussi bien que l'influence, le *nisus formativus* de nature sécrétoire et non suppurative qui lui a donné naissance. Ainsi, nous voyons le follicule sébacé ne sécréter constamment que de la matière sébacée, et cette dernière n'acquérir de changemens que par sa rétention plus ou moins prolongée, etc. Tout kyste de nouvelle formation et de sécrétion est donc originairement composé d'un noyau plastique, puis d'une membrane propre à laquelle s'en surajoute maintenant une deuxième qui, enveloppant le tout, est destinée à protéger les parties environnantes du contact de l'organe accidentellement produit. Il n'en est plus ainsi lorsque l'on a affaire à un kyste résultant directement de l'oblitération d'un conduit normal (tannes); alors pour tout phénomène principal se présente un travail d'absorption qui s'opère constamment, et duquel dépend l'altération de nature de la matière contenue.

Les kystes sur lesquels nous venons de dire quelques mots sont de la première classe, ceux de sécrétion. La deuxième classe comprend les kystes de protection, n'ayant plus, comme les autres, une influence sur la nature et les qualités de la substance qu'ils enveloppent. Nous les avons vus tout à l'heure entourer les kystes de sécrétion qui n'étaient pour eux que de véritables corps étrangers. De même, organes isolateurs, formés simplement par des lamelles du tissu aréolaire ambiant, ils se rencontrent autour des substances introduites du dehors dans les tissus (balles, dépôts sanguins, etc.), et dont la présence aurait, sans eux, réagi, puis déterminé des accidens pathologiques, tels que la suppuration et l'élimination, etc. Cette protection a donc lieu pour les parties environnantes et non pour le corps étranger lui-même. Il est encore à remarquer que cette espèce de kystes, en se moulant pour ainsi dire sur les substances à isoler, n'affecte en général la forme sphéroïdale que lorsqu'ils recouvrent des kystes de sécrétion.

L'organisation du kyste de protection offre des différences dans les deux cas suivans: 1° s'il enveloppe un corps étranger venu du dehors, sa surface, immédiatement en contact avec celui-ci, a peu de vie; l'autre, qui est extérieure, est douée d'un degré de vitalité égal à celui des parties environnantes. De là une sorte de dégradation successive et permanente de vie de la périphérie à la surface intérieure du kyste, et telle, que cette dernière peut être impunément dans un contact prolongé avec la substance étrangère; 2° lorsque le kyste de protection revêt un kyste de sécrétion, sa vitalité est à peu près égale dans toute son épaisseur; en effet, le kyste de sécrétion jouit d'une vitalité qui lui est propre.

L'on remarque également que, quand le corps étranger présente une surface inégale, et par conséquent irritante, il est séparé du kyste de protection par une couche de liquide plus ou moins abondant destiné à diminuer les effets du contact. Lorsqu'au contraire, la surface de la substance étrangère est lisse, dépourvue d'aspérités, cette exhalation, qui serait inutile, n'a point lieu ou est presque nulle. Il est rare que la surface interne du kyste soit complètement sèche; cependant on en observe des exemples.

Voyons maintenant ce que la pratique peut retirer de cette classification. L'on a conseillé de détruire les loupes, par exemple, en incisant les tissus voisins et pratiquant l'ablation complète du kyste sans l'ouvrir. Mais pour y parvenir l'on serait obligé d'intéresser toutes les parties envi-

ronnantes plus ou moins profondément, à cause de l'impossibilité de suivre exactement la poche du kyste. Et, dans la crainte d'entamer ses parois, l'on est conduit à s'en éloigner et à empiéter sur la zone de tissus contigus. Ces manœuvres ne sont point toujours exemptes de conséquences graves (inflammations diffuses, etc.); d'ailleurs la position du kyste ne permet point de les pratiquer dans tous les cas, surtout lorsqu'il est profondément situé. Frappés de ces inconvéniens, d'autres ont proposé de fendre la tumeur de sécrétion, de la vider, puis de détruire sa membrane interne par une sorte d'exfoliation au moyen de la cautérisation des corps irritans, etc. Cette méthode, préférable à la première, plus facile à exécuter dans la majorité des circonstances, ne donnait cependant point un résultat complètement satisfaisant; elle est même parfois suivie d'accidens dus à l'intensité de l'inflammation développée. En étudiant de plus près les kystes proprement dits, l'on a vu qu'ils tenaient pen aux parties voisines; de là l'idée qu'en pressant les tissus contigus l'on pourrait dégager ces organes morbidement développés, les expulser de leur domicile. Par ce moyen, il n'y avait plus à craindre l'inflammation diffuse circonvoisine; malheureusement son application était rarement possible. —M. Velpeau, reprenant ce sujet, a conseillé de fendre le kyste et ses enveloppes d'un seul trait, de le vider, de saisir un lambeau de ses parois avec des pinces et d'opérer sur lui de légères tractions pour détruire les quelques adhérences et détacher entièrement le sac sécréteur. C'est en pratiquant de semblables ablations que M. Rigand a observé que la surface restant après ces extirpations était lisse, ne montrant à nu aucun des organes voisins, et que l'on aurait pu facilement croire à une ablation incomplète du kyste. Examinée sur le cadavre, cette surface paraît composée par une couche cellnleuse organisée, coque externe du kyste, adhérente aux parties contiguës, analogue par ses usages aux enveloppes *de protection*, les corps étrangers séjournant dans les tissus voisins, mais en différent par l'organisation particulière qu'elles revêtent dans ces derniers cas. Le meilleur mode d'opérer ces kystes est donc de les diviser complètement et d'enlever le plus possible, par énucléation, la membrane interne sécrétante et résorbante. Des causes variées, telles que l'ancienneté de la tumeur, rendent cette énucléation parfois difficile; on recourt alors à l'exfoliation. Néanmoins l'on peut ensuite, par la réunion immédiate, mettre en contact les parois de la surface cellulo-vasculaire qui reste, et un dépôt de matière plastique vient bientôt rendre la cure radicale, si toutefois aucune parcelle de matière étrangère ne tend à s'y opposer.

En résumé, dans les kystes *de sécrétion*, l'indication est de détruire la membrane-kyste (la sécrétante), puis d'abandonner à elle-même la poche externe dite *de protection*. Cette dernière partie du traitement est la seule conduite à tenir à l'égard des kystes *de protection*, dès qu'on a enlevé la substance étrangère qu'ils isolent. Toutefois il peut être nécessaire d'exciter un travail inflammatoire pour modifier l'organisation de cette enveloppe protectrice qui lui avait permis de rester en rapport avec le corps étranger.

Telles sont, en quelques mots, les données pratiques qui se déduisent rationnellement de cette nouvelle étude des kystes, telle que M. le professeur Rigaud l'expose dans ses LEÇONS CLINIQUES.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DU COEUR, DE SA STRUCTURE ET DE SES MOUVEMENS; par M. PARCHAPPE. Un vol. in-8° de IV-192 pages. —Paris, 1844; chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

Cet opuscule est le fruit d'études consciencieuses sur la structure du cœur. M. Parchappe, ayant découvert dans ses dissections un point de l'anatomie de ce viscère dont il lui sembla que l'importance était jusqu'ici restée méconnue, voulut d'abord se borner à le signaler. Mais tout s'enchaîne dans la science de l'homme. Une seule donnée ajoutée au problème éclaire ou rectifie l'ensemble tout entier des notions précédemment acquises, et jamais il ne sera logiquement possible de scinder en chapitres distincts l'histoire d'une fonction, d'un appareil organique. Bref, l'auteur qui n'avait pris la plume que pour exposer une particularité de la circulation cardiaque se trouva naturellement conduit à publier une description complète du cœur chez l'homme et chez un certain nombre d'animaux.

Le point de physiologie que les dissections de M. Parchappe tendent spécialement à élucider est l'influence exercée par l'état de rapprochement ou d'écartement des colonnes libres des parois ventriculaires sur la forme et le degré d'ouverture de l'orifice auriculo-ventriculaire. Nous n'entrerons pas ici dans les détails de la description très minutieuse par laquelle il a cherché à justifier ses idées sur ce sujet. En raison même de leur nature tout anatomique, ces détails perdraient trop à être abrégés et ne pourront être fructueusement consultés que dans l'ouvrage lui-même. Il nous suffira pour le moment d'indiquer le résultat de cette disposition anatomique. D'après M. Parchappe, pendant la systole ventriculaire, le rapprochement jusqu'au contact des colonnes libres, effet de la contraction des fibres musculaires, réalise l'occlusion des ouvertures auriculo-ventriculaires. Ces ouvertures, resserrées par la contraction des fibres ventriculaires, en forme de sphincter, se trouvent alors hermétiquement fermées par le rapprochement et le froncement du bord inférieur des anneaux valvulaires, maintenu fixe et tendu au sommet des colonnes musculaires réunies. Dès lors les cavités ventriculaires représentant des canaux dont les axes aboutissent, en bant, au centre des orifices artériels, en bas, au sommet des ventricules, fermés de toutes parts; le sang est projeté de la pointe à la base avec une force d'impulsion telle que les valvules sygmoïdes redressées s'appliquent contre les parois artérielles, et que le flot de sang expulsé des ventricules pénètre brusquement au-delà des valvules dans les cavités artérielles, dilatant leurs parois et poussant devant lui leurs colonnes sanguines.—Lorsqu'ensuite succède la diastole ventriculaire, les ouvertures auriculo-ventriculaires deviennent parfaitement libres; car les ventricules étant alors à l'état de relâchement, par suite de l'écartement des colonnes, les anneaux valvulaires déployés constituent des canaux libres dont l'axe traversant le centre de l'orifice auriculo-ventriculaire aboutit, en bant, au sommet des appendices auriculaires redressées, en bas, au sommet des cavités ventriculaires.

Un fait physiologique assez important a encore été démontré par M. Parchappe grâce à cette détermination plus exactement établie de l'influence que la contraction ou le relâchement des ventricules a pour fermer ou pour dilater leur ouverture de communication avec l'oreillette; c'est le passage d'une certaine quantité de sang de l'oreillette dans le ventricule avant la contraction de l'oreillette. D'abord, dit l'auteur, on ne peut contester qu'il en soit ainsi, si l'on admet que le relâchement du ventricule précède la systole auriculaire; car, du moment que les fibres ventriculaires se relâchent, l'effet immédiat est l'agrandissement de l'orifice de communication, et cette disposition est telle qu'inévitablement le sang doit pénétrer. Cependant la réalité de l'introduction simultanée du sang dans l'oreillette et le ventricule au moment où les deux cavités sont à l'état de relâchement et où le cœur entier est à l'état de repos n'est pas généralement admise. On a même affirmé que le sang ne passe de l'oreillette dans le ventricule que sous l'influence exclusive de la systole auriculaire. Cette question n'est pas sans importance, surtout au point de vue des applications à la pathologie. Si l'on admet que le relâchement du ventricule précède d'un instant, tant court soit-il, la systole de l'oreillette, il est impossible de ne pas admettre *à priori* que pendant cet instant le sang puisse couler de l'oreillette dans le ventricule.

La réalité du phénomène se manifeste aux yeux dans les expériences sur les animaux. Il est facile alors de constater que le sang parvient jusque dans le ventricule indépendamment de la contraction des oreillettes, fait qui a frappé plusieurs expérimentateurs au point de les conduire à réduire à presque rien le rôle de la systole auriculaire. Cet effet se montre encore d'une manière plus sensible quand, au moment de l'agonie, les mouvemens actifs du cœur venant à cesser, le sang remplit et distend à la fois les oreillettes et les ventricules et tuméfie démesurément le cœur.

C'est par un effet analogue que se produisent dans les cavités du cœur les stases de sang qui favorisent la formation des caillots fibrineux pendant la vie. La forme que prennent ces caillots qui se continuent d'une cavité à l'autre par l'orifice auriculo-ventriculaire revèle en quelque sorte l'état du cœur au moment de leur développement.

Dans les circonstances ordinaires, et hors de l'état pathologique, la quantité du sang qui s'introduit dans ces ventricules indépendamment de la systole auriculaire doit être très peu considérable chez les mammifères et chez l'homme. Le relâchement, qui succède à la contraction dans les fibres musculaires des ventricules, fait simplement cesser l'effet du rapprochement actif des colonnes, c'est-à-dire l'occlusion des anneaux valvulaires. Le déploiement complet de ces anneaux, effet de l'écartement forcé des colonnes, n'a réellement lieu que sous l'influence de la poussée du sang chassé par la systole auriculaire. Les ouvertures auriculaires, par le fait du relâchement des ventricules, offrent la disposition qu'on trouve dans le cadavre où ces ouvertures ont la forme d'une fente ovalaire et l'anneau valvulaire celle d'un entonnoir. La quantité de sang qui peut parvenir jusque dans le ventricule doit être peu considérable, et en raison de cette disposition, et en raison de la courte durée du relâchement

simultané des deux cavités. Cette circonstance d'un obstacle à l'introduction rapide et abondante du sang dans le ventricule est indispensable pour que l'oreillette puisse se maintenir pleine et même achever de s'emplir précisément dans cet instant. Ce dernier résultat est, au reste, assuré s'il arrive dans l'oreillette par les veines plus de sang qu'il n'en passe au même moment dans le ventricule.

Nous avons encore trouvé dans ce travail une remarque sur la diastole ventriculaire, qui mérite d'être citée à cause de la lucidité avec laquelle l'auteur analyse ce temps de la circulation cardiaque. C'est, dit-il, un phénomène passif et composé. Il résulte de la réalisation successive de deux conditions à propos desquelles les parois de la cavité demeurent également passives. Une de ces conditions est la cessation de l'action des parois, le relâchement des fibres musculaires qui les constituent. L'autre condition est l'introduction actuelle et subite dans la cavité d'une quantité de sang qui les remplisse et les distende. Le changement de forme qui caractérise le mouvement est principalement dû à la réalisation de cette dernière condition ; car le relâchement des parois n'entraîne que la restitution de la cavité effacée; c'est l'introduction du sang qui détermine sa distension. La diastole, en tant que mouvement, ne se produit que dans les cavités qui reçoivent du sang. Le relâchement des parois dans le cœur que le sang ne traverse plus n'est, à proprement parler, que la cessation d'un mouvement. — On admet généralement que l'ampliation des cavités pendant la diastole est quelque chose d'indépendant de la pression du sang. On a dit que l'ampliation se produit même à vide, et de manière à repousser le doigt; et on a conclu de cette dilatation, en quelque sorte active, à une aspiration des colonnes sanguines dans ces cavités par suite de la formation du vide. Dans mes expériences, dit M. Parchappe, je n'ai rien pu constater de pareil. J'ai vu, pendant la diastole des ventricules, le sang se précipiter dans ces cavités au moment du relâchement de leurs parois, presser de dedans en dehors ces parois et les distendre. Lorsque la circulation au travers du cœur était interrompue, j'ai vu le relâchement des fibres pendant la diastole amener la mollesse et la flaccidité des parois qui demeuraient affaissées. Le relâchement des parois du cœur m'a paru être tout simplement la condition d'une dilatation que réalisent l'introduction et la pression du sang. De là résulte la nécessité de déterminer rigoureusement le sens du mot diastole, quand on l'emploie pour désigner soit le phénomène total, soit ses deux élémens.

Aucune question n'a été plus longuement controversée, plus diversement comprise, ni peut-être résolue d'une manière plus satisfaisante que le mécanisme du choc par lequel la pointe du cœur va frapper contre la paroi antérieure de la poitrine. C'est dans la structure même de l'organe que M. Parchappe va chercher la raison de ce mouvement. Pour que la pointe du cœur, dit-il, soit mécaniquement projetée en avant et en haut, il suffit que, la base du cœur étant fixée, les anses musculaires, dont la résultante d'action motrice est longitudinale, qui s'attachent à cette base et qui concourent à former la pointe, constituent dans le plan vers lequel l'inflexion a lieu une masse plus considérable et représentent, au moment de la contraction, une force plus grande. C'est ce qui a certainement lieu dans le cœur double des mammifères par suite de la prédominance de masse des fibres musculaires dans la paroi antérieure du ventricule gauche, et ce à quoi concourt peut-être l'entrecroisement qui se fait sur la face antérieure entre les chefs ascendans et descendans des fibres en 8 de chiffre. C'est ce qui a lieu aussi, au moins en ce qui est relatif à la prédominance de masse, dans le ventricule unique du crapaud, dont la paroi antérieure est la plus épaisse.

Le grand problème des bruits du cœur a été également abordé par notre auteur; sans discuter en détail la théorie de tel ou tel physiologiste, il trouve le moyen de ne laisser passer aucune des applications proposées sans examiner leur valeur. Rien ne nous a paru simple et lumineux comme la classification faite par lui de ces diverses hypothèses d'après la cause que chacune d'elles invoque. Ainsi, la condition essentielle de chacun des bruits normaux du cœur, dit-il, doit être réalisée par un des mouvemens de cet organe et doit consister dans un mouvement de liquides ou de solides. Or, les mouvemens normaux qui peuvent être conçus à priori comme susceptibles de produire un bruit sont : 1° dans les parties solides, la contraction musculaire, le choc du cœur contre la poitrine, la tension brusque et l'entrechoquement des valvules, le choc des membranes valvulaires contre les parois, le choc des parois contre les parois; 2° dans les parties liquides, la collision du sang contre le sang, soit entre courans semblables comme dans la projection du sang des ventricules aux artères, soit entre courans contraires comme dans les reflux ; 3° dans les parties solides et liquides simultanément, le frottement, le choc du sang en mouvement contre les parties solides, parois ou valvules.

Dans cette énumération le lecteur aura sans doute reconnu mentionnés toutes les causes, tous les phénomènes que les différentes théories regardent comme donnant lieu aux bruits du cœur. Partant de ces données, M. Parchappe examine jusqu'à quel point chacun des élémens ci-dessus désignés peuvent rendre raison des bruits normaux du cœur, avec leur rhythme, leur son, leur durée, leurs intervalles, leur siége tels qu'on les observe. Sa critique l'amène tout naturellement, après de nombreuses éliminations, à conclure que « c'est dans la tension des valvules sygmoïdes et cuspidées et dans le choc du sang contre les parois solides que peuvent être rationnellement cherchées les conditions génératrices des bruits normaux du cœur; » c'est encore, on le voit, la théorie de M. Rouanet, qui se trouve ici appuyée sur les considérations de structure comme elle l'est d'ailleurs par tant d'autres argumens de divers ordres.

Un fait indépendant de toutes les doctrines et fort important en lui-même a été signalé par l'auteur. On sait que les observateurs ne sont point d'accord entre eux sur la question de savoir si les bruits normaux continuent à être perçus lorsqu'on ausculte le cœur d'un animal à nu et hors de la poitrine. M. Parchappe apporte ici comme dans les autres problèmes qu'il examine non pas une opinion mais le résultat direct de son observation. « Je peux affirmer, dit-il, que le tic-tac si nettement perçu par l'auscultation médiate du cœur chez le lapin a complétement cessé d'être perceptible pour moi toutes les fois que j'ai appliqué le stéthoscope sur le cœur mis à nu, au moment où ses mouvemens continuant encore à se produire, la circulation du sang au travers des cavités avait cessé. Et je peux affirmer aussi que le stéthoscope appliqué sur le cœur du lapin extrait de la poitrine, posé sur une table et se contractant encore avec assez de force pour donner à l'oreille la sensation très nette d'un soulèvement, ne m'a permis de percevoir aucun bruit. »

Nous pourrions multiplier ces extraits sans qu'ils cessassent de conserver le même attrait, le même caractère d'observation consciencieuse et profonde. Mais il faut nous borner, et, dans l'intérêt même du lecteur, le laisser libre d'étudier dans le texte ces documens qui prendront rang désormais parmi les matériaux les plus utiles d'une histoire anatomique et physiologique complète du cœur.

DES REMÈDES ANTISYPHILITIQUES, DE LEUR APPRÉCIATION ET DE LEUR APPLICATION THÉRAPEUTIQUES (mémoire couronné par la société royale de médecine de Bordeaux); par M. PAYAN. (Brochure in-8°.)

Après les nombreux travaux dont les maladies syphilitiques ont été l'objet dans ces dernières années, et au milieu des controverses qu'ils ont suscitées, il devenait urgent de rassembler, de comparer au flambeau de nouvelles expériences les résultats épars, afin de dresser pour ainsi dire le bilan de la science sur ce point. La société de médecine de Bordeaux répondait donc à un besoin réel quand elle proposait pour sujet de prix l'*Examen comparatif de l'action thérapeutique des différentes préparations mercurielles dans les maladies syphilitiques*, et cette tâche, qui demandait un praticien expérimenté, ne pouvait mieux échoir qu'au chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix, à qui la science doit déjà bon nombre de mémoires de médecine et de chirurgie pratique.

Nous pouvons le dire tout de suite, les résultats auxquels est arrivé M. Payan, et qu'il appuie dans sa brochure sur une cinquantaine d'observations détaillées sont, à peu de chose près, conformes aux opinions de M. Ricord. Ses expériences thérapeutiques l'ont conduit à regarder comme insuffisante l'ancienne division des accidens vénériens en primitifs et consécutifs et à admettre avec M. Ricord, dans la manifestation de ces accidens, trois phases ou périodes successives. Il range dans la première, les accidens dits primitifs, sans toutefois les considérer, avec les chirurgiens de Paris, comme de simples effets d'une maladie locale ; ce sont la blennorrhagie, le chancre, les bubons ou adénites qui en proviennent directement. La seconde période comprend les symptômes qui dénotent évidemment une infection générale et affectent principalement la peau, les muqueuses, les yeux, les testicules ; ce sont les diverses espèces de syphilides, les rhagades, les onglades, la pelade, l'alopécie, les gourmes syphilitiques ou espèces de furoncles chroniques qui se terminent par ulcérations, les nodosités ou tubercules cutanés, les ulcères ou chancres consécutifs, les diverses excroissances qui se développent aux environs des parties sexuelles. Enfin, dans la troisième période se rangent les accidens qui dénotent une infection plus ancienne et ont un siége plus profond ; tels sont les tubercules profonds de la peau et des muqueuses, les tubercules du tissu cellulaire, vulgairement connus sous le nom de tumeurs gommeuses, les périostoses, les caries, les nécroses, les douleurs ostéocopes, les contractures vénériennes, etc.

Eh bien! chacune de ces périodes non seulement donne lieu à des indications thérapeutiques particulières, mais encore se reconnaît à son remède spécifique, qui n'est pas, du moins au même degré, celui des deux autres. Ainsi, en thèse générale, le mercure est le spécifique des accidens primitifs, l'iodure de mercure le spécifique des accidens secondaires, et l'iodure de potassium le spécifique des accidens tertiaires. L'on s'étonnerait de voir M. Payan chercher à réhabiliter la vertu antisyphilitique du mercure, si l'on ne savait quelles ont été à cet égard les préventions de la médecine antiphlogistique, et si l'on ne se rappelait que peu de temps avant sa mort, un regrettable praticien, le docteur Honrmann est venu, au sein de la Société de médecine, contester absolument l'efficacité du mercure. Il avait échoué, disait-il, dans *tous* les cas où il l'avait employé, et bien souvent il n'en avait tiré que des ptyalismes effrayans et des ulcérations de la gorge. On a peine à comprendre les insuccès opiniâtres d'un médicament qui tous les jours produit, entre les mains d'autres praticiens, des résultats merveilleux; tant il est vrai que des différences, même légères et souvent inaperçues dans les conditions d'expérimentation, peuvent faire parler à l'expérimentateur des langages opposés. Quoi qu'il en soit, M. Payan regarde le mercure *comme un précieux médicament antisyphilitique*; il pense que les accidens qui lui sont attribués proviennent très souvent du mode vicieux d'administration, du choix défectueux des préparations de cette substance ou de son emploi à des doses très élevées. Sous tous les rapports on trouvera dans la brochure que nous analysons de très sages préceptes, sur lesquels nous ne pouvons nous étendre longuement. Rappelons-en cependant quelques-uns.

L'auteur reconnaît aux *fumigations mercurielles* l'inconvénient de ne pas permettre d'apprécier exactement la quantité de mercure absorbé, et il ne les emploie guère que contre quelques accidens locaux, tels que le testicule vénérien, certaines excroissances. Il fait le même reproche aux *bains de sublimé*. Les *frictions mercurielles* pouvant provoquer très vite la salivation, il les réserve pour les cas où un état phlegmasique du tube digestif s'opposerait à l'ingestion des mercuriaux; comme M. Ricord, il préconise la *proto-iodure* comme beaucoup moins irritant que le deutoiodure: il recommande la *cyanure de mercure* comme une excellente préparation pour les personnes délicates et impressionnables, mais plus encore le mercure gommeux de Slenk pris sous forme de sirop.

M. Payan croit à la vertu antysiphilitique des préparations d'or, qu'il met cependant bien loin derrière les préparations hydrargiriques. Son opinion n'est pas encore assise relativement aux préparations d'argent.

Enfin, il regarde l'action de l'iodure de potassium comme *héroïque* dans la troisième période de la syphilis; et d'autant plus efficace, que les accidens sont plus anciens: opinion d'ailleurs généralement partagé, avec des tempéramens divers par les syphilographes de nos jours.

Cette brochure de M. Payan, bien nourrie de faits, empreinte du cachet de l'observation, et d'une observation impartiale, pourra servir de manuel sur une des spécialités les plus importantes et les plus délicates de la pratique.

MÉMOIRE SUR L'ERGOT DE SEIGLE, SON ACTION THÉRAPEUTIQUE ET SON EMPLOI MÉDICAL; par le même.

Depuis que le docteur Ollivier-Prescot introduisit régulièrement et par voie d'expérience l'ergot de seigle dans le domaine de la thérapeutique, de nombreuses recherches ont été entreprises dans la même direction. Mais longtemps on n'envisagea cette substance que comme un excitateur de la contractilité utérine; et encore cette propriété spécifique fut-elle soumise elle-même à de nombreuses contestations. Aujourd'hui, il paraît démontré que le seigle ergoté agit non seulement sur l'utérus, mais encore sur la vessie, le rectum et les membres inférieurs, lorsque ces parties sont frappées d'asthénie. Dès lors, la spécificité d'action du médicament disparaissait dans cet effet thérapeutique assez complexe; force est bien de faire remonter plus haut son action et de la rapporter à quelqu'organe qui ait la vertu de réagir sur toutes les parties à la fois. Or, dit M. Payan, « l'organe que l'observation et l'expérience s'accordent à faire regarder comme primitivement activé par l'ergot de seigle, c'est la moelle épinière, qui irradie ensuite cette action par les nombreux nerfs qu'elle fournit aux organes qui fonctionnent sous l'influence de son innervation. » M. Payan apporte, à l'appui de cette influence directe sur l'ergot de seigle sur la moelle des raisons fort ingénieuses, et, ce qui vaut mieux, des observations pleines d'intérêt. Outre le résultat général que nous indiquons, ces observations mettent hors de doute l'efficacité du médicament dans les cas de paralysie incomplète de la vessie, du rectum et des membres inférieurs. Dans tous les cas, suivant l'auteur, l'excitation se transmet par le moyen des nerfs qui ont leur origine dans le prolongement rachidien ou par les plexus qui en émanent.

Cette courte brochure mérite d'être remarquée pour le caractère pratique qui la distingue. Elle répond parfaitement à son épigraphe : *Utilitati*.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU LITHÉRÉTEUR, INSTRUMENT DESTINÉ A EXTRAIRE SANS DOULEUR LES PETITES PIERRES, LA GRAVELLE ET LE DÉTRITUS DE LA LITHOTRITIE; SUIVI DE LA DESCRIPTION DE NOUVEAUX DILATATEURS POUR LA DESTRUCTION DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE; par M. CORNAY. Un vol. in-8° de 16 pages. — Paris, 1843. Chez l'auteur et chez les libraires de l'École-de-Médecine.

En 1804, M. Cornay présenta à l'Académie de médecine un instrument avec lequel il se proposait d'extraire presque instantanément de la vessie les graviers, fragmens de calculs, corps introduits du dehors, caillots sanguins qu'elle pourrait contenir. Cet instrument se compose de trois pièces principales, un chalumeau, un récipient et une pompe aspirante. La manœuvre en est simple et facile : le chalumeau est introduit dans l'urètre à la manière d'une sonde ordinaire; un liquide est injecté dans la vessie, puis on fait le vide avec le corps de pompe et le liquide aspiré par le jeu du piston entraîne avec lui les corps étrangers qui tombent dans le récipient.

Cette manœuvre dont l'auteur vante les avantages et la sûreté d'exécution ne fut point jugée telle par la commission de l'Académie de médecine. Après avoir assisté à diverses expériences faites par M. Cornay tant sur le cadavre que sur le vivant, M. Ségalas, rapporteur, émit l'avis que l'instrument présenté pouvait presque toujours être suppléé sans désavantage par une sonde à l'extrémité de laquelle on fait le vide avec une seringue et que d'ailleurs son emploi était capable de donner lieu à des accidens fâcheux. Nous ne reproduisons pas ici la longue discussion que motiva ce rapport : nos lecteurs pourront en retrouver tous les détails dans le compte rendu des séances de l'Académie (Voy. GAZ. MÉD. 1844, p. 126). Nous rappellerons seulement que, malgré les objections graves adressées au *lithéréteur*, il fut assez généralement reconnu qu'il y avait là une idée susceptible de perfectionnement, et que l'insuccès des expériences avait tenu autant au peu d'habitude de l'auteur qu'au vice de son instrument.

Quoi qu'il en soit, n'ayant en ce moment à parler que du mémoire publié par M. Cornay, nous nous bornerons à dire qu'il contient la description *in extenso* de son appareil, des diverses indications auxquelles il peut satisfaire et de la manière de le mettre en œuvre. Nous avons regretté que l'auteur, mettant à profit des avertissemens du corps savant auquel il avait soumis son procédé, n'ait pas encore songé à le perfectionner ou n'ait pas du moins cherché à répondre par de nouvelles expériences ou par des faits cliniques aux critiques dont il avait été l'objet. Quoiqu'un peu vive peut-être, la forme de ces reproches était parfaitement académique et méritait une réponse. Elle eût été ici tout à fait à sa place et aurait, ce nous semble, heureusement remplacé les détails par lesquels l'auteur a jugé devoir nous initier au travail successif de son invention telle qu'elle avait été présentée à l'Académie. Un pas an-delà on une preuve de plus auraient mieux servi sa cause que la reproduction à peu près intégrale qu'il fait ici de son travail primitif.

Quant aux dilatateurs de l'urètre, ce sont tout simplement des cathéters métalliques composés de deux pièces susceptibles, après leur introduction dans le canal, de s'écarter graduellement l'une de l'autre. Cet instrument a été inventé tant de fois déjà et depuis si longtemps que nous ne verrions aucun intérêt à faire ici pour la dixième fois peut-être une mention détaillée de cette prétendue découverte qui d'ailleurs n'est, dans le travail de M. Cornay, qu'à l'état d'indication pure et simple.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MÉDECINE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA BRONCHITE PROFONDE CAPILLAIRE ET SON TRAITEMENT PAR L'ÉMÉTIQUE A DOSES RÉFRACTÉES; par M. H. Chambert, chirurgien élève à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Du 1er janvier au 3 juin de cette année, il s'est présenté dans le service de M. le professeur Michel Lévy, au Val-de-Grâce, 26 cas de bronchite capillaire, ou profonde, auxquels ce médecin a appliqué une méthode uniforme de traitement et de diététique. Les résultats qu'il a obtenus nous ont paru assez remarquables pour être signalés à l'attention des praticiens. Les considérations que nous y joindrons n'auront pas toujours le mérite de nouveauté, mais elles seront le produit d'une observation minutieuse et suivie; à ce titre elles pourront avoir quelque valeur au point de vue pratique.

La bronchite capillaire, ou profonde, était connue de presque tous les anciens auteurs. Mais les noms divers qu'ils lui ont assignés et les différens points de vue sous lesquels ils l'ont envisagée prouvent combien il y avait pour eux d'incertitude et de vague sur cette affection.

Ainsi, J.-B. Franck la décrivait sous le nom de *catarrhus bronchiorum*, Boerhaave et Sydenham sous celui de *peripneumonia notha*; Sauvages l'envisageait au point de vue de sa fréquence dans les fièvres éruptives sous la dénomination de *peripneumonia exanthematica* et de *peripneumonias catarrhalis* chez les jeunes sujets; Cullen la connaissait sous le nom de *fausse péripneumonie*. Laënnec la confondait avec le catarrhe suffocant; M. Andral en décrit plusieurs cas dans sa clinique médicale; enfin, les auteurs du Compendium et de M. Grisolle ont résumé les travaux qui les avaient précédés sur la bronchite capillaire, tout en ajoutant à son histoire des considérations propres pleines d'intérêt.

Bien que les observateurs que je viens de citer n'aient laissé derrière eux qu'un champ très étroit à parcourir, il reste encore quelques points qui réclament un examen plus minutieux.

Je fais choix ici de quelques observations parmi celles que j'ai recueillies dans le service de M. Lévy, pour tâcher de rendre plus complets les points peu nombreux qui restent encore à élucider.

BRONCHITE PROFONDE SIMPLE.

Obs. I. — N...., âgé de 25 ans, d'un tempérament très sanguin, d'une constitution vigoureuse, n'a jamais été malade. Il éprouvait depuis peu de temps un rhume très léger, lorsqu il marcha les pieds nus sur du sable très froid, mais sec. Trois jours après, sa bronchite, d'abord insignifiante, le força, par son intensité, de venir se soumettre à notre observation.

Feuilleton.

IMPRESSIONS MÉDICALES D'UN VOYAGE EN ITALIE.

(Deuxième série.)

HYÈRES.

L'Italie ne finit pas à nos frontières; elle se continue encore sous le ciel de la France, qui, sous certains rapports et dans quelques localités, n'est pas trop au dessous des conditions hygiéniques de celui de la Péninsule. Nice, cette sentinelle avancée des villes salutaires de l'Italie, se dédouble en quelque sorte sur le rivage de la mer de Toulon. A quelques lieues, en effet, de ce boulevart maritime, se déroule une plaine que baignent les flots de la Méditerranée, et où le palmier et l'oranger rappellent l'Italie a celui qui en arrive, et en donnent un avant goût au voyageur qui commence par cette première station. A la partie septentrionale de cette plaine, toute verdoyante de jardins, s'élève une ville presque neuve, où d'élégantes maisons rappellent le luxe des plus riches cités. Cette ville naissante, qui n'est pas encore sortie des proportions d'un grand village, se presse autour d'une montagne qui portait autrefois sur sa croupe l'ancien château de Nice, et d'où l'œil se perd au loin jusque vers la rade de Toulon. Ce charmant coin de terre, ce représentant de Nice ou de Pise sous le ciel de notre pays, c'est Hyères, très peu visité des voyageurs peut-être, mais toujours habité par une nombreuse colonie de malades, qui vont y chercher la santé ou y exhaler leur dernier soupir.

C'est sans doute à ce peu d'empressement qu'on éprouve à connaître ce qui est auprès de soi, qu'il faut attribuer l'ignorance du public sur Hyères. On doute tellement, à ce qu'il paraît, de la possibilité d'avoir sur notre continent un échantillon de la campagne d'Italie, qu'on ne croit pas à Hyères, mais aux îles d'Hyères. J'ai entendu des personnes du monde soutenir qu'Hyères n'existait pas, mais qu'il y avait un groupe d'îles à quelques lieues du rivage où fleurissait l'oranger, où toute la terre était cultivée en jardins, et que là seulement allaient s'établir les malades. Des médecins même partagent cette erreur. Ils croient à l'existence de ces îles Borromées de la Méditerranée, et ne paraissent pas se douter qu'ils vivent sur une opinion dont eux, plus que personne, devraient s'empresser de faire justice. C'est peut-être plus important qu'on ne pense. L'idée juste ou fausse qu'on se fait d'un lieu est féconde en conséquences, surtout dans l'esprit de l'homme de l'art. En effet, une île doit posséder des conditions hygiéniques très différentes de celles que présente la terre ferme. L'île surtout, quand elle est petite, est mal abritée et surtout très humide; le vent y souffle avec force, et les météores aqueux s'y montrent bien plus souvent que partout ailleurs. Maintenant, si on joint à cela une végétation riche, ombreuse, cette

Accablement général, facies fortement coloré, gêne considérable de la respiration, douleur sous-sternale peu vive, sonorité thoracique normale. Les phénomènes stéthoscopiques observés sont les suivans : en avant, affluence de râles sous-crépitans secs mélangés à droite de sibilance; en arrière et à gauche supérieurement, les râles sonores et sibilans sont unis sur un fond de respiration râpeuse, et mélangés de quelques bulles de râle sous-crépitant. A la base, ces mêmes râles existent seuls. A droite, le râle sous-crépitant fin occupe tout le côté. La toux est fréquente, pénible; les crachats visqueux, transparens, fortement aérés à leur surface et finement striés de sang vermeil. La peau est chaude et halitueuse; le pouls petit et déprimé bat 84 pulsations. Rien du côté du tube digestif.

Une potion stibiée est prescrite à 0,1 le premier jour de l'entrée du malade; elle est continuée jusqu'au treizième, à la dose de 0,05. La première potion occasionne deux selles; la seconde une selle et un vomissement.

Dès le troisième jour, le tartre stibié est parfaitement toléré, et l'alimentation, qui avait été bornée à une demi-diète, est augmentée jusqu'au quart de portion. La peau est sudorale; le pouls, toujours petit, est descendu à 80 pulsations; la gêne respiratoire a diminué et avec elle l'anxiété du malade. En avant, un râle sonore lointain occupe les deux côtés; en arrière, il s'unit supérieurement à de la sibilance, inférieurement à du râle sous-crépitant. La toux est moins sèche, les crachats moins abondans, à bulles plus grosses et plus jaunâtres.

Le sixième jour, la demi-portion est accordée au malade. En avant, les ronchus sont devenus beaucoup plus rares, et le râle sous-crépitant plus gros et plus humide. Il occupe, avec le même caractère, les deux tiers inférieurs des deux poumons en arrière; supérieurement existent encore quelques râles sonores et sibilans fugaces. La toux est facile, les crachats diminués, plus opaques, offrent toujours quelques légères stries sanguines sur la mousse moins abondante qui les recouvre; peau sudorale; 64 pulsations.

La limite supérieure du râle sous-crépitant s'abaisse chaque jour.

Le treizième jour, quelques bulles muqueuses persistent à droite; à gauche, elles occupent encore le tiers inférieur. La potion stibiée est supprimée; les trois-quarts de portion sont accordés au malade. La toux est très facile, rare; les crachats ne sont plus spumeux, peu abondans, en partie opaques, en partie transparens.

Le dix-neuvième jour, tous les râles ont disparu.

Le vingt-unième jour, le malade sort de l'hôpital.

BRONCHITE PROFONDE SIMPLE.

Obs. II. — G....., âgé de 25 ans, d'une constitution très robuste, d'un tempérament sanguin, n'a jamais éprouvé que des indispositions passagères. A la suite d'un refroidissement qu'il a essuyé en montant sa garde par une nuit froide et humide, il a ressenti des frissons, une céphalalgie intense, un mal de gorge qui gênait considérablement sa déglutition. Deux jours après, une bronchite se déclarait et devenait assez grave, au bout de six jours, pour obliger le malade d'entrer à l'hôpital.

La poitrine offre, dans toute son étendue, une affluence considérable de râles sonores et sibilans unis à du râle sous-crépitant disséminé. Elle n'est pas douloureuse et conserve sa sonorité normale. La respiration est courte, accélérée, la toux fréquente, sèche, suivie de l'expectoration douloureuse de quelques crachats visqueux, transparens, largement recouverts d'une mousse à bulles fines et blanches. Il y a deux épistaxis, une constipation qui date de quatre jours. La peau est normale, le pouls à 80 pulsations.

Une potion émétisée à 0,05 est prescrite en même temps qu'une alimentation successivement et rapidement progressive jusqu'au onzième jour. Les trois premières administrations sont suivies chacune d'une selle; les suivantes n'occasionnent que quelques nausées.

Les râles sonores sont peu à peu remplacés par du râle crépitant.

Le douzième jour, un gros râle muqueux a remplacé les râles secs qui remplissaient la poitrine; la toux est grasse, les crachats opaques, le pouls à 72, la respiration presque normale sous le rapport de sa fréquence.

Le dix-huitième jour, les râles ont presque complètement disparu; le malade sort parfaitement guéri.

BRONCHITE PROFONDE SIMPLE.

Obs. III. — L....., 39 ans, tempérament sanguin, constitution robuste, n'annonce, comme maladie antérieure, que quelques accès de fièvre intermittente. Il s'est exposé, pendant le cours d'une bronchite légère, au froid et à l'humidité. Depuis lors, la maladie persistante s'est aggravée et l'a forcé de s'aliter.

Accablement général, facies fortement coloré; l'auscultation révèle en avant un râle sous-crépitant abondamment mélangé de râles sonores et sibilans. Les mêmes râles existent en arrière, mais avec plus d'intensité; sonorité thoracique normale. Le malade n'éprouve pas de douleur dans la poitrine; la respiration est gênée, fréquente; la toux sèche, pénible; les crachats abondans, visqueux, recouverts d'une mousse jaunâtre finement aérée. La peau est chaude, halitueuse; le pouls bat 100 pulsations larges et pleines, mais régulières. Le tube digestif n'offre rien de morbide.

Le 1er avril, jour de l'entrée du malade, une potion stibiée unie avec l'ipéca lui est administrée et provoque deux vomissemens.

Le 2 et les jours suivans jusqu'au 18, elle est remplacée par une potion avec 0,05 d'émétique. Un vomissement et une selle ont lieu le 2.

A partir du 3, le tartre stibié ne produit plus ni selles ni vomissemens.

La gravité des symptômes va toujours en décroissant.

Le 15, la peau est sudorale, le malade n'est plus affaissé; le pouls est descendu à 70 pulsations plus souples; le visage conserve néanmoins sa coloration. Un gros râle sous-crépitant a remplacé la sibilance; il est plus abondant en arrière, à la base des deux poumons, qu'en avant. La toux est plus rare et plus facile; les crachats sont mélangés à quelques-uns plus opaques; ils n'offrent plus que quelques larges bulles jaunâtres. (Demi-portion.)

Le 18, râles muqueux fugaces dans toute l'étendue de la poitrine, surtout aux deux bases en arrière; crachats transparens, sans viscosité; 61 pulsations. La potion stibiée est supprimée.

Le 21, le malade mange les trois-quarts de la portion.

Le 26, il sort de l'hôpital.

BRONCHITE PROFONDE SURVENANT SANS CAUSE APPRÉCIABLE DANS LE COURS D'UNE BRONCHITE ORDINAIRE.

Obs. IV. — C....., 21 ans, d'un tempérament nerveux, d'une complexion faible, n'a cependant jamais éprouvé aucune maladie. Depuis quinze jours, il était sujet à une toux légère, lorsqu'il se sentit pris, sans cause appréciable, de lassitudes spontanées, de frissons et de chaleur, suivis d'une fièvre intense. En même temps, la toux devint plus fréquente et plus pénible; une douleur vive se manifesta dans le côté gauche de la poitrine, à trois travers de doigt environ en dehors et au dessous du mamelon. Le jour de son entrée, il nous offrait l'état suivant.

Douleur pleurétique dans la région sous-mammaire gauche. En avant et des deux côtés, un mélange de râles sonores et sibilans; en arrière, ces mêmes râles persistent à droite, mais à gauche ils sont traversés par un râle sous-crépitant fin, à bulles disséminées. La respiration est embarrassée; la toux, sèche et pénible, a lieu par quintes. Elle est suivie d'une expectoration abondante, visqueuse, transparente, recouverte d'une écume blanchâtre à bulles serrées et fines. La peau est chaude et halitueuse; le pouls à 90 pulsations; les battemens du cœur sont réguliers.

Pendant toute la durée du traitement, une potion stibiée à 0,05 est administrée. Elle ne produit que quelques nausées pendant les trois premiers jours.

Le quatrième jour, la gêne respiratoire est presque nulle, la toux beaucoup plus facile, l'expectoration spumeuse, mais conservant sa transparence. La respiration commence à se faire entendre en avant, mais avec un affaiblissement notable; en arrière, on constate à droite un gros râle sous-crépitant disséminé

humidité ne fera que se conserver, que pénétrer davantage; et il deviendra difficile de croire, toujours dans l'hypothèse du médecin qui discute les avantages ou les inconvéniens d'un climat, que le séjour d'une île comme celle-ci doive convenir à des poitrinaires. On s'expose ainsi à douter de l'influence du climat d'Hyères, et à recommander peut-être une localité plus éloignée que les forces ou la fortune du malade ne lui permettent pas d'aller habiter. Ceci n'est pas une supposition gratuite, c'est un fait, et un fait dont les exemples ne sont pas rares. Enfin, quoi qu'il en soit, les îles d'Hyères n'existent pas au moins comme habitation. Là ne sont ni les bois d'orangers, ni les villas construites à la manière italienne. Hyères est sur la côte et ne flotte pas loin du rivage au milieu de la mer. Il y a cependant des îles d'Hyères. En vue de la ville, à un ou deux milles du bord, on remarque deux ou trois îles sans accident de terrain, presque sans verdure, qui forment groupe de l'orient à l'occident. Je crois même que les habitans d'Hyères, sauf quelques pêcheurs peut-être, se bornent à les regarder du haut de leurs terrasses; elles ne servent pas même de but aux promenades maritimes des malades, qu'on ne rencontre guère que dans les chemins creux de la montagne, ou sous les allées ombreuses des orangers qui se prolongent vers la mer.

Les îles d'Hyères ne sont donc qu'une illusion, qu'une erreur, au moins sous le point de vue hygiénique, sinon sous le rapport de la géographie. La ville seule existe, et elle est située de manière à jouir des bienfaits d'une température dont l'influence peut s'apprécier sur les conditions exceptionnelles de la végétation. On a comparé Hyères à Nice. C'est sans doute le voisinage qui a fait songer à ce rapprochement. Je ne m'inscris pas en faux contre ce parallèle. Toutefois, il y a des différences si considérables entre la topographie de ces deux localités, qu'il faut se garder, ce me semble, de les juger l'une par l'autre. Ainsi, pour rappeler ce qui a déjà été dit sur Nice, la ville est située sur le bord de la mer, une campagne assez étendue se développe au loin dans les terres; enfin, un arc de cercle formé de plusieurs plans de montagnes protège la ville depuis le territoire de Monaco jusqu'à l'embouchure du Var. Or, le territoire d'Hyères est loin d'avoir une telle disposition. Une plaine assez considérable, mais qui cependant a moins d'étendue que celle de Nice, sépare la ville des bords de la mer. Tout contre le dernier plan de la ville, la ligne où sont disposées les habitations les plus reculées, s'élève une montagne, celle qui portait l'ancien château qui se relie avec des accidens de terrain plus ou moins importans dont le développement se continue dans les directions latérales. Hyères ressemble donc moins à Nice qu'à quelques-unes de ces localités qui sont placées le long du golfe de Gênes, à l'abri de la chaîne de l'Apennin. Quelques-unes, il est vrai, n'ont pas de plaine au devant d'elles. L'eau de la mer baigne le pied des murs, et les maisons, qui manquent d'espace pour s'étendre, gravissent les croupes inférieures de la montagne, dont l'imposante masse leur sert d'abri contre les vents du nord. Mais toutes ne sont pas ainsi, et celles-là présentent quelque analogie de disposition avec celle du territoire d'Hyères. Il y a cependant, au premier aspect, une certaine ressemblance topographique entre Nice et cette dernière ville. Quand on voit l'une en venant de visiter l'autre, il est rare qu'on n'en soit pas frappé. Elle consiste dans cette montagne qui, à Nice comme à Hyères, s'élève comme une pyramide au milieu du groupe serré des habitations, et doit agir certainement sur les conditions particulières de certains quartiers, sinon sur la ville

dans tout le côté ; à gauche, il occupe tout l'espace compris entre la base du poumon et l'angle inférieur de l'omoplate. La douleur pleurétique a disparu insensiblement ; peau chaude et sudorale ; 80 pulsations.

Le sixième jour, l'auscultation indique des râles muqueux fugaces dans toute l'étendue de la poitrine en arrière. La toux est moins fréquente, l'expectoration facile, les crachats transparens, offrent des traînées blanchâtres; ils ne sont plus écumeux. La peau a recouvré sa température normale et conservé sa moiteur ; 60 pulsations.

Le neuvième jour, la respiration n'est troublée que par quelques bulles muqueuses rares.

Le vingt-unième jour, le malade est parfaitement guéri.

BRONCHITE PROFONDE TRAVERSÉE PAR DES PRODROMES DE FIÈVRE EXANTHÉMATIQUE.

OBS. V. — S...., 22 ans, d'un tempérament sanguin, un peu lymphatique, d'une constitution assez robuste, accuse, comme maladies antécédentes, des accès de fièvre qui ont duré cinq mois. Depuis quinze jours environ il était atteint d'une bronchite légère lorsqu'il passa la nuit du 15 au 16 avril sous des couvertures mouillées. Depuis lors, sa bronchite s'est aggravée de jour en jour, et le 18 les douleurs obtuses, mais constantes qu'il éprouvait dans toute l'étendue de la poitrine, et la toux sèche et fréquente qui le secouait le forcèrent d'entrer à l'hôpital.

Sensation de brisement général dans les membres ; facies fortement congestionné, peau chaude, halitueuse ; 80 pulsations, dures, mais régulières. Douleurs vagues dans toute l'étendue de la poitrine, respiration très gênée, toux fréquente, sèche, suivie de crachats abondans, transparens, recouverts d'une mousse blanchâtre. La sonorité du thorax est parfaite. L'auscultation révèle en avant des deux côtés de nombreux râles sonores et sibilans ; en arrière, ces mêmes râles existent ; à droite et dans le tiers inférieur du poumon gauche les deux tiers supérieurs sont occupés par une respiration très rude. (Alimentation légère ; potion stibiée à 0,05.) Deux selles sont l'effet de l'émétique.

Le 19 et les jours suivans, alimentation progressive, diminution considérable dans l'intensité des phénomènes morbides.

Le 24, 72 pulsations. (Demi-portion le matin ; quart le soir.)

Le 26, abattement plus considérable, céphalalgie intense. Les conjonctives sont injectées, la peau très fortement colorée, âcre et brûlante. 86 pulsations. La toux et l'expectoration ne changent pas de caractère. Deux selles et deux vomissemens ont lieu dans la soirée. L'alimentation est suspendue. Jusqu'au 2 avril, l'état du malade n'offre rien de remarquable qu'une amélioration peu sensiblement progressive.

Le 3, la toux est humide, beaucoup moins fréquente, les crachats plus abondans, recouverts d'une mousse à grosses bulles. Un gros râle sous-crépitant occupe les deux côtés; à droite il est mêlé de ronchus grave. La peau a recouvré sa température normale. Le pouls moins fréquent bat 75 puls. L'émétique est remplacé par un looch, à 0,1 de kermès. (Demi-portion matin et soir.)

Le 5, râles sonores et muqueux en arrière ; 70 puls.

Le 12, respiration normale en avant ; râle muqueux en arrière des deux côtés.

Le 17, persistance du râle muqueux; 60 puls.

Le 26, sortie du malade.

BRONCHITE PROFONDE ASPHYXIQUE.

OBS. VI. — H...., âgé de 22 ans, d'une constitution faible, d'un tempérament nerveux, annonce, comme maladies antérieures, une pleurésie qui a récidivé deux fois et quelques accès de fièvre intermittente.

Depuis un mois, il éprouvait une toux légère, suivie de douleurs sous-sternales. A la suite de l'immersion prolongée des pieds dans la neige en fusion, il s'est senti pris de frissons, de malaise général, de céphalalgie et sa bronchite a pris une intensité inquiétante.

Huit jours après un accroissement continuel de la gravité de la maladie il se présenta à notre observation.

Affaissement général; facies fortement coloré, respiration très laborieuse, anxiété vive ; les râles sonores et sibilans éclatent simultanément dans toute l'étendue de la poitrine et peuvent presque être perçus à distance. La poitrine conserve sa sonorité normale ; la toux est sèche, difficilement suivie de quelques crachats finement spumeux à leur surface, visqueux et très adhérens par leur couche inférieure ; la peau offre une chaleur âcre et sèche. 112 pulsations dures et rénitentes. Soif vive ; langue sèche, rouge à sa pointe ; diarrhée légère.

Une saignée de 400 grammes est pratiquée au malade le jour de son entrée. Dès le lendemain, on lui prescrit une potion avec gr. 0,05 de tartre stibié et l'ipécacuanha ; elle provoque trois selles et deux vomissemens ; elle ne peut être continuée seule que jusqu'au quatrième jour à cause de la répugnance invincible du malade. Le second jour de l'administration de l'émétique, le pouls est descendu à 100 puls.; la peau est moins sèche, mais les râles persistent avec la même intensité. (Demi-diète.) A dater du premier jour, le kermès remplace le tartre stibié à la même dose. Le même état se maintient jusqu'au onzième jour. Le douzième, les selles ont lieu ; l'alimentation légère est continuée ; la maladie reste stationnaire.

Le dix-neuvième jour, même coloration de la face, qui, tous les matins, se recouvre d'une sueur abondante. 120 puls. Persistance des râles secs; sonorité de la poitrine normale ; crachats toujours très spumeux.

Vers le vingt-troisième jour, les râles se mélangent à une sous-crépitation un peu moins fine ; le pouls est redescendu à 100 pulsations. L'alimentation est légèrement augmentée.

Le vingt-huitième, le pouls conserve sa fréquence ; le râle sous-crépitant occupe une plus grande étendue. (Quart de portion, looch kermétisé à gr. 0,05.)

Du trente-troisième au trente-sixième jour, six à huit pilules de digitale sont administrées.

Le trente-huitième, râle sous-crépitant à bulles plus grosses ; crachats un peu moins abondans. Encore un peu de sibilance en avant. 95 puls. petites, mais dures. Amaigrisssement extrême ; peau râpeuse, couverte de taches hémorrhagiques, surtout abondantes aux membres inférieures. (Demie-portion, frictions vinaigrées, infusion de polygala.)

Le malade reste plongé dans une débilité profonde jusqu'au quarante-septième jour. Gros râle sous-crépitant aux deux bases. Les crachats deviennent moins spumeux et à bulles plus grosses ; la rudesse et les pétéchies de la peau persistent. 75 puls.

Le quarante-huitième jour, plus de toux ni d'expectoration. Même pouls. Depuis ce jour, le malade prend de nouvelles forces et sort de l'hôpital parfaitement rétabli, après soixante-deux jours de maladie.

BRONCHITE PROFONDE SIMPLE.

OBS. VII. — B....., âgé de 21 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution chétive, n'a éprouvé que des accès de fièvre quotidienne qui ont duré vingt-un jours. Il dit être facilement sujet à s'enrhumer. Il éprouvait déjà depuis huit jours une bronchite légère lorsqu'il monta une garde pendant laquelle ses pieds plongèrent longtemps dans de la neige en fusion. Quatre jours après, cette influence du froid et de l'humité l'obligeait de se confier à nos soins.

Respiration anxieuse ; douleur obtuse au niveau des attaches du diaphragme ; toux fréquente, sèche, douloureuse ; crachats peu abondans, très spumeux. Par l'auscultation, on constate en avant une multitude de râles sonores et sibilans, se brodant sur un fond de respiration rude. En arrière, les mêmes râles persistent à gauche ; à droite, ils n'occupent que les deux tiers inférieurs du côté où ils sont mélangé à du râle sous-crépitant. Dans le tiers supérieur existe une respiration râpeuse. La peau est chaude, sèche ; le pouls bat 80 puls. dures et serrées.

Une potion à gr. 0,05 est prescrite en même temps qu'une demi-diète ; elle provoque deux selles. Le second et le troisième jour, elle ne provoque aucune

---

tout entière. En y réfléchissant toutefois, on revient un peu sur cette première impression. Il est vrai qu'Hyères, comme Nice, s'étend autour de la montagne dans une portion de son périmètre, c'est-à-dire du midi à l'orient. Mais, dans la première de ces deux localités, la masse montagneuse dont il est question n'est qu'un anneau de la chaîne de montagnes ou de collines plus ou moins élevées qui se prolongent dans des directions à peu près parallèles au bord de la mer ; tandis que, dans la seconde, cet accident de terrain est complètement isolé et ne peut avoir, par conséquent, qu'une influence très circonscrite. Ici encore, comme on le voit, Hyères a plus d'analogie avec les villages ou les villes qui s'étendent le long du golfe de Gênes qu'avec Nice, dont il n'est éloigné pourtant que de deux journées.

L'exposition est méridionale comme Nice. Hyères reçoit presqu'en ligne directe, sans qu'aucun obstacle l'empêche, l'influence du vent tiède et humide du midi. Mais le vent doit se modifier sensiblement avant d'aborder la ville. J'ai dit en effet que les habitations étaient reculées dans les terres, qu'une plaine étendue et ombreuse servait d'intermédiaire entre la ville et les bords de la mer. Le vent qui souffle de la plage doit par conséquent perdre un peu, je ne dirai pas de sa force, mais de sa température en passant sur cette surface. De là vient sans doute que les vents du midi sont frais en été à Hyères, ce qui n'a pas lieu, comme on sait, dans les localités qui, avec une exposition analogue, ne sont séparées de la mer que par la largeur d'un chemin ou d'un quai. Cet avantage est sans doute très considérable en été. Lorsqu'une ville située sur les bords de la Méditerranée s'ouvre au soleil et aux vents du midi, et qu'un système de montagnes la protége suffisamment contre les atteintes du vent du nord, elle est pendant quelques mois de l'année sous l'influence d'une forte élévation de température. Heureuse à cette époque redoutable, car il est rare qu'elle ne soit pas féconde en violentes maladies, si un vent un peu frais vient calmer de temps en temps les vives ardeurs de l'atmosphère. Mais, dans certaines circonstances, l'hiver fait expier les délices de la belle saison. Ainsi, par exemple, si le nord n'est pas encore défendu contre les atteintes des vents qui viennent de ce côté, ceux-ci règneront avec puissance pendant les mois rigoureux de l'année, et les vents du midi de ses collatéraux n'auront pas assez de chaleur pour empêcher le thermomètre de descendre. Ce n'est pas tout à fait de cette manière que les choses se passent à Hyères; car, dans ce cas, les orangers ne pourraient y vivre, et les malades ne manqueraient pas d'y mourir. Cependant les hivers y sont moins tièdes qu'à Nice ; le thermomètre s'y montre plus inégal, et on va voir que ces conditions tiennent étroitement à la topographie. La topographie constitue en effet la base réelle, j'allais presque dire absolue de l'appréciation d'un climat, si on entend par ce mot la latitude, l'exposition et l'économie matérielle du territoire. C'est parce qu'on ne l'a pas assez étudiée sous toutes ses faces et dans ses condition complexes et variées qu'on a commis à l'endroit de certaines villes et de certains pays des erreurs si graves et j'ajouterai même si dangereuses.

La montagne et les collines qui forment le plan septentrional d'Hyères ne sont pas assez élevées et assez serrées les unes à côté des autres pour former une barrière suffisante contre les vents du nord. Ainsi, les vents septentrionaux peuvent agir avec une certaine violence sur l'atmosphère d'Hyères. Le froid pénétrant qui constitue leur principal caractère peut se manifester aussi avec une

réaction vive. Le quatrième, le râle crépitant prend un caractère plus humide partout où il existe; en avant, il se mêle aux râles secs qui occupaient les deux côtés. La toux est un peu plus facile; les bulles des crachats soulèvent un liquide plus opaque; la peau conserve sa sécheresse. 74 puls. Trois selles sont l'effet du tartre stibié.

Le sixième jour, les crachats de la toux conservent leur caractère. La respiration râpeuse qui existait à droite est remplacée par du râle sous-crépitant fin et sec; elle se maintient par places et le long de la gouttière vertébrale. A gauche, le râle sous-crépitant prédomine avec un caractère plus humide. Il s'y mélange de la sibilance. 84 puls.

Le septième jour, deux selles, râles plus humides, 80 puls. Le lendemain, le pouls redescend à 70 puls.

Le douzième jour, le râle sous-crépitant abonde dans le côté droit; à gauche, il se mêle à du râle sonore.

Le seizième jour, le tartre stibié est supprimé; il ne reste plus qu'un peu de râle sous-crépitant à la partie supérieure du poumon gauche et de râle muqueux à la base du poumon droit. Les crachats sont très peu abondans, transparens. 64 puls.

Le vingt-deuxième jour du traitement, le malade sort de l'hôpital.

BRONCHITE PROFONDE SIMPLE.

Obs. VIII. — P....., âgé de 25 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution faible, a déjà plusieurs fois été atteint de maladies de poitrine dont il ne peut indiquer la nature. Il est très sujet à contracter des laryngites.

Refroidissement subit pendant qu'il était en sueur; trois jours après toux fréquente, sèche, expectoration difficile et pénible; douleur sous-sternale intense; trois épistaxis.

Le jour de son entrée, le malade nous offre l'état suivant: respiration fréquente, douleur assez vive derrière le sternum, s'exaspérant par les efforts d'une toux sèche, pénible, les crachats sont abondans, visqueux, spumeux à leur surface. L'auscultation indique en avant une sous-crépitation disséminée plus abondante à droite qu'à gauche. En arrière, des râles sous-crépitans, serrés surtout à la partie moyenne du côté droit où ils forment une zone qui se prolonge en avant. A gauche, ces mêmes râles sont mélangés à des râles sonores et sibilans. Pas d'accablement, chaleur vive à la peau. 72 puls.

Une alimentation légère est permise au malade; on lui prescrit une potion avec 0,15 d'émétique. Dès le premier jour, elle provoque deux selles et deux vomissemens, à partir du second elle reste sans effet. La respiration est lointaine en avant et marquée en partie par des râles sonores graves. En arrière, des ronchus existent dans les deux tiers supérieurs des deux poumons; inférieurement il s'unissent à du râle sous-crépitant. Le pouls est large, vibrant; il bat 70 puls.

Le premier jour, la respiration est normale dans les trois quarts supérieurs du poumon droit; le quart inférieur est occupé par du râle gros sous-crépitant. A gauche, râle sous-crépitant dans les deux tiers postérieurs. En avant, la respiration est affaiblie des deux côtés. Les crachats sont moins abondans, moins spumeux, toujours transparens; le pouls est toujours à 70; la peau est halitueuse.

Le sixième jour, 61 pulsations, toux facile, crachats à grosses bulles beaucoup moins abondans, râle sous-crépitant aux deux bases, respiration faible dans le reste des poumons supérieurement, normale en avant des deux côtés.

Le huitième jour, le râle sous-crépitant est diminué à la base des poumons, ses bulles sont rares et humides.

Le dixième jour, 56 pulsations; bulles fugaces de râle muqueux; crachats toujours transparens, très peu abondans, nullement spumeux. La potion stibiée qui, dès le second jour, avait été administrée à 0,05 est supprimée.

Le vingtième jour, sortie du malade.

BRONCHITE PROFONDE LÉGÈRE.

Obs. IX. — B...., âgé de 24 ans, doué d'un tempérament sanguin, d'une constitution très robuste, éprouve depuis trois ans une gêne de la respiration et une toux qui le rendent incapable d'exercices très pénibles. Par suite d'un refroidissement qu'il a éprouvé en venant de faire une marche forcée et pendant qu'il était en sueur, la toux et la dyspnée sont devenues plus graves. Il entre à l'hôpital après dix jours d'invasion.

Abattement général, faciès animé, peau chaude et sèche, douleurs vagues dans toute l'étendue de la poitrine qui, du reste, conserve sa sonorité; respiration fréquente; mélange bruyant de râles sonores, sibilans et sous-crépitans dans toute l'étendue de la poitrine; toux sèche, pénible; crachats visqueux, clairs et spumeux à leur surface. 84 pulsations. Pas de complications du côté du tube digestif.

Potion stibiée à 0,05. Alimentation légère. L'émétique ne donne lieu qu'à des nausées. Le pouls conserve sa fréquence jusqu'au troisième jour. (Quart de portion.)

Le quatrième jour, 76 pulsations; gros râle sous-crépitant dans tous les points où règnent les râles sibilans et sonores; crachats à grosses bulles, beaucoup moins abondans, offrant quelques stries opaques.

Le cinquième jour, râle muqueux partout postérieurement; peau sudorale, chaleur douce; 72 pulsations. La potion stibiée est supprimée. (Demi-portion, looch kermétisé à 0,1.) La toux devient de plus en plus rare; les crachats deviennent moins abondans tout en conservant leurs premiers caractères; leur viscosité diminue; ils sont facilement expectorés.

Le vingt-cinquième jour, le malade n'offre plus aucun râle; le looch kermétisé a été continué jusqu'au jour de sa sortie.

BRONCHITE PROFONDE PRÉCÉDANT ET HATANT UN RAMOLLISSEMENT TUBERCULEUX.

Obs. X. — C...., 24 ans, tempérament nerveux, constitution faible, dit n'avoir jamais éprouvé aucune maladie. Il attribue celle qui le tourmente maintenant à l'impression brusque et alternative du chaud et du froid, à laquelle il s'est plusieurs fois exposé, dans la même journée. A la suite de ces variations subites de température, il s'est senti pris d'une bronchite d'abord légère qui, dès le troisième jour, s'est compliquée d'une laryngite. Ce n'est qu'après huit jours d'une aggravation constante de l'inflammation des bronches qu'il se soumet à notre observation.

La respiration est courte et fréquente; des râles sonores et sibilans se font entendre dans toute l'étendue de la poitrine; les douleurs thoraciques sont nulles; la toux extrêmement pénible, quinteuse, sèche, suivie de crachats abondans et très spumeux. L'arrière-gorge offre une rougeur vive, uniformément répandue sur toute sa surface. Aphonie complète. La peau est le siège d'une chaleur âcre; le pouls bat 100 puls. durs et serrés.

Le 20 mars, jour de son entrée, le malade prend une potion stibiée à 0,05, qui provoque deux selles et deux vomissemens bilieux. Le même effet a continué le lendemain.

Le 23, deux vomissemens seulement.

Le 24, quelques nausées sont les effets de l'émétique. Le malade éprouve un soulagement marqué surtout à gauche. En avant et à droite les râles sonores et sibilans sont mélangés de râle sous crépitant; à gauche, ce râle existe seul. En arrière, il occupe toute l'étendue du côté droit et les deux tiers inférieurs du poumon gauche. La toux est moins pénible, les crachats plus abondans, toujours spumeux; l'aphonie persiste; la peau est moins chaude, halitueuse; le pouls à 85 puls. (Demie-portion le matin; quart le soir.)

Le 26, le râle sous-crépitant existe seul dans toute l'étendue de la poitrine; le pouls se maintient à 85 puls.

Le 29, trois vomissemens et une selle. Pouls à 80. Râle gros sous-crépitant en

intensité d'autant plus considérable que les vents du midi perdent de leur calorique en passant sur la plaine où l'abaissement de température s'est déjà fait sentir. Mais une condition topographique très importante à noter modifie, affaiblit, efface même cet inconvénient. C'est par elle que l'hiver n'est pas pénible et rigoureux, par elle enfin qu'Hyères, comme tant d'autres villes d'Italie ou du golfe de Gênes, jouit d'une atmosphère amie de la poitrine, douce et bonne pour les santés délicates et les constitutions altérées. Cette condition tient à l'éloignement de ce système montagneux des Alpes qui remplit vis-à-vis des couches d'air qui passent sur lui le rôle de réfrigérant. Hyères, en effet, n'est pas comme Nice sur la ligne, sur l'axe de prolongement de la chaîne alpestre; il est séparé de ce mauvais voisinage par toute l'étendue du département du Var. Nice a une plaine derrière elle, et derrière cette plaine une double et même triple enceinte de montagnes qui la protègent contre les vents septentrionaux. C'est à cette disposition qu'elle doit les qualités de sa température, les précieux avantages de son climat bienfaiteur. Mais il lui faut ce luxe de précautions pour être suffisamment à l'abri d'une influence qui modifierait radicalement, si elle pouvait agir avec liberté, les conditions hygiéniques qui font sa renommée médicale. Eh bien! Hyères, qui ne jouit pas de la même disposition topographique, tire des avantages presque analogues de son éloignement. C'est lui seul qui fait la défense de la ville et du territoire; c'est sous l'influence de cette cause que le vent du nord a moins de force et moins de rigueur, que les montagnes quelque peu considérable qu'elles soient suffisent à servir de barrière, et enfin que les vents de mer portent assez de calorique pour relever le thermomètre et pour créer par conséquent une atmosphère mitigée. Sans doute, le climat d'Hyères ne présente pas l'espèce d'égalité qui caractérise celui de Nice. Il y a dans cette dernière ville des conditions d'exposition et de topographie qui ne se retrouvent pas dans l'autre. Mais celle-ci peut sans désavantage servir de succédanée à la première. Elle mérite certainement la réputation qu'elle a acquise; et si on ne doit pas la classer au dessus de Nice, il est juste de lui accorder une place honorable à côté d'elle.

Si Hyères est abrité par l'éloignement contre les vents des Alpes, il n'en est pas de même pour le vent qui souffle dans la vallée du Rhône et dont Nice reçoit les atteintes malgré la distance, je veux parler du mistral. Les collines qui bordent Hyères dans la direction de l'occident ne sont pas assez élevées pour opposer à l'invasion de ce vent du nord-ouest une résistance suffisante. Les habitations y sont donc exposées presque aussi directement que celles des villes les plus voisines des rives du fleuve provençal. Mais il y a cependant une différence à établir entre les divers quartiers d'Hyères. Tous en effet ne reçoivent pas de première main les atteintes du mistral. La ville n'étale pas toutes ses parties au nord-ouest ou à l'ouest; elle forme un arc de cercle qui embrasse la base de la montagne, et la contourne dans la direction de l'est. C'est cette extrémité qui est abritée par l'obstacle naturel qui se dresse au dessus d'elle. Quant à l'autre, celle qu'on aborde la première en arrivant par la route de Toulon, les conditions sont bien différentes. Ce quartier n'est pas seulement à découvert, mais il s'élève sur un terrain plus exhaussé que celui des quartiers qui forment le reste de la petite ville. Tout favorise par conséquent sur ce point l'irruption d'un vent qui, par le mouvement de perturbation qu'il imprime à l'atmosphère, produit une influence fâcheuse sur les constitutions délicates ou

avant, plus sec et plus serré en arrière aux deux bases des poumons. Toux facile; crachats à bulles plus grosses, formées dans un liquide plus opaque.

Le 1er avril, la crépitation humide est rare en avant et en arrière, mais elle persiste au niveau de la région sous-claviculaire droite. Le malade indique des sueurs nocturnes abondantes. 72 puls.

Le 3, suppression du tartre stibié.

Le 4, râle caverneux sous la clavicule gauche; respiration normale en avant, traversée seulement par quelques grosses bulles humides en arrière. Le pouls se maintient à 72. Les crachats ne sont plus spumeux, mais opaques et offrant des stries blanchâtres.

Le malade obtient un congé de convalescence.

BRONCHITE PROFONDE ABOUTISSANT A UNE PNEUMONIE DU SOMMET GAUCHE.

Obs. XI. — B...., âgé de 23 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution assez robuste, éprouvait depuis quelques jours un rhume léger dont il ne peut assigner la cause. Depuis trois jours, et à la suite d'une marche forcée, il a ressenti des frissons, une céphalalgie sus-orbitaire intense, un brisement général. Sa toux, qui d'abord était légère, est devenue pénible, sa respiration gênée; il est envoyé à l'hôpital le 15 avril.

Respiration courte, anxieuse; toux sèche, pénible, suivie d'une expectoration peu abondante, visqueuse, transparente, recouverte d'une mousse fine et blanchâtre. La poitrine n'est point douloureuse et conserve sa sonorité normale. Elle offre en avant des deux côtés une affluence abondante de râles sonores et sibilans; en arrière, ces mêmes râles sont mêlés à une sous-crépitation sèche à bulles disséminées. Accablement général; peau chaude et sudorale; le pouls est régulier: il bat 96 pulsations fermes et résistantes.

Une potion stibiée à 0,05 administrée au malade le premier jour de son entrée est suivie de deux selles et de deux vomissemens bilieux.

Le 17, l'accablement persiste, la peau est devenue âcre et sèche, le pouls plus dur et plus vibrant. Le râle sous-crépitant disséminé s'est concentré au sommet du poumon gauche; il y est plus fin, plus serré, plus sec; les râles sonores et sibilans sont moins abondans partout où ils se trouvaient au début.

Les crachats ont diminué, ils sont plus visqueux, et la mousse qui les recouvre offre des taches rouillées vagues.

Une pneumonie du sommet gauche est diagnostiquée. On pratique une saignée de 400 grammes qui offre quelques îlots mal limités d'une couenne grisâtre.

Le lendemain 18, le râle crépitant peut être constaté dans une zône qui a pour limite inférieure le tiers inférieur du bord vertébral de l'omoplate. Celui qui existait au sommet du poumon est plus rare, les points qui en étaient le siége offrent de la sub-matité. Souffle tubaire le long du bord interne du scapulum. La saignée qu'on a pratiquée ce jour-là est recouverte d'une couenne très peu épaisse disposée en îlots. Renouvelée le lendemain, elle offre un coagulum plus dense, uniformément recouvert d'une couenne jaunâtre. Répétée le 21, elle fournit un caillot ferme, résistant, fungiforme, recouvert d'une couenne épaisse et jaunâtre, lardacée. Le même jour, la potion stibiée, qui n'a pas été discontinuée, provoque cinq selles et cinq vomissemens. Les râles de la bronchite profonde ont presque complètement disparu.

Le 22, la respiration commence à se faire entendre faiblement au sommet gauche; 80 pulsations. L'auscultation permet de constater un râle crépitant descendant tous les jours, la respiration s'établissant peu à peu au sommet.

Le 25, la pneumonie est acculée à la base du poumon; la respiration est perceptible, mais faiblement, dans le tiers supérieur du sommet gauche. Les crachats, moins spumeux, sont blancs et conservent leur viscosité.

Le 3 mai, la pneumonie a disparu.

Le 18, le malade est dans l'état le plus satisfaisant.

BRONCHITE PROFONDE ASPHIXIQUE SUCCÉDANT, SANS CAUSE APPRÉCIABLE, A UNE BRONCHITE DES GROSSES BRONCHES.

Obs. XII. — T..., âgé de 23 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution faible, n'a jamais éprouvé que des bronchites légères. Depuis six jours, et à la suite d'une garde qu'il a montée par une nuit froide et humide, il se plaint d'une toux sèche et pénible, de douleurs sous sternales assez vives, d'une céphalalgie sus-orbitaire qui augmente d'intensité tous les soirs.

Le 13 mars, jour de son entrée, il offre l'état suivant.

La respiration est fréquente, mais il n'y a pas de dyspnée; la douleur sous-sternale augmente vivement pendant la toux; celle-ci est sèche, rude, suivie de crachats transparens, visqueux. L'auscultation indique un ronchus grave au niveau du mucus des gros troncs bronchiques. La peau est chaude et légèrement halitueuse; le pouls bat 76 puls. pleines et vibrantes. Une saignée de 350 gram. est pratiquée; elle fournit un caillot épais, mais sans couenne et sans consistance.

Du premier au sixième jour, la maladie semble marcher insensiblement vers sa résolution; le pouls est à 70. Le râle sonore est moins abondant; les crachats, quoique diminués, conservent leur transparence.

Le septième jour, 18 mars, la respiration est anxieuse, courte, difficile; la poitrine est le siége de douleurs vagues, générales, la toux est devenue plus fréquente, plus pénible, plus sèche; les crachats se recouvrent de spumosités finement aérées, blanches; ils sont plus visqueux et plus adhérens. L'auscultation permet de constater, dans tous les points de la poitrine, des râles sonores et sibilans. En arrière, ils sont unis à un râle sous-crépitant dans le tiers inférieur du poumon gauche et la moitié inférieure du côté droit. La peau est le siége d'une chaleur âcre et brûlante; 110 pulsations petites et serrées. Un looch avec 0,15 de kermès est prescrit; 20 sangsues appliquées sur le côté gauche de la poitrine n'empêchent pas la respiration de devenir plus laborieuse et le pouls de monter à 120 pulsations.

Le lendemain, le kermès est remplacé par 0,05 de tartre stibié. Une demi-diète est prescrite au malade.

Trois jours après, le pouls donne 100 pulsations; la peau est sudorale; le râle sonore et sibilant persiste, mais il est mélangé à une sous-crépitation à bulles plus grosses et plus humides. L'émétique a donné lieu, le premier jour de son administration, à trois vomissemens bilieux et à une selle.

Le quatorzième jour de la maladie, le tartre stibié est supprimé. La respiration est beaucoup plus facile, le râle sous-crépitant occupe tout le côté gauche. A droite, il est encore mélangé à quelques râles sibilans; la toux est plus facile, plus rare, les crachats plus abondans, moins visqueux, recouverts d'une mousse jaunâtre; la peau est sudorale; 90 pulsations.

Le dix-neuvième jour, crachats opaques, râle muqueux dans tout le côté gauche; à droite, respiration normale en avant; en arrière, grave crépitation à la base.

Le vingt-septième jour, bulles muqueuses vagues.

Le quarantième jour, sortie du malade.

Ce qui frappe, au premier abord, dans l'étiologie des douze cas qui précèdent, c'est que la bronchite capillaire n'est jamais survenue d'emblée; elle s'est toujours entée sur une bronchite des grosses bronches plus ou moins ancienne.

Tantôt cette dernière était habituelle à l'époque de la saison froide, tantôt elle était accidentelle et provoquée par la cause même qui la généralisait aux bronches capillaires.

La cause qui nous a paru souveraine dans la production des bronchites profondes, celle, du reste, sur laquelle Broussais avait si vivement insisté, c'est l'impression du froid, qu'il soit seul ou qu'il soit uni à l'hu-

altérées. Toutefois un pareil inconvénient n'empêche pas que cette portion circonscrite d'Hyères ne soit favorisée par les préférences des malades qui vont passer l'hiver dans cette localité. De là, on domine la campagne, la vue descend sur les jardins et les plantations qui se prolongent jusqu'à la mer, on a le pied sur le sentier qui court sur les flancs de la campagne et conduit le poitrinaire aux lieux abrités des vents et que frappe le soleil; enfin de ce lieu le plus élégant, er il est adopté par les malades riches, on n'a pas à traverser les rues pour aller à la promenade et on se tient à l'écart de la population indigène comme si on habitait dans un noble faubourg. Donc, le quartier situé sur la route de Toulon est le plus agréable. On doit s'y moins ennuyer durant les longues heures de la vie solitaire qu'on mène à Hyères que si on était établi dans quelque maison du fond de la vallée. Mais si la distraction est un agent thérapeutique assez puissant dans certaines circonstances, il est très sanitaire lorsqu'il s'agit de modérer la marche d'une affection de poitrine, ou lorsqu'on essaie d'en arrêter le cours. Il importe d'après cela de faire attention au choix du quartier le plus propice au tempérament et à l'affection du malade, et de ne pas sacrifier à des goûts, à des habitudes et à la mode, au moment où les jours sont comptés, et où le médecin et le malade doivent réunir leurs efforts pour regagner le temps perdu.

Une chose très importante à noter sur les conditions du climat d'Hyères, c'est l'existence de marais dans différentes portions de son territoire. Ainsi, la déclivité de la plaine qui va finir au bord de la mer favorise la stagnation des eaux et donne lieu pendant une partie de l'année à des marécages que dessèchent les chaleurs de l'été. Vers le sud-ouest, il y a un étang pêcherie et des terres inondées qui appartiennent, soit à celles qui avancent dans la plage, soit au territoire des îles dont on voit la silhouette du haut des terrasses des habitations. Dans la direction de l'est, il y a encore des marais salans où l'évaporation se produit sur une surface très étendue. Certainement, je ne veux pas introduire comme élément de curabilité de la phthisie pulmonaire la présence de miasmes marécageux dans l'atmosphère, le voisinage d'une source inépuisable d'insalubrité de l'air. Mais je ne dois pas passer sous silence un fait qui se répète fidèlement dans toutes les localités de l'Italie, et auxquelles la médecine attribue une influence favorable sur les affections de poitrine. Je viens de citer Hyeres; eh bien! Nice a ses marais à l'embouchure et sur les bords du Var. Pise a les siens dans cette plaine sablonneuse qui se développe depuis le voisinage de ses murs jusqu'au rivage de la mer. Rome, qui jouit aussi d'une certaine réputation sous le rapport de la thérapeutique pulmonaire, peut être comparée à une île cernée de marais; car le désert insalubre forme ceinture, comme on sait, autour de ses murs. Citerai-je aussi Naples? Cette ville n'a pas, il est vrai, des centres d'évaporation miasmatique sous les yeux de ses habitans; mais on n'a qu'à franchir la grotte de Pausilippe et on se trouve en présence d'une série de lacs jusqu'à Baies et à la pointe du cap Misène, dont les émanations interdisent aux voyageurs, pendant une certaine partie de l'année, l'accès d'une côte si pleine d'intérêt. Ces faits de concomitance sont très connus, et il n'est pas nécessaire de les vérifier. Toutefois, rien ne serait plus utile à mon avis que de faire étudier avec soin et d'une manière spéciale en quoi consistent les conditions d'action qu'on attribue à l'évaporation marécageuse dans les cas dont il s'agit; rien ne serait plus important que de répandre sur une question aussi obscure un peu de cette clarté qui aiderait peut-

midité, qu'il soit appliqué aux membres inférieurs seulement ou que toute la surface du corps en ressente les effets.

Trois fois seulement, parmi les douze cas que nous citons, la bronchite ramusculaire s'est déclarée sans cause appréciable, c'est-à-dire sans l'intervention du froid sec ou humide.

Formes. Nous n'avons pas ici considéré la bronchite capillaire sous tous les aspects divers qu'elle peut présenter; nous avons élagué celle qui survient si souvent chez les enfans et chez les vieillards, et celle qui se lie si intimement aux cours des fièvres exanthématiques. Nous ne l'avons étudiée que chez l'adulte, recherchant ses phénomènes propres autant que possible, choisissant les cas qui nous ont fourni cette affection idiopathique, en quelque sorte, à moins toutefois que les complications ne fussent propres à en éclairer la marche et les symptômes.

Division. La bronchite capillaire est 1° générale ou 2° partielle, suivant qu'elle occupe les deux côtés de la poitrine, ou qu'elle est bornée à un seul. Cette dernière est extrêmement rare; nous n'avons jamais été à même de l'observer. Un seul cas nous a été communiqué par M. Lévy. Les râles particuliers du catarrhe pulmonaire profond étaient localisés dans le côté droit de la poitrine; ils étaient unis à tous les signes caractéristiques de la maladie; le côté gauche était parfaitement libre.

La bronchite générale, infiniment plus fréquente, offre deux variétés importantes, suivant qu'elle est: 1° grave ou asphyxique; 2° bénigne. La première est celle qui débute ordinairement d'une manière brusque, soit dans le cours d'une bronchite ordinaire, soit bien plus rarement sans inflammation préalable des bronches; la seconde se développe ordinairement d'une manière beaucoup plus lente.

Symptômes. Les symptômes qui signalent le début de la bronchite capillaire varient suivant la brusquerie de son invasion. Quand elle succède peu à peu à une bronchite de grosses bronches et qu'elle survient sans cause bien déterminée, des lassitudes inaccoutumées se font sentir; elles sont suivies de frissons, auxquels succède bientôt une chaleur incommode. Enfin, une véritable fièvre de réaction générale ne tarde pas à se déclarer.

Les phénomènes locaux fonctionnels sont les suivans: la respiration est de plus en plus gênée; la douleur, qui était bornée à la région sous-sternale, s'accroît, tantôt en conservant son siége primitif, tantôt en devenant plus vague et se disséminant dans toute l'étendue de la poitrine. Deux fois seulement nous l'avons vue plus prononcée à droite qu'à gauche. Dans l'un de ces cas, le côté douloureux avait été le siége d'une pneumonie, la douleur était obtuse et l'occupait tout entier; dans l'autre, elle affectait complètement la forme d'un point pleurétique. Enfin dans quelques cas elle paraît se fixer au niveau des attaches du diaphragme.

La toux devient plus sèche et plus pénible; elle a lieu par quintes, dont la durée est très courte. Dans un cas de bronchite profonde compliquant une fièvre typhoïde elle était identiquement semblable à celle des enfans atteints de coqueluche.

Les malades ont une peine toujours croissante à chasser des crachats toujours plus visqueux, transparens, ordinairement surnagés par une écume blanchâtre, finement aérée. Le volume des bulles qui la forment par leur agrégation semble en rapport avec le calibre des bronches malades; aussi, très fines au début, alors que l'inflammation occupe des bronches capillaires, ces bulles deviennent plus grosses à mesure que ce sont des canaux d'un plus grand diamètre qui sont affectés.

La bronchite capillaire ne se déclarant pendant le cours d'une bronchite des grosses bronches qu'autant que celle-ci est à sa première période, le râle sonore grave, qui était borné au trajet des principaux rameaux bronchiques, prend plus d'extension. Il perd sa gravité et se mêle à une sibilance fine et aiguë, souvent à un râle sous-crépitant plus ou moins serré; la poitrine conserve sa sonorité normale.

A cet ensemble de phénomènes locaux se joignent des symptômes généraux plus graves. Quelquefois la maladie progresse insensiblement, sans qu'il y ait un accablement manifeste; mais ordinairement le malade s'affaisse de plus en plus; la peau devient le siége d'une chaleur âcre et brûlante; quelquefois elle est sudorale; le visage se congestionne fortement, surtout pendant les efforts de la toux; le pouls devient vif, rénitent et acquiert une fréquence plus grande. Souvent une céphalalgie intense se déclare, la langue est sèche, tantôt rouge à sa pointe et sur ses bords, tantôt blanchâtre; la soif est ordinairement très vive.

Quand la bronchite profonde débute brusquement dans le courant d'une bronchite ordinaire, les symptômes acquièrent du premier coup toute leur violence. La dyspnée devient extrême, la respiration fréquente, embarrassée, la toux extrêmement pénible, sèche, suivie de crachats très visqueux, adhérens au vase qui les renferme, spumeux à leur surface. On entend dans toute la poitrine, mais surtout en arrière, ce charivari de râles bronchiques que M. Récamier a si bien caractérisé sous le nom de bruit de tempête. Quelquefois le râle sous-crépitant est assez fin et assez sec pour être confondu avec le râle crépitant pneumonique lui-même. Le pouls est très fréquent, serré, rénitent. Les sécrétions sont diminuées.

Rarement les symptômes persistent longtemps dans ce premier degré d'acuité; bientôt la respiration devient moins laborieuse, la toux s'humecte et devient moins pénible, les crachats sont moins abondans, les bulles qui les surmontent sont plus grosses et soulèvent quelquefois un liquide plus opaque, moins tenace et moins visqueux. Les râles sonores et sibilans sont peu à peu remplacés par le râle sous-crépitant. Ce dernier, ainsi observé dans la période de déclin de la bronchite profonde, n'a pas le caractère qu'il avait au début. Il est plus gros et plus humide, quelquefois même son rhythme ne changeant pas, il ne conserve pas le même timbre, ses bulles sont beaucoup moins sèches. Il affecte complètement, mais sur une plus petite échelle, la forme du râle muqueux des grosses bronches. Si nous ne craignions pas de multiplier les nuances déjà si nombreuses de l'observation stéthoscopique, nous proposerions de lui donner le nom de *râle muqueux ramusculaire*. Cette dénomination aurait l'avantage d'indiquer son siége et sa nature.

Dans la bronchite capillaire, l'intensité du mouvement fébrile, la fréquence du pouls, en un mot, est en rapport avec la fréquence des mouvemens respiratoires. D'après M. Lévy, elle est en quelque sorte physiologique, c'est une conséquence nécessaire plutôt que le symptôme d'une inflammation vive. Les bronches capillaires se trouvent encombrées de mucosités, l'air ne peut se mettre en contact avec elles, ni pénétrer jusqu'aux vésicules qui les terminent; de là, une diminution considérable du champ de l'hématose, et par suite l'accélération du mouvement circulatoire qui, pour y suppléer, présente un plus grand nombre de fois le sang aux surfaces qui ont conservé leurs propriétés vivifiantes.

Plusieurs faits tendent à confirmer cette manière de voir. Nous ne citerons à son appui que l'inutilité des saignées ou même leur nocuité dans le traitement des bronchites profondes. Ainsi, les deux malades chez lesquels

---

être le médecin à se diriger avec un peu moins d'incertitude sur la voie qu'il parcourt à tâtons. Jusqu'à l'époque où ces recherches seront faites, on comprend qu'on ne peut ni rejeter, ni admettre l'opinion de ceux qui défendent l'influence favorable des émanations miasmatiques dans les maladies de poitrine. Il y a à faire une série de travaux difficiles, d'expériences délicates, et il faut attendre qu'on soit parvenu à quelque résultat dans cette direction avant d'oser se prononcer.

Me voici loin d'Hyères et de son climat, d'où je suis parti pour exposer, sinon discuter une question générale. J'avais d'ailleurs à peu près rempli mon but. Sans attribuer à Hyères, par une sorte d'amour-propre national, une supériorité sur Nice ou Pise, j'ai reconnu, j'ai prouvé même qu'il présentait de grands avantages sous quelques rapports. Il n'a pas la température chaude du ciel de Pise, l'égalité de celui de Nice; mais l'hiver y est doux et l'été n'y est pas ardent. Mes lecteurs ont compris et je comprends moi-même combien de choses il me reste à dire, non pas sur Hyères seulement, mais sur toutes les parties de l'Italie que j'ai successivement parcourues dans ce long voyage médical. Pouvais-je faire différemment, puisqu'il m'était interdit de sortir des courtes limites d'un feuilleton? Je me propose donc d'étudier le climat italien, et d'établir toutes mes idées autant sur des explications que sur des faits, des interprétations que sur des preuves, dans un ouvrage spécial qui manque à la science, et dont le médecin a besoin pour enrichir sa thérapeutique de celle des climats et des localités. Ce livre aura pour titre: Le climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical. Le voyage, dont j'écris aujourd'hui le dernier chapitre, peut donner une idée de l'importance et de l'utilité d'une œuvre pour laquelle je réclame le bienveillant suffrage de ceux à qui elle est adressée.

Ed. Carrière.

— Ministère de la guerre. — Concours pour l'admission aux emplois de chirurgiens-élèves, en 1845. — Un concours sera ouvert, le 25 août prochain, pour l'admission de chirurgiens-élèves dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille, et à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris.

Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan.

Chaque candidat devra se faire inscrire à l'intendance militaire de la ville où il désirera concourir, et il sera donné, dans les bureaux de l'intendance militaire, communication des conditions d'admission au concours, dont le programme été inséré dans le Journal militaire.

Les chirurgiens-élèves de 1re division des hôpitaux d'instruction reçoivent une indemnité annuelle de 400 fr.; cette indemnité est fixée à 600 fr. pour les chirurgiens-élèves de l'hôpital de perfectionnement.

on a employé les émissions sanguines au début sont ceux qui nous ont offert les phénomènes réactionnels les plus intenses et les plus persistans ; et même, chez l'un d'eux, le pouls qui battait 110 pulsations avant la perte de sang monta à 120 après la saignée.

Dans aucun cas, d'ailleurs, nous n'avons observé de couenne sur ces saignées, et même l'une d'elles nous a offert un caillot volumineux extrêmement mou. Or, puisque cette couenne se développe ordinairement dans les inflammations, même très limitées, du parenchyme du poumon, on comprend difficilement pourquoi elle ne se montrerait pas dans une phlegmasie si voisine de ses vésicules et révélée par un appareil fébrile formidable.

MARCHE. La marche de la bronchite profonde a été trop bien indiquée par les pathologistes les plus récens pour que nous puissions ajouter beaucoup à son histoire. Ces auteurs signalent, dans la période d'invasion ou de début, la respiration râpeuse comme précédant les râles bronchiques et marquant en quelque sorte la place qu'ils doivent occuper. Nous n'avons pu saisir cette période que très rarement, dans les cas où la bronchite des grosses bronches se généralisait sous nos yeux à leurs ramifications capillaires. Elle a toujours été de très courte durée et en grande partie masquée par les râles de la seconde période.

Celle-ci est marquée par le summum d'intensité que peuvent acquérir les phénomènes morbides. C'est alors que l'accroissement de la dyspnée, de la douleur et de la toux obligent les malades d'entrer à l'hôpital. C'est alors qu'on constate cette profusion de râles sonores et sibilans plus ou moins mélangés de râle sous-crépitant.

C'est la prédominance de ce râle sous-crépitant qui caractérise la troisième période ; mais, par cela même qu'il se développe insensiblement, qu'il ne se mêle que peu à peu aux râles secs qui l'accompagnent, il est très difficile de préciser une limite entre la période d'état et celle de déclin. Néanmoins, le caractère plus humide de ce râle indique d'une manière approximative la transition du premier au second stade ; alors qu'il se transforme en râle muqueux ramusculaire, il signale la période de déclin. La difficulté de la toux, la gêne de la respiration, la nature des crachats, la vivacité de la réaction fébrile ont aussi leur période progressive et leur période décroissante ; mais on a les mêmes difficultés pour en trancher les limites et assigner exactement le passage de l'une à l'autre. On ne peut guère que constater la rapidité de leur succession sans qu'il soit permis d'en scinder les différens temps.

(*La fin au prochain numéro.*)

MALADIES SYPHILITIQUES.

RECHERCHES CLINIQUES FAITES A L'HÔPITAL SAINT-LAZARE, MALADIES DES FEMMES, SUR LES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS, SUR LES CHANCRES CHRONIQUES DES PARTIES GÉNITALES, LES BUBONS, L'URÉTRITE, LA VAGINITE, ETC. ; par J. BOYS DE LOURY, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. COSTILHES, docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, ex-médecin interne de Saint-Lazare.

(Suite. — Voir les numéros 24 et 25.)

ULCÉRATION SYPHILITIQUE (CHANCRES SUR LE COL DE L'UTÉRUS).

Le véritable chancre syphilitique primitif ayant son siége sur le col de l'utérus n'est pas une affection commune. Il a été confondu avec l'ulcération consécutive, c'est-à-dire succédant à des chancres sur les parties génitales. C'est ainsi que les descriptions de M. Duparcque se rapportent plutôt à des ulcérations syphilitiques secondaires ou même tertiaires, puisqu'elles s'accompagnent de douleurs ostéocopes. Voici en quels termes s'exprime cet auteur, dans son article : CHANCRES, ULCÈRES SYPHILITIQUES, ULCÈRES MALINS, etc. : « Les ulcères chancreux s'étendent autant » en profondeur qu'en largeur, leurs bords sont taillés à pic, leur fond » est grisâtre, déterminent un écoulement séro-muqueux, puriforme, » s'accompagnant toujours d'un engorgement à leur base, et occasionnent » des douleurs brûlantes, térébrantes et rongeantes ou lancinantes. » Pour nous, le véritable chancre du col ne présente aucun de ces caractères, il ne détermine jamais les désordres dont parle M. Duparcque.

Les chancres du col sont très rares, ainsi que l'ont déjà fait observer les syphilographes Cullerier et M. Ricord. Aussi est-ce tout au plus si chaque année, sur un nombre considérable de malades, nous observons 4 à 6 cas de chancres ou ulcérations syphilitiques du col. Presque toujours nous avons rencontré, en même temps, des chancres aux parties génitales externes.

Examinons comment débute cette ulcération. Il nous sera d'autant plus facile d'en exposer la description que, dans la plupart des cas, nous avons vu cette affection naître et se développer sous nos yeux.

L'inflammation spécifique siége primitivement dans un ou deux follicules muqueux qu'on voit se tuméfier, s'ulcérer au sommet, et qui s'entoure d'*un cercle rouge*. Le petit ulcère ne tarde pas à s'agrandir, et quelques heures suffisent souvent pour voir ce changement s'opérer ; son fond est mis à nu, d'un rouge pâle qui est tranché par le bord frangé irrégulièrement taillé à pic qui l'entoure, et dont la couleur est plus vive, il ne tarde pas à prendre un aspect grisâtre. Il a alors toute l'apparence et la forme des chancres des parties génitales externes.

Ces chancres isolés du col se présentent le plus ordinairement au pourtour de l'orifice. Nous avons vu sur la même lèvre un chancre de 1 centimètre et demi de diamètre. Il peut aussi se rencontrer 7 à 8 chancres sur le même col ; c'est ce que nous avons observé l'année dernière. Ces chancres, une fois réunis, forment alors l'ulcération syphilitique du col. Sa forme est le plus souvent irrégulière, ses bords sont moins taillés à pic que dans le chancre qui a précédé l'ulcère, mais environné d'un liséré rouge très intense. Son aspect est toujours d'un gris blanchâtre, et l'écoulement qu'elle produit est en général jaunâtre. Nous avons, dans quelques cas qui paraissaient obscurs, inoculé, sur la cuisse de la malade, le pus recueilli à la surface de l'ulcère, et nous avons constamment vu naître, au bout de peu de jours, la pustule caractéristique, que nous avons immédiatement arrêtée par la cautérisation.

Dans plusieurs cas, ainsi que nous l'avons dit, l'ulcération syphilitique prend l'aspect et la forme de l'ulcère diphthéritique. Nous avons vu la difficulté du diagnostic quand on ne l'observe pas à son début et que rien aux parties génitales ne peut faire soupçonner son caractère ; nous n'insisterons pas plus longtemps. Cependant répétons-le encore ici : *l'ulcération syphylitique s'en distingue par son fond plus profond, ses bords plus déchiquetés, et par le liséré rouge qui se montre constamment autour de la surface ulcérée*, et enfin par *sa marche plus rapide*.

Nous ferons remarquer que nous n'avons jamais observé de l'induration autour de l'ulcération, cela peut dépendre du peu de durée de l'affection. Cependant nous avons rencontré quelques cas qui ont résisté assez longtemps au traitement rationnel que nous leur opposions.

Cette affection dure en général d'un mois à cinq semaines, rarement elle se prolonge jusqu'à deux mois.

Dans aucun cas, nous n'avons noté l'engorgement dans les aînes.

Le traitement que nous employons ordinairement consiste : 1° à faire faire un traitement antisyphilitique général ; 2° à cautériser de bonne heure l'ulcération, afin d'enrayer sa marche. Les tampons d'onguent mercuriel, de vin aromatique plus tard contribuent beaucoup à modifier cet ulcère, les caustiques dont nous nous servons sont le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent solidifié. Après chaque cautérisation, on laisse à demeure, pendant quelques heures, un tampon de charpie.

Quant aux topiques, on les renouvelle toutes les vingt-quatre heures et on fait dans l'intervalle quelques injections astringentes soit de feuilles de noyer, de sons-acétate de plomb liquide, de décoction de tan, de roses, de vin, etc.

ULCÉRATION SYPHILITIQUE DU COL DE L'UTÉRUS ; INOCULATION ; BUBON, SUITE DE LA PUSTULE D'INOCULATION.

OBS. VII. — Devillers (Catherine), 23 ans, bien constituée, entrée le 30 décembre 1842, porte sur le col de l'utérus un chancre très irrégulier, à bords à pic, d'un aspect grisâtre de près de 2 cent. de diamètre ; il est entouré d'un liséré rouge lie de vin. Cette grande irrégularité nous a fait supposer que dans l'origine il y a eu deux chancres sur le col qui en s'étendant ont fini par se réunir ; il existe en même temps un chancre à l'entrée du vagin à droite (une pilule de Sédillot, cautérisation avec le nitrate d'argent, injections de feuilles de noyer, pansement avec cérat mercuriel). Le jour de son entrée, nous inoculons le pus qui se trouve sur le chancre du col à la cuisse gauche de la malade ; le lendemain et surtout le surlendemain, une pustule caractéristique s'est développée, avec tuméfaction et rougeur des tissus environnans.

Le 1er janvier, nous cautérisons la pustule avec le nitrate acide de mercure, et faisons appliquer des cataplasmes, faire des frictions avec la pommade mercurielle autour de la pustule et prendre tous les deux jours un grand bain.

Le 3 janvier, la tumeur s'abcède spontanément. Même traitement. La tuméfaction a presque disparu ; il ne reste plus que l'engorgement du tissu cellulaire environnant.

Le 7 janvier, l'engorgement a beaucoup diminué, mais la plaie a pris un aspect violacé. (Pansemens avec l'onguent mercuriel.)

Le 9 janvier, la plaie est douloureuse; la malade a vu ses règles qu'elle n'avait pas eues depuis six semaines.

A la même époque, il survint un gonflement au-dessous du ligament de Fallope, à la partie interne et supérieure de la cuisse (cataplasmes émolliens, bains). Le bubon devient très douloureux à la fin du mois de janvier et s'abcède spontanément, le jour même où nous devions donner issue au pus. Le col que nous avons continué de traiter, comme nous l'avons dit, ne présente plus qu'une rougeur, qui disparaît le 13 février.

Le 15 du même mois, le bubon est en voie de guérison, et la malade, après avoir été soumise à un traitement tonique, sort guérie le 2 mars 1843, ayant fait un séjour de 62 jours.

2° CHANCRES NOMBREUX SUR LE COL DE L'UTÉRUS.

OBS. VIII. — Cheron (Victoire), âgée de 18 ans; est envoyée à St-Lazare le 1er février pour deux larges chancres à l'entrée du vagin et sept chancres sur le col, d'une date très récente; ils sont tous taillés à pic, grisâtres. (Cautérisation avec la pierre de nitrate d'argent, 2 pilules de Sédillot.)

Le 6 février, les chancres se sont réunis de manière à former une ulcération irrégulière, présentant le même aspect des chancres auxquels elle a succédé; un liseré rouge assez vif la circonscrit. (Injections de feuilles de noyer, grands bains.)

Dans le courant du mois de février, il survint une rhagade à l'anus. (Mèche avec onguent napolitain.)

Les chancres des parties génitales sont guéris le 25 du même mois, tandis que l'ulcération chancreuse du col de l'utérus est dans le même état.

Le 1er mars, nous cautérisons l'ulcère avec le caustique de Vienne solidifié, et nous laissons à demeure un tampon de charpie sèche. Nous continuons ce traitement jusqu'au 27 avril, jour de sa sortie.

3° ULCÉRATION SYPHILITIQUE DU COL; ÉCOULEMENT RHAGADE A L'ANUS.

OBS. IX. — W...ff, Marie-Victoire, jeune fille russe, âgée de 18 ans, d'une belle constitution, entre à St-Lazare le 20 juin 1843. Examinée avec soin, nous constatons sur la lèvre postérieure du col une ulcération de forme mal circonscrite, de couleur grise blafarde, creusée surtout sur les bords. La surface ulcérée donne lieu à un écoulement jaunâtre abondant. L'anus est le siége d'une rhagade qui fait saillie au dehors de cette ouverture, et que l'on excise peu de jours après son entrée. Nous remarquons, en outre, une urétrite, que nous traitons par le tannin. (2 pilules de proto-iodure, injections de feuilles de noyer, mèche avec cérat mercuriel, cautérisation deux fois par semaine avec le nitrate d'argent.)

L'ulcération ainsi traitée est guérie entièrement le 12 juillet. La malade n'a eu qu'une seule fois ses règles pendant son séjour à l'hôpital; elle sort le 7 août, après 47 jours de traitement.

DE L'ULCÉRATION DU COL DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE.

Si les maladies du col de l'utérus ont été, depuis plusieurs années, l'objet d'études sérieuses de la part de praticiens distingués, si l'attention a été portée sur les divers modes d'ulcération que cet organe présente, si peut-être on les a multipliés outre mesure, où si l'on a attaché une importance exagérée à certaines formes, à certains aspects; nous avons pourtant lieu de nous étonner qu'une circonstance qui doit influer beaucoup sur la forme des ulcérations et leur traitement, la *grossesse* n'ait été nulle part examinée sous le point de vue que nous croyons devoir lui donner, et que l'on de nous a cousigné dans sa thèse. L'ulcération du col qui a lieu pendant la grossesse est cependant d'une grande importance à connaître, non seulement sous le rapport pathologique, mais comme thérapeutique; et disons-le tout d'abord, si la plupart des praticiens sont d'avis qu'il faut respecter ces ulcérations et prendre garde d'amener des accidens par des cautérisations, l'observation nous a mis sur une voie tout opposée, puisque nous croyons au contraire éviter les avortemens en traitant d'une manière différente les ulcérations de l'utérus pendant la grossesse. Nous pensons, en effet, que c'est à ces ulcérations que l'on doit attribuer, dans un grand nombre de cas, l'avortement observé si fréquemment chez les jeunes femmes, dans les grandes villes. Et si, dans les hôpitaux et dans la pratique particulière, on ne constate pas cette complication de la grossesse, on le doit à ce qu'on néglige de pratiquer le toucher, et surtout d'examiner au spéculum les femmes enceintes qui se plaignent de quelques phénomènes du côté du ventre ou des parties génitales qui pourraient éveiller l'attention du médecin. On évite généralement de voir au spéculum les femmes enceintes, dans la crainte d'un avortement; en agissant avec les précautions dont nous avons parlé, pour l'introduction de cet instrument, nous n'avons jamais été témoins d'accidens; elle peut donc être faite, ne fût-ce que pour s'assurer de l'état de l'organe. Une femme enceinte qui éprouve des douleurs dans le bas-ventre, qui a un écoulement habituel d'un aspect jaunâtre très abondant, chez laquelle enfin il y a des douleurs et de la pesanteur dans les lombes et dans les aines, cette personne, examinée au spéculum, offrira probablement les caractères d'une ulcération du col de l'utérus.

Cette affection est loin d'être rare : ainsi, à St-Lazare, dans le service de l'un de nous, il y a presque toujours trois à quatre femmes enceintes affectées d'ulcération. Outre les observations nombreuses que nous avons recueillies depuis trois à quatre ans, nous avons eu occasion d'en voir un certain nombre de cas en ville. En rappelant l'attention des accoucheurs et des médecins légistes (1) sur ce point, si peu connu et si important de l'art, nous avons cru faire une chose utile; car il est ignoré de beaucoup de praticiens que la forme, la nature et le pronostic, etc., etc. des ulcérations du col sont tout à fait différens, suivant que la matrice est vide ou renferme le produit de la conception, et qu'on peut prévenir, par un traitement énergique, un avortement presque inévitable.

Nous ne passerons pas en revue les causes si multipliées qui concourent à la production et au développement des ulcérations du col de l'utérus, mais bien celles qui paraissent avoir une influence directe sur l'affection dont nous nous occupons.

L'abus du coït est une cause fréquente et qui doit par conséquent figurer en première ligne; il peut déterminer d'emblée une ulcération du col chez les femmes enceintes, quel que soit le rang qu'elles occupent dans la société; aussi est-ce dans les premières années de co-habitation que l'on observe un plus grand nombre d'avortemens, lorsque la copulation est trop répétée ou surtout qu'il existe entre les organes génitaux des deux individus une grande disproportion qui, pendant l'acte, doit nécessairement heurter et contendre le col de l'utérus. Ajoutons à cela les plaisirs de toute espèce, les veilles, les émotions morales, etc., qui ont une influence si directe sur l'organe fécondant. Nous pensons aussi que l'ulcération succède à un avortement antérieur et précède la grossesse dans l'immense majorité des cas; nous avons été à même d'en observer plusieurs exemples.

Comment l'ulcération du col produit-elle l'avortement?

Nous pensons que cette ulcération qui tend sans cesse à prendre de l'extension en largeur ou en profondeur gagne insensiblement de dehors en dedans les couches profondes du col, et que l'irritation que cette phlegmasie produit, augmentée et entretenue par le coït et les causes que nous avons énumérées, sollicite les contractions de l'utérus qui finissent par expulser tôt ou tard le produit de conception. Quoi qu'il en soit, toujours est-il que c'est le plus ordinairement à la suite d'une cause occasionnelle, telle que chute, secousses, mouvemens violens, émotions, que la fausse couche arrive. Quelquefois, cependant, elle se produit au moment où l'on s'y attend le moins. N'oublions pas de signaler que c'est *de deux mois et demi à cinq mois que l'avortement a lieu dans la plupart des cas*. Les malades qui ont été soumises à notre observation, âgées de 18 à 30 ans, étaient toutes d'un tempérament lymphatique nerveux.

Ces ulcérations, qui se présentent à peu près constamment avec les mêmes caractères et déterminent habituellement des douleurs dans la région hypogastrique, dans les lombes, dans les cuisses, la constipation, les pesanteurs au fondement s'accompagnent toujours d'un engorgement du col qui varie suivant l'époque de la grossesse; nous avons observé qu'il est d'autant plus considérable que la grossesse est moins avancée. Ces ulcérations, de formes irrégulièrement circulaires, ont un aspect fongueux et végétant, et sont couvertes de bourgeons charnus plus ou moins saillans, d'un rouge très foncé, le plus souvent violacé. Nous verrons plus tard, quand nous parlerons du traitement, que ces ulcérations, en se modifiant, changent d'aspect. Leur étendue est très variable; elles ont souvent en largeur 2 à 3 centimètres de diamètre, et en profondeur 6 à 10 millimètres. L'ulcération commence primitivement sur le pourtour de l'orifice du col, et gagne ensuite tout le museau de tanche. La portion du col sain présente, du reste, l'aspect violacé du col des femmes enceintes. Nous noterons en outre un écoulement toujours *blanc jaunâtre, jamais verdâtre*, assez épais, toujours en rapport, quant à sa quantité, à l'étendue de l'ulcération. Ajoutons, enfin, que, par l'énorme tuméfaction du col, les bosselures, les anfractuosités qu'il présente, sa couleur rouge obscure, l'écoulement qui le recouvre, et par son état fongueux qui fait qu'il saigne au moindre contact, plus d'un médecin peut croire à une af-

(1) Dans les cas, rares il est vrai, de condamnation à mort, où une femme se déclarerait enceinte, comme nous n'avons, jusqu'au quatrième mois, aucun caractère positif de grossesse, l'existence de l'ulcération caractéristique des femmes enceintes serait alors un signe précieux pour le médecin légiste. Il nous est arrivé plus d'une fois, en ville et à St-Lazare, d'annoncer à la femme que nous examinions qu'elle était enceinte, alors qu'elle ne le soupçonnait même pas.

fection cancéreuse; et dans le temps que son ablation était à l'ordre du jour, plusieurs médecins avaient proposé cette opération pour une femme de St-Lazare; l'un de nous (M. Boys de Loury) s'y était refusé, persuadé que cette femme était enceinte. Elle avorta effectivement à St-Lazare, six mois plus tard, et avec l'accouchement disparurent ces symptômes qui semblaient si alarmans.

Si nous passons maintenant aux phénomènes de l'avortement, nous ferons remarquer que, dans les premiers mois de grossesse, l'œuf peut être expulsé sans douleur et sans une hémorrhagie remarquable; le plus souvent cependant la femme se plaint quelques jours auparavant de douleur dans les lombes, de pesanteurs dans le bas-ventre et quelquefois même d'un poids insolite sur la partie inférieure du vagin, de malaise, de cardialgie, et éprouve enfin une hémorrhagie plus ou moins abondante. Dans quelques cas de grossesse avancée, on voit dès le début apparaître un peu de sang suivi d'un écoulement de sérosité sanguinolente; puis quelque temps avant l'avortement une forte hémorrhagie se déclare, ce qui s'explique facilement quand on se rappelle la grande quantité de vaisseaux dilatés dont est entouré le col.

Cette affection est toujours de longue durée, bien plus que celle des ulcérations simples du col, pendant l'état de vacuité de l'utérus. Avant le nouveau mode de traitement dont nous nous servons maintenant dans cette complication de la grossesse, nous pensons, que dans un grand nombre de cas, ces ulcérations n'étaient guérissables que lorsque la femme était accouchée. La grossesse est-elle de deux à quatre mois et l'ulcération peu étendue, la maladie marche encore, quoique lentement, vers la cicatrisation; la grossesse est-elle de cinq à huit mois; l'ulcération se modifie très lentement ou reste stationnaire et la femme accouche prématurément, si elle ne subit pas un traitement convenable.

Le pronostic est grave, en ce sens, que très souvent les femmes avortent ou accouchent avant le terme de leur grossesse; l'ulcération se cicatrise lentement à cause de l'absence du tissu cellulaire et est entretenue par l'afflux des liquides dont le col est infiltré, et qui opposent sans cesse un obstacle à la formation du tissu cicatriciel. Ajoutons encore les divers changemens qui s'opèrent dans le col pendant les derniers temps de la grossesse. Cependant nous allons voir que l'emploi du caustique de Vienne solidifié nous a donné des résultats satisfaisans. Ainsi nous avons observé, à Saint-Lazare une, femme de la campagne, âgée de 29 ans, enceinte, lors de son entrée, de deux mois et portant sur le col une large ulcération; cette femme l'année précédente avait avorté à deux mois et demi, elle sortit de nos salles parfaitement guérie après un séjour de trois mois, étant alors enceinte de cinq mois, et après avoir éprouvé à l'époque où elle avait fait une fausse couche l'année auparavant tous les symptômes d'un accouchement prématuré qui disparurent grace au mode de traitement auquel elle fut soumise.

Changer le mode de vitalité de la surface altérée et favoriser sa cicatrisation, telles sont les indications que présentent ces ulcérations.

Nous n'avons jamais eu besoin de calmer préalablement l'inflammation, il semble que cette affection naisse avec un caractère chronique; aussi employons-nous de suite les caustiques les plus énergiques. Un seul, le caustique de Vienne solidifié, d'après le procédé du docteur Filhos, nous a fourni des résultats que nous n'osions espérer. M. Filhos, dans son opuscule sur l'emploi des caustiques dans les maladies du col de l'utérus, ayant passé sous silence les effets physiologiques de cet agent, nous en dirons quelques mots.

Lorsque le caustique touche l'ulcération, celle-ci change aussitôt d'aspect, devient d'un rouge foncé, puis passe au rouge-brun; cet effet est constant sur toutes les surfaces ulcérées quelles qu'elles soient: et sur celles qui ne le sont pas (les végétations du col, par exemple), au lieu de les rougir le caustique les blanchit. En même temps, la malade éprouve quelquefois un picotement plus ou moins marqué, selon l'étendue de la surface ulcérée, qui dure de quelques minutes à un quart d'heure. Cette sensation peut se prolonger jusque dans les aines.

Le cylindre caustique destiné à l'opération doit être recouvert d'une couche mince de cire à modeler, afin qu'il soit à l'abri du contact de l'air; il ne doit être que peu découvert à l'une de ses extrémités. On peut encore le conserver en l'enfermant, l'ouverture en bas dans des tubes de verre épais ou de cristal, bouchés soit en liége, soit à l'émeri et garnis au fond d'un lit de 1 à 2 centimètres de chaux vive en poudre, destinée à maintenir toujours à l'état sec la surface du caustique. Pour se servir de ce caustique, on en découvre la longueur que l'on désire; si déjà il avait servi et que la portion mise à nu se fût recouverte d'une légère couche de sous-carbonate de chaux, il serait nécessaire de l'enlever avec un grattoir. L'on peut, au besoin, rendre plus active l'action du caustique en le trempant légèrement dans de l'alcool ou de l'eau-de-vie, etc. Après la cautérisation, l'on essuie avec soin le cylindre. Voici comment nous l'employons à Saint-Lazare: après avoir nettoyé la partie malade, c'est-à-dire après avoir enlevé, au moyen d'un pinceau de charpie, les mucosités purulentes qui la recouvrent, nous touchons légèrement la surface ulcérée, si l'ulcération est peu étendue; puis immédiatement après nous mettons à demeure un tampon de charpie de consistance molle. Ces tampons, de forme conique, appliqués par leur base sur le col, essuient la portion du caustique qui se trouve sur l'escarre et garantissent ainsi la partie supérieure du vagin. Ces bourdonnets ont encore l'avantage d'absorber plus tard les produits de la sécrétion déposés autour de l'escarrhe; il faut les retirer au bout de douze heures environ et faire ensuite des injections astringentes; sans cette précaution le contact des liquides sécrétés retenus trop longtemps pourrait exercer sur l'organe malade une influence fâcheuse. L'ulcération est-elle plus considérable, plus profonde, nous maintenons plus longtemps le caustique sur la partie affectée, afin de modifier sa surface profonde. Sous l'influence de ce traitement employé deux, trois fois par semaine, et de la même manière, nous voyons bientôt l'ulcération changer d'aspect, de violacée; elle passe au rouge brun, puis au rouge presque vermeil; ses bourgeons charnus et végétaux s'affaissent et répandent moins de sang quand on les touche; l'écoulement devient de moins en moins abondant, et aussitôt que l'ulcère a pris un bel aspect, nous remplaçons le caustique par le crayon de nitrate d'argent, et souvent nous n'avons plus besoin d'y revenir.

Comme adjuvant, nous prescrivons trois fois par jour des injections, soit avec une décoction de feuilles de noyer, 12 gr. pour 1,000 gr. ou 500 gr. d'eau, que l'on remplace ensuite par les injections aceto-alunées (vinaigre pharmaceutique, 125 gr., alun, 30 gr., eau, 1,000 gr.), soit avec une décoction de ratanhia, de tannin ou une solution de sous-acétate de plomb; quelquefois, mais rarement, une saignée du bras de 125 à 250 gr. Les malades prennent, en outre, encore deux bains par semaine.

Si une femme enceinte était atteinte d'une ulcération de nature syphylitique, nous pensons que la maladie résisterait au traitement local ci-dessus indiqué, et qu'il faudrait soumettre la malade à un traitement antisyphilitique. Nous n'hésiterions pas, dans ce cas, à lui administrer les mercuriaux (pilules de proto-iodure ou de Sédillot), bien entendu avec toutes les précautions convenables.

Avant nos essais pratiques sur le caustique de Vienne solidifié, nous avions employé sans succès, dans les mêmes circonstances, le nitrate acide de mercure, qui n'a, comme la plupart des caustiques liquides, qu'une action très bornée. On sait que ce fluide agit plutôt à la manière de la créosote que comme caustique, en coagulant l'albumine qui forme follicule blanche sur les surfaces ulcérées.

Nous allons voir, dans les observations qui suivent, que les ulcérations du col chez les femmes enceintes ont parfaitement guéri par l'usage du caustique de Vienne solidifié; tandis que toutes celles qui ont été précédemment traitées par d'autres moyens, ou bien avaient avorté, ou bien leur état restait stationnaire et ces femmes n'avaient guéri qu'après l'accouchement.

1° OBSERVATION D'ULCÉRATION DU COL DE L'UTÉRUS CHEZ UNE FEMME ENCEINTE; CAUTÉRISATION AVEC LE NITRATE ACIDE DE MERCURE, LE NITRATE D'ARGENT; AVORTEMENT.

OBS. X. Amiard, Laurence, âgée de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, nerveux, entre à Saint-Lazare, le 10 octobre 1842, pour une ulcération du col d'un rouge brun, de 2 centimètres de diamètre, qui n'est pas encore précisément fongueuse, avec un engorgement médiocre du col de l'utérus. Cette jeune fille n'a pas vu ses règles depuis trois mois et demi, elle a eu un enfant il y a dix-huit mois. Depuis son entrée jusqu'au 20 novembre, nous cautérisons le col une ou deux fois la semaine, soit avec le nitrate acide de mercure, soit avec le nitrate d'argent; la malade fait des injections avec la décoction de ratanhia. Dans cet intervalle, l'ulcération devient plus fongueuse et prend la teinte violacée caractéristique, en même temps il apparaît un écoulement blanc jaunâtre. Vers le 25 du même mois, elle est prise de douleurs vives dans les lombes, dans le ventre qui s'accompagnent de symptômes fébriles et bientôt elle accouche d'un fœtus de quatre mois environ. Huit jours après sa fausse couche, nous constatons au spéculum une diminution notable du diamètre de l'ulcère, le col est moins engorgé, les bords des lèvres sont seules ulcérées. Amiard sort guérie le 14 décembre après un séjour de cinquante-six jours.

L'observation suivante que l'un de nous a recueillie, tout récemment, en ville, n'est pas moins intéressante.

2° ULCÉRATION DU COL DES FEMMES ENCEINTES. CAUTÉRISATION AVEC LE NITRATE D'ARGENT; AVORTEMENT.

OBS. XI. Madame B.... femme de confiance, âgée de 33 ans, d'une constitution lymphatique, mère de deux enfans, n'a pas ses règles depuis trois mois, et rien ne taporte à croire qu'elle est enceinte. Cette dame n'a jamais fait de fausses couches; mais elle se plaint, depuis deux mois, d'un écoulement abondant qui l'in-

quiète beaucoup. C'est alors qu'elle nous fait appeler et nous constatons d'abord que la chemise est tachée par un écoulement blanc jaunâtre et que, sur le col de l'utérus, il existe une ulcération de 1 centimètre et demi de diamètre, végétante et fongueuse, de couleur violacée, saignant avec la plus grande facilité : le bord des lèvres est très mou. Nous annonçons à cette dame qu'elle est enceinte : du reste elle n'éprouve aucune douleur. Nous cautérisons une fois par semaine avec le nitrate d'argent et nous conseillons des injections froides de feuilles de noyer très concentrées. Deux ou trois fois la semaine paraît un écoulement sanguin qui ne fatigue nullement la malade; lorsque le 15 août au moment où nous devions cautériser l'ulcération avec le caustique Filhos, elle est prise de douleurs semblables à celles de l'accouchement, et après avoir perdu, pendant trois jours, une assez grande quantité de sang, elle accouche d'un fœtus de près de quatre mois.

3° OBSERVATION D'ULCÉRATION DU COL PENDANT LA GROSSESSE; CAUTÉRISATION AVEC LE CAUSTIQUE FILHOS; GUÉRISON.

OBS. XII. — Lejeune (Louise), âgée de 29 ans, domestique, enceinte de deux mois, est entrée à Saint-Lazare, le 28 février 1843. Cette femme, d'un tempérament lymphatico-nerveux, a eu un enfant il y a un an; elle a fait une fausse couche il y a cinq mois, sans cause connue; elle était enceinte de deux mois et demi. Il existe sur le col de l'utérus une ulcération d'un aspect fongueux et végétante, de 2 centim. de diamètre; elle est violacée et s'accompagne d'un engorgement considérable du col. L'écoulement est blanc-jaunâtre, assez abondant. Elle éprouve presque constamment des douleurs dans le bas ventre.

Le 1er mars, nous cautérisâmes une fois par semaine avec le caustique de Vienne solidifié, et nous pansons tous les jours l'ulcère avec des lampons enduits de pommade mercurielle double; elle fait trois fois par jour des injections de feuilles de noyer.

Le 27 mars, l'ulcération est moins violacée; les fongosités s'aplatissent.

Le 1er avril, nous cautérisons simplement avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 6 avril, il n'y a plus de bourgeons végétaux; nous cautérisons de temps en temps avec le nitrate d'argent, et nous continuons les pansemens fixes et réguliers jusqu'au 15 mai, jour de sa sortie. Le col est rouge dans l'endroit où il était ulcéré. Les douleurs ont complètement disparu.

4° OBSERVATION D'ULCÉRATION DU COL PENDANT LA GROSSESSE GUÉRIE PAR L'USAGE DU CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ.

OBS. XIII. — Une jeune femme anglaise de 21 ans, à Paris depuis quelques mois seulement, d'une bonne et belle constitution, entra à Saint-Lazare le 2 décembre 1842, enceinte de quatre mois; c'est sa première grossesse; elle n'a jamais eu de maladies syphilitiques. Nous constatâmes au toucher que le col de l'utérus est large, ulcéré, sanguinolent, et qu'il existe en même temps un engorgement du col assez considérable; le toucher est douloureux; elle souffre habituellement dans le bas-ventre. L'examen au spéculum permet de voir une ulcération du col de nature fongueuse et végétante, de 3 centim., ayant un aspect violacé. Il s'écoule par les parties génitales un liquide blanc-jaunâtre très abondant. (Injection de feuilles de noyer, cautérisation deux fois par semaine avec le proto-nitrate acide de mercure, bain simple.)

L'ulcération reste stationnaire jusqu'au 6 mars, époque à laquelle nous soumettons la malade au traitement suivant : cautérisation une fois par semaine avec le caustique de Vienne solidifié et injections acéto-alunés trois fois par jour.

Après quelques jours de cette médication, l'ulcération se modifie, change d'aspect, prend une couleur rougeâtre, bientôt elle diminue d'étendue et ne répand plus de sang. Les douleurs du bas-ventre sont à peu près nulles. La malade est sur le point de sortir guérie à la fin d'avril, lorsque, le 1er mai, elle accouche d'un enfant à terme parfaitement bien portant.

L'accouchement fut long, mais heureux. L'ulcération, après les couches, reparaît; les lèvres du col sont ulcérées, légèrement fongueuses sur les bords; mais après quelques injections qui furent d'abord émollientes, puis astringentes, elle sortit guérie le 3 juillet 1843.

Nous ne multiplierons pas davantage nos observations d'ulcérations du col compliquant la grossesse. Qu'il nous suffise de dire que tous les cas que nous avons eu à traiter dans les premiers mois de la conception ont été constamment guéris à l'aide du caustique de Vienne solidifié.

M. le docteur Duparcque, dans un rapport bienveillant qu'il a lu à la Société de médecine, sur la thèse de l'un de nous, a fait plusieurs objections auxquelles nous croyons devoir répondre. (Voir la REVUE MÉDICALE, septembre 1844, p. 34.)

Nous ferons d'abord une remarque générale : c'est que presque toutes les femmes enceintes que nous avons observées à St-Lazare n'étaient point des filles publiques; presque toutes étaient des femmes de la campagne, qui n'avaient aucuns symptômes de maladies syphilitiques et qui même n'en avaient jamais eu, comme paraît le croire M. Duparcque, porté qu'il est à cette idée, d'après notre position spéciale à St-Lazare.

Quelle est la fréquence, à St-Lazare, des ulcérations du col chez les femmes enceintes? Quelle est leur proportion, eu égard aux femmes enceintes qui y ont été admises?

Cette assertion aurait dû être basée sur des chiffres. C'est ce qui n'a pas été fait dans notre thèse. Nous observerons toutefois que les femmes enceintes sont peu nombreuses, relativement aux autres femmes qui y sont reçues. Nous ferons encore remarquer que la proportion des ulcérations du col, par rapport au nombre des femmes, est environ comme *huit est à un*.

Quant à l'écoulement *blanc jaunâtre*, M. Duparcque pense qu'il ne présente rien qui soit particulier aux ulcérations compliquant la grossesse. Nous pensons, au contraire, qu'*à ce seul symptôme*, qu'on ne retrouve pas dans d'autres affections simples du col, on peut diagnostiquer l'état de grossesse, lors même que cet écoulement ne s'accompagnerait pas de douleurs de bas-ventre; car cet écoulement *blanc*, plutôt *jaunâtre* que *verdâtre*, tient à ce que les mucosités, sécrétées en si grande abondance pendant la gestation, et dont la couleur est blanc de lait, se mêlant au muco-pus sécrété par l'ulcération du col, qui a une couleur verdâtre, rend cette dernière couleur plus claire et lui donne ce ton jaune que nous avons noté.

On doit, nous le pensons, se méfier de ces écoulemens qui accompagnent la grossesse, et, malgré les idées généralement contraires à cette proposition, peut-être serait-il bien d'examiner avec précaution les femmes qui présentent cet état; ce serait le seul moyen d'éviter quelques avortemens.

Si nous n'avons pas parlé de la syphilis comme cause, c'est que nous n'avons jamais eu occasion d'observer son influence. La présence de pustules, de végétations, l'onguent mercuriel en pansement, ne sont pas des motifs suffisans pour soupçonner chez ces malades l'existence d'un virus syphilitique, parce que l'on se sert d'un pansement mercuriel. Les pustules plates des grandes lèvres ne sont-elles pas un symptôme primitif? Quant aux végétations, elles sont plutôt produites par la malpropreté que par le vice vénérien.

M. Duparcque nous reproche, avec raison, de n'avoir pas remarqué si le nombre des femmes ayant des ulcérations et qui avortent à St-Lazare est plus considérable que celui des femmes qui ne présentent pas cette complication. Nous répondrons que les femmes qui avortent et qui n'ont pas d'ulcération sont l'exception, les autres la règle, et que c'est à l'ulcération et aux causes déterminantes que nous avons énumérées plus haut qu'est dû cet accident. En ville, où certaines causes (le coït répété, par exemple) ne se rencontrent pas, nous avons pu faire la même remarque.

Relativement aux indications thérapeutiques, M. Duparcque pense que notre préférence pour le caustique de Vienne n'est pas assez motivée par les faits, et que le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure suffisaient non seulement pour cicatriser l'ulcère, mais ne produisaient aucun accident fâcheux. Nous répéterons ici ce que l'un de nous a déjà dit à la Société de médecine, à l'occasion du rapport de M. Duparcque. L'ulcère fongueux des femmes enceintes est trop étendu et surtout trop profond pour que des cautérisations légères soient capables de le cicatriser. En y revenant fréquemment, on détermine sur l'organe une irritation qui, en appelant peu à peu l'afflux du sang, le congestionne et peut être regardé comme la cause des avortemens dont nous étions témoins très souvent avant d'employer un caustique énergique. Il s'agit ici de réprimer le plus promptement possible une affection qui ne guérirait pas, abandonnée à elle-même, tant que la malade serait en état de gestation, et qui est sans doute cause de plus d'un avortement. Il n'y a qu'un caustique puissant qui soit capable d'arrêter les progrès de l'ulcération, et, de tous, nous préférons le caustique de Vienne, non pas que nous le croyions spécifique, mais parce que, de tous les caustiques énergiques, c'est le plus commode à employer et dont l'action profonde se limite le mieux.

CANCER ULCÉRÉ DE L'UTÉRUS.

Nous avons vu, dans les chapitres précédens, l'ulcération du col de l'utérus être susceptible de guérison, à quelque degré que la maladie ait été portée. Nous avons vu que l'attention du praticien se portait sur la forme des ulcérations, que leur durée, la nature de l'écoulement, le volume de l'utérus, l'engorgement du col, et quelquefois les douleurs de l'organe, étaient autant de motifs de crainte qui pouvaient laisser longtemps en suspens le diagnostic du médecin. Nous arrivons maintenant à un ordre de maladie où, si le doute existe dans le commencement, la désorganisation du col de l'utérus, le trouble qui se manifeste dans l'économie tout entière, ne tardent pas à enlever le reste d'espoir que le médecin avait pu jusqu'alors conserver.

Quelques praticiens distingués admettent que l'inflammation catarrhale ou parenchymateuse chronique précède très fréquemment l'apparition du cancer en général (Broussais, M. Bouillaud, etc.).

L'inflammation, de même que les contusions et les congestions, peu-

vent bien agir sur l'organe affecté, en appelant sur lui le vice congénital, le molimen morbide; mais elle ne détermine pas assurément le squirrhe. Comme l'inflammation peut exister fort longtemps chez la plupart des femmes, sans qu'aucune affection cancéreuse se développe, nous pensons, avec MM. Bayle, Cayol et Téallier, qu'il faut admettre l'existence d'une prédisposition, d'une diathèse qui s'éveille à la cause la plus légère.

L'âge critique n'est pas toujours une cause de cancer de l'utérus. Nous l'avons plusieurs fois observé sur des femmes de 27 à 30 ans à peine. Mais il est certain que l'engorgement squirrheux de la matrice, qu'on attribue généralement à la cessation des règles, a pris naissance avant cette époque, et que le retour d'âge a l'inconvénient d'en rendre la marche plus rapide.

L'ulcération cancéreuse ne se présente pas toujours avec le même aspect; tantôt c'est un ulcère large, profond; tout le fond est tapissé d'excroissances, de végétations, de points indurés et encore à l'état squirrheux; d'autres fois tout le tissu est ramolli, imprégné d'une matière d'une fétidité extrême; cet état grave paraît succéder à des ulcérations qui semblent simples, et le plus ordinairement elles suivent les ulcérations hémorrhagiques accompagnées de fongosités et d'engorgemens. Ces ulcérations ne présentent pas d'abord les caractères qu'elles acquerront par la suite. Des femmes ne sont quelquefois averties de l'invasion de cette horrible maladie que par un écoulement qu'elles prennent pour des fleurs blanches; sans y attacher une grande importance, elles consultent leur médecin pour les faire disparaître, et le plus ordinairement le médecin, ne prévoyant pas la gravité de l'affection à laquelle il a affaire, ne fait rien pour arrêter les progrès de l'invasion. Nous avons vu cette première période subsister longtemps avant de laisser apercevoir des symptômes plus alarmans. Des jeunes femmes ne perdent que peu de leur fraîcheur et de leur embonpoint ont présenté pendant plusieurs années ce seul symptôme, voyageant, allant dans le monde, sans que leur santé générale en parût autrement altérée; seulement l'écoulement paraissait prendre de plus en plus d'abondance et de ténacité. Si on l'examine alors il a une couleur jaune verdâtre, quelquefois brunâtre, et son odeur trahit la cause qui le fait naître. Mais, si cette période semble si bénigne en apparence, si elle se prolonge d'une manière qui paraît d'abord indéfinie et occasionne une fausse sécurité à la malade, les premiers ravages qui se manifestent sont d'autant plus effrayans. C'est comme si le mal endormi se réveillait; alors les crises se précipitent, les douleurs se font sentir, puis elles deviennent durables et persistantes, et lorsque les hémorrhagies se succèdent sans relâche, lorsque le vagin ne laisse continuellement écouler qu'un ichor fétide, que les accidens nerveux se manifestent dans toute leur intensité, la malheureuse victime se trouve alors en proie à la plus cruelle des tortures.

Cette fin n'est pourtant pas toujours aussi horrible. Nous avons vu plus d'une fois des femmes dont le col de l'utérus était rongé jusqu'au delà de l'insertion vaginale, en proie aux hémorrhagies les plus foudroyantes, ne pas éprouver de douleurs et conserver une apparence de santé. L'une de nous se souvient avoir vu une femme à la consultation de Saint-Lazare qui était remarquable par son embonpoint et la fraîcheur de son teint; elle se plaignait d'éprouver de temps en temps des hémorrhagies utérines, mais elle était exempte de tout autre accident, de toute douleur, et elle consultait plutôt pour se débarrasser d'un phénomène incommode que pour se guérir d'une véritable maladie. Le toucher montra le col gonflé, les lèvres béantes, échancrées, une partie de la lèvre postérieure était détruite; la plus légère pression en faisait suinter un sang sanieux d'une fétidité caractéristique, tout fut alors éclairci, mais la femme se trouvait alors assez peu malade pour ne pas vouloir entrer dans les salles. Cependant quelque temps après les hémorrhagies se présentaat plus abondantes et plus rapprochées, cette femme se détermine à se laisser soigner. Pendant les six premiers mois qu'elle passa dans nos salles, rien ne put arrêter les hémorrhagies qui étaient souvent effrayantes. Mais rien autre chose n'aurait pu dénoter chez cette malade l'affreuse affection à laquelle elle était livrée. Ennuyée du régime et du séjour de Saint-Lazare, elle demanda sa sortie qui lui fut accordée. Huit mois plus tard, cette femme qui était entrée dans le service de M. Jobert, à Saint-Louis, revint de nouveau à Saint-Lazare. Son teint n'était nullement changé, les hémorrhagies ne s'étaient pas beaucoup accrues, et ce n'est que dix mois après que cette malade succomba épuisée par les progrès du cancer, mais n'éprouvant jusqu'au dernier moment que de très légères douleurs et n'arrivant pas à une maigreur fort prononcée.

Mais dans l'ordre habituel des choses, lorsque la maladie marche, en suivant ses phases communes, il n'en est plus ainsi. Les malades sont averties longtemps d'avance par des élancemens qui se succèdent à de plus ou moins longs intervalles. Ces élancemens partent du siége de l'organe, semblent le traverser avec une grande rapidité et s'éteignent dans l'aine, dans le rectum, quelquefois paraissent traverser les intestins et s'arrêtent au cœur. Les malades les comparent à une flèche qui traverserait les tissus (Éclairs de douleurs de M. Cruveilhier). Les hémorrhagies sont plus ou moins fréquentes. Lorsque les femmes se rapprochent de leur retour d'âge, on les attribue à cette révolution, mais c'est souvent après cette époque et nous l'avons vue bien souvent la précéder.

Un écoulement, soit roussâtre, soit brun, noir ou grisâtre, d'une fétidité extrême, dont l'impression reste longtemps permanente et s'efface lentement du doigt qui en est imprégné, lorsqu'on a touché une femme ainsi affectée, indique aussitôt au praticien que c'est un cancer à l'état de suppuration. Le toucher laisse sentir des portions de col détruites, anfractueuses; l'orifice du col est béant, boursouflé, présentant souvent des tubercules; le plus léger contact détermine quelquefois la chute de végétations, des espèces de champignons dont le pédicule est étranglé, qui se trouve suivi d'une petite hémorrhagie.

Si, en prenant toutes les précautions possibles, on parvient à introduire le spéculum, on trouve tout ce que le toucher avait fait connaître; mais on voit de plus les changemens de coloration qui se sont manifestés dans l'organe. En effet, on voit souvent une portion du col encore blanche endurcie et squirrheuse, lorsqu'à côté le tissu est ramolli, rouge, couvert de vaisseaux qui rampent à la surface. Les anfractuosités sont recouvertes d'une sanie purulente, variable de couleur, et souvent entre les lèvres de l'orifice on voit un ulcère de forme irrégulière, dont la couleur brune ou noire indique que la mort a frappé ces parties. De temps en temps des escarrhes se détachent de l'organe, entraînant après elles des hémorrhagies graves à la suite desquelles les malades tombent dans une grande faiblesse, sans pouvoir jamais reprendre l'état où elles étaient auparavant. Pendant que ces phénomènes se passent du côté de l'utérus, d'autres viennent affliger les organes voisins; c'est alors qu'il y a des alternatives de constipation et de dévoiement qui tourmentent les malades; les selles sont souvent très abondantes, fétides; lorsqu'il y a constipation elle peut se prolonger plusieurs jours malgré les laxatifs que l'on administre. Le rectum énormément distendu par les matières fécales, pressé contre la matrice, détermine des douleurs et le retour des hémorrhagies. Les crampes et les engourdissemens s'observent aussi quelquefois soit d'une manière continue soit intermittente.

Mais lorsque les malades ne succombent pas aux hémorrhagies abondantes, on voit bientôt arriver la cachexie cancéreuse. C'est alors que l'on observe des hoquets, des vomissemens, des palpitations, de la dyspnée, de l'insomnie ou un sommeil agité et troublé par des rêves affreux; les traits sont grippés, la face bouffie, la peau est demi transparente, blafarde, jaune paille et se couvre souvent d'une sueur froide et visqueuse; la soif, dans les derniers temps, est vive, l'haleine fétide, la langue couverte d'un enduit blanchâtre; les extrémités s'œdématient ainsi que le tissu cellulaire de toute l'économie; le pouls est petit, tantôt, lent tantôt fréquent; la fièvre est intense surtout le soir. La mort ne tarde pas alors à atteindre la malheureuse victime.

D'après ce que nous venons de voir, les médecins consciencieux et prudens renoncent sinon à soulager les malades, du moins à les guérir. De tous temps, on a vu des guérisseurs se vanter de posséder des remèdes pour arrêter la marche du cancer confirmé, et malgré la conviction des praticiens distingués, on verra toujours des personnes qui croiront avoir trouvé un tel remède. Nous avons vu dans notre pratique des femmes qui avaient été entre les mains d'hommes habiles qu'elles avaient changés pour des charlatans, nous avons vu les remèdes les plus toxiques administrés à l'intérieur n'avoir pas plus de résultats que le fer ou le feu du chirurgien. Cependant nous pensons que l'on peut au moins pour l'avenir ne pas perdre l'espoir que le cancer aura son remède. Un jour viendra peut-être où la phthisie pulmonaire et le cancer céderont à une médication que nous ne pouvons prévoir.

Il nous serait facile d'énumérer ici un certain nombre de malades qui se sont placées entre nos mains, après avoir eu le col de l'organe enlevé par l'un, brûlé par l'autre, et qui avaient été renvoyées comme guéries par ces divers praticiens. Ainsi nous pourrions citer plusieurs personnes qui avaient laissé pendant plus d'un an l'espoir de guérison aux chirurgiens qui leur avaient fait l'ablation du col et qui ont pourtant succombé. C'est ainsi que l'une de ces malades avait d'abord subi l'ablation du col, et avait été cautérisée profondément à l'aide du fer rouge dix-huit mois après. Pendant quelque temps, on avait cru la guérir, et cependant la malade a reparu plus grave que jamais et a fait mourir la malade dans des douleurs atroces.

Une autre de ces malades, après avoir subi ces divers traitemens, était entre les mains d'un guérisseur qui portait des caustiques dans l'in-

térieur de la matrice; elle fut prise d'accidens nerveux et d'une démence horrible qui, pendant les quinze derniers jours de sa vie, ne l'ont pas quitté.

En présence de tous les exemples dont nous avons été témoins, nous avons été obligés de nous avouer que jusqu'à ce jour le cancer véritable était au-dessus de tous les moyens de traitement. Nous nous contentons donc d'atténuer autant que possible la douleur des malades, et voici ordinairement la marche que nous suivons.

Lorsqu'il y a des hémorrhagies fréquentes, que la malade n'est pas encore trop affaiblie, nous tâchons de les détourner par de petites saignées dérivatives. Ce moyen nous réussit quelquefois, et malheureusement il peut être utile au début de la maladie, mais un peu plus tard il ne servirait qu'à affaiblir la malade et hâter sa fin. Alors nous faisons mettre fréquemment les mains de la malade dans l'eau chaude; nous conseillons le décubitus dorsal, le repos absolu, l'usage de boissons et d'alimens froids, des injections astringentes (acéto-alunées, ratanhia, tannin). Mais si ces injections sont faites sans précautions, malgré leur caractère astringent, elles détachent quelquefois des portions de l'organe dont la chute amène encore une hémorrhagie. Quant aux boissons, celles que nous préférons sont les tisanes de racine de grande consoude, de ratanhia, édulcorées avec le sirop de coings.

Lorsque les malades sont en proie aux douleurs les plus atroces qui les privent de sommeil, de repos, et qui les jettent quelquefois dans le désespoir, nous calmons ces malheureuses avec les sédatifs les plus actifs; bains de siége avec les feuilles de morelle et têtes de pavot, laudanum en lavement qui est un excellent moyen, mais qui aide encore à la constipation qui tourmente vivement les malades, et à l'intérieur, potions calmantes, opium sous toutes les formes, injections émollientes et calmantes en même temps; il faut aussi avoir soin de tenir le ventre libre à l'aide de lavemens huileux et émolliens. Lorsque l'écoulement est trop fétide, ce que l'on observe presque toujours à la fin de cette maladie, outre les soins de propreté, on ajoute aux injections quelques gouttes de chlorure oxyde de sodium.

L'observation suivante est remarquable à plus d'un titre, aussi allons-nous la donner avec quelques détails.

CANCER ULCÉRÉ DE L'UTÉRUS; DESTRUCTION DU COL CONSTATÉE DEUX MOIS AVANT LA MORT DE LA MALADE.

Obs. XIV. — Pescaire (Marie), fille publique, âgée de 28 ans, est atteinte depuis cinq ans (1836) d'une affection squirrheuse de l'utérus, qui fut constatée par l'un de nous (M. Boys de Loury). Après un séjour de quelques mois à Saint-Lazare, se trouvant soulagée, Pescaire demande sa sortie de l'hôpital; elle y rentre plusieurs fois la même année.

Il y a deux ans, en 1839, elle eu à plusieurs reprises des hémorrhagies très abondantes, et éprouva pendant quelques mois des douleurs telles qu'elle supplia M. Boys de Loury de l'opérer L'amputation du col fut impraticable à cause de l'impossibilité d'abaisser l'utérus qui déjà avait contracté des adhérences avec la vessie et le rectum; les érignes déchirèrent le col qui était d'une mollesse remarquable Depuis cette époque jusqu'en 1841, elle est entrée plusieurs fois à Saint-Lazare, et chaque fois elle a éprouvé des pertes de sang extrêmement abondantes, ainsi que des douleurs lancinantes dans la région hypogastrique.

Le 29 octobre 1841, Pescaire rentra pour la dixième fois dans nos salles et nous présenta l'état suivant: amaigrissement considérable, face altérée, teinte jaune paille générale de la peau: au toucher nous ne sentons plus le col de l'utérus, qui a été détruit par les progrès de l'affection. Le vagin ainsi que la portion de l'utérus qui fait suite à cet organe sont convertis en un détritus cancéreux; les douleurs sont surtout très intenses à l'hypogastre, l'écoulement utéro-vaginal est blanc grisâtre mêlé à des stries sanguinolentes d'une odeur infecte. (2 pilules de ciguëde 0,05 chacune, 3 pilules opium, injection avec la guimauve et laudanum, bouillon, vin de Bordeaux). Dans les premiers jours de novembre, l'émaciation devient de plus en plus grande, les pertes sanguinolentes augmentent, selles involontaires, insomnie complete. Cet état se prolonge jusqu'au 25 décembre, les douleurs du bas-ventre sont intolérables, l'altération de la face est profonde, le pouls est petit, misérable et la malade succombe le 27 décembre après une agonie des plus douloureuses.

Autopsie, 29 heures après la mort.

Aucune trace de raideur cadavérique. La matrice occupe presque à elle seule toute la capacité du détroit inférieur; à droite sur le côté, on voit s'échapper à la pression du pus parfaitement lié; il existe des adhérences intimes entre l'utérus et le rectum, en avant, avec la face postérieure de la vessie. Nous détruisons avec soin ces adhérences et nous trouvons dans le petit bassin une péritonite aiguë caractérisée par du pus et des fausses membranes, en même temps nous constatons une communication de la vessie avec la partie supérieure du vagin. L'utérus, la vessie et le rectum furent enlevés en un seul paquet; nous pûmes remarquer que le vagin était dans ses deux tiers supérieurs converti en un détritus cancéreux, d'un rouge bleuâtre, qu'il n'existait aucune trace du col; et que l'utérus considérablement hypertrophié contenait dans l'épaisseur de ses parois des abcès purulens. La cavité de cet organe n'était point effacée. La vessie, dans sa partie postérieure, était également envahie par la matière cancéreuse, les parois contenaient du pus mêlé à des detritus noirâtres. Au-dessous du péritoine, dans le plancher musculo-membraneux du bassin, il existe une collection purulente, tous les autres organes sont parfaitement sains.

Dans les derniers temps de la vie, c'est-à-dire depuis son entrée, l'urine devait couler par le vagin, mais il nous a été impossible de constater ce fait, attendu l'état fâcheux de la malade.

L'observation que l'on va lire offre encore beaucoup d'intérêt. La forme de l'ulcération, sa nature, ne présentent d'abord rien de grave; puis, presque tout à coup, le mal fait des progrès rapides, et le pronostic devient extrêmement alarmant. Peut-être, dans ce cas, la cautérisation avec le fer rouge, comme l'emploie M. Jobert, nous aurait-elle rendu un grand service.

ULCÉRATION LARGE FONGUEUSE, NON SAIGNANTE; ENGORGEMENT DU COL; DESTRUCTION PARTIELLE DU COL; HÉMORRHAGIES.

Obs. XV. — Ximènes (Marguerite), 29 ans, entre à St-Lazare le 18 juillet 1843. Cette femme, d'une belle constitution, a eu un enfant l'année dernière et porte une large ulcération qui occupe tout le col et qui est fongueuse, surtout sur les bords, de coloration rouge foncé, non saignante, sans exsudation albumineuse et accompagnée d'un engorgement du col, de 4 centimètres et demi de diamètre. La malade n'éprouve aucune douleur, si ce n'est une pesanteur dans l'hypogastre. (Cautérisation avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, puis avec le caustique de Vienne solidifié; injections avec les feuilles de noyer, de ratanhia; bains.)

L'affection reste stationnaire jusqu'au 1er septembre; l'ulcération devient alors saignante au toucher, le col est dur, comme bosselé, insensible. Nous cautérisons deux fois par semaine pendant tout le mois de septembre. soit avec le nitrate acide de mercure, soit avec le caustique de Vienne solidifié; nous continuons les autres moyens; de plus, nous faisons des pansemens réguliers avec la décoction concentrée de ratanhia.

A dater des premiers jours d'octobre, il survient un écoulement blanc abondant qui provient de la surface ulcérée, et l'ulcération commence à se creuser et à s'étendre en profondeur. Nous employons deux fois par semaine le caustique de Vienne solidifié. La femme n'éprouve encore aucune douleur. L'ulcération, malgré tous nos efforts, continue à s'aggraver jusqu'au mois de novembre. Nous nous décidons alors à appliquer deux cautères sur le sacrum. Sous l'influence de ce nouveau traitement, au bout d'un mois, le 5 décembre, nous constatons une diminution dans l'étendue de l'ulcération, ainsi que de l'engorgement. Cette femme, quelques jours plus tard, sort non guérie; le col était alors presque détruit.

Ximènes rentra dans nos salles le 4 mars 1844. L'ulcération avait complètement détruit le col; il n'existait plus que trois petits mamelons durs, insensibles, de couleur rougeâtre. Pendant les deux mois qu'elle y a séjourné, elle a été prise, à différentes reprises, d'hémorrhagies abondantes; sa constitution, qui jusque-là s'était conservée, s'est profondément détériorée; enfin, son facies a présenté la teinte jaune-paille caractéristique.

(La suite prochainement.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 JUIN.

ANTHROPOLOGIE.

M. Bory-Saint-Vincent communique à l'Académie un extrait du chapitre anthropologique qu'il est chargé de rédiger dans la publication de la commission scientifique de l'Algérie; il expose dans cet extrait les faits principaux relatifs aux types humains dont se compose la population africaine. Le premier de ces types est *l'autochthone* c'est-à-dire *formé du limon de la terre même.* Les deux autres ayant pénétré au cœur du pays à diverses époques s'y sont successivement acclimatés au point qu'on les pouvait supposer avoir été également créés sur place, si dans leur progéniture ne se perpétuaient constamment indélébiles des mœurs et des caractères physiques où se reconnaît l'origine exotique.

M. Bory présente comme types de ce qu'il propose d'appeler *atlantiques*, *adamiques* et *éthiopiens*, trois individus dont il met les crânes et les dessins sous les yeux de l'Académie.

Le premier est un Kabyle pur sang, natif du Sahel. Dans cette tête l'angle facial est presque droit, les os du crâne sont d'une épaisseur pareille à celle de nos races et les proportions de la boîte osseuse sont les mêmes.

Les arcades sourcilières se prononcent assez pour qu'il résulte de leur saillie une dépression prononcée vers la base du front à l'origine du nez dont les os propres un peu courts et droits se dirigent en avant sans néanmoins que leur extrémité détermine dans la longueur une bosse très sensible.

Le plus minutieux examen ne révele entre les Kabyles et les Maures aucune différence qui puisse le moins du monde autoriser à les considérer comme appartenant à deux variétés; seulement les uns habitent les villes, tandis que les

autres peuplent les contrées montagneuses. Des différences d'habitation et de genre de vie résulte à la vérité, entre les Maures et les Kabyles, quelque diversité d'aspect; mais jamais, parmi les plus dissemblables, rien qui pénètre même au dessous d'une première peau, laquelle demeure tout au plus, chez les uns comme chez les autres, sujette aux effets du hâle. Ceux qu'on appelle Berbères en plusieurs cantons de notre Afrique et qui furent les barbares pour les anciens, comme leurs Mauritaniens sont nos Maures actuels, proviennent également de la souche primitive atlante.

Le deuxième sujet est un de ces Arabes vulgairement appelés Bédouins. Ce type est celui que M. Bory Saint-Vincent appelle *adamique*.

Les os du crâne sont ici sensiblement plus minces qu'ils ne le sont chez l'atlante et surtout chez l'éthiopien. On remarque dans cette tête que le profil s'allongeant, l'angle facial devient plus aigu, d'où résulte que le visage se rétrécit et nulles saillies ou crêtes, même rudimentaires, ne couronnent les arcades sourcilières qui demeurent à tout âge nettes et parfaitement lisses, ce qui fait qu'il n'existe pas de dépression aussi notable entre la base du front et l'origine du nez où les os propres, plus longs qu'ils ne le sont chez tous les hommes, déterminent la courbure aquiline, avec une bosse plus ou moins prononcée dans la longueur.

Le troisième est un type éthiopien; chez celui-ci, la proéminence de la mâchoire supérieure est tellement considérable que la ressemblance avec les squelettes de grands singes en devient frappante. A la base du frontal assez élevé, mais latéralement fort rétréci, se prononcent au dessus des orbites des crêtes sorcillières presque aussi considérables que sont celles d'un orang de moyen âge D'autres saillies osseuses non moins marquées couronnent les régions temporales aux attaches des crotaphistes; une dépression très prononcée existe à l'origine du nez dont les os propres sont aussi les plus courts et tellement disposés en avant que leur situation en devient à peu près horizontale.

Les nègres en pénétrant dans la région barbaresque ont dû, pour leur part, en modifier la population. Dès que l'atlante et l'éthiopien purent communiquer par terre, les trois types en question, se mêlant en contact, commencèrent à produire des métis dont les races pélages de la Grèce et de Rome vinrent à leur tour grossir le nombre. Plus tard encore des hordes vandales et gothes descendues du nord vinrent augmenter la confusion de l'hybridité.

L'invasion des Turcs dans ces derniers temps n'influa guère sur le mélange des espèces et des races humaines que dans l'enceinte des villes, particulièrement sur le littoral.

Du croisement des trois types les plus distincts et les mieux caractérisés qui soient au monde, provinrent donc primitivement, quand ils se furent mis en contact à la surface du fragment de l'Atlantide où s'étendent aujourd'hui la régence de Tunis, l'Algérie et l'empire du Maroc, diverses races plus ou moins tranchées; quelques-unes de ces races se sont probablement, par leurs mélanges, confondues et comme effacées les unes dans les autres, mais il en est plusieurs qui se sont conservées plus ou moins pures jusqu'à nos jours.

Loin d'avoir contribué à l'accroissement de la population dans ces régions où tant de mélanges de peuples eurent lieu de temps immémorial, le résultat définitif de la multitude des croisemens a été la diminution évidente du nombre des indigènes. M. Bory évalue qu'il n'y a peut-être pas 40 à 50 ames par lieue carré de Tunis à Mogador.

EFFETS DE L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE SUR L'ÉCONOMIE.

M. BOUCHARDAT communique une note sur les effets physiologiques de la vapeur d'essence de térébenthine. En distillant à plusieurs reprises l'essence de térébenthine sur de la brique, M. Bouchardat a respiré à différentes époques assez de vapeurs de cette essence pour en éprouver des effets physiologiques qu'il a soigneusement observés. Chaque fois il restait habituellement cinq ou six heures dans le laboratoire dont l'atmosphère était chargée de vapeurs d'essence; pendant tout ce temps il ne ressentait qu'un peu de céphalalgie qui était assez faible pour échapper à un observateur inattentif. Le pouls était régulier, l'appétit ordinaire. Des effets bien nets ne commençaient à se manifester que pendant la nuit à l'heure habituelle du repos. Voici en quoi ils consistaient: insomnie, agitation continuelle, chaleur à la peau, pouls s'élevant de 65 à 86 pulsations, quelques difficultés dans l'émission de l'urine qui possédait à un haut degré cette odeur caractéristique spéciale si connue. Le lendemain une courbature excessive accompagnée de pesanteur et de douleur dans la région des reins succédait à cette agitation. Cet état de lassitude, de défaillance, d'incapacité de travail persistait pendant deux ou trois jours. A trois reprises M. Bouchardat a repris son travail sur l'essence pyrogénée, et chaque fois les mêmes causes ont produit les mêmes effets.

Les personnes qui habitent un appartement fraîchement peint avec une préparation où intervient l'essence ressentent quelques-uns de ces effets; si les ouvriers peintres en sont exempts on doit l'attribuer à l'habitude qui a émoussé leur susceptibilité.

CANDIDATURE.

L'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures pour entendre le rapport de la section de médecine et de chirurgie sur les candidats à la place vacante dans son sein.

La section a arrêté, dit-on, la liste de candidature dans l'ordre suivant :

1° M. Lallemand.
2° M. Gerdy.
3° M. Jobert (de Lamballe).
4° MM. Blandin et Bérard, *ex æquo.*
5° MM. Amussat et Bourgery, *ex æquo*

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PELLAGRE.

M. HAMEAU, médecin à la Teste (Gironde), adresse une lettre dans laquelle il réclame pour lui la priorité de la découverte de la pellagre en France. Depuis la description qu'il en a donnée le premier, dit-il, on n'y a rien changé, et ce n'est pas sans surprise qu'il a vu son nom complètement oublié dans les nombreuses communications qui ont été faites à l'Académie sur ce sujet.

DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU TEMPS DE CORVISART.

M. HUSSON demande, à l'occasion du procès-verbal, à présenter une explication relativement à ce qui a été dit dans la dernière séance, de l'état de l'anatomie pathologique au commencement de ce siècle. M. Rochoux a dit que Corvisart ne faisait point d'ouvertures de cadavres. Cela n'est pas exact. J'ai suivi, dit M. Husson, la clinique de Corvisart pendant trois ans, de 1795 à 1798; à cette époque il se bornait, il est vrai, à ouvrir la poitrine et à examiner les poumons et le cœur; je ne lui ai jamais vu ouvrir les intestins; mais plus tard, lorsque les travaux de Prost et de Broussais eurent fixé l'attention sur les maladies du tube digestif, Corvisart suivit l'impulsion et se mit à examiner avec grand soin les intestins sur tous les cadavres. Il n'y a donc pas, comme on aurait pu le croire, contradiction entre l'assertion de M. Rochoux et celle de M. Mérat; car il faut distinguer à cet égard deux époques dans la carrière de Corvisart.

M. MÉRAT : J'ai suivi Corvisart depuis 1801 jusqu'en 1812 ou 13, et pendant cet espace de 11 à 12 ans, je puis affirmer qu'on ouvrait les intestins et qu'on les examinait avec le plus grand soin.

RAPPORT SUR LES CORRESPONDANS NATIONAUX.

M. HONORÉ fait, au nom de la commission des correspondans nationaux, un rapport sur le mode de présentation des listes de candidats au titre de correspondant. On se rappelle qu'il y a deux ans, à l'occasion d'un rapport préliminaire de la même commission sur cette question, plusieurs membres ayant signalé les vices du système suivi jusqu'alors dans ces présentations, la question fut renvoyée à la commission pour qu'elle eût à l'examiner de nouveau et à proposer à l'Académie un nouveau mode de présentation. Tel est l'objet du rapport que vient lire aujourd'hui M. Honoré.

M. le rapporteur fait au nom de la commission les propositions suivantes :

1° Il y aura une élection de membres correspondans nationaux au moins une fois l'an.

2° Chaque élection ne devra porter que sur vingt membres au plus. L'élection aura lieu dans la deuxième semaine du mois de janvier de chaque année.

La commission chargée d'examiner les titres des candidats sera nommée un mois à l'avance.

3° Le rapporteur fera connaître les pertes que l'Académie aura faites parmi ses membres correspondans dans le cours de l'année et leur répartition dans les différens départemens. Il devra contenir, en outre, l'indication raisonnée des titres des candidats aux places vacantes.

4° La liste de présentation devra porter un nombre de candidats égal au nombre des nominations préalablement arrêté par l'Académie; ce nombre sera de vingt au plus.

5° Enfin les nominations seront partagées autant que cela pourra se faire dans les sections de médecine, de chirurgie, de pharmacie et de médecine vétérinaire, dans les mêmes proportions que celles des membres titulaires.

M. VILLENEUVE : Il est dit dans le rapport que la précédente commission n'a pas eu égard dans la répartition qu'elle a faite, aux besoins des différentes localités. Je repousse cette allégation au nom de cette commission. M. le rapporteur paraît n'avoir pas tenu compte des motifs qui rendent souvent impossible une semblable répartition.

M. HONORÉ justifie la commission du reproche qui lui est adressé. Il lit un passage du rapport qui exprime justement les difficultés auxquelles M. Villeneuve vient de faire allusion.

M. COLLINEAU : Le délai d'un mois, assigné à la commission pour préparer sa liste de présentation, ne me paraît pas suffisant.

M. BARTHÉLEMY est de l'avis de M. Collineau; il pense qu'un délai de trois mois ne serait pas trop pour que la commission pût s'assurer des pertes qu'elle a à réparer et des localités qui réclament des correspondans.

M. HONORÉ consent à introduire cette modification.

M. LONDE : Une seule séance ne suffira pas non plus à l'Académie pour discuter les titres de vingt candidats. Il faudra nécessairement subdiviser les listes.

M. DUBOIS (d'Amiens) : La commission persiste-t-elle à maintenir une liste égale au nombre de candidats à élire? il me semblerait plus convenable de dresser des listes doubles ou triples du nombre de places vacantes, comme cela se fait pour les membres titulaires.

M. HONORÉ : La proposition de M. Dubois aurait l'inconvénient de soulever les objections que l'on a déjà faites aux longues listes. Il n'y a, d'ailleurs, aucune analogie à établir entre le système d'élection des correspondans et l'élec-

tion des membres titulaires. Il est tels départemens où il serait difficile de trouver plusieurs candidats.

M. COLLINEAU propose de supprimer du second paragraphe de la quatrième proposition les mots *au moins*.

M. NACQUART : L'Académie a-t-elle le droit d'introduire ainsi des modifications à son réglement sans l'intervention de l'autorité? (Exclamations et rires sur plusieurs bancs.) C'est un doute que je lui soumets.

M. GUÉNEAU DE MUSSY : L'Académie n'excède en rien ses droits. Le réglement porte que le nombre des correspondans est illimité et qu'elle peut faire des nominations en proportion de ses besoins. Elle est donc parfaitement libre de statuer sur le mode d'élection qui lui paraîtra préférable.

M. GERDY signale les inconvéniens qu'il y aurait à voter sur des listes trop nombreuses. On était déjà convenu dans le temps de ne faire que de petites listes, et on semble aujourd'hui vouloir retomber dans les mêmes erremens.

M. LE PRÉSIDENT : M. Gerdy fait-il une proposition?

M. GERDY : Oui, qu'on maintienne les mots *au moins une fois l'an*.

M. CORNAC parle dans le même sens.

M. MOREAU : Je demanderai au contraire qu'on substitue aux mots *au moins* les mots *au plus*.

M. COLLINEAU : L'expression *au moins* n'engageant à rien, je retire mon amendement.

M. ADELON propose de substituer à l'obligation absolue où se trouverait l'Académie de nommer des correspondans tous les ans, cette disposition : tous les ans le conseil d'administration proposera à l'Académie, s'il y a lieu, de nouvelles nominations.

M. CLOQUET appuie la proposition de la commission qui n'oblige à rien. Il est bien entendu qu'on ne fera des nominations qu'en proportion des besoins.

Plusieurs membres demandent la parole.

On demande de toutes parts la clôture de la discussion. La clôture est mise aux voix et adoptée.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix l'amendement de M. Adelon, ainsi conçu : Tous les ans dans la première séance de mai, le conseil d'administration soumettra à l'Académie la question de savoir s'il y a lieu de faire de nouvelles nominations.—Cet amendement est adopté.

Le deuxième paragraphe de la deuxième conclusion ainsi conçu : La commission sera nommée trois mois à l'avance, est adopté.

La troisième proposition est adoptée sans discussion.

Quatrième proposition : La liste de présentation devra porter un nombre de candidats égal au nombre de nominations préalablement arrêté par l'Académie.

M. MOREAU : Je propose qu'on dise : La liste portera un nombre *excédant*, etc.

M. DUBOIS (d'Amiens) se range à ce sous-amendement.

M. HONORÉ : Si l'Académie adopte cet amendement, elle retombera justement dans l'inconvénient qu'elle a voulu éviter.

MM. BARTHÉLEMY, GERDY et BOULLAY parlent contre. M. Gerdy propose que la liste porte un nombre double des places à donner.

L'amendement de M. Gerdy est mis aux voix et rejeté.

M. HUSSON propose que la liste soit dressée par ordre alphabétique. (Rejeté.)

Deuxième paragraphe de la quatrième proposition : Chaque élection sera de vingt membres au plus.

M. DUBOIS (d'Amiens) demande la suppression pure et simple de ce paragraphe.

M. GERDY propose le nombre 5. — M. BOUVIER le nombre 10.

La proposition de M. Dubois est mise aux voix et adoptée.

La cinquième proposition est adoptée sans discussion.

LITHOTRITIE.

M. SÉGALAS présente les débris d'un calcul qu'il a broyé chez un homme âgé de 70 ans, et qui avait à la fois un catarrhe chronique de la vessie, un rétrécissement de l'urètre et un engorgement de la prostate. Le calcul en outre était divisé en deux parties, l'une libre dans la vessie, l'autre enchâtonnée dans une lacune dilatée de cet organe, ce qui a nécessité des manœuvres difficiles et prolongées. M. Ségalas n'est parvenu à broyer et extraire cette seconde portion de calcul qu'en se servant d'un brise-pierre dont il avait cassé l'une des branches à son extrémité, afin de s'en servir pour user la pierre. Grâce à ce moyen et malgré cette réunion de conditions fâcheuses, le malade a ment guéri.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT MÉDICAL DES TUMEURS CANCÉREUSES DU SEIN; OUVRAGE PRATIQUE BASÉ SUR TROIS CENTS OBSERVATIONS, AVEC DES PLANCHES ET UNE STATISTIQUE SUR LA FRÉQUENCE DE CES MALADIES. Un vol. in-8° de XIV-288 pages. — Paris, 1844, chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le livre de M. Tanchou nous a jetés dans un embarras que nous ne chercherons point à dissimuler à nos lecteurs, parce que nous avons à leur demander la permission de leur en expliquer les causes. Avec une forme exclusivement scientifique, paraissant sous le patronage d'un nom honorablement connu en médecine, conçu dans une pensée éminemment philantropique, il ne semblait pas qu'une critique sérieuse pût avoir prise sur lui; et cependant, telle est l'originalité, disons même l'étrangeté de certaines de ses conclusions, que, sans suspecter en rien la bonne foi de l'auteur, on est tenté de se demander, non pas si ses convictions sont sincères, mais si elles reposent sur un examen bien réfléchi du sujet. « Le cancer n'est pas absolument inguérissable! Il y a toujours avantage à pratiquer l'opération tardivement plutôt qu'au début comme on le fait chaque jour! » De telles propositions ont-elles pour elles des faits ou seulement le fragile appui du raisonnement? La confiance portée à ce point doit-elle s'appeler illusion? Est-elle au contraire le fruit légitime de succès réels et nombreux?.... A ces questions, il sera d'autant plus difficile de répondre qu'on pourrait trouver dans l'ouvrage de M. Tanchou, et jusque dans le même chapitre, de quoi justifier au choix l'une ou l'autre de ces deux solutions contraires. Tantôt il préconise le traitement médical du cancer, « parce que définitivement on sait à quoi s'en tenir sur les avantages illusoires de l'opération! » A quelques pages de là, il déclare qu'il n'a pas en tous les agens thérapeutiques une égale confiance, mais qu'il a seulement voulu, en citant des cas de guérison parmi lesquels s'en trouvent, de son aveu, de fort contestables, ramener l'opinion sur ce sujet, qui est bien loin d'être jugé. Ce singulier mélange de modération et d'assurance, d'engouement pour les moyens médicinaux et de réserve dans l'appréciation clinique de leurs effets est bien fait pour piquer la curiosité du lecteur. Pour un qu'il rebutera, plus de cent voudront s'initier jusqu'au bout aux idées de l'auteur, ne fût-ce qu'afin de savoir quelles sont en définitive sa véritable opinion et ses moyens de démonstration sur une question aussi importante que celle de la curabilité du cancer. Quant à nous, c'est ce dernier parti que nous avons pris, et voici ce que nous avons trouvé.

Une méthode excellente a présidé à la rédaction de cet ouvrage. En écrivant sur le traitement médical du cancer, M. Tanchou a parfaitement compris qu'avant d'en formuler les règles, il avait à démontrer son efficacité, laquelle, pour beaucoup de personnes, est encore plus que douteuse. Aussi a-t-il sagement fait passer les préceptes après les preuves. La première ligne du livre est le narré d'un cas de guérison de cancer par les moyens médicaux, et 301 observations suivent celle-ci. Pour tout homme de sens et de jugement, c'est là la partie vraiment précieuse de cette œuvre. Tous ces faits cependant n'ont point, même aux yeux de l'auteur, la même valeur. Ainsi, il les classe sous ce rapport en trois catégories, savoir : « 1° 89 cas de guérisons avérées; 2° 192 cas que les auteurs donnent comme telles, ce qui prouve du moins que la situation des malades a été considérablement améliorée; 3° 21 cas dans lesquels les malades ont vu leurs souffrances se dissiper et leur existence se prolonger pendant longtemps. »

Fort de ces prémisses, M. Tanchou conclut avec assurance qu'en présence de pareils résultats, dont il lui eût été facile de grossir encore le chiffre, il n'est pas permis d'abandonner les cancéreux à leur triste sort sans essayer aucun remède. Il ne conçoit pas non plus comment les chirurgiens se montrent si enclins à opérer. « Du reste, ajoute-t-il, ce n'est pas contre l'opération que nous nous élevons; ordinairement elle n'est pas plus grave qu'une autre et les malades en guérissent presque constamment, mais contre l'indifférence des chirurgiens pour tous les autres moyens et la promptitude avec laquelle ils se décident à la pratiquer, tandis qu'elle ne devrait être que la dernière ressource de l'art, le moyen extrême. »

Après avoir ainsi prouvé que le cancer est parfois curable sans opération, M. Tanchou expose la nature et le mode d'application des divers moyens qui ont le mieux réussi contre cette maladie. Parlant au nom de plus de 300 faits, on comprend quel doit être le poids de sa parole, soit pour apprécier la valeur réelle de chaque méthode, soit pour exprimer comparativement son influence mise en parallèle avec celle des autres agens analogues. Quant à ce dernier point de vue, un mot lui suffit pour déterminer rigoureusement l'efficacité relative de chaque remède; il n'a qu'à dire pour quel nombre il figure dans la liste des 302 guérisons citées. Ainsi, les antiphlogistiques peuvent à eux seuls revendiquer 112 succès, la compression 55, la ciguë 46. Ce sont là les trois médications vraiment héroïques. Vient ensuite, classée dans le même ordre, une série d'agens que nous devons citer tout entière, parce que le praticien aura souvent occasion et besoin d'y puiser dans ces cas désespérés où la matière médicale semble toujours insuffisante et stérile. Nous comptons ici l'invasion, soit spontanée, soit préméditée de la part du médecin, du cancer par la gangrène, le muriate de baryte, l'usage de la carotte, le

sedum acre, les narcotiques tels que la belladone, la jusquiame et la morelle, l'ammoniaque, les préparations ferrugineuses, le remède de Pissier, le sirop de Vital, les préparations d'iode, la digitale, la métastase obtenue au moyen de révulsifs ou par une maladie éloignée que la nature établit elle-même, l'arsenic, le mercure, le cuivre, l'or, le quinquina, l'application du suc gastrique sur les ulcères carcinomateux, et enfin jusqu'à l'usage interne de la chair de lézards. Les médecins qui se trouveront dans le cas de faire appel à ces ressources extrêmes ne sauraient désirer un meilleur guide que M. Tanchou pour éclairer leur choix et diriger leur conduite. A propos de chaque méthode, il a soin de préciser les circonstances où elle a le mieux réussi, puis indique le mode d'exécution le plus convenable. La progression des doses, la cure des complications, l'adjonction des médications auxiliaires, les soins hygiéniques à donner concurremment, les topiques qui peuvent assurer l'effet du traitement général, tout est prévu, réglé et expliqué avec tous les détails nécessaires pour encourager le praticien à tenter lui-même l'essai. Néanmoins, quoique M. Tanchou, dans son livre, examine séparément chacun des moyens qui précèdent, il ne croit point qu'une médecine rationnelle du cancer consiste absolument dans leur emploi isolé. Il faut parfois varier et unir les ressources contre une affection aussi redoutable; car elle n'a point encore son spécifique, et le traitement ne peut pas plus être toujours le même que se composer dans tous les cas d'un seul médicament. Là où l'économie semble avoir été primitivement modifiée, on se trouvera bien d'user d'abord des médications générales. L'affection a-t-elle au contraire succédé à une violence traumatique, un traitement local amène souvent sa résolution. Mais encore ne faut-il pas se montrer trop absolu dans l'application de ce précepte. La cause du mal et le tempérament du sujet sont les deux élémens principaux d'après lesquels doivent se poser les indications. Mais que de difficultés dans leur détermination! Que de vague, par conséquent, dans les règles qu'on en peut déduire!

Outre les moyens dont il a emprunté l'idée aux auteurs, M. Tanchou recommande deux procédés tirés de sa propre pratique. Le premier est l'incision sous-cutanée. Il conseille ces incisions dans deux buts distincts: 1° faites entre une tumeur du sein et l'aisselle, sur le trajet des vaisseaux et des nerfs, elles arrêtent la propagation du mal aux ganglions axillaires; il en est de même de la section sous-cutanée de certains trousseaux ligamenteux qu'on sent parfois s'irradier de la tumeur vers le sternum; 2° pratiqué sur les tumeurs elles-mêmes, le débridement multiple sous-cutané favorise leur résorption en les morcelant, en les rendant plus accessibles à l'action des vaisseaux de la circulation de retour. Les observations suivantes donneront une idée des indications particulières et des résultats de ce procédé.

Obs. I. — « Une femme qui portait un engorgement mammaire que nous avions déjà enrayé dans sa marche, se présente au dispensaire Sainte-Geneviève en nous disant que son mal lui semble faire des progrès. Pour calmer les douleurs qu'elle accusait, nous pratiquâmes la section des principaux trousseaux fibreux qui partaient en rayonnant de son centre, dans la pensée que c'était là une voie de communication qu'il fallait intercepter. La malade souffrit peu, et depuis ce temps, l'engorgement est devenu diffus, et cette femme qui continue de venir au dispensaire de loin en loin a cessé de se plaindre. »

Obs. II. Une autre femme du dispensaire portait dans la mamelle gauche une tumeur circonscrite que l'on avait voulu opérer dans les hôpitaux. La compression l'avait réduite au tiers de son volume; mais il restait dans le creux de l'aisselle plusieurs petits ganglions indurés et des trousseaux fibreux, venant de la tumeur, qui nous paraissaient d'une communication dangereuse. Il y avait, en outre, du côté du sternum, une corde tendineuse assez considérable et isolée. Je résolus de les détruire par des incisions sous-cutanées et de séparer ainsi complètement la tumeur des parties voisines. Effectivement, elle devint beaucoup plus mobile et si facile à déplacer, qu'elle éludait la compression en s'échappant à chaque instant de dessous la pelote. Dès-lors je pensai à la diviser dans toute sa longueur dans l'espoir d'en obtenir l'entière résolution. La tumeur diminua, s'aplatit, et aujourd'hui elle reste à l'état stationnaire. »

Obs. III. — Mlle A. conservait dans la mamelle droite deux petites tumeurs isolées qu'elle désirait vivement voir disparaître. Après avoir mis en usage la compression et divers autres moyens, je pratiquai deux incisions sous-cutanées; chaque segment diminua, s'arrondit et se cicatrisa isolément. Aujourd'hui, cette demoiselle se porte bien et sa tumeur ne fait plus de progrès. »

Le remède que M. Tanchou propose avec le plus de confiance, est celui auquel il donne le nom de *pulvéro-topique*. Son invention est fondée sur la propriété que la peau à l'état sain possède d'absorber les médicamens en poudre. Ce mode d'introduction, selon l'auteur, est bien préférable à l'absorption digestive où la substance ingérée peut se trouver mêlée à des matières diverses qui la détériorent et parfois même annulent ses propriétés. Quant à la surface pulmonaire on sait que cette voie de pénétration n'est accessible qu'à un petit nombre de moyens. Enfin, les incisions et les dénudations du derme (méthode endermique), ont l'inconvénient d'en déterminer l'inflammation et de s'opposer ainsi au service qu'on leur demande. Il est donc à la fois plus simple et plus sûr de déposer à la surface de la peau les médicamens, en ayant soin de les maintenir en contact avec elle d'une manière assez exacte et pendant assez longtemps pour que l'effet puisse se produire. « Ainsi, dit M. Tanchou, on appelle *pulvéro-topique* un petit appareil composé d'un morceau de taffetas gommé destiné à empêcher l'évaporation, maintenir la chaleur nécessaire à l'absorption et protéger les vêtemens contre l'action de certains médicamens; d'une couche de ouate ou de coton cardé que l'on saupoudre de la substance médicamenteuse; enfin d'un morceau de gaze ou de mousseline très clairs pour empêcher cette dernière de tomber. » (1)

Les médicamens du *pulvéro-topique* sont renouvelés tous les 8 ou 10 jours. Tous les médicamens à l'état de poudre peuvent être employés de cette manière, excepté pourtant ceux qui attirent l'humidité de l'air ou qui se décomposent par celle qui s'exhale du corps. On peut associer la compression à l'emploi de ce pansement. Il convient surtout dans les tumeurs qui ne sont pas compliquées d'un état inflammatoire. On se trouve bien parfois d'unir la poudre médicamenteuse active avec moitié, trois-quarts ou cinq sixièmes de sciure de guimauve, de fécule ou d'amidon, ou toute autre poudre inerte, comme de la craie, de la poudre de bois ou de lycopode. Cet échange amortit leur action locale trop énergique et prévient l'irritation qui pourrait résulter de leur contact. Les lecteurs regretteront sans doute, avec nous, que M. Tanchou, qui rapporte plusieurs cas de guérison dus à cette pratique, n'ait pas spécifié avec plus de précision quels sont les topiques qu'il emploie, et dans quels cas tels ou tels d'entr'eux sont spécialement indiqués. La poudre de chaux, de tartre stibié, le colomel, le sous-carbonate de fer, la belladone, le camphre, la ciguë, la digitale, sont les seuls qu'il nomme, et cela d'une manière trop succincte pour que le médecin puisse choisir entr'eux selon les besoins et les occurrences diverses de la pratique. Espérons que M. Tanchou fournira prochainement, dans une publication nouvelle, le supplément de lumières qu'il nous a ici refusées.

Nous ne ferons que rappeler une statistique des cas de cancer, dressée par M. Tanchou, de laquelle il conclut que le nombre de ces cas augmente d'année en année et que cet accroissement semble en rapport avec les progrès de la civilisation. Les données les plus importantes qui ressortent de ce travail ont déjà été signalées dans ce journal (voy. Gaz. Méd., 1843, p. 488).

Soit par l'importance du sujet, soit à cause de la manière dont elle est présentée, cette doctrine n'est pas de celles pour lesquelles la critique puisse se montrer indifférente ou silencieuse. Nous l'examinerons donc successivement: 1° quant aux preuves qu'elle invoque à son appui; 2° sous le rapport de la pratique qu'elle tendrait à faire prévaloir.

1° Des faits nombreux ont été rassemblés par M. Tanchou pour démontrer la curabilité du cancer par les agens purement médicinaux. Mais après avoir consenti à les compter, nous croyons pouvoir réclamer à présent le droit de les peser. La classification établie par l'auteur lui-même entre ses observations nous imposait presque ce travail; elle nous le facilitait trop d'ailleurs pour que nous n'ayons pas dû l'accomplir avec tout le soin dont nous étions capables. Ainsi, les deux dernières catégories, l'une de 192 cas, l'autre de 21, n'ayant pas, de l'aveu de M. Tanchou, trait à des guérisons, mais à des améliorations, il était non seulement permis, mais rigoureusement nécessaire, de les éliminer si nous voulions apporter dans notre enquête la sévérité que commandait le sujet. Restait donc la première catégorie de 89 guérisons avérées; ce sont là les *faits probans* de l'auteur, les exemples qu'il a trouvés les plus incontestables. Or qu'y avait-il à faire pour s'assurer de la réalité de ces succès?... Tout simplement leur appliquer la règle commune dont on use habituellement vis-à-vis de tout cas annoncé comme cancer guéri, c'est-à-dire rechercher si la guérison a été durable; car, en fait de maladies cancéreuses, c'est là la condition sans laquelle nul auteur ne peut espérer d'être cru lorsqu'il raconte le bonheur de sa pratique. En face d'observations émanées de sources si diverses, souvent tronquées ou incomplètes, nous n'avons pas cru être trop exigeans en fixant à *un an* le terme après lequel on pourrait admettre la solidité de la cure si elle s'était soutenue jusque-là. Nous nous sommes donc mis à chercher les cas dans lesquels cette garantie a été donnée par le narrateur. Or dans combien de ces 89 cancers pensez-vous que les auteurs aient retrouvé leurs malades encore guéris au bout d'un an? dans *vingt-six* seulement. Encore, pour aller au-devant de toute objection, avons-nous consenti à regarder comme suffisant le moindre renseignement, l'indication la plus vague donnée sur le bon état des malades après un an écoulé.

(1) Une planche supplée à ce que cette description aurait d'insuffisant pour ceux qui voudraient essayer l'application de ce moyen.

Mais, au moins, ces vingt-six observations forment un total compacte, un corps de preuves à l'abri de toute attaque !... Détrompez-vous encore; dès la première lecture, on reconnaît facilement qu'un certain nombre d'entre elles ne sont rien moins que des exemples de cancer véritable. Ici vous trouvez des carcinômes guéris en quelques jours; là le seul énoncé des symptômes ne permet pas d'admettre qu'il s'agit de tumeurs de nature maligne. Ces considérations ont encore nécessité l'exclusion de 7 de ces 26 faits; et pour que chacun soit libre de contrôler les motifs qui nous l'ont fait prononcer, nous allons indiquer ceux sur lesquels elle a porté; ce sont les observations 1, 5, 36, 58, 66, 74 et 82.

Mais enfin, poursuit M. Tanchou, quelle que soit la valeur de ces faits, « on nous accordera du moins que ce sont là des cas où l'on opère tous les jours, où l'on déclare qu'il n'y a rien à faire. » Cela est vrai; et il est vrai aussi que personne ne songerait à blâmer celui qui se serait trompé en opérant dans ces cas. Mais, entre excuser une méprise de diagnostic et la prendre pour règle générale de conduite, il y a un abîme. On peut pardonner au chirurgien qui opère sans nécessité; mais en absolvant l'artiste on réserve toujours les droits de la science et mille infractions excusées n'ont pas le pouvoir de déplacer un précepte.

2° La pratique que conseille M. Tanchou est assez exactement exposées dans la phrase suivante que nous empruntons à son ouvrage. « Ainsi donc avant de pratiquer une opération grave, douloureuse, incertaine dans ses résultats et qui n'est jamais sans danger, quoi qu'on dise, il faut épuiser les ressources de l'art; et, dans tous les cas, il est inhumain et contraire à la science d'abandonner les malades à la nature, c'est-à-dire à une mort certaine et précédée de pénibles angoisses. » (P. 242.)

Cette proposition renferme une distinction que nous ne saurions trop fortement faire ressortir. Non ! il n'est pas permis de laisser sans secours les cancéreux qu'on ne peut plus opérer. A ceux que la chirurgie abandonne, la médecine doit encore ses soins; et M. Tanchou a droit aux éloges de tous les amis de l'humanité pour avoir rassemblé des faits capables de prouver que ces soins ne sont pas toujours donnés en pure perte. Sous ce rapport, son livre aura, nous n'en doutons pas, la plus salutaire influence sur le traitement du cancer. En réveillant l'espoir des médecins, il stimulera leur zèle; et, grace à lui, cette thérapeutique poussée, comme il le dit, avec plus d'*incitation*, sera sans doute désormais, sinon plus efficace, du moins plus réellement consolatrice.

Maintenant faut-il, selon l'opinion de M. Tanchou, « épuiser les ressources de l'art avant de pratiquer l'opération? » Nous pensons tout le contraire. Autant les secours de la médecine nous paraissent précieux quand ils viennent réclamés par la chirurgie qui a confessé son impuissance, autant nous les jugerions pernicieux s'ils voulaient se substituer à elle; car enfin ce traitement médical, le ferez-vous sans opération, avant l'opération ou après avoir opéré? Dans le premier cas, son insuffisance manifeste vous dessillerait bien vite les yeux. Dans le second, on pourrait justement répéter des moyens médicinaux ce que M. Tanchou dit de certains agens: « ils ont l'inconvénient d'en imposer souvent aux malades et de leur faire perdre un temps précieux en vaines espérances, ou même d'exciter certaines tumeurs dont il faudrait au contraire déprimer la vitalité. » Le troisième parti serait le plus acceptable; mais si nous admettons l'innocuité du traitement médical institué après l'opération, nous avouons que pour être persuadés de son efficacité, il nous faudrait plus de preuves encore que celles qui ont été réunies dans cet ouvrage; et dussent nos principes être taxés d'hérésie par M. Tanchou, notre confiance dans les agens de la médecine n'irait jamais jusqu'à nous empêcher de traiter au plus tôt par le fer ou par les caustiques toutes les tumeurs, soit primitives soit de récidive, qui nous paraîtraient rationnellement justiciables de ces deux remèdes souverains.

« Voulez-vous croire, dit quelque part l'auteur, que les maladies cancéreuses ne sont pas toujours incurables? Occupez-vous-en, et, comme en religion, vous serez étonné de la multitude de remarques qui fortifieront votre opinion, des ressources infinies qui vous viendront à l'esprit pour atteindre votre but et des succès que vous obtiendrez dans les cas même les plus désespérés. » Cette observation explique tout naturellement les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur. On comprend qu'avec une pareille devise, la foi aille jusqu'à l'enthousiasme et puisse toucher à l'exagération. Nous ne serions point étonnés d'apprendre que M. Tanchou a commencé ses recherches avec un ferme désir de croire. Or, ici *comme en religion*, on sait que la grace ne manque jamais à ceux qui vont au-devant d'elle avec ferveur. Au demeurant, malgré le ton d'optimisme qui y règne parfois, ce livre contient sur la thérapeutique du cancer des documens qu'on ne trouverait nulle part ailleurs réunis en aussi grand nombre et étayés de preuves aussi solides. Il se présente donc comme le guide obligé et indispensable de tous les praticiens qui voudraient se dévouer à pousser le traitement de cette terrible maladie aussi loin qu'il est humainement possible de le faire.

VARIÉTÉS.

— 9e livraison. — CLINIQUE ICONOGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DES VÉNÉRIENS, recueil d'observations, suivies de considérations pratiques sur les maladies qui ont été traitées dans cet hôpital; par le docteur PH. RICORD, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, etc., etc. — 9e livr. contenant 3 pl. coloriées avec un texte descriptif et explicatif. Prix de la livraison: 6 fr.

Il paraît une livraison chaque mois. L'ouvrage complet en aura 18.

Paris, chez Just Rouvier, libraire, 6, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— PRÉCIS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, par M. J. LISFRANC, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie royale de médecine, professeur de chirurgie et de médecine opératoire, officier de la Légion-d'Honneur, etc. — 3 forts vol. in-8° de près de 900 p. chacun.

Tome Ier, deuxième livraison, prix: 2 fr.

MODE DE PUBLICATION. — Le PRÉCIS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE sera publié par livraisons, de 160 à 200 pag., format in-8°, de 40 lig. à la page.

A partir du 1er mai 1845, il paraît exactement une livraison, de deux mois en deux mois.

Le prix de chaque livraison, pour les souscripteurs, est fixé à 2 fr. pour Paris, et 2 fr. 50 c. franc de port par la poste pour les départemens.

Les non-souscripteurs payeront chaque livraison 2 fr. 50 c., et 3 fr. franc de port par la poste.

Cette augmentation n'aura lieu qu'à la mise en vente de la sixième livraison.

Cinq livraisons feront un volume.

NOTA. L'anatomie chirurgicale sera traitée dans cet ouvrage avec le plus grand soin.

On souscrit à Paris, chez Béchet jeune, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 1;

Et chez tous les libraires des départemens.

— TRAITÉ DE TOXICOLOGIE MÉDICO-LÉGALE ET DE LA FALSIFICATION DES ALIMENS, DES BOISSONS ET DES MÉDICAMENS; par le docteur C.-P. GALTIER, professeur particulier de pharmacologie, de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie.

Première partie: POISONS INORGANIQUES OU MINÉRAUX. Un vol. in-8° de 760 pages. Prix: 7 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17;

Et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— HYGIÈNE OCULAIRE, ou Conseils aux personnes dont les yeux sont faibles et d'une grande sensibilité, avec de nouvelles considérations sur les causes de la myopie ou vue basse; par J. H. REVEILLÉ-PARISE, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine. — Troisième édition. Un vol. in-18.

Paris, chez Mequignon-Marvis fils, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Oculus ad vitam nihil facit, ad vitam beatam, nihil magis. BOERH.

« L'œil ne fait rien pour la vie, mais pour la vie heureuse, il n'est rien au-dessus. »

— TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES ET DES OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT; par le baron BOYER, membre de l'Institut, de l'Académie royale de médecine et de la Légion-d'Honneur; professeur de chirurgie pratique à la Faculté de médecine de Paris; chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité; premier chirurgien de l'empereur Napoléon; chirurgien consultant des rois Louis XVIII, Charles X et Louis-Philippe Ier; membre de plusieurs Sociétés savantes nationales et étrangères. — 5e édition, publiée par le baron PHILIPPE BOYER, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur.

Tome II. — Prix: 6 fr.

Cette nouvelle édition du TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES paraîtra en 6 volumes, de trois mois en trois mois. — Le prix de chaque volume, formant plus de 900 pages, est fixé à 8 fr. pour les souscripteurs.

A la mise en vente du troisième volume, chaque volume sera porté à 9 fr. pour les personnes qui n'auront pas souscrit avant cette époque.

En vente, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, à Paris.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 28. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 12 JUILLET 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DE L'IDENTITÉ DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Les parrains de la fièvre typhoïde, en donnant ce nom à la pyrexie continue endémique la plus commune de nos climats, n'ont certainement pas méconnu les traits nombreux d'analogie et de ressemblance de cette affection avec le typhus. La meilleure preuve en est dans le nom même qu'ils ont choisi et qui indique assez le degré de parenté qui lie ces deux maladies. Mais cette dénomination, en consacrant des ressemblances, consacre aussi par cela même des différences. Il est évident qu'en désignant l'une de ces maladies par un mot dérivé du nom de l'autre maladie, on n'a pas prétendu les confondre, mais exprimer deux états qui, comme leurs noms, semblent dériver l'un de l'autre. En réservant, à côté de l'expression de fièvre typhoïde, celle de typhus, on a entendu, sans aucun doute, faire des réserves à l'égard de la nature essentielle des groupes de phénomènes morbides que ces deux expressions rappellent, sans quoi il eût été plus simple et plus logique de ne conserver comme dénomination commune que celle de ces deux expressions que l'usage semblait avoir depuis le plus long temps consacrée. La nomenclature médicale est déjà trop surchargée pour qu'on ne dût point éviter de créer inutilement un mot nouveau, si ce mot n'eût été destiné à exprimer un ordre de faits distinct, une maladie particulière. Mais cette distinction que l'on a eu évidemment en vue d'établir en conservant dans le langage les deux expressions de typhus et fièvre typhoïde est-elle fondée en fait? Les maladies connues sous les noms de typhus et de fièvre typhoïde sont-elles deux maladies distinctes et différentes? ou bien, comme le prétendent quelques médecins, ne constituent-elles au fond qu'une seule et même maladie, ou tout au plus des degrés divers d'une même maladie? Telle est la question qui vient d'être incidemment soulevée à l'Académie de médecine, à l'occasion de la discussion sur la contagion de la fièvre typhoïde dont il a été question dans une de nos précédentes revues.

M. Gaultier de Claubry, à l'occasion de cette discussion, vint lire à la séance d'après, un travail dont l'objet était de démontrer cette double proposition, que la fièvre typhoïde et le typhus sont deux maladies identiques; que la fièvre typhoïde, comme le typhus, est contagieuse. La pre-

Feuilleton.

VOYAGE MÉDICAL DANS L'AFRIQUE SEPTENTRIONALE OU L'OPHTHALMOLOGIE CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS AVEC SES DIFFÉRENTES RACES, ETC.; par Furnari.

La guerre défriche, la paix ensemence, la civilisation récolte; c'est assez dire que le jour de la science n'est pas encore venu pour notre Algérie. Nous rendons justice aux travaux de nos dignes confrères de l'armée qui, entourés d'obstacles de toute sorte, étudient, observent, expérimentent et produisent; il est impossible de compulser le recueil trop peu connu des Mémoires de médecine militaire sans s'éprendre de sympathie et presque d'admiration pour tant de nobles esprits qui butinent pour la science au milieu des dangers de la guerre et sous les rayons d'un soleil presque tropical. Voués aux épreuves d'une profession qui résume les labeurs et les périls de plusieurs professions ensemble, dépourvus des instrumens mêmes du travail scientifique, éloignés des grands foyers de l'intelligence qui sont aussi les foyers de l'émulation, certains à l'avance de l'injustice ou de l'indifférence du public médical, ils s'attachent avec une égale ferveur à l'observation des affections endémiques, à l'exploration de localités dont ils ont donné d'excellentes topographies, à l'examen comparé des conditions de la santé et de la maladie chez les indigènes comme chez les individus soumis à l'acclimatement; mais leur œuvre porte en soi un caractère provisoire; elle ressemble à ces constructions que l'on élève avec célérité pour satisfaire aux exigences du moment et qui font place ensuite à des monumens durables et complets, dans lesquels entrent les matériaux provenant de leur démolition. Beaucoup de ces travaux, qui suffisent néanmoins à l'honorable notabilité de leurs auteurs, réfléchissent une phase passagère de la période d'acclimatement qui se prolonge pour les masses au delà des premières générations; les écrits que les médecins d'Afrique ont publiés il y a dix ans et plus nous représentent cette contrée comme un vaste marais; tout y est fièvre d'intoxication; le miasme palustre gouverne toute la pathologie du pays. Or les efforts d'assainissement, l'édification de villes nouvelles, l'amélioration des villes anciennes, l'extension des cultures paraissent déjà réagir sur le génie des constitutions médicales stationnaires et saisonnières, à ce point que l'un des praticiens les plus distingués de l'Algérie que le Val-de-Grace regrette encore, m'écrit maintenant: « La véritable plaie de l'Afrique, ce sont les colites aiguës et chroniques, les dysenteries et les diarrhées. » Peut-être dans dix ans l'affection du gros intestinne sera-t-elle plus le trait saillant, la localisation la plus énergique des influences morbides de l'Algérie. De même que les voyageurs qui ont visité certains points de ce pays il y a plusieurs années ne les reconnaîtraient plus aujourd'hui à cause de leurs métamorphoses; ainsi le praticien qui y retournerait après dix ans d'éloignement se trouvera peut-être en présence de maladies à figure nouvelle, et sa dextérité curative, exercée autrefois dans des épidémies dont il a laborieusement débrouillé les élémens, pourra faillir dans cette lutte avec les agens d'une pathogénie de seconde couche et pour ainsi dire d'alluvion. Les cours d'eau rectifiés, les torrens contenus dans leurs limites, les eaux météoriques

mière de ces propositions n'est qu'une paraphrase du livre que M. Gaultier de Claubry a consacré à l'examen de cette question, et dont la GAZETTE MÉDICALE a rendu compte dans le temps. Ce sont à peu près les mêmes faits et les mêmes argumens qui sont invoqués. L'auteur croit voir, non pas seulement la plus grande analogie entre ces deux affections, mais une parfaite identité. Tout, dit-il, est identique, causes, symptômes, marche, terminaison, traitement. Le typhus n'est, suivant lui, que la fièvre typhoïde sévissant dans un temps donné sur une masse considérable d'individus réunis, soit dans les camps, dans les prisons ou les hôpitaux : l'une est la maladie à l'état sporadique, l'autre à l'état épidémique. — Cette dernière circonstance seule, à notre sens, serait déjà suffisante pour rendre plus circonspect en fait de parfaite identité. Mais ne préjugeons pas une question qui nous paraît, dans l'état actuel de la science, ne pouvoir être résolue affirmativement ni dans un sens, ni dans l'autre. — Cette proposition, comme on le pense bien, a trouvé des contradicteurs. De là une discussion, interrompue d'abord par des travaux plus urgens, reprise dans la dernière séance, et qui, suivant toute apparence, devra défrayer la séance prochaine.

Un mot seulement sur les opinions qui ont été émises à ce sujet.

M. Rochoux s'est, le premier, inscrit en faux contre l'opinion de M. Gaultier de Claubry. Là où M. Gaultier de Claubry ne voit que des analogies, M. Rochoux ne voit que des différences, ce qui, par parenthèse, ne tendrait qu'à prouver une chose, c'est que les analogies et les différences peuvent être, dans de certaines limites, tout aussi réelles les unes que les autres. M. Dubois (d'Amiens) penche vers l'opinion de M. Gaultier de Claubry, en ce qui concerne la question d'identité ; il croit, comme lui, qu'il n'y a entre la fièvre typhoïde et le typhus qu'une différence de degré ; mais il fait ses réserves à l'égard de la contagion de la fièvre typhoïde, qui ne lui paraît pas suffisamment démontrée, question sur laquelle nous n'aurons pas à revenir pour l'instant. Quant à M. Castel, qui ne manque jamais l'occasion de s'interposer entre les opinions exclusives, il ne voit pas plus de motifs pour admettre l'identité entre le typhus et la fièvre typhoïde, qu'entre ces affections et les autres fièvres, toutes pouvant, suivant lui, se transformer les unes dans les autres, et aucune d'elles n'ayant de caractères absolus.

Telles sont en substance les seules opinions qui se soient fait jour dans cette discussion restée jusqu'à présent fort circonscrite, comme on le voit. Chacun a conservé, comme toujours, ses convictions et la question n'en a guère été plus avancée. Cela devait être. Il y avait, à notre avis, une question préjudicielle à juger avant de chercher à résoudre la question d'identité de la fièvre typhoïde et du typhus, sous peine de la laisser dans le même vague qu'avant, ce qui n'a pas manqué d'arriver. Pour comparer deux termes et juger s'il y a entre eux identité ou non, encore faut-il, si l'on ne connaît parfaitement ces deux termes, que l'un d'eux au moins soit nettement déterminé. Or sait-on bien exactement à quoi on a affaire quand on parle de fièvre typhoïde et de typhus ? Les groupes de symptômes, que l'on est convenu d'appeler fièvre typhoïde, constituent-ils une maladie elle-même parfaitement identique dans tous les temps et dans tous les lieux ? Le typhus est-il une maladie assez bien déterminée, assez constamment la même pour qu'on puisse la prendre comme un terme fixe de comparaison ? C'est ce que personne n'a songé à se demander avant de se décider pour ou contre l'identité de ces deux affections. Malgré la presque unanimité d'opinion qui règne à l'égard des caractères symptomatiques et anatomiques de la fièvre typhoïde, rien ne prouve rigoureusement jusqu'à présent que la maladie que l'on désigne ainsi soit toujours identique à elle-même. Sans parler des symptômes typhoïdes qui compliquent ou terminent d'autres maladies, mettant à part les fièvres synoques, muqueuses, bilieuses que l'on confond trop souvent avec la fièvre typhoïde, cette maladie, bien qu'avec un fonds commun, n'offre-t-elle pas des formes variées dont l'importance est telle, au point de vue thérapeutique, qu'elles régissent en quelque sorte seules le traitement ? Ces variétés dans les formes de la maladie à l'état sporadique ne sont-elles pas bien autrement saillantes encore dans les fièvres typhoïdes épidémiques presque toujours différentes de la fièvre sporadique et dissemblables entre elles par la prédominance de quelques caractères particuliers ? Avec quelle forme de la fièvre typhoïde comparera-t-on le typhus ? Sera-ce avec la forme bilieuse, la forme ataxique ou adynamique ? Sans doute il ne faut pas s'exagérer l'importance des formes. Avec une origine commune, avec une nature identique, certaines maladies peuvent offrir des variétés dans leurs symptômes qui ne justifieraient pas un classement différent. En pathologie, les effets ne se montrent jamais tellement adéquats à leurs causes, qu'on puisse s'autoriser de quelques différences dans les symptômes pour exclure l'idée d'unité de cause ; indépendamment des âges, des tempéramens, des constitutions particulières, il est une foule de circonstances accessoires qui le plus souvent nous échappent, et qui modifient assez puissamment le mode d'impressionnabilité de l'organisme pour qu'il ne reflète pas toujours de la même manière les mêmes influences pathogéniques. Aussi ne devrait-on pas sur quelques différences de formes et de symptômes se croire autorisé à repousser tout rapprochement. Sans doute encore, malgré quelques différences de ce genre, on ne peut méconnaître une grande analogie entre le typhus et la fièvre typhoïde, analogie sur laquelle est fondée la dénomination de cette dernière maladie ; mais de l'analogie à l'identité il y a une grande distance, et cette distance sera infranchissable tant qu'on ne connaîtra ni les causes ni le traitement de ces deux affections, car l'identité des causes constitue seule l'identité de nature, et les effets du traitement sont la pierre de touche qui nous aide à assigner aux maladies leur véritable caractère. Or, ici ces deux données essentielles pour juger la question d'identité nous échappent également.

Nous n'aurions pas besoin d'insister longtemps pour prouver qu'on ne peut rien conclure de la thérapeutique, ni pour l'une, ni pour l'autre affection. Quant à leurs causes, elles sont loin de présenter de part et d'autre le même caractère d'évidence. Si l'on ne peut révoquer en doute l'influence de l'encombrement joint aux privations et aux circonstances morales dépressives sur le développement du typhus, il s'en faut qu'on puisse assigner nettement à la fièvre typhoïde un ordre de conditions étiologiques dont l'influence soit aussi manifeste et aussi constante. Si, dans l'une comme dans l'autre, la nature même des symptômes accuse une sorte d'intoxication, une imprégnation générale de l'économie par une cause miasmatique, rien n'indique que ce soient des miasmes de même nature qui portent le trouble dans l'économie dans les deux cas. Rien n'est plus obscur d'ailleurs, de l'aveu de tous les pathologistes, que l'étiologie de la fièvre typhoïde. Nous n'hésitons donc pas à dire que, dans l'état actuel de la science, la question de l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde est une question prématurée dont les élémens n'ont pas en-

---

régularisées dans leur distribution par l'effet des cultures, les marais desséchés ou cernés par des plantations qui en interceptent les effluves, les ruines et les décombres qui sont dans chaque ville autant de cloaques, relevés ou transportés, les fossés comblés ou convertis en jardins, des habitations d'un autre genre, notre admirable système de voirie publique appliqué aux diverses localités de l'Afrique, le régime alimentaire du pays modifié par les produits nouveaux d'un sol régénéré et par les importations du confort européen, le costume européen et le costume arabe s'améliorant par de mutuels échanges, les habitudes entamées des deux côtés, indigènes et Français, par des concessions que le temps et la domination intelligente arrachent même au fataliste musulman, l'irruption des idées françaises et des intérêts qui ont la colonisation pour base ou pour prétexte, toute cette vie nouvelle qui déborde sur l'Algérie et qui fait succéder aux ennuis d'une occupation incertaine et aux douleurs de la conquête, les émotions du triomphe et les joies de la possession, est-ce assez pour changer l'assiette physiologique d'une population, et partant pour altérer la forme et l'essence de ses manifestations morbides ? Sans doute, l'Afrique française gardera les élémens fondamentaux de sa constitution, ceux qui l'individualisent et lui font son caractère d'historique identité ; elle gardera son soleil, ses montagnes, ses vents ; mais l'homme agit sur les conditions du sol, il conduit les eaux qui en sortent ou qui y tombent ; il oppose au soleil d'imperméables abris ; en un mot, la civilisation approprie les climats à nos besoins ou nous aide à éluder ce qu'il y a d'irrésistible en leur puissance. Cette besogne grandiose a commencé en Afrique, elle se poursuit ; il faut encore bien des années pour qu'elle soit consommée, pour qu'il y ait équilibre entre le milieu et la société qui s'y forme ; jusque-là on pourra faire la chronologie médicale, mais non l'histoire médicale de nos possessions en Afrique ; jusque-là la science n'aura que des prémisses ; elle pourra conclure dans quarante ou cinquante ans. A cette époque, si la colonisation s'achève avec l'élan qu'elle a reçu, les endémies de fièvres pernicieuses et pseudo-continues seront peut-être pour ce pays ce que la peste noire et les épidémies de pneumonies gangréneuses du moyen-âge sont pour l'Europe un souvenir, une page de ses annales. D'où l'on voit que l'œuvre de science médicale qui se fait actuellement en Afrique ne peut avoir rien de stable et d'absolu ; nous la disons provisoire à double titre, d'abord parce que participant aux témérités presque obligées de la colonisation et à la rapidité de la conquête, elle n'a point la saveur et la force des produits parvenus à maturité ; ensuite parce qu'elle s'exerce sur des élémens dont beaucoup sont transitoires et qui tous se modifieront par des combinaisons ultérieures : la colonisation, au point de vue médical, est une synthèse qui résulte d'une série de réactions entre une masse humaine et un climat donné.

Le livre de M. Furnari vient largement à l'appui de notre opinion. Chargé d'étudier l'ophthalmologie dans ses rapports avec les différentes races qui peuplent l'Algérie, qu'a-t-il vu ? Des lésions dont pas une n'est le produit nécessaire du climat, et qui doivent disparaître par la grace de l'hygiène et d'une thérapeutique convenable. On observe fréquemment, chez les indigènes, l'entropion, le trichiasis, le ramollissement de la cornée et la fonte de l'œil ; mais ces altérations sont la conséquence d'une ophthalmie de nature catarrhale simple qui s'invétère et s'aggrave par la malpropreté, par le manque de soins, par les traitemens empiriques : le poivre, le safran, le sulfate de cuivre calciné et les clous de

core été suffisamment étudiés, et dont la solution nous paraît devoir être indéfiniment ajournée.

MÉDECINE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA BRONCHITE PROFONDE CAPILLAIRE ET SON TRAITEMENT PAR L'ÉMÉTIQUE A DOSES RÉFRACTÉES; par M. H. CHAMBERT, chirurgien élève à l'hôpital du Val-de-Grâce.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

DURÉE. La durée de la bronchite capillaire, sous l'influence du traitement dont nous signalerons les effets, est de douze jours. Plusieurs fois nous l'avons vue disparaître vers le cinquième jour; une seule fois elle s'est prolongée jusqu'au trente-huitième. Le cas était très grave.

TERMINAISON. La terminaison de la bronchite profonde affecte deux modes principaux : 1° la résolution franche; 2° le déplacement ou la translation.

1° PAR RÉSOLUTION. L'inflammation des bronches ramusculaires meurt sur les surfaces mêmes qu'elle avait envahies; les râles sonores et sibilans font place peu à peu à un râle sous-crépitant qui, sans changer de rhythme, devient de plus en plus humide et finit par disparaître de la partie supérieure à la base des poumons. Les crachats ne font que diminuer de quantité sans perdre leurs caractères primitifs. La décroissance des phénomènes généraux n'offre rien de particulier. Ce mode de terminaison est le plus rare.

2° PAR TRANSLATION. Alors la bronchite profonde ne se termine pas dans les rameaux capillaires qu'elle avait atteints; elle se transporte sur de nouvelles surfaces. Tantôt suivant une marche ascendante et reprenant les limites pathologiques qu'elle avait franchies, elle finit par une bronchite des grosses bronches; tantôt comme entraînée par les lois de la gravitation, elle s'enfonce profondément dans l'intimité de l'organe pulmonaire et aboutit à des pneumonies lobulaires.

Le premier cas est le plus fréquent de tous. A mesure que la bronchite capillaire se dissipe, les phénomènes propres à l'inflammation des gros troncs bronchiques deviennent de plus en plus saillans. Ils annoncent que la maladie vient s'éteindre dans le foyer d'où elle s'était irradiée.

Le second est plus rare. Il offre plus de gravité. Les symptômes généraux prennent une intensité nouvelle; les phénomènes locaux disséminés disparaissent insensiblement et viennent en changeant de caractère se concentrer dans les points où la pneumonie est circonscrite. Ces pneumonies lobulaires succèdant ainsi à l'inflammation des ramuscules bronchiques, nous ont constamment offert plus de gravité que celles qui surviennent d'une manière primitive et immédiate. Les antiphlogistiques avaient sur elles une influence beaucoup plus restreinte que celle qu'ils ont habituellement sur les pneumonies franches.

Cette tendance de l'inflammation des voies supérieures à se porter plus profondément dans l'intimité des organes s'est offerte à nous d'une manière bien remarquable. Dans plusieurs cas, une laryngite ouvrait la scène; bientôt l'inflammation se propageait aux grosses bronches, et celle-ci ne tardait pas à s'insinuer dans leurs divisions capillaires; enfin, l'inflammation était dardée jusque dans l'intimité du parenchyme pulmonaire et donnait lieu à des pneumonies qui conservaient la même impulsion. Ainsi nous avons vu plusieurs fois (l'obs. 11 en est un exemple) des pneumonies localisées au sommet du poumon abandonner bientôt leur siége primitif. L'inflammation, comme entraînée par les lois de la pesanteur, semblait filtrer à travers les couches pulmonaires. Envahissant de nouveaux tissus, abandonnant ceux qu'elle avait déjà occupés, elle ne se terminait que lorsqu'elle était acculée à la base du poumon.

La convalescence de la bronchite capillaire est ordinairement très longue; mais rarement elle s'accompagne d'accidens inquiétans, et si l'on n'avait recours à l'examen stéthoscopique, si surtout on ne craignait les récidives si fréquentes de la maladie, on permettrait souvent aux malades de sortir de l'hôpital d'après les indices rassurans en apparence fournis par les symptômes généraux.

Dans un cas cependant nous avons vu cette convalescence très longue et très laborieuse. Le malade tomba dans une débilité et une maigreur excessives. La peau devint extrêmement rude et râpeuse. Elle se couvrit de nombreuses pétéchies, surtout abondantes aux membres inférieurs et parfaitement semblables, à part l'étendue, à celles que nous offrait un homme atteint de purpura hémorrhagica qui se trouvait alors dans le service. Le malade ne put quitter l'hôpital qu'après soixante-quatre jours de maladie (obs. 6).

DIAGNOSTIC. La bronchite capillaire bien déterminée ne peut que difficilement être méconnue. Les maladies qu'on pourrait après un examen superficiel confondre avec elles sont ou des maladies du parenchyme pulmonaire, ou des maladies des bronches, ou enfin des maladies purement nerveuses.

A la première catégorie, il faut rattacher la pneumonie, l'œdème, la congestion et l'emphysème pulmonaires.

La pneumonie a plusieurs points de contact avec la bronchite profonde; tels sont : la dyspnée, la toux, le mode de réaction générale. Mais la localisation de la douleur et des râles pneumoniques, la nature même de ces râles fins, serrés, secs, abondans, l'aspect des crachats rouillés, sont autant de signes qui ne permettent guère l'erreur du diagnostic. Dans la bronchite capillaire, la douleur est vague et plus répandue; les râles sont d'une tout autre nature et surtout confluens aux deux bases du poumon et en arrière. Les crachats plus abondans, moins visqueux, sont transparens et recouverts d'une mousse blanchâtre. Quand ils présentent du sang, ce sont des stries vermeilles dont la couleur rutilante tranche sur la blancheur de l'écume qu'elles sillonnent.

Quand la pneumonie est lobulaire et qu'elle est la suite d'une bronchite profonde, l'erreur de diagnostic est beaucoup plus facile. Le râle crépitant plus sec et plus serré, surtout plus confluent dans le foyer pneumonique, peut à la vérité indiquer la nature de l'affection. Mais comme c'est pour ainsi dire le seul phénomène qui attire l'attention de ce côté, comme, dans certains cas, il ne diffère pas sensiblement dans son rhythme du râle sous-crépitant bronchique, que les crachats rouillés sont le plus

---

gérofle composent la médication ordinaire que les Arabes opposent à leurs maux d'yeux; les ailes grillées d'une chauve-souris (ter-el-lill, oiseau de nuit) entrent aussi, avec le bleu de Prusse, dans un de leurs collyres secs (p. 298); ou bien ils lavent avec du lait aigre leurs yeux encore tout enflammés; les amulettes et les carrés magiques donnés par les talebs et par les marabouts pour chasser le génie du mal jouissent d'une vogue populaire; néanmoins, le vrai musulman, frappé d'ophthalmie, ne fait usage que de la prière, mode spécial d'expectation. Faut-il s'étonner qu'au sein d'une population qui subit l'empire de semblables préjugés et perpétue les routines les plus étranges, on rencontre un grand nombre de lésions de l'appareil visuel et que l'ophthalmie se termine souvent par l'inflammation des parties internes de l'œil? Il était important de constater que nos possessions de l'Afrique ne sont pas le siége d'une de ces endémies ophthalmiques qui, par leur extension et leur gravité, effacent tous les avantages d'une colonie; les adversaires de la colonisation ne se sont pas fait faute de le dire; ils ont fait un tableau lamentable de nos soldats devenus aveugles sous un soleil de plomb, dans une atmosphère que les vents du désert chargent d'un sable brûlant, etc. Il n'a manqué à leurs patriotiques peintures qu'une seule chose, la vérité. On a cherché, on a supposé des rapports entre les ophthalmies qui surviennent en Algérie et celles qui règnent en Egypte; M. Furnari a dissipé les craintes qu'a pu susciter un tel rapprochement; en étudiant les ophthalmies qui se sont développées épidémiquement à Philippeville, Constantine, Alger, etc., il a reconnu qu'elles avaient offert une forme catarrhale tellement bénigne qu'on y a noté à peine quelques cas de terminaison purulente; or, qui ne connaît la marche bien différente de l'ophthalmie dite égyptienne, l'évolution turbulente de ses symptômes tels qu'on les observe encore en Belgique, où, dit M. Caffe, elle résiste depuis plus de vingt-trois ans, sans que rien en fasse encore présager la cessation prochaine? suppuration rapide qui fond l'œil en quarante-huit heures; boursoufflement et renversement des paupières, production de couches pulpeuses et blanchâtres qui tapissent la cornée, douleurs atroces avec fièvre violente et parfois avec délire, aucun de ces traits saisissans de l'endémie égyptienne ne signale les cas observés en Afrique; on ne les voit pas non plus donner lieu à ces végétations grenues, à ces tubercules miliaires qui, dues probablement à l'hypérémie des follicules muco-géniques, parsèment la conjonctive palpébrale à la suite des ophthalmo-blennorrhées d'Egypte. M. Furnari s'est assuré de ce fait par l'exploration des ophthalmiques français et indigènes; l'ophthalmie qui se montre épidémiquement dans les principales villes et tribus de l'Algérie est simplement catarrhale; les granulations que l'on a surprises chez des malades, dans le Belad-el-Djerid, n'ont point, comme celles de l'ophthalmie égyptienne et belge, la propriété de se transmettre par contact; s'il en était autrement, on les verrait se propager en Afrique avec l'effrayante rapidité de leur reproduction en Egypte et en Belgique. Ce résultat d'investigation diagnostique sur les masses est d'une grande valeur, et l'on voit ici comment la science peut réagir sur la politique; du fond de l'Algérie, un habile oculiste fournit au gouvernement des argumens certains contre les ennemis de la colonisation; à l'aide de son savoir spécial, il dissipe l'une de ces appréhensions vagues et fatales à l'avenir d'une entreprise gigantesque, si elle avait pu se propager. Combien d'erreurs pareilles sont entretenues par l'éloignement des objets qu'elles concernent! Combien de preventions vivent ainsi par défaut de vérification immédiate et avec la compli-

souvent cachés par les spumosités de la bronchite capillaire, la nouvelle maladie peut passer inaperçue surtout lorsqu'elle est bornée à quelques noyaux pulmonaires. Dans ce cas, on ne pourrait guère que la soupçonner. Il serait difficile que le diagnostic fût encore incertain lorsque la pneumonie serait arrivée à la seconde période.

L'œdème et la congestion du poumon ne pourraient guère être confondus avec la bronchite capillaire que lorsqu'elle est arrivée à sa troisième période, alors que le râle sous-crépitant est seul et règne dans une étendue variable. Mais l'absence des premières périodes de la maladie, le défaut de fièvre réactionnelle et de phénomènes généraux graves, enfin la nature de la toux et des crachats, rendent facile le diagnostic de ces deux affections.

Ce n'est que dans les cas où il est signalé par du râle sibilant que l'emphysème pulmonaire pourrait être confondu avec la bronchite ramusculaire. La dyspnée plus ou moins ancienne, la sonorité exagérée et les voussures du thorax, l'absence des phénomènes fébriles, l'aspect des crachats moins abondans et moins spumeux, le défaut de crépitation et de râle sonore : voilà plus de signes qu'il n'en faut pour indiquer la nature de la maladie.

Au nombre des maladies des bronches qui ont quelques points communs avec celle qui nous occupe, il faut citer leur inflammation simple, leur inflammation pseudo-membraneuse et leur oblitération subite, par des produits de sécrétion ou des végétations morbides.

Il est presque inutile de signaler la bronchite des grosses bronches comme pouvant être confondue avec le catarrhe pulmonaire profond. Le râle sonore grave et surtout la succession des crachats, l'intensité du mouvement fébrile ne permettent pas l'erreur.

La bronchite pseudo-membraneuse offre plus d'analogie. L'accélération fébrile est ici provoquée par la même cause que dans la bronchite capillaire; la dyspnée, la toux existent dans les deux affections. Mais ici les crachats sont un indice important. Leur aspect membraniforme ou tubulé, le soulagement qui suit leur expulsion, et, dans quelques cas assez rares, le bruit de soupape que MM. Barth et Cazeaux ont les premiers fait connaître, éclairent le diagnostic.

L'obstruction complète de gros rameaux bronchiques survenant dans le cours de leur inflammation pourrait faire croire à l'invasion subite d'un catarrhe pulmonaire profond, à cause de la violence de la dyspnée qui lui succède. M. Andral en rapporte deux observations (ANAT. PATHOL., t. II, p. 203 et 206). Mais alors la brusquerie de l'accident qui, dans les deux cas cités par M. Andral, survint dans un accès de toux, la cessation du murmure respiratoire, le silence qui se limite à la partie du poumon qu'alimentait d'air la bronche oblitérée, l'intégrité de la sonorité thoracique, indiquent clairement la nature du mal.

Parmi les maladies nerveuses, il n'est guère que la coqueluche qui offrirait quelques caractères communs avec la bronchite profonde; mais l'âge des sujets qu'elle atteint, la nature du pouls, de la toux et des crachats, indiquent trop bien cette affection pour qu'il soit nécessaire d'insister plus longtemps sur ses caractères.

PRONOSTIC. Nous traiterons brièvement le pronostic de la bronchite profonde. La nature de la cause nous a paru n'exercer aucune influence sur la marche et la terminaison de la maladie; elle ne peut donc entrer dans les élémens du pronostic. Mais il est, toutes choses étant égales d'ailleurs, d'autant plus grave que l'inflammation bronchique atteint des individus à constitution plus faible, ou déjà sujets à des bronchites habituelles. Enfin la nature du traitement a sur l'issue de la maladie une influence que nous allons tâcher de faire apprécier.

TRAITEMENT. Les divers moyens mis en usage contre la bronchite profonde se rattachent à deux catégories principales; ou bien ils ont pour effet de diminuer la masse sanguine, ce sont les antiphlogistiques; ou bien ils exercent une action particulière sur la surface gastro-intestinale, ce sont les purgatifs, les émétiques.

L'efficacité de la médication antiphlogistique est très douteuse. Dans la bronchite capillaire, Laënnec ne trouvait que rarement l'indication des saignées. MM. Andral, Delaberge, Grisolles ne les conseillent qu'au début de la maladie et recommandent dans leur emploi la plus grande circonspection.

Du reste, les malades chez lesquels nous avons observé la gérison la plus tardive, la convalescence la plus longue, sont précisément ceux qui avaient été saignés dès le début. Nous sommes loin cependant de vouloir attribuer d'une manière certaine la gravité de leur maladie au traitement employé, puisque nous n'avons eu recours aux antiphlogistiques que dans les cas où il y avait menace d'asphyxie. Mais il nous semble que même en tenant compte de la gravité relative des bronchites capillaires traitées dès le début par les émissions sanguines et des bronchites capillaires traitées par l'émétique seulement, la durée relative des premières a été de beaucoup plus longue que celle des secondes.

Dans la série des vomitifs, les préparations stibiées ont été presque exclusivement employées par M. Levy contre la bronchite profonde; mais leur usage dans cette maladie n'est pas chose nouvelle; dans deux cas semblables, Laënnec a employé l'émétique avec un succès manifeste sans néanmoins en généraliser l'emploi. M. Andral, les auteurs du COMPENDIUM et M. Grisolles, insistent sur son efficacité dans la même affection; enfin, M. Trousseau, à qui la science est redevable de nombreuses expériences sur l'action des antimoniaux, dit avoir retiré de très bons effets de l'administration du tartre stibié à haute dose dans le catarrhe pulmonaire profond des adultes.

Les divers auteurs que nous venons de citer ont employé l'émétique, soit secondairement aux saignées et comme moyen complémentaire du traitement, soit à doses élevées. Nous ne savons pas qu'aucun d'eux l'ait administré seul à dose nauséeuse et concurremment avec une alimentation progressive et soutenue, malgré la vivacité du mouvement fébrile. C'est ce mode de traitement que nous avons vu mettre en usage avec succès par M. Lévy dans la bronchite capillaire. Il repose entièrement sur ce fait, sur lequel j'ai, du reste, déjà insisté, que la fréquence du pouls dépend plutôt de l'accumulation des mucosités dans les bronches que de l'inflammation même de ces canaux.

Ainsi le tartre stibié a été administré à la dose de 0,05 ou plus rarement de 0,1, seul le plus souvent; mais quelquefois associé à l'ipécacuanha; en même temps le malade a été soumis à une alimentation légère à une demi-diète. Du deuxième au quatrième jour, on lui a accordé le quart de portion, et la demie vers le huitième. On a favorisé l'action de l'émétique à l'aide de moyens accessoires qui facilitent l'expectoration, tels que des loochs, des boissons gommeuses et adoucissantes,

---

cité de la paresse des esprits! Avoir détruit un préjugé n'est point un succès de mince aloi; M. Furnari l'obtiendra. Que l'on sache qu'en maintes villes d'Europe les maladies des yeux sont aussi graves, aussi multipliées qu'en Algérie; que le climat ne joue point un rôle absolu dans les ophthalmies de cette terre désormais française; qu'un régime hygiénique bien dirigé peut en réduire le nombre à un quart parmi les indigènes; qu'un traitement opportun et rationnel simplifiera leur marche et préviendra la gravité de leurs phénomènes consécutifs : ce sont là des énonciations nettes et positives; il n'en ressort aucune découverte; elles ne contiennent aucune théorie, aucune formule de généralisation pathogénique; l'auteur ne s'est même pas avisé, le maladroit! de poser une loi nouvelle dans la science, par ce temps de légiférante nouveauté; mais dans ces deux ou trois conclusions, il y a, croyez-le bien, un service rendu à l'Afrique et à tous les intérêts, déjà si nombreux et si imposans, qui se relient à la question d'Afrique. Voyez les inconvéniens de cette vérification sur place, *in ipso loco:* le sable du désert était l'un des élémens les plus invoqués de l'étiologie des ophthalmies africaines; vous et moi qui avons lu nos classiques, nous avions foi aux sables du désert; peut-être même, Dieu me pardonne et le lecteur aussi, en ai-je fait le sujet d'une phrase carrée en quelque livre d'hygiène. Eh bien! M. Furnari a démontré que le sable brûlant du désert a peu d'influence sur la production de l'ophthalmie...... Encore une puissance déchue; et c'est ainsi que s'en vont, une à une, toutes les illusions de science arrangée à loisir, toutes les croyances laborieusement acquises ailleurs que sur le terrain de l'observation directe.

Au pessimisme sentencieux des anti-colonistes, ne faisons pas succéder la quiétude d'un optimisme béat; nous n'en sommes pas à proposer d'envoyer en Afrique les individus atteints d'ophthalmie; nous ne croyons pas que la réverbération solaire, le sable du désert et la chaleur excessive soient des conditions favorables aux yeux qui larmoient, qui clignotent, qui rougissent, qui sécrètent. M. Furnari use d'une juste réserve que nous louons, car elle a le privilége de placer l'esprit dans la perspective du vrai. Il y a donc en Afrique des ophthalmies, voire même sous forme épidémique; mais non assez brutales pour résister au remède, pour défier la prophylaxie; depuis qu'on les combat avant et pendant leur apparition, elles ont perdu de leur intensité et de leur tendance à la dissémination; mieux nourri, mieux logé, mieux habillé, le soldat est moins exposé à ses atteintes, et celles-ci, quand elles ne peuvent être évitées, témoignent de l'énergie décroissante de la cause qui produit le mal. Une remarque d'un grand intérêt est celle qui porte sur le parallélisme de maladies sans liaison apparente; à mesure que l'on a vu les fièvres, les dysenteries, etc., dépouiller, dans certaines localités, leur caractère épidémique, l'ophthalmie a fait de même, et on ne la voit plus, dit M. Furnari, frapper, comme dans les premières années de l'occupation, plusieurs centaines d'individus à la fois. Ce fait est significatif; il prouve que l'ophthalmie d'Afrique n'est point issue d'une cause spécifique; elle naît comme les autres maladies, en l'absence des conditions hygiéniques; comme elles, la voilà qui cède par degrés aux essais d'amélioration, à la simple influence d'une salubrité progressive de toutes les choses nécessaires à la vie, *quæ sunt ad vitam necessaria.* Il semble qu'il n'existe, au fond de toutes ces maladies, qu'une seule maladie, tant l'état social, et le climat se modifient réciproquement, et qu'à toutes ces formes multilocales d'une seule maladie, il ne

Sous l'influence de cette médication, la gêne respiratoire et la douleur thoracique diminuent d'une manière très notable ou même disparaissent complètement; les râles secs, sonores, sibilans ou sous-crépitans qui envahissaient les deux côtés de la poitrine, deviennent plus gros et plus humides, la toux moins sèche et moins pénible, les crachats plus abondans et moins visqueux; le pouls perd sa fréquence et sa dureté, la peau sa chaleur âcre et sèche. En un mot, tous les phénomènes qui révèlent la bronchite profonde subissent une rémission bien évidente.

Quand la première période de la maladie est passée et que le tartre stibié provoque des nausées très fatigantes, ou qu'on a lieu de craindre une complication du côté du tube digestif, on le remplace avec avantage par le kermès, à la même dose, mis en suspension dans un looch. Il continue l'action exercée sur les bronches par l'émétique, sans affecter la muqueuse gastro-intestinale. Dans tous les cas, la médication stibiée doit être continuée jusqu'à ce qu'on ne perçoive plus que de gros râles muqueux, très limités ou très fugaces, et que le mouvement fébrile soit complètement éteint.

La saignée n'a été mise en usage que deux fois. Dans un cas, on espérait qu'elle diminuerait les menaces d'asphyxie; dans l'autre, elle avait été employée contre la bronchite des grosses bronches qui précéda la bronchite capillaire. Dans tous les deux, la marche de la maladie fut très lente et la guérison très difficile à obtenir.

Ces faits, si contraires à la doctrine contro-stimulante de Rasori, qui regardait comme parallèles l'action des saignées et celle de l'émétique, confirment pleinement, pour la bronchite capillaire, ce que M. Trousseau avait déjà signalé pour la pneumonie; c'est-à-dire que « l'effet du tartre stibié est d'autant plus utile qu'on emploie ce médicament d'une manière plus exclusive. » (RÉPERT. GÉN. DES SCIENC. MÉD., t. III, p. 237.)

Ainsi administré à la dose de 0,05, le tartre stibié a produit des effets variables; tantôt il provoque simultanément, dès le début, un ou plusieurs vomissemens et une ou plusieurs selles liquides; tantôt cet effet se dédouble, il n'y a que des vomissemens ou que des selles; d'autres fois, enfin, son action se borne à donner lieu à quelques nausées seulement. Presque toujours nous avons vu cette action cesser de se faire sentir dès la seconde administration du médicament; quelquefois, mais rarement, elle s'est reproduite dans le cours du traitement.

Dans tous les cas, et quel qu'ait été le mode de réaction de l'économie, nous n'avons pu saisir de différence dans la marche imprimée à la maladie par la médication stibiée.

Les bons effets de l'alimentation progressive jointe au moyen précédent nous ont paru de toute évidence. Ce résultat pouvait du reste facilement se déduire des opinions données par les auteurs au sujet de l'action douteuse, inutile ou même nuisible des antiphlogistiques. L'aliment est en effet le contraire de la saignée; si celle-ci ne produit pas de bons résultats à cause de la débilitation qu'elle entraîne, le premier les atteint en prévenant cette perte de forces nécessaires.

Ainsi: accumulation des mucosités dans les bronches capillaires, nécessité d'une certaine force nerveuse et musculaire pour en débarrasser ces conduits à l'aide des secousses expultrices, utilité de l'alimentation pour remplir cette indication vraiment physiologique; telle est, ce nous semble, la liaison des faits qui explique et justifie les résultats de la diététique que nous avons vu mettre en usage par M. le professeur Lévy.

L'ensemble de cette médication exerce-t-il son influence plutôt sur l'état local offert par les bronches que sur l'état général qui signale son affection? L'obs. 6 nous a paru entr'autres fournir un exemple du premier mode d'action. Nous avons vu la dyspnée disparaître en grande partie, les râles sonores et sibilans être remplacés par le râle sous-crépitant, pendant que la fièvre avait conservé presque toute son acuité. D'où l'on conclurait que les phénomènes locaux ne décroissent pas dans le même rapport que les phénomènes généraux.

M. Trousseau résume ainsi son opinion au sujet de l'influence du régime sur les effets des antimoniaux: « L'action générale de l'antimoine sur l'économie animale, dit cet observateur, est d'autant plus puissante que la diète est plus sévère; et, au contraire, l'action irritante locale est d'autant plus vive que la quantité des alimens est plus considérable. »

Nos observations confirment la première proposition de M. Trousseau, puisque les symptômes généraux de la bronchite profonde ont été les plus lents à disparaître. Il n'en est pas tout à fait de même pour la seconde; nous n'avons pas vu l'action irritante locale de l'émétique s'accroître dans la même mesure que la quantité des alimens ingérés. Les doses stibiées étant constantes et les doses alimentaires progressivement augmentées, les vomissemens et les selles qui étaient provoqués le premier on le second jour cessaient ordinairement d'avoir lieu les jours suivans, jusqu'à la fin du traitement.

Si maintenant nous recherchons l'explication du mode d'action du tartre stibié, nous entrons dans un vaste champ de théories et d'hypothèses.

Le docteur James Copland pense que les vomitifs sont utiles en débarrassant les bronches de leurs mucosités et en causant une douce diaphorèse à la peau; que les purgatifs agissent en favorisant la sécrétion intestinale et en diminuant d'autant celle des bronches, par suite de l'antagonisme de ces sécrétions. Cette double explication s'applique au médicament dont nous examinons les effets.

Broussais ne voyait dans l'émétique qu'un révulsif puissant; Dance et M. Chomel regardent ses propriétés comme identiques à celles des autres purgatifs ou des autres vomitifs, suivant qu'il exerce plus spécialement son action sur la muqueuse intestinale ou sur celle de l'estomac; enfin, M. Trousseau lui accorde un mode d'action particulier, tout aussi spécial que celui du mercure ou de l'opium, et d'autant plus marqué que le médicament est absorbé en plus grande quantité.

Que conclure devant un tel désaccord? Nous nous renfermerons dans l'exposition prudente des effets manifestes que nous avons observés.

Les bronchites capillaires que nous avons eues sous les yeux ont toutes affecté à peu près la même marche, quelle que fût la manière dont le tartre stibié était toléré. De là la conclusion suivante:

Soit que, dans les efforts du vomissement, l'arbre bronchique, violemment secoué, se dégorge plus facilement des mucosités qui l'encombrent, soit que l'action révulsive énergique de l'émétique déplace l'inflammation de la muqueuse pulmonaire, soit enfin que ce médicament exerce une influence purement spéciale, il est certain que les effets thérapeutiques définitifs sont les mêmes.

Ces trois actions diverses semblent concourir à un même but, à l'exclusion pour ainsi dire l'une de l'autre; elles s'équivalent en quelque sorte et

---

s'applique qu'un remède, la civilisation.

Nous venons de signaler la portion utile, éminemment utile du livre de M. Furnari: il a aussi sa partie originale et sa partie curieuse: celle-ci présente une sorte d'inventaire de la médecine actuelle des Arabes, celle-là contient une étude neuve et peut-être un peu trop généralisée sur l'organisation de l'œil chez les différentes races indigènes de l'Algérie. Il était naturel que façonnées à vivre dans une atmosphère imprégnée de lumière, à l'air libre, dans les vastes horizons du désert, dans l'océan aérien des montagnes, elles eussent à nous révéler quelques particularités dans l'anatomie de leur appareil optique: leur cornée est petite et présente de fort bonne heure à sa périphérie la zone d'un blanc grisâtre appelée arc sénile (gérontoxon) et qui chez les Européens se montre rarement avant la cinquantaine; elle est en même temps bombée, ce qui n'empêche pas la presbyopie bien connue des Arabes; leur sclérotique est d'une teinte ictérique, souvent sillonnée de petites vascularités variqueuses qui proviennent d'ophthalmies chroniques; les muscles de leurs yeux ont des fibres plus rouges et plus développées que chez les Européens, observation que notre Larrey avait déjà faite pour le système musculaire en général des Arabes; l'iris qui reflète la coloration de leur peau est très petite, et rien n'est plus rare chez eux que la dilatation de la pupille; leur iris a d'ailleurs plus d'épaisseur et de densité, plus de convexité; l'uvée, plus épaisse, est d'un noir excessivement foncé chez les Kabyles; le cristallin est le plus souvent petit et très convexe; enfin, dans les yeux que M. Furnari a eu l'occasion de disséquer, il a trouvé la choroïde très dense et la couche du pigmentum aussi épaisse que chez les oiseaux, noircissant l'eau et donnant aux doigts la sensation d'une pulpe un peu résistante; cet état du pigmentum fait qu'une grande masse de rayons lumineux est absorbée avant d'arriver à la rétine dont la sensibilité ne tarderait point à se troubler, à s'épuiser sans cet admirable artifice de la nature; aussi les leuco-éthiopiens dont l'iris et la choroïde sont dépourvus de pigmentum, supportent-ils difficilement le contact de la lumière et sortent-ils de préférence pendant le crépuscule du soir et du matin. La rareté de la cataracte en Afrique démontre, contre l'opinion généralement répandue, l'innocuité de la réverbération directe de la lumière sur les milieux réfringens de l'œil.

Nous renvoyons au livre de M. Furnari pour les détails relatifs à la situation actuelle de la médecine chez le même peuple qui, au neuvième et au dixième siècle, brillait dans toutes les connaissances et servait de maître aux ignorances de l'occident.

Comment en un plomb vil l'or pur s'est-il changé!

Mais faut-il le dire? Les misères de l'intelligence humaine parmi ces nobles races de l'Algérie, nous ont médiocrement étonné, et surtout demandons-nous si le droit nous appartient d'en prendre moquerie ou pitié: les amulettes composées avec des extraits de Coran rappellent les cures opérées en Europe par le contact des reliques; les prières du marabout, en guise de traitement, valent bien les exorcismes d'un moine, et la vertu des carrés magiques n'est ni plus ni moins prouvée que celle des recettes de la somnambule dont l'adresse est au bas des journaux politiques; encore les carrés magiques se délivrent-ils en Algérie sans l'assistance d'un docteur en médecine, cet aide-de-camp ou de canapé des somnambules de Paris.

MICHEL LÉVY.

elles rendent constans et presque identiques les effets d'un médicament contre lequel l'économie réagit cependant d'une manière si variée.

MALADIES SYPHILITIQUES.

RECHERCHES CLINIQUES FAITES A L'HÔPITAL SAINT-LAZARE, MALADIES DES FEMMES, SUR LES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS, SUR LES CHANCRES CHRONIQUES DES PARTIES GÉNITALES, LES BUBONS, L'URÉTRITE, LA VAGINITE, ETC.; par J. BOYS DE LOURY, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. COSTILHES, docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, ex-médecin interne de Saint-Lazare.

(Suite. — Voir les numéros 24, 25 et 27.)

DE L'ENGORGEMENT DU COL DE L'UTÉRUS.

Nous venons de parcourir toute l'échelle des ulcérations; d'une lésion inaperçue pour la malade, tant elle a peu d'importance, nous sommes arrivés à l'affection la plus grave, limite de la pathologie, contre laquelle la thérapeutique est impuissante. Nous avons présenté les ulcérations dégagées de toute complication, et pourtant il en est une bien fréquente, c'est l'engorgement du col de l'utérus. L'engorgement même, selon quelques auteurs, serait la première cause, l'affection principale dans la grande majorité des cas; consécutif à la métrite interne, au catarrhe intra-utérin, suite si fréquente des fausses couches et des parturitions, les ulcérations ne viendraient qu'en sous-ordre, occasionnées qu'elles seraient par l'engorgement.

Cette idée, émise avec beaucoup de talent par M. Gosselin dans un mémoire imprimé dans les *Archives* (1843), aura au moins cet avantage d'empêcher les praticiens de croire que toutes les maladies du col se bornent aux ulcérations, de n'avoir à combattre que ces affections et de les traiter d'une manière trop énergique. Comme lui, nous admettons que beaucoup d'ulcérations doivent non seulement guérir sans cautérisation, mais que les cautérisations les entretiennent; avec lui aussi nous dirons que des ulcérations sont consécutives à l'engorgement. Mais nous serons loin d'admettre que cela se passe ainsi dans la majorité des cas. Nous admettrons qu'à la suite d'une de ces causes que nous avons énoncées, l'engorgement ayant lieu, une des lèvres étant plus engorgée, le col de l'utérus frotte contre les parois du vagin, et l'irritation que cela cause donne lieu à une ulcération légère, détruisant l'épithélium seulement; ulcération que l'on peut appeler exulcération. Par suite d'inflammation intra-utérine, la matière mucoso-purulente qui s'échappe incessamment par l'orifice est encore une cause d'ulcération, affectant plus communément la lèvre postérieure, ce qui tient, ainsi qu'on l'a dit souvent, à la position couchée des malades. Mais nous n'avons encore ici qu'une ulcération superficielle. Voilà les seules concessions que nous accordions à M. Gosselin.

Nous voyons si fréquemment des jeunes filles, n'ayant pas eu d'enfans, atteintes d'ulcérations seules, sans apparence aucune d'engorgement, que sans d'autres preuves nous ne saurions admettre les idées de l'auteur. Enfin, quand on récapitule la manière dont les ulcérations commencent, peut-on admettre encore que l'engorgement en a été la cause? Lorsqu'elles naissent de pustules disséminées sur la surface du col; lorsqu'elles paraissent sous la forme de taches éparses qui se rapprochent, ces ulcérations sont-elles nécessairement accompagnées d'engorgement? Dans les fissures du col le fait pourrait bien se rencontrer plus fréquemment, et pourtant nous avons des observations de cette espèce d'ulcération succédant à des accouchemens qui ont eu lieu à St-Lazare, et dans lesquelles nulle apparence d'engorgement ne pourrait être alléguée.

Ainsi donc pour nous il y a tantôt maladies distinctes, sans que l'une vienne plus que l'autre en complication, tantôt l'ulcération a précédé l'engorgement, et d'autres fois, au contraire, l'engorgement a paru le premier.

Nous allons donc agir pour les engorgemens de la même manière que nous l'avons fait pour les ulcérations, c'est-à-dire en mettant de côté leurs complications.

Nous nous sommes déjà expliqués, dans ce travail, sur ce que nous regardions comme engorgement, en ayant égard aux dimensions. Les engorgemens simples du col sont ou généraux ou partiels; dans la grande majorité des cas, s'ils sont partiels, ils occupent la lèvre postérieure, l'antérieure restant à l'état normal. Dans cette circonstance, on peut remarquer d'abord que l'orifice ne paraît plus au centre, mais en avant, et que les deux lèvres de l'orifice de l'utérus ne sont plus égales; la postérieure devenant plus longue fait saillie en avant, de sorte qu'au lieu d'une apparence de ligne droite, l'orifice prend la forme d'un arc dont la concavité est en avant. Plus rarement nous voyons l'engorgement de l'utérus occuper un de ses côtés, et alors l'orifice est sur le côté. Nous avons vu dernièrement cette hypertrophie tellement exagérée, qu'en embrassant le col avec le spéculum à quatre valves, toute la partie convexe et saillante qui se présentait n'était que le côté droit du col, l'orifice était placé à gauche et si haut qu'il semblait toucher l'insertion vaginale. Chez une autre malade, que nous avons sous les yeux, l'hypertrophie occupe, au contraire, une partie seulement de la lèvre antérieure; de sorte que cette partie fait saillie dans le spéculum et qu'au toucher le col a une apparence irrégulièrement pyriforme dont la grosse extrémité est en arrière. Nous voyons encore l'hypertrophie partielle ne prendre son extension que dans le diamètre antéro-postérieur, sans en prendre sur les côtés, de sorte que la lèvre atteinte de cet engorgement dépasse l'autre quelquefois de plus d'un centimètre. Lorsque c'est la lèvre antérieure, elle retombe sur l'orifice du col qu'elle cache; il n'est pas alors toujours facile de découvrir cette ouverture.

Nous voyons rarement les engorgemens du col de l'utérus chez les jeunes filles; ce n'est guère avant vingt-deux à vingt-quatre ans que nous les observons, et si, avant cette époque, les ulcérations sont bien plus communes et très rarement accompagnées de cette complication, il devient rare ensuite d'observer des ulcérations sans engorgement. C'est qu'il faut pour produire cette dernière affection, ou une cause puissante, ou une série de plusieurs phénomènes qui déterminent sur cet organe l'afflux du sang ou la stase des liquides. Les principales de ces causes, ce sont les accouchemens et surtout les avortemens, puis l'irritation continuelle que l'action du coït porte sur cet organe, l'irrégularité et l'absence si commune, chez les femmes prostituées, de la menstruation, et enfin la succession de plusieurs ulcérations et la phlegmasie de la cavité utérine.

Si l'engorgement peut occuper une partie du col, si, comme nous l'avons indiqué dans une autre partie de ce travail, s'emparant de la totalité du col, celui-ci acquiert une dimension peu supérieure à celle qu'il a dans l'état normal, il est commun toutefois de voir, chez des femmes qui portent un engorgement général, le col présenter alors des dimensions considérables, telles qu'on ne peut l'embrasser dans les valves du spéculum; dans cet état il peut dépasser six centimètres de diamètre. Dans ces cas, il est très fréquent d'observer que le museau de tanche, au lieu d'être arrondi, est aplati. Cette nouvelle configuration pourrait même faire croire que ces dimensions sont encore plus considérables. Au toucher, assez ordinairement il paraît plus dur; qu'il y ait ou non ulcération, la surface semble irrégulière, quelquefois mamelonnée, ou bien avec des anfractuosités. Lorsqu'on rencontre ainsi un col dur, on peut être sûr que l'engorgement n'est pas fongueux; que le doigt, au toucher, ne sera pas recouvert de sang, et presque toujours la couleur du col s'éloignera peu de la couleur normale, c'est-à-dire *gris-rose*. On peut même observer que la couleur se rapproche plus du blanc que dans l'état normal. Ce sont ces engorgemens qu'il est excessivement facile de confondre avec le squirrhe, et qui ont donné plus d'une fois lieu à des observateurs peu attentifs, soit de porter le trouble dans les familles, soit même de faire des opérations intempestives.

Les symptômes locaux que présentent les femmes qui portent ce genre d'engorgement sont les suivans: sentiment de pesanteur dans le basventre, qui s'étend jusque dans le vagin; quelques-unes ont la sensation d'un corps volumineux qui serait placé dans le vagin, et qui tendrait à s'échapper. Presque toutes ont des tiraillemens douloureux dans les cuisses, dans les aines; ils sont dus aux ligamens larges de la matrice qui se font plus sentir d'un côté que de l'autre, pour peu qu'il y ait une déviation du col. La marche peut devenir tellement difficile que des femmes sont obligées de s'arrêter après quelques pas: la douleur qu'elle occasionne est telle qu'elles tomberaient en défaillance; toutes souffrent au moindre cahos, supportent encore plus facilement la marche que la voiture; assises, la matrice, qui repose sur le rectum, donne lieu à des douleurs qui s'irradient dans le vagin; ces douleurs, causées par la pression des nerfs sacrés, sont quelquefois comparées par les malades à un sentiment de brûlure ardente. La défécation est quelquefois horriblement douloureuse, d'autant plus que la constipation est habituelle chez ces malades; enfin la pression portée sur le col de la vessie empêche beaucoup de femmes de retenir leur urine. Remarquons ici, en passant, que dans une affection qui simule par les symptômes locaux la maladie dont nous parlons, mais à laquelle on ne saurait se méprendre au moyen d'un

toucher attentif (l'antéversion ou la rétroversion de l'utérus), les douleurs pour la défécation, le besoin et la difficulté d'uriner, sont dans ces affections bien plus constans et portés à un degré beaucoup plus considérable que dans la maladie qui nous occupe.

Quand l'engorgement existe depuis longtemps, il finit par porter une atteinte profonde à l'organisation : la fièvre s'allume, le marasme arrive, et tous les symptômes généraux auxquels la malade est exposée peuvent bien simuler une affection cancéreuse. Il est de ces malades qui restent ainsi pendant plusieurs années, sans que leur état soit notablement changé. Ce qui ajoute à la difficulté du diagnostic dans cette maladie, c'est que l'engorgement arrive progressivement; la malade, habituée insensiblement aux malaises dont nous venons de tracer le tableau, ne consulte que fort tard, et souvent alors il est difficile d'entraver la marche de cette affection. On peut observer que ces engorgemens sont très souvent, surtout chez les femmes d'un certain âge, exempts d'ulcération; que lorsque l'ulcération existe, elle est peu profonde, et que souvent, bornée à la lèvre postérieure, il n'y a qu'un peu de rougeur livide qui indique l'absence de l'épithélium. L'un de nous donne ses soins en ce moment à une dame d'une quarantaine d'années, des environs de Paris, qui porte, depuis bientôt quatre ans, un engorgement très volumineux du col et présente l'ulcération livide dont nous venons de parler à un très haut degré.

Dans beaucoup de cas, il y a un écoulement qui ne vient que de l'intérieur du col et qui est dû à ce que l'inflammation a pénétré jusque dans la cavité intra-utérine. Cet écoulement, qui est le plus ordinairement muqueux et opaque, devient quelquefois puriforme. Ajoutons qu'il est très rare que les femmes qui ont un engorgement soient convenablement menstruées : tantôt les époques sont irrégulières et très abondantes; d'autres fois, si elles paraissent plus régulières, elles sont accompagnées de douleurs névralgiques que les malades comparent aux douleurs de l'enfantement, et la quantité de sang est fort diminuée, le sang est très appauvri, et chaque tache sur le linge est entourée d'un cercle jaunâtre.

Obligés que nous sommes d'empiéter sur les caractères du squirrhe, nous allons essayer de démontrer les différences qui existent entre une femme affectée d'engorgement ou de cette dernière maladie.

Il est rare que la surface d'un col, affectée de squirrhe, soit aplatie; ordinairement elle est irrégulière; et si nous avons vu que dans l'engorgement il pouvait y avoir des mamelons et des anfractuosités, dans le squirrhe ces caractères deviennent plus évidens. Si la surface de l'engorgement est assez dure au toucher, ce phénomène est beaucoup plus sensible dans le squirrhe; de plus, il y a une espèce de rénitence, d'élasticité, surtout dans celui que l'on désigne sous le nom de chondroïde, et qui est la forme qui se rapproche le plus pour l'aspect de l'engorgement que nous venons de décrire. Même sentiment de pesanteur, de brûlure; même gêne dans la marche, dans la station; mais la douleur a un caractère auquel nul praticien ne peut se tromper, c'est son *instantanéité*, sa *rapidité* qui la rapprochent de la sensation d'un dard qui traverserait les parties. Mais quelle que soit l'habileté du praticien, ce n'est souvent qu'après beaucoup de temps et d'examen qu'il peut être sûr d'avoir affaire à l'une ou l'autre de ces maladies. En effet, l'engorgement de nature simple, quels que soient les phénomènes graves auxquels ils donnent lieu, quel que soit le temps écoulé depuis son origine, ne change pas de nature, il ne survient pas d'ulcérations, ou, s'il s'en manifeste, elles ne sont pas profondes, et ne se recouvrent pas d'un liquide sanieux. Enfin, jamais on ne voit d'hémorrhagie abondante se déclarer. Dans le cas de squirrhe, au contraire, on peut rester longtemps dans le doute, les douleurs ne se manifestant pas, ou seulement de loin en loin. Il vient seulement une époque qui peut nous éclairer, c'est lorsque l'ulcération se manifeste : elle occupe promptement toute la surface du col, et que l'on a recours à tous les moyens thérapeutiques, elle n'en augmente pas moins en étendue et en profondeur. Les caustiques, si puissans dans les autres cas, semblent, au contraire, ici, activer la marche destructive de cette affection. Faut-il croire que l'on puisse reconnaître toujours au marasme et à la coloration jaune-paille, que l'on dit particulière aux affections cancéreuses, le squirrhe, même à un degré avancé? Il n'en est pas ainsi. On se rappelle cette jeune femme, dont nous avons donné, dans un autre chapitre (Voy. *Cancer ulcéré*), l'observation, et qui présenta jusqu'à sa mort un embonpoint et un teint remarquables. Il semble donc résulter de l'observation que ce qui peut différencier les deux affections, que nous comparons ensemble, n'est, à une certaine époque, que *la douleur et les hémorrhagies suivies d'ulcérations profondes, qui ne se modifient jamais, quelle que soit la médication que l'on emploie.*

Il est une autre affection que l'on peut confondre avec l'engorgement, et d'autant plus facilement qu'atteignant très souvent des femmes d'un certain âge, qui ont eu plusieurs enfans, le col a conservé un volume qui, pour certains praticiens, pourrait passer pour un engorgement et être la cause principale des douleurs dont sont atteintes ces personnes. Nous voulons parler de *la névralgie de l'utérus.*

Il est excessivement difficile de juger, de prime abord, si on a affaire à un engorgement ou à une affection simplement nerveuse de l'utérus. Ce n'est qu'en interrogeant les malades avec le plus grand soin, en les examinant à plusieurs reprises, et surtout en ayant égard à leur constitution, que l'on peut porter un diagnostic précis.

Nous connaissons plusieurs dames dans le monde qui présentent au plus haut point les phénomènes dont nous allons parler. Ces personnes sont restées jusqu'à 40 à 45 ans sans éprouver aucune affection du côté de la matrice; puis des douleurs se sont manifestées dans le bassin, dans les lombes. Ces douleurs s'irradiaient tantôt du côté de la poitrine, mais bien plus souvent le long des cuisses. Pour se faire une idée de l'intensité de ces douleurs, qu'il nous suffise de dire que chez l'une d'elles, pour croiser une jambe l'une sur l'autre ou pour rapprocher les genoux, il survenait des douleurs intolérables; qu'enfin ces malades étaient arrivées au point de ne faire aucun mouvement, même pour écrire. Chez ces femmes, aucune apparence d'écoulement, nulle trace d'ulcération, le col seulement un peu volumineux, et, pour terminer, disons que, chez quelques-unes d'entre elles, après plusieurs années de traitemens variés, la maladie est au même point où elle était lorsqu'elle a commencé à paraître. Nous en connaissons qui n'ont jamais pu sortir de leur chambre; qui ne pourraient supporter ni la voiture la plus douce, ni la marche sur le plan le plus uni. Assez ordinairement cette affection finit par perdre de son intensité; mais jamais les personnes ne récupèrent un état complet de santé.

L'engorgement du col une fois qu'on a déterminé sa nature et le traitement qu'on doit lui opposer, n'est pas en général une maladie grave. Elle cause, il est vrai, des douleurs assez vives, elle s'oppose à la marche, à plusieurs actes de la vie, mais elle guérit dans un temps plus ou moins éloigné. La constitution des malades entre pour beaucoup dans le pronostic que l'on peut porter sur cette affection : ainsi, telle femme qui a un engorgement très prononcé guérit beaucoup plus rapidement ayant une constitution vigoureuse, qu'une autre malade d'un tempérament lymphatique et ne présentant qu'un engorgement médiocrement volumineux. Les causes de cette maladie influent également sur sa durée. L'excès du coït est une cause fréquente, et qui présente plus de gravité que les suites de couches, par exemple, ou des fatigues par suites de marches ou de travaux. Observons ensuite que l'habitation des villes on mieux encore les habitudes qu'on y contracte sont une fâcheuse prédisposition à cette affection qui est à peine connue dans les campagnes.

Si nous avons parlé, en premier lieu, des erreurs de diagnostic que l'on commettrait si l'on ne tenait compte que des symptômes locaux que présente cette maladie, c'est que ce sont eux qui peuvent le plus facilement tromper le médecin. Nous allons voir maintenant d'autres lésions qui y ressemblent physiquement, et qui, n'étant pas accompagnées des mêmes phénomènes, ne devraient jamais être confondues avec l'engorgement.

On voit quelquefois se manifester sur l'une ou l'autre lèvre, et souvent sur plusieurs points du col de l'utérus, des tumeurs arrondies sans changement de coloration; seulement elles se laissent déprimer et présentent comme une espèce de fluctuation. Ces tumeurs ont été appelées par les uns *abcès du col de l'utérus*, par les autres *tubercules*. Disons que dans quelques cas, lorsque l'abcès est très superficiel, il présente une coloration jaunâtre; et, si on ouvre ces tumeurs, au moyen d'un bistouri, il en sort un pus plus ou moins concret, et c'est tout justement à cause de l'épaisseur de ce pus et de sa couleur jaune verdâtre, qu'on lui a rapporté faussement la dénomination de tubercules. Ce n'est pas que, chez quelques phthisiques, nous ayons rencontré des tubercules jusque dans cet organe; mais outre que cela est fort rare, les occasions qui nous ont été données d'ouvrir de ces tumeurs n'ont jamais eu lieu sur des phthisiques.

Une autre affection, que l'on ne confondra pas avec l'engorgement, est cet état du col dans lequel il devient comme œdémateux. Nous ne l'avons observé que sur des femmes lymphatiques; assez souvent le reste des parties génitales, et principalement le méat urinaire, participent de ce même état. Dans ce cas le col est tuméfié d'une manière générale, il est blanc, ou pourrait dire transparent, d'une apparence d'une *bille d'agate*, il se laisse facilement déprimer et conserve légèrement l'empreinte du corps avec lequel on l'a touché. C'est cette affection que M. Jobert a appelée *hydropisie du col.*

Nous aurions encore à parler de l'engorgement hémorrhagique dont se sont entretenus les auteurs, mais nous l'avons déjà décrite à l'article *Ulcération fongueuse*. Nous y renvoyons nos lecteurs.

L'engorgement du col de l'utérus est le résultat, comme nous le savons, d'une phlegmasie dont les produits consistent en une matière plus ou moins concrète qui infiltre les mailles du col ; c'est contre cet état que les auteurs ont préconisé un grand nombre de moyens.

De là deux indications thérapeutiques qui consistent : 1° *à arrêter la phlegmasie par les agens convenables ;* 2° *à favoriser l'absorption des produits de sécrétion.*

Voici comment nous procédons.

Lorsque l'affection est encore à l'état aigu et qu'il n'existe aucune complication ni aucune contre-indication, nous pratiquons une ou plusieurs petites saignées du bras de 125 à 250 grammes, proportionnées du reste à l'âge, à la force et au tempérament de la malade. Dans quelques cas de congestion active du col, nous préférons appliquer de temps en temps des sangsues, en nombre variable (de quinze à trente) sur le col même de l'utérus et les faisons saigner au moyen d'injections chaudes ou bien en donnant un bain de siége composé d'herbes émollientes.

Mais, le plus ordinairement, on n'est consulté par les malades que quand la maladie est déjà ancienne. Nous ne débutons pas, dans ce cas, à moins d'indication particulière, par les antiphlogistiques, car souvent alors nous avons affaire à des femmes épuisées, soit par le progrès toujours croissant de l'engorgement dont la cause persiste encore, soit par un traitement qui a été trop énergique et intempestif.

Nous faisons usage dans cette circonstance, avec beaucoup de succès, des résolutifs soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, surtout de ces derniers. C'est ainsi que nous appliquons sur le sacrum, siége de prédilection, des emplâtres de poix de Bourgogne que nous saupoudrons de 4 à 6 grammes de tartre stibié; nous les laissons à demeure pendant huit à dix jours et nous les renouvelons si la nécessité nous en est démontrée. En même temps que l'éruption suit son cours, nous faisons prendre à la malade deux bains entiers par semaine, et des injections astringentes et résolutives, trois à quatre fois par jour, décoctions de feuilles de noyer, de ratanhia, etc. Nous nous trouvons très bien, dans ces cas, des frictions résolutives sur les aines et l'hypogastre. Celles que nous employons de préférence sont l'iodure de potassium et l'iodure de plomb.

Lorsque les malades sont prises de douleurs névralgiques, pendant l'écoulement menstruel, nous avons recours avec avantage aux préparations opiacées associées aux antispasmodiques (pilules d'extrait gommeux d'opium et gomme ammoniaque).

Enfin, un régime doux, pris en petite quantité, le repos de l'organe, et le décubitus horizontal, sont indispensables quand l'engorgement est considérable.

L'engorgement s'accompagne-t-il de catarrhe utérin, et reconnaît-il pour point de départ la phlegmasie de la cavité intra-utérine ; c'est la phlogose de la muqueuse utérine qu'il faut alors combattre par les moyens appropriés ; l'engorgement du col diminue à mesure que le catarrhe utérin perd de son intensité. (Traitement antiphlogistique au début, saignées dérivatives ; boissons délayantes, acidulées plus tard.) Nous ajouterons que nous avons employé avec succès, pendant plusieurs années, à Saint-Lazare, une teinture saccharolée de poivre cubèbe.

Prenez : Poivre cubèbe	60 grammes.
Alcool à 31°	250

Faites macérer pendant 48 heures, filtrez et édulcorez avec 125 grammes de sirop de sucre. (Une cuillerée à bouche matin et soir.)

C'est une liqueur que nos malades ne répugnent pas de prendre et qui a une action curative assez constante, surtout quand elle est administrée en même temps que des purgatifs. A l'extérieur, nous conseillons des injections astringentes froides, et, deux ou trois fois la semaine, nous cautérisons, à l'aide du nitrate d'argent fondu, l'intérieur du col, aussi profondément que possible.

Nous avons, pendant plus d'une année, fait usage de l'iodure de potassium dans les engorgemens du col de l'utérus, mais avec des résultats variés. C'est ainsi que, chez quelques malades, il y a eu une amélioration bien notable; quelques autres n'ont éprouvé aucun changement et sont restées stationnaires. Cela tient, sans doute, à ce que ce médicament n'agit pas également sur tous les engorgemens, et qu'il faut, avant tout, avoir égard à la constitution, à la nature et à la durée de la maladie. Ainsi, nous avons fait la remarque qu'il ne faut jamais se servir de cet agent, lorsque l'utérus se trouve encore sous l'influence d'une congestion sanguine, chez des femmes à tempérament pléthorique et nerveux. Mais il n'en est pas de même, lorsqu'on l'administre à une malade d'une constitution molle, lymphatique, qui porte, depuis longtemps, un engorgement qui est peu ou point douloureux.

La formule que nous avons adoptée est la suivante :

Prenez : Infusion de houblon	125 grammes.
Iodure de potassium	50 à 75 centigr.
Sirop de sucre	30 grammes.

A prendre en deux fois, le matin et le soir.

Nous augmentons tous les quatre jours de 25 centigrammes jusqu'à ce que nous soyons arrivés à 2 grammes.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans parler du mode de traitement auquel nous soumettons quelquefois nos malades, et qui nous a donné d'heureux résultats. On rencontre, en effet, assez souvent, des cas d'engorgemens chroniques contre lesquels tous les moyens rationnels échouent : c'est alors qu'il faut faire usage d'agens capables de réveiller la vitalité de l'organe malade, en produisant une inflammation partielle, soit avec le fer incandescent, soit à l'aide de caustiques puissans. Le fer rouge, quoique ne déterminant aucune douleur et n'étant jamais suivi d'accidens, d'après quelques travaux tirés de la clinique de l'hôpital Saint-Louis, n'en effraie pas moins les malades, et un grand nombre refusent de se livrer à un pareil moyen. C'est dans le but d'obvier à ce refus, de la part de certaines personnes affectées d'engorgemens, que nous avons employé le caustique de Vienne solidifié. Nous ajouterons que lorsqu'on a acquis une certaine habitude, on peut, *à volonté*, mesurer l'action de ce caustique, et que jamais nous n'avons eu à redouter une réaction générale. Nous allons en rapporter deux observations (la troisième et la quatrième).

1° ENGORGEMENT TRÈS VOLUMINEUX DU COL DE L'UTÉRUS, SANS LEUCORRHÉE ; RÉVULSIFS CUTANÉS ; GUÉRISON RAPIDE.

Obs. XVI. — La nommée Deveaux (Marie), âgée de 39 ans, d'une constitution molle, lymphatique, entre à Saint-Lazare le 3 novembre 1843. Cette femme, depuis six mois, est mal réglée et porte un engorgement du col de près de 4 cent. de diamètre ; elle n'a jamais eu d'écoulement ; mais elle se plaint de douleurs intenses dans le bas-ventre, d'un sentiment de pesanteur, de tiraillemens dans les lombes et dans les cuisses. Cet engorgement s'est développé très lentement; car, selon toutes les probabilités, il remonte à un avortement qu'elle a fait il y a six ans. L'examen au spéculum laisse voir un col régulièrement engorgé, d'un blanc mat, sans trace aucune d'ulcération. Le toucher augmente encore plus les douleurs de la malade.

Cette femme était entrée quatre mois auparavant dans nos salles pour un engorgement du col contre lequel nous avions employé le traitement antiphlogistique d'abord, puis les révulsifs.

Le jour de l'entrée de Deveaux, nous faisons une application sur le sacrum d'un emplâtre de poix de Bourgogne de 12 centim. de diamètre, saupoudré de 3 grammes de tartre stibié, injections de feuilles de noyer. L'éruption pustuleuse devient confluente, et bientôt l'engorgement du col diminue, ainsi que les accidens qu'il déterminait.

La malade sort guérie le 11 décembre après un séjour de 38 jours. Le col n'avait alors que 2 cent. de diamètre.

2° ENGORGEMENT CONSIDÉRABLE DU COL ; LEUCORRHÉE ABONDANTE ; HÉMORRHAGIES UTÉRINES FRÉQUENTES ; EMPLATRE STIBIÉ ; GUÉRISON.

Obs. XVII. — Berne (Marie), âgée de 26 ans, d'une belle constitution, mais très pâle, ayant la peau décolorée, entre à Saint-Lazare le 28 mai 1842. Cette femme, qui a eu cinq enfans et trois fausses couches, est sujette à des pertes rouges très abondantes qui durent dix à quinze jours et se renouvellent tous les quatre à cinq mois. Nous constatons au toucher un engorgement de 3 centim. de diamètre ; le col, généralement dur, indolent, examiné au spéculum, est d'un blanc pâle ; un écoulement blanchâtre apparaît à l'orifice externe du col. Du reste, la malade n'éprouve aucune douleur dans les reins, pas de tiraillemens dans les cuisses, seulement de la pesanteur dans la région hypogastrique. (Emplâtre stibié sur le sacrum, injections acéto-alunées, vin de quinquina 125 gr.) Nous appliquons un second emplâtre après que le premier a eu produit son effet. Sous l'influence de ce dernier, l'engorgement a diminué rapidement, et la malade est sortie guérie après un séjour de 64 jours.

3° ENGORGEMENT TRÈS VOLUMINEUX DU COL, SANS ULCÉRATION ; INSUCCÈS DES RÉVULSIFS CUTANÉS ; DEUX CAUTÉRISATIONS AVEC LE CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ ; GUÉRISON.

Obs. XVIII. — La nommée Noël, âgée de 31 ans, d'une constitution lymphatique, entre à Saint-Lazare le 2 mai 1843. Cette femme n'a jamais eu de maladies vénériennes ; elle a eu deux accouchemens à terme ; le dernier datant de dix-huit mois. Depuis cette époque, cette malade éprouve un sentiment de pesanteur dans le bassin qui se prolonge jusque dans les lombes ; elle a très peu d'écoulement. Vu au spéculum, le col n'offre aucune trace d'ulcération ; il peut avoir 4 à 5 centim. de diamètre ; le col est légèrement pâle ; il a une propension à se tourner vers le côté gauche. Le toucher donne la sensation d'un corps uniformément dur et qui paraît lourd. En pressant doucement de manière à le faire remonter, la malade éprouve un sentiment de bien-être qui cesse aussitôt que l'on retire le doigt. Le col se trouve être à 7 centim. de l'entrée du vagin.

Cette femme a été dans plusieurs hôpitaux, et a été traitée par des méthodes

diverses sans en obtenir aucun soulagement; loin de là, sa constitution paraît détériorée.

Nous commençons par tonifier la malade, et nous nous contentons de lui prescrire des injections de feuilles de noyer très concentrées pendant près d'un mois sans apercevoir rien de notable dans les changemens que la médication a pu apporter. Nous avons essayé de donner l'iodure de potassium, même à très petite dose, la malade n'a pu le supporter. Après avoir employé, sans succès, les emplâtres stibiés sur le sacrum, nous nous déterminons alors à appliquer sur le col quatre boutons de caustique de Vienne solidifié d'un peu plus d'un centimètre de diamètre chacun. Le caustique est maintenu, pendant une demi-minute, pour les quatre applications, et détermine une *rougeur brune* caractéristique de son action. La femme n'éprouve aucune douleur ni pendant l'application du caustique ni dans les jours suivans. On ne remarque pas non plus d'augmentation dans l'écoulement. Examinée au spéculum cinq jours après, l'orifice du col est entouré d'une auréole rougeâtre causée par le caustique et autour de laquelle il y avait un peu de boursoufflement. Nous prescrivons des injections émollientes et des bains entiers, et nous examinons de nouveau la malade dix jours après la cautérisation. La cicatrisation est presque opérée, et le col semble avoir un peu diminué de volume. La cautérisation est répétée après les règles de la malade.

Pour ne pas entrer dans plus de détails, nous dirons que cette femme est sortie deux mois après la deuxième cautérisation, n'éprouvant plus de douleurs et le col réduit à 3 centim. de diamètre. Ajoutons que la santé générale de cette femme s'est notablement améliorée.

4° ENGORGEMENT VOLUMINEUX DU COL SANS ULCÉRATION; ÉCOULEMENT ABONDANT; CAUTÉRISATION A L'AIDE DU CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ; GUÉRISON.

OBS. XIX. — Larbonillat, Josephine, âgée 24 ans, domestique, arrivée depuis peu de temps à Paris, entre à Saint-Lazare le 23 février 1843, pour un chancre simple à la fosse naviculaire qui guérit en peu de jours. Cette femme, d'une bonne constitution, a eu un enfant et deux fausses couches; elle éprouve, depuis quelques temps, un sentiment de pesanteur principalement sur le rectum. Son linge est taché par la matière blanche-verdâtre, le toucher fait reconnaître que le col est irrégulier, pesant; et quand on fait opérer à cet organe des mouvemens, la malade accuse de la douleur. Le spéculum fait voir le col d'une couleur blanchâtre de 4 centimètres de diamètre. L'orifice du col est déchiré irrégulièrement; cependant il n'est pas ulcéré à l'intérieur. Nous faisons, pendant quelque temps, subir à la malade un traitement antiphlogistique (saignées dérivatives), d'autant plus que cette femme est pléthorique et que plusieurs époques menstruelles ont manqué; nous employons en même temps des injections astringentes et résolutives sans aucun succès. Des révulsifs cutanés sont appliqués sur le sacrum, ils restent impuissans. Nous avons alors recours à l'application de deux boutons du caustique de Vienne sur les côtés de l'orifice du col. La malade n'éprouve aucune douleur. Nous l'examinons au bout de 6 jours et le col nous paraît déjà diminué de volume. Nous ne revenons pas à l'usage du caustique et nous faisons continuer les injections. La malade, au moment de sa sortie qui a suivi d'un mois la cautérisation, n'a plus qu'un col de 2 centimètres de diamètre.

Nous devrions, pour terminer tout ce qui a trait aux affections de l'utérus, nous occuper ici d'une maladie que nous observons souvent à St-Lazare, le *catarrhe utérin*. Mais notre intention est d'en faire le sujet d'un article développé, que nous nous proposons de publier plus tard.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1844, et janvier, février et mars 1845, contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Discours sur la vie et les travaux de William Hunter;* par M. Bobert Lee. 2° *Sur la sérosité blanche ou opaque du sang;* par M. Buchanan. 3° *Tableau des rapports moraux de la médecine;* par M. F. H. Marx. 4° *Relevé d'observations;* par M. Th. Mayo. 5° *Cas de tumeur hydatique du foie; suivi de remarques;* par M. Scott Alison. 6° *Spécimen des idées physiologiques de Carus;* par M. L. 7° *Sur la pathologie et le traitement des maladies de l'ovaire;* par M. Jeaffreson. 8° *Cas d'excision de presque une moitié de la mâchoire inférieure;* par M. Chisholm. (La maladie était un spina ventosa; on désarticula le condyle sans avoir lié préalablement la carotide primitive. Pas d'accidens. Guérison assez rapide.) 9° *Cas d'empoisonnement par l'acide oxalique;* par M. Letheby. 10° *Notice sur la forme cristalline du carbonate et découverte de l'oxalate de chaux dans l'urine des herbivores;* par M. Golding Bird. 11° *Considérations sur la syphilis; traitement du chancre primitif;* par M. Bartlett. 12° *Sur les fonctions de la bile;* par M. Kemp. 13° *Sur la science et la pratique;* par M. W. Earle. 14° *Note sur l'hygiène particulièrement dans ses rapports avec le soldat.* 15° *Observations de médecine;* par M. Scott Alison. 16° *Points de pratique;* par M. Wigam. 17° *Observation de maladie de poitrine;* par M. Ward. 18° *Considérations sur la structure du* corpus luteum *et sur sa valeur comme preuve de grossesse;* par M. Robert Lee. 19° *Cas de cécité subite;* par M. Synnot. (L'auteur considère la cécité comme ayant été causée ici par une effusion sanguine dans le nerf optique. Mais l'autopsie n'ayant pas été faite, on ne peut guère adopter cette explication qui n'est d'ailleurs appuyée ni sur la discussion des symptômes observés, ni sur aucun raisonnement.) 20° *Recherches sur la goutte;* par M. Alexander Ure. 21° *Sur la nature et le siége de la coqueluche;* par M. Streeter. 22° *Sur les maladies des poumons par causes mécaniques;* par M. Hughes. 23° *Expériences sur la formation ou sécrétion du carbone par les animaux, la disparition de l'hydrogène et de l'oxygène et la production de la chaleur pendant ces phénomènes;* par M. Robert Rigg. 24° (Dans les abcès des amygdales, M. Wigam recommande l'emploi d'un bistouri recourbé en forme de crochet vers sa pointe, et tranchant seulement sur son bord concave. On peut avec cet instrument ouvrir facilement et sans danger les abcès de l'arrière-gorge.) 25° *Sur la meilleure méthode de déterminer la pesanteur spécifique des poudres;* par M. Nevins. 26° *Opium découvert dans l'estomac plusieurs jours après la mort;* par M. Letheby. 27° *Cas d'empoisonnement aigu par le carbonate de plomb;* par M. John Snow. 28° *Réflexions pratiques sur les capillaires de la tête;* par M. Wilkinson King. (Les vaisseaux de la tête n'ayant à supporter de la part de la colonne sanguine qu'une faible pression, ont des parois plus minces que ceux des autres parties du corps. Cette différence de conformation explique la fréquence de certaines maladies à la tête, ainsi les polypes du nez, les épistaxis, les nœvus, les épanchemens de l'œil et de la face, les lupus, etc.) 29° *Sur le rôle du système nerveux dans la sécrétion et dans l'irritabilité;* par M. W. Earle. 30° *Sur la péricardite;* par M. Hughes. 31° *Cas singulier d'hémorragie intra-utérine mortelle;* par M. W. Thompson. (Accident produit par le détachement du placenta; mais on n'a pu découvrir ni dans une maladie, ni dans une violence traumatique la cause de ce décollement qui portait sur le placenta tout entier.) 32° *Théorie de la respiration;* par M. George Kemp. 33° *Sur les fractures du fémur;* par M. W. Lyon. (D'après son expérience, l'auteur a été amené à employer de préférence l'appareil de Desault. Dans les fractures intra-capsulaires et même dans les extra-capsulaires survenues chez des sujets âgés de plus de 60 ans, il laisse, comme le faisait A. Cooper, le malade au lit, lui permettant de se servir de son membre dès qu'il le peut, et ne lui mettant pas de bandage pendant toute la durée du travail de consolidation. Le nom de M. W. Lyon, si favorablement connu de nos lecteurs, donne une grande autorité à ces préceptes.) 34° *Sur les tumeurs des cicatrices;* par M. Macpherson. 35° *Cas d'éruption syphilitique cuivrée affectant la conjonctive;* par M. A. Smee. 36° *Du mesmérisme appliqué aux opérations chirurgicales;* par M. J. Chatto. (Sans se prononcer sur la réalité des effets magnétiques, l'auteur pense que lorsque les malades sont condamnés à souffrir les horribles douleurs d'une opération chirurgicale, il y aurait humanité à essayer un moyen qu'on vante comme capable de leur en épargner la totalité.) 37° *Cas d'excavation tuberculeuse du poumon gauche traité par la perforation de cette cavité à travers les parois thoraciques;* par MM. Hastings et Storke; *suivi de remarques pratiques sur cette opération;* par M. Hocken. 38° *Influence des nerfs sur la sécrétion;* par M. W. Earle. 39° *Sur l'état présent des recherches en thérapeutique;* par M. James Arnott. 40° *Sur le siége du mal de tête et sa signification dans le diagnostic;* par M. Wilkinson King. 41° *Quelques observations sur la topographie médicale, le climat et les maladies des baies de Benin et Biafra (côte occidentale d'Afrique);* par M. Daniell. 42° *La maturation périodique et l'expulsion des ovules, indépendamment du coït, chez les mammifères et chez l'homme, prouvées être la condition primitive de leur propagation;* par M. Bischoff; traduit par M. Henry Smith. 43° *Absence d'une portion du cerveau;* par M. John Chatto. (Hydatides dans les ventricules; absence du corps calleux; du *septum lucidum* et d'une partie de la voûte à trois piliers.) 44° *Cas de purpura hemorrhagica résultant probablement de la contagion variolique;* par M. N. Adams. 45° *Empoisonnement par l'acide prussique;* par M. Letheby. 46° *Observation d'abcès dans les muscles abdominaux et de maladie des os du pubis.* (La maladie osseuse, qui n'est pas décrite, avait succédé à un coup. Deux jours après l'ouverture de l'abcès, une péritonite se déclara et devint promptement mortelle. On trouva, à l'autopsie, que le pus du foyer avait fusé entre les muscles abdominaux et le *fascia transversalis.*) 47° *Inflammation du foie;* par M. Paterson. 48° *Considérations sur la na-*

ture et le traitement des maladies les plus importantes du système nerveux, avec observations; par M. Blackmore. 49° *Cas de variole maligne ou hémorrhagique*; par M. John Snow. 50° *Effets toxiques des cyanures : cyanure de mercure et cyanure d'argent*; par M. Letheby. 51° *Cas de chirurgie observés à l'infirmerie de Saint-Marylebone*; par M. Stafford. 52° *Structure du* corpus luteum; par M. Paterson. 53° *Sur l'emploi du sulfate de manganèse dans différentes maladies*; par M. Goolden. 54° *Sur la péricardite comme suite et complication de la scarlatine*; par M. Scott Alison. 55° *Cas de maladie encéphaloïde du tibia et des parties molles*; par M. Edwin Hall. (On amputa la cuisse dans sa partie moyenne pour l'encéphaloïde de la jambe. Le malade guérit de l'opération; mais dix mois après il succomba, et l'on trouva, à l'autopsie, les poumons envahis dans une grande partie de leur étendue par une dégénérescence carcinomateuse.) 56° *Cas d'œdème de la glotte*; par M. Illingworth. 57° *Sur le traitement de la fistule à l'anus par ligature*; par M. Lomas. (Après avoir serré les parties à diviser dans l'anse d'un fil fin d'argent ou de platine, l'auteur conseille de laisser aux deux chefs de ce fil assez de longueur pour pouvoir les fixer sur le sacrum au moyen d'une bandelette agglutinative placée en travers. De cette manière, dit-il, la présence de la ligature ne gêne point le malade dans l'exercice de ses fonctions; il peut continuer à marcher pendant tout le traitement, hormis les premières vingt-quatre heures.) 58° *Sur le rôle et l'office des membranes séreuses*; par M. R. Willis. (L'auteur commence par poser en principe que les séreuses ne sont pas uniquement destinées à favoriser les mouvemens; car, dit-il, quels sont les mouvemens du cerveau? Et les poumons et le cœur subissent-ils une locomotion plus étendue que certains muscles, lesquels pourtant ne sont pas entourés de séreuses? Selon M. Willis, ces membranes sont des auxiliaires de la peau et servent à éliminer, par le fluide qu'elles exhalent, quelques-uns des principes du sang artériel.) 59° *Forme particulière d'anévrisme disséquant de l'aorte thoracique*; par M. Macdonnell. 60° *Des effets médicinaux de l'eau à différentes températures*; par M. Wilkinson. 61° *Sur l'hépatalgie*; par M. Alluatt. 62° *Considérations sur la digestion et sur la diète*; par M. Wilkinson. 63° *Deux cas de ligature de l'iliaque primitive*; par MM. Stanley et Ferguson.

SUR LE SÉRUM DU SANG QUI EST BLANC ET OPAQUE; par le docteur BUCHANAN.

On sait que, dans certains cas, encore mal définis, le sérum qui se sépare après la saignée, au lieu d'être d'un jaune transparent, offre un aspect trouble, à peu près comme si on l'avait mélangé avec une certaine quantité de lait; on sait les différentes explications qui ont été données de ce phénomène; celle qu'en propose ici M. Buchanan mérite aussi d'être connue et d'être l'objet de recherches qui la confirment. Ayant remarqué, avec Haller, que cette coloration du sérum du sang était surtout fréquente chez les jeunes femmes qui se font saigner dans la persuasion qu'elles sont enceintes, et qui habituellement sont bien portantes, ont bon appétit et le satisfont complètement, il fut amené à penser que cette fréquence devait tenir à la condition particulière dans laquelle elles se trouvaient, ou à ce qu'elles avaient pris des alimens peu de temps avant la saignée. Il n'eut pas de peine à obtenir d'un jeune garçon, pour l'appât d'un bon dîner, de se laisser tirer quelques onces de sang; et après l'avoir tenu à jeun toute la matinée, il lui donna, à quatre heures du soir, une livre de beefteack, une demi-livre de pain, une livre de soupe brune et une demi-bouteille de porter; puis il lui fit trois saignées différentes, chacune de trois onces; la première une heure après le repas, la seconde une heure et quarante minutes, et la troisième le lendemain matin à huit heures, ou seize heures après le repas, depuis lequel il n'avait rien été pris. Le sang, au moment où il sortait de la veine, ne différait en rien de ce qu'il est ordinairement, et la quantité du sérum qui s'en sépara fut à peu près la même les trois fois; mais le premier sérum était blanchâtre et trouble, le second était semblable à du petit lait, tandis que le troisième était parfaitement limpide. Les deux premiers caillots n'offrirent rien d'extraordinaire, mais le troisième se couvrit d'une couche fibrineuse transparente couverte de points blancs.

Dans la crainte que l'on ne pût objecter que le sérum de ce jeune homme était déjà laiteux avant son dîner, le docteur Buchanan cite le fait suivant. Un homme vigoureux, âgé d'environ 35 ans, après dix-neuf heures de jeûne, reçoit un dîner semblable à celui du précédent, mais est saigné une fois avant ce dîner et trois fois après, et chaque saignée est de 2 onces. Voici quel fut l'état du sérum de chacune de ces quatre saignées. Celui de la première, celle qui avait été pratiquée avant le dîner, était parfaitement limpide; celui de la seconde, pratiquée trois heures et quart après le dîner, était trouble; celui de la troisième, obtenue huit heures et quart après le repas, était encore plus opaque, tandis que celui de la dernière saignée, faite dix-huit heures après le dîner, était tout à fait limpide, bien que le sujet eût fait un léger souper dans l'intervalle.

Le sujet de la première expérience, après un jeûne de dix-huit heures, reçut pour dîner une livre de soupe brune, quatre onces de pain, huit onces de pommes de terre, vingt onces de beefteack et seize onces de porter de Londres; il resta ensuite dix-huit heures sans manger, et pendant ce temps subit quatre saignées de deux onces chacune, et dont l'une avant le repas et les trois autres deux heures, huit heures et dix-huit heures après le repas. Le sérum de la première était d'un jaune d'ambre; celui de la seconde trouble; celui de la troisième très trouble et semblable à de l'eau de gruau tout à fait opaque; et enfin celui de la quatrième était encore notablement trouble.

L'auteur conclut, de ces expériences et de quelques autres, que la couleur blanche que prend quelquefois le sérum dans la saignée dépend de l'influence de la digestion; que ce phénomène se manifeste une demi-heure après que les alimens ont été pris, puis augmente d'intensité jusqu'à ce qu'il arrive à son maximum, puis va ensuite en diminuant graduellement. Il paraîtrait aussi que la coloration du sérum serait d'autant plus foncée et durerait d'autant plus de temps que les alimens auraient été pris en plus grande quantité et seraient plus ou moins faciles à digérer.

M. Buchanan termine par quelques remarques sur les caractères physiques et chimiques du sérum blanc ou laiteux, que nous allons reproduire. La couleur de ce sérum est en général le blanc de lait avec une teinte brunâtre dans quelques cas. Examiné au microscope, ce liquide contient un grand nombre de granulations en suspension n'ayant pas tout à fait le volume des globules du sang, d'une forme irrégulière, souvent sphériques et offrant au centre un nucleus. Ces granulations, qui sont en aussi grand nombre dans le liquide à peine coloré que dans le plus opaque, tendent à la surface, à la manière de la crême, disposition qui augmente considérablement si on augmente la pesanteur spécifique du liquide en le saturant de sel commun.

La matière blanche séparée par le filtre est insoluble dans l'eau et ressemble assez à de la fleur de froment exposée à une chaleur très vive; elle se charbonne immédiatement et brûle presque complètement; elle est insoluble dans l'éther et l'alcool, soluble au contraire par la potasse caustique; traitée par le sulfure de plomb, elle fournit des traces de sulfure noir.

Tout en admettant l'exactitude des résultats obtenus par M. Buchanan sur le développement du sérum laiteux sous l'influence de la digestion, il n'en est pas moins vrai qu'il y a des maladies durant lesquelles le sérum du sang présente ce même caractère, bien que la digestion, dans ces cas, ne puisse y être pour rien. Il en résulterait donc qu'il y aurait deux espèces de sérum laiteux : l'un qui serait le résultat de l'introduction du chyle dans le sang à la suite de la digestion, et l'autre dont la cause obscure se lierait à certains états pathologiques.

SUR LA PATHOLOGIE ET LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'OVAIRE; par M. JEAFFRESON.

L'auteur émet une opinion favorable sur l'extirpation des kystes de l'ovaire. Nous saisissons cette occasion pour enregistrer une statistique de l'un des partisans de l'opération, comme nous en avons déjà inséré une de l'un de ses adversaires (V. GAZ. MÉD., p. 441). En pareille matière, et quelle que soit la différence des conclusions exprimées, les chiffres ne se contredisent pas, ils s'éclairent mutuellement.

M. Jeaffreson a rassemblé 74 cas d'opérations faites pour des tumeurs ovariques réelles ou présumées. Il les a extraites principalement de la pratique de Laumônier, de MM. Dorval, Smith, Hysars, Chrysmer, Clay, Walne, Bird, Hopfer, Atlee, Lane, West, Dohlhoff et de la sienne propre. Sur ces 74 cas, 37 fois la tumeur a été enlevée et la malade a guéri; 24 fois, l'opération a été suivie de mort, et chez ces 24 sujets, 14 fois elle n'avait pu l'être à cause de ses adhérences, 4 fois on avait trouvé que la maladie n'était pas une tumeur de l'ovaire.

En reprenant les mêmes faits sous un autre point de vue on arrive à ce résultat, savoir, que sur 74 cas où l'opération pour l'extraction d'une tumeur de l'ovaire a été entreprise, elle a été achevée 51 fois dont 14 morts et 37 guérisons. Dans 23 cas, au contraire, le plan opératoire prémédité ne put être mis à exécution, 14 fois à cause des adhérences, 3 fois parce qu'il n'existait point de tumeur, et 6 fois parce que la tumeur n'appartenait pas à l'ovaire. Sur ces 23 malades où l'opération fut seulement commencée, 13 recouvrèrent la vie et 10 succombèrent.

Une remarque faite par M. Jeaffreson pourra utilement servir le pronostic dans certaines circonstances, c'est que les tumeurs de l'ovaire

contenant un liquide exposent à beaucoup moins d'accidens et de dangers que celles formées de solides. On en comprend aisément la raison. Une tumeur liquide peut toujours être réduite de volume au moyen de la ponction et exige par conséquent, pour être extraite de l'abdomen, une moins grande incision des parties contenantes. D'un autre côté, les tumeurs solides sont plus souvent entourées d'adhérences, et donnent plus aisément lieu à des erreurs de diagnostic.

TRAITEMENT DU CHANCRE PRIMITIF; par M. THOMAS BARTLETT.

Le travail ne contient rien qui pour nous soit absolument nouveau, relativement au traitement du chancre. Nous le mentionnons seulement parce qu'il annonce chez nos voisins un retour vers les doctrines généralement professées en France; retour d'autant plus important à constater dans la Grande-Bretagne que les doctrines qu'il tend à faire oublier étaient soutenues là par une plus haute autorité, par celle de Hunter. Le principe de ce célèbre médecin était, comme on le sait, de conseiller un traitement anti-syphilitique général dans tous les cas de chancre et dès leur début. M. Bartlett fait avec raison ressortir tout ce qu'il y a d'inutile et de dangereux en même temps dans une pareille méthode: « Combien d'années, s'écrie-t-il, nos connaissances sur les maladies vénériennes n'ont-elles pas été retardées par cette erreur de Hunter? Et combien de malheureux n'eussent pas sauvé leur nez et leur palais, qui les ont perdus par suite de la confiance accordée généralement à la théorie de l'illustre auteur? »

Dans le traitement des chancres, poursuit M. Bartlett, il importe surtout d'employer les moyens propres à les guérir le plus vite possible; car les chances de l'absorption s'augmentent exactement en raison directe de leur durée. Ayant eu occasion d'observer un grand nombre de chancres primitifs, l'auteur les a toujours traités de la manière suivante. Il commence par en toucher légèrement toute la surface avec le nitrate d'argent, puis les recouvre de charpie sèche. Après la chûte de l'escarre, qui a lieu en 24 ou 48 heures, il saupondre de calomel l'ulcération préalablement bien nettoyée; enfin un peu de charpie imbibée d'eau froide est placée sur la partie malade et tout autour de la verge. Aucun traitement constitutionnel n'est nécessaire.

RECHERCHES SUR LA GOUTTE ET SUR L'EMPLOI DES SELS DE MANGANÈSE, DE L'ACIDE ACÉTIQUE, DE LA NAPHTE, DU SILICATE DE POTASSE; par le docteur A. URE.

Il est généralement admis que les personnes qui usent abondamment de substances animales et de boissons fermentées, et mènent une vie sédentaire, sont exposées à la goutte. Il en résulte une pléthore morbide qui donne lieu à une tension anormale du système artériel. Le sang est chargé de principes azotés et de sels calcaires, et si les reins et la peau ne les enlèvent pas à l'économie, ces produits sont tôt ou tard déposés dans les membranes synoviales, les tendons ou les parois artérielles: dans le premier cas sous la forme d'urate de soude; dans le second sous celle de phosphate de chaux.

Le docteur Ure, s'appuyant sur ces faits et sur quelques autres, tels que la présence d'une grande quantité d'acide urique dans les urines chez les sujets frappés d'une attaque de goutte, tandis qu'avant l'accès, le plus souvent l'urine ne contient pas la plus petite quantité de cet acide, et la facilité avec laquelle l'acide urique se combine avec la soude du sang et forme un urate de soude, en conclut que plusieurs des phénomènes de la goutte dépendent de l'altération du sang par son mélange avec ce sel; rappelant encore, à l'appui de cette assertion, que la gangrène sénile attaque surtout les personnes qui ont souffert antérieurement de la goutte, ou qui ont mené une vie luxurieuse et inactive, et dont l'économie a paru généralement sous l'influence d'un excès d'acide urique; d'un autre côté, rappelant un autre fait généralement admis encore, la diminution de l'action sécrétoire du foie dans les cas où l'acide urique est en excès dans l'économie, et la nécessité reconnue par tous les praticiens de stimuler la sécrétion du foie par des moyens appropriés, il a été amené à essayer, dans les cas de ce genre, le sulfate de manganèse, sel neutre qui est considéré comme ayant une influence spéciale sur le foie et sa sécrétion, et qui existe à l'état de proto-carbonate dans les eaux de Mariembad, de Carlsbad, et autres eaux minérales d'Allemagne, auprès desquelles les sujets tourmentés par la goutte viennent chaque année chercher du soulagement. C'est Gmelin qui le premier a constaté que les sels de manganèse injectés dans les vaisseaux sanguins augmentent tellement la sécrétion de la bile que les intestins et les gros vaisseaux sanguins en prennent une teinte jaune prononcée. Le sel de manganèse fait aussi partie d'un médicament appelé poudre désobstruante de Ronvière, et qui, prise pendant quelques jours, détermine des évacuations bilieuses abondantes.

Si l'on prend le matin 4 grammes de sulfate de manganèse dissous dans une demi-pinte d'eau, on éprouve, au bout d'une heure environ, une ou plusieurs évacuations liquides, et dans lesquelles l'analyse démontre la présence des principes de la bile. Ce sel peut donc être regardé comme essentiellement cholalogue; en outre, son action est rapide et bientôt passée, et il ne détermine aucun de ces effets contro-stimulans, débilitans, qu'on observe chez certains sujets à la suite de l'administration du mercure et de l'antimoine. « Un chirurgien de marine retiré, qui se plaignait d'un poids avec sensibilité dans la région du foie, avec des élancemens qui s'étendaient jusque dans l'épaule droite, malaise épigastrique, pesanteur de tête, anorexie et coloration grise des évacuations, redoutant les préparations mercurielles, prit, sur mon avis, pendant trois semaines, de faibles doses de ce sel, et, au bout de ce temps, il était complètement débarrassé et pour longtemps de tous ces accidens. »

Le sulfate de manganèse a un goût frais et amer, ressemblant à celui du sel de Glauber. Le docteur Thomson conseille de l'employer, comme purgatif, à la dose de 16 à 32 grammes; mais l'auteur assure que des doses beaucoup moins élevées lui ont constamment réussi, et qu'il ne voudrait pas le porter à cette dose. Il agit ordinairement avec plus d'efficacité lorsqu'il est dissous dans une grande quantité d'eau.

On retirera beaucoup d'avantage de l'emploi topique de l'éther acétique et de la naphte de charbon purifiée pour combattre l'éréthysme de la circulation, pour accélérer l'absorption des liquides épanchés et prévenir le retour des attaques. Le premier de ces agens, conseillé d'abord par Sédillot, en France, où on l'a entièrement négligé, détermine promptement une action sédative dans la période la plus aiguë de la maladie, lorsqu'on l'applique en frictions douces sur toute la surface malade, à la dose de 45 grammes chaque douze heures, et en prenant bien soin de tenir le malade chaudement dans son lit après chaque friction. Dans les cas où la maladie est à l'état sub-aigu, l'auteur assure s'être trouvé très bien de passer simplement, et de temps en temps, un petit pinceau trempé dans l'huile de naphte; souvent alors il a vu s'arrêter un accès qui s'était annoncé devoir être grave. Ce qui le mit sur la voie d'essayer l'emploi de ce produit dans le traitement de la goutte, ce fut la remarque du chef d'une grande manufacture de Birmingham, où on le prépare, que les maladies articulaires étaient tout à fait inconnues au milieu de ses ouvriers, tandis qu'elles étaient très communes parmi ceux des autres manufacturiers du voisinage.

La naphte de houille est un hydro-carbone pur, presqu'identique, par sa nature et ses propriétés, avec la substance connue sous le même nom, que l'on trouve sur les bords de la mer Caspienne, en Perse et dans d'autres contrées de l'Asie; employé dans les temps les plus reculés, ce produit naturel est mentionné par Hérodote comme utile dans la plupart des maux; et c'est d'elle que Dioscoride a dit: « *Podagris articulorum doloribus lethargisque prodest* » (lib. I, c. 85), et que Bontius, après avoir parlé d'une « noble espèce de naphte » apportée de Sumatra et hautement prisée pour ses propriétés médicinales par les Javanais, s'écrie: « *Partibus affectis illitum miraculi instar ægros consolatur.* » (HIST. NAT., p. 17.)

La naphte appliquée localement détermine un sentiment de chaleur accompagné quelquefois de légers élancemens; elle agit à la manière d'un doux et pénétrant contro-stimulant, augmentant la contractilité des capillaires et la rapidité de leur circulation, et accélérant l'absorption des liquides épanchés. M. Ure assure que, dans aucun des cas où il a employé ce moyen de traitement, il n'a observé de disposition au déplacement, à ce qu'on appelle la métastase goutteuse. Les observations offrent des cas où les principes précédens ont été établis.

OBS I. — Cosey, âgé de 60 ans, constitution ruinée, en descendant un escalier, le 16 février 1844, tombe et se fracture le péroné en 3 ou 4 pouces, au dessus de la cheville. Il entre dans mon service le lendemain, à l'institution de Gerard-Street, où le membre est pansé suivant l'habitude. Au bout de vingt-quatre heures, il est pris d'une vive douleur de goutte qui s'étend depuis les orteils jusqu'aux genoux, douleur qu'il avait éprouvée bien des fois depuis quinze ans. Le chirurgien de garde lui fait administrer une dose de colchique qui détermine des accidens graves du côté de l'estomac, sans amender en rien la douleur. J'ordonnai le lendemain un léger laxatif, puis une embrocation de naphte, qui calmèrent aussitôt les accidens déterminés par la goutte, puis la consolidation de la fracture suivit la marche ordinaire, et au bout de deux mois le malade reprenait ses occupations.

Ce cas offre un exemple de goutte latente mise en activité par une cause externe. La maladie n'a cependant pas tardé à céder aux moyens employés et n'a point empêché la consolidation du fragment de se faire. Depuis, cet homme, qui a été plusieurs fois menacé de retours de son an-

cien mal, a pu chaque fois les arrêter par l'emploi à propos de la naphte.

Obs. II. — Emmet, âgé de 35 ans, de tempérament sanguin et robuste, faisant un usage abondant de viandes et de liqueurs fermentées, est admis le 27 mai 1844. Quatre jours avant, il avait été pris tout à coup de douleurs avec gonflement du genou gauche et sentiment de tension et de raideur des tendons des fléchisseurs de la cuisse. Le genou était gonflé, rouge, douloureux et sensible à la pression sur la rotule. Ce malade, dont le père et le grand'père avaient souffert beaucoup de la goutte, et qui lui-même en avait eu plusieurs attaques depuis huit ans, se refusait à toute émission sanguine et à l'application d'un vésicatoire; on lui prescrit l'application de la naphte qui détermine immédiatement la cessation de la douleur, du gonflement et de la raideur; mais comme il se plaint du poignet du côté droit, on lui prescrit de pratiquer sur cette articulation les embrocations de naphte, qui amenèrent en moins de deux jours un soulagement notable dès le lendemain, et la guérison complète au bout de quelques jours.

Dans ce cas, dit l'auteur, le soulagement fut si instantané à la suite des applications de naphte, qu'il fut impossible de méconnaître l'efficacité réelle de cette substance. Quatre autres observations qu'il serait trop long d'analyser sont rapportées encore ici à l'appui des assertions de l'auteur relativement à l'efficacité des autres substances dont il a été question dans le premier alinéa de cette notice, l'éther acétique, les sels et surtout le sulfate de manganèse et le silicate de potasse. Si ces faits ne mettent pas hors de doute l'assertion de M. Ure, au moins doivent-ils appeler l'attention des praticiens.

EXPÉRIENCES SUR LA FORMATION OU LA SÉCRÉTION DU CARBONE PAR LES ANIMAUX; par le docteur RIGG.

L'auteur, continuant les recherches dont il a été question dans un mémoire précédent (1) et dans lequel il croit avoir prouvé que les animaux sécrètent le carbone, rapporte une série d'expériences semblables à celles déjà indiquées et desquelles il conclut que cette formation ou cette sécrétion de carbone coïncide avec la disparition d'une certaine quantité d'oxigène et d'hydrogène et avec la production du calorique. Nous ne pouvons reproduire ici toutes les nouvelles expériences rapportées dans ce second travail, et qui ont été toutes faites sur des souris, lesquelles, après avoir été maintenues dans des conditions exactement décrites, étaient ensuite brûlées à l'abri du contact de l'air. Il résulte de tous ces faits que les animaux produisent du calorique et par la formation du charbon qu'ils sécrètent et par celle de l'acide carbonique qu'ils respirent et que cette sécrétion du carbone et conséquemment la production de la chaleur est influencée par la quantité des alimens, par l'exercice, par le repos et l'activité des mouvemens. L'auteur conclut encore de toutes ses expériences sur ces petits quadrupèdes comme sur les oiseaux, et qui ne laissent pas de doutes sur la sécrétion du carbone, que la formation et la sécrétion de ce produit est indispensable pour la vie animale, et est une source abondante de calorique pour l'organisme.

SUR LES TUMEURS DES CICATRICES; par M. MACPHERSON.

Depuis quelques années, plusieurs observations et recherches intéressantes ont été publiées sur les tumeurs des cicatrices. Nos lecteurs se rappellent sans doute les discussions auxquelles donna lieu, dans l'Académie de médecine, le malade présenté à deux reprises à cette société par M. Gimelle (voy. GAZ. MÉD., 1842, p. 221, et 1843, p. 371). Depuis lors nous avons eu encore à enregistrer un travail plein de vues très pratiques sur LES ULCÉRATIONS SPÉCIALES DES CICATRICES, de M. Robert Smith (voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 658). M. Macpherson vient à son tour consigner ici le résultat d'observations faites dans une autre localité. Malgré quelques différences entre sa description et celle de M. Smith, beaucoup de personnes inclineront sans doute à penser qu'il ne s'agit en réalité que d'une seule et même maladie, étudiée seulement dans les deux cas à des périodes différentes, et trop rare, du reste, pour que quelques dissemblances dans l'histoire symptomatologique des observations particulières ne puissent point s'expliquer par l'influence des dispositions individuelles. Quoi qu'il en soit d'ailleurs de cette analogie présumée, voici le tableau général de la maladie tel qu'il est tracé par M. Macpherson.

« Les tumeurs verruqueuses des cicatrices, dit-il, ne sont point rares parmi les habitans du Bengale; elles surviennent ordinairement sur les cicatrices de brûlures étendues, ou dans celles qui succèdent à l'application du cautère actuel sur la région de la rate, pratique presque universellement en usage dans le pays contre les tuméfactions de ce viscère. On les voit aussi quelquefois à la suite des plaies produites par le supplice du fouet. Ces tumeurs semblent avoir le même caractère là qu'en Europe; elles ne sont malignes (*malignant*) que localement; elles demeurent sans effet sur la santé générale pendant plusieurs années et tant qu'elles ne sont pas devenues le siége d'une ulcération étendue; et même à ce degré, les os et les parties profondément situées sont rarement atteintes, d'après mon expérience. On peut distinguer dans l'évolution de ces tumeurs les quatre périodes suivantes :

1er DEGRÉ. Il paraît sur la cicatrice une ou plusieurs élévations simples, ou bien un point y devient seulement plus tendre et plus lisse que le reste de la surface. Ce degré ne s'accompagne pas de souffrances, et la maladie peut ne jamais le dépasser.

2e DEGRÉ. Il se caractérise par le durcissement et par l'augmentation de volume de ces élévations, qui forment comme un ou deux poireaux détachés, parfaitement lisses à l'extérieur et cartilagineux au dedans. Quand on les coupe, on leur trouve une structure dense et ferme, de couleur blanche, et des fibres affectant une direction perpendiculaire à la surface de la peau (1). C'est, en général, à ce moment que les tumeurs commencent à devenir douloureuses et à suivre une marche plus rapide.

3e DEGRÉ. Les tumeurs se dépriment un peu à leur centre, deviennent plus molles, augmentent de vascularité, sont le siége de douleurs plus marquées, et manifestent de la tendance à se confondre les unes avec les autres.

4e DEGRÉ. Les tumeurs s'ulcèrent et s'étendent du centre à la circonférence; elles revêtent tous les caractères ordinaires du squirrhe.

Cette division, poursuit l'auteur, est jusqu'à un certain point arbitraire; je ne la donne que comme facilitant la description d'une douzaine de cas de ce genre que j'ai rencontrés dans ma pratique. Les malades ne consultent presque jamais le médecin avant la fin du second ou le commencement du troisième degré. A l'une ou à l'autre de ces deux époques, l'excision amène une guérison certaine, et ce procédé est beaucoup plus avantageux que l'application des corrosifs.

M. Macpherson termine en racontant quatre observations de ces tumeurs. Dans deux de ces quatre cas, il a fait avec succès leur excision, quoique chez l'une des malades les tumeurs commençassent déjà à s'ulcérer et à se confondre les unes avec les autres (état intermédiaire entre le troisième et le quatrième degré).

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 JUILLET.

ÉLECTION.

L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie.

Le nombre des membres votans était de 54; majorité, 28.

M. Lallemand a obtenu	33 voix.
M. Gerdy	10
M. Bourgery	7
M. Bérard	2
M. Blandin	1
M. Jobert	1

M. Lallemand a été proclamé membre de l'Institut.

ANTHROPOLOGIE.

M. LE BATARD, chirurgien auxiliaire de la marine, adresse à l'Académie un travail sur les habitans de la Polynésie (îles Marquises). L'auteur se sert du mot *Kanaques* pour désigner les habitans des îles Marquises, ce mot signifiant dans leur langage *homme*.

La constitution physique de la race kanaque est, suivant M. Le Bâtard, très belle et même supérieure à celle des Européens. La couleur de leur peau se rapproche de la teinte du cuivre rouge foncé; elle est luisante et un peu variable dans sa coloration, ce qui lui a semblé dépendre du temps plus ou moins long qu'ils passent au soleil. Leur tête est de grosseur moyenne; les cheveux noirs ou

(1) GAZ. MÉD., 1843, p. 92.

(1) Comme M. Macpherson, M. Robert Smith mentionne cette disposition des fibres *perpendiculairement à la surface des tégumens voisins*. Il en fait un attribut caractéristique des ulcères, des cicatrices. (Voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 658.)

bruns, plats, gros, durs, peu longs; la barbe est rare. La charpente osseuse est solidement établie, le système musculaire bien développé, les mouvemens agiles et étendus comme chez tous les peuples à l'état de nature et qui prennent beaucoup d'exercice; leur taille est plus élevée que la nôtre, la moyenne de hauteur est d'environ 1 mètre 80 centim., c'est-à-dire 10 à 12 centim. au-dessus de la moyenne de l'homme ordinaire. Tout le corps est bien proportionné, les rapports du tronc et des membres normaux. Ils portent la tête un peu élevée et le haut du corps en arrière; l'assurance et la fermeté caractérisent leur démarche. La face est légèrement aplatie, le front est déprimé, les pommettes saillantes, le nez gros, large, court, les yeux droits et généralement de couleur grise; la commissure externe des paupières est un peu élevée, la bouche grande, les lèvres épaisses et fortement renversées en dehors, le menton rond. Tels sont, sommairement, les caractères principaux chez les deux sexes; seulement les femmes sont beaucoup plus petites et d'une taille qui n'est pas en proportion avec la grande stature des hommes.

M. Le Bâtard a mesuré 26 têtes d'insulaires, qui sont en sa possession, suivant leurs principaux diamètres. Il résulte de ces mesures que la longueur des têtes des Kanaques d'avant en arrière est à peu près la même que chez l'Européen. Sa largeur au niveau de la région pariétale est moindre que chez l'Européen d'environ 2 millim. La distance qui sépare latéralement les os temporaux est un peu moindre que chez l'Européen; la moyenne est de 12 centimètres 5 millim., tandis qu'elle est en Europe de 13 centim. 2 millim.

Il y a une partie que M. Le Bâtard a trouvée constamment moindre, c'est la région frontale: deux seules têtes arrivent à 11 centim. 8 millim.; la moyenne est de 11 centim. 4 millim.

Les têtes européennes se distinguent généralement par l'étendue de ce diamètre, qui est ordinairement de 12 centim. 3 millim. La différence est très notable, puisqu'elle s'élève à 9 millim.

La conformation angulaire du crâne des naturels donne aux diamètres obliques fronto-pariétaux droit et gauche une étendue presqu'égale à celle des crânes européens. Les dimensions de ces parties sont beaucoup moins variables entre elles que toutes les autres; elles sont, terme moyen, de 17 centim.

La circonférence du crâne est un peu plus faible que chez les Européens. Dans la race océanienne, la moyenne est de 50 centim., c'est-à-dire de 2 à 3 centim. environ moindre que la moyenne des crânes des Européens. La partie postérieure de la tête semble plus volumineuse dans la race océanienne, circonstance qui, d'après la doctrine phrénologique, indiquerait la prédominance des facultés intellectuelles qui sont communes à l'homme et aux animaux sur celles qui sont exclusives à l'homme.

L'angle facial, qui chez les Européens est de 80 à 90°, n'est chez les naturels des îles Marquises que de 75 à 80°.

Un des caractères distinctifs de ces têtes, c'est qu'elles ont la région frontale rétrécie et une inclinaison plus prononcée du front en arrière.

En résumé, il résulte des recherches auxquelles M. Le Bâtard s'est livré sur les naturels des îles Marquises que la conformation crânienne est moins parfaite chez eux que dans la race caucasienne; que cette différence, quoique légère en apparence, coïncide avec un degré d'intelligence un peu inférieur à celui des Européens; que les habitans de l'Océan Pacifique forment, par leur langage et leur organisation générale, un groupe naturel et héréditaire d'individus de la même espèce, qu'on pourrait caractériser du nom de race océanienne.

INDIENS JOWAYS.

M. Jacquinot adresse une nouvelle communication sur ce sujet. On se rappelle que dans un précédent mémoire M. Jacquinot considérait les Joways comme offrant tous les caractères de la race américaine proprement dite, et il signalait en outre la grande analogie qui existe entre eux et les polynésiens, particulièrement les nouveaux Zélandais. M. Serres, émettant à cette occasion une opinion toute différente, déclarait reconnaître chez les Joways les caractères anthropologiques des Scandinaves M. Jacquinot s'est attaché, dans cette nouvelle communication, à réfuter cette opinion. Comparant dans leurs caractères zoologiques les Scandinaves et les Joways il signale entre ces deux types des différences tranchées. Ainsi, dit-il, tandis que tous les auteurs assignent pour principaux caractères aux Scandinaves d'avoir les cheveux blonds, les yeux bleus, le teint d'une grande blancheur, les pommettes colorées, le visage ovale, et la conformation régulière du crâne des Caucasiques; les Joways ont les cheveux toujours noirs, lisses, rudes au toucher, les poils et la barbe noirs et rares, les yeux petits, nullement obliques, rendus plus étroits encore par des paupières larges et flasques, et paraissant enfoncés à cause de la saillie des arcades sourcillières; leur nez est long, bosselé ou aquilin, mais élargi à l'extrémité; leur bouche est assez grande, la lèvre inférieure large, la supérieure très arquée; les dents sont belles et blanches, les pommettes larges et proéminentes, la mâchoire inférieure forte et le menton saillant; les mains et les pieds remarquablement petits; la peau basanée, sans changement de couleur aux pommettes; les lèvres et la muqueuse buccale ont une teinte violâtre correspondant à la couleur de la peau; les ongles, le globe de l'œil offrent aussi une couleur légèrement brune, en harmonie avec la teinte générale.

Quant aux femmes, elles présentent le même type de race que les hommes; seulement elles leur sont physiquement inférieures. Plusieurs voyageurs ont déjà mentionné cette infériorité du sexe féminin chez plusieurs nations sauvages; M. Jacquinot l'a observée lui-même chez les Polynésiens et surtout aux îles Marquises. Enfin, l'affinité des Joways avec la plupart des tribus qui sont répandues dans les parties méridionales de la grande vallée du Mississipi est un fait depuis longtemps reconnu par tous les voyageurs qui ont visité ces contrées.

Des considérations auxquelles M. Jacquinot se livre ensuite sur l'origine des races américaines, il est conduit à admettre, ce qu'il se propose de démontrer un jour, que le nouveau monde est aussi vieux que l'ancien, que sa population est primitive, qu'elle a subi la plupart des révolutions que l'histoire signale chez les peuples de l'ancien monde.

M. Serres persiste à croire que M. Jacquinot est à cet égard dans une erreur complète. Sa méprise proviendrait, suivant ce savant académicien, de ce que M. Jacquinot se serait uniquement appuyé sur les caractères zoologiques empruntés aux formes extérieures, caractères qui n'ont aucune base déterminée, tandis qu'il aurait entièrement négligé les caractères anthropologiques que fournit l'étude du squelette et des organes internes, les seuls qui puissent conduire à une détermination exacte des races humaines. M. Serres se propose de revenir prochainement sur ce sujet et de poser les bases sur lesquelles doit reposer l'étude anthropologique.

— M. Auguste Saint-Hilaire adresse une lettre sur le même sujet à l'occasion d'une note sur l'antiquité de la race américaine, insérée dans un des derniers comptes-rendus de l'Académie. Cette note tendait à infirmer l'opinion émise par M. Serres sur la ressemblance des Botocudos avec les hommes de la race mongolique, opinion que M. A. Saint-Hilaire a conçue et émise lui-même il y a un grand nombre d'années. Pendant son séjour en Amérique, en 1817, M. A. Saint-Hilaire a vu une tribu qui vivait depuis plusieurs années parmi les Brésiliens portugais; il en vit une autre qui se rapprocha d'eux pour la première fois. A cette même époque, il les étudia avec le plus grand soin. Après une absence de quinze mois, il revint à Rio-de-Janeiro; on y avait formé une sorte de colonie de Chinois; il fut frappé de la ressemblance qui existe entre ces hommes et les Indiens en général, surtout les sauvages du Jiquitinhonha. Un peu plus tard, dans le village indien de San-Pedro, il trouva quelques Chinois, et il constata de nouveau une ressemblance frappante. La seule différence qu'il ait constatée, c'est que la figure des Chinois est plus large que celle des Américains indigènes.

SUC GASTRIQUE ARTIFICIEL.

MM. Bernard et Barreswil adressent un troisième mémoire sur les phénomènes chimiques de la digestion; ce mémoire est relatif au principe actif de la digestion et au suc gastrique artificiel.

Dans un précédent travail, les auteurs ont cherché à démontrer que l'acide du suc gastrique était dû à la présence de l'acide lactique libre. Ils avançaient encore, dans ce même travail, qu'on devait distinguer physiologiquement les principes qui composent le fluide gastrique en deux ordres, savoir: 1° des chlorures et phosphates alcalins, ainsi que d'autres matières qui sont communes au sang et à tous les liquides animaux, et n'ont aucune part essentielle dans les propriétés spéciales qui caractérisent le suc gastrique; 2° une réaction acide constante, plus une matière organique particulière, qui sont les deux principes actifs dont la présence détermine les propriétés si remarquables du suc gastrique.

MM. Bernard et Barreswil se sont attachés, dans ce nouveau mémoire, à déterminer le rôle physiologique du principe organique actif du fluide stomacal.

Voici les corollaires les plus saillans qui découlent des faits contenus dans ce travail:

1° L'action digestive spéciale des fluides versés dans le tube digestif se trouve toujours déterminée par la nature de leur réaction. C'est ainsi que le suc gastrique ne dissout les substances azotées qu'en raison de sa réaction acide. Lorsqu'il est rendu alcalin, ce suc est, comme la salive et le fluide pancréatique, apte à digérer seulement les matières amylacées; c'est ainsi que le fluide pancréatique et la salive, rendus acides, deviennent aussi, comme du suc gastrique, susceptibles de digérer uniquement les principes alimentaires azotés.

2° Cette propriété remarquable, que partagent ces trois fluides, de transformer l'amidon au sein d'une réaction alcaline, et de dissoudre la viande et le gluten dans une réaction acide, dépend uniquement de la présence d'un principe organique actif identique dans les trois liquides.

3° Les modifications chimiques que les alimens éprouvent dans le tube gastro-intestinal sont donc déterminées par un principe actif unique et qui reste toujours le même; seulement il obéit successivement aux réactions acide et alcaline qui lui servent de véhicule pour diriger spécialement son action digestive sur tel ou tel principe alimentaire.

4° Les expériences auxquelles MM. Bernard et Barreswil se sont livrés tendent encore à démontrer la vérité de ce qu'ils avaient avancé dans leur précédent mémoire, savoir, qu'il n'y a dans le suc gastrique que deux élémens utiles, son principe organique et sa réaction acide. Aujourd'hui, nous devons ajouter, disent-ils, que la salive et le fluide pancréatique ne possèdent également que deux élémens essentiels, leur principe organique et leur réaction alcaline.

5° L'idée de former du suc gastrique artificiel se présente comme la conséquence naturelle de toutes les expériences exposées précédemment. En effet, il suffit de se procurer de la matière organique qui agit dans la digestion, et d'y ajouter un acide. Or ce principe existe dans les liquides intestinaux alcalins et dans les glandes salivaire et pancréatique.

L'une des conséquences de ces faits, si l'avenir en démontre toutefois l'exactitude, serait que désormais il ne serait plus nécessaire, pour se procurer du suc gastrique, de pratiquer des fistules stomacales sur des animaux, puisqu'on pourrait produire ce suc en quelque sorte de toutes pièces. Les auteurs pensent qu'on pourrait tirer un parti utile du suc gastrique artificiel en thérapeutique.

EMPLOI DE L'ERGOTINE DANS LES CAS D'HÉMORRHAGIES EXTERNES.

M. Bonjean (de Chambéry) fait connaître, dans une nouvelle note sur l'ergotine, les résultats qu'il a obtenus de l'application de cette substance dans les hémorrhagies externes, ce à quoi il a été conduit d'après l'action maintenant bien connue de cette substance dans les hémorrhagies internes.

Voici quelques-unes des expériences que l'auteur a faites avec le concours de

M. Chevallay, médecin à Chambéry, pour déterminer l'action de l'ergotine dans cette circonstance.

1° Une veine a été ouverte à la cuisse d'un mouton; immédiatement après on a appliqué, sur l'ouverture béante du vaisseau, un tampon de charpie imbibé d'une dissolution d'ergotine. Au bout de quelques minutes, le tampon a été enlevé; il ne s'écoulait plus une goutte de sang. L'ouverture de la veine était tout à fait oblitérée.

2° On a ouvert l'artère crurale à un lapin; le sang s'échappait en un jet de la grosseur d'une plume d'oie. Au bout de quatre à cinq minutes, l'artère a été oblitérée par le même moyen.

3° On a ouvert la plus volumineuse des veines du cou à une poule. Le sang, qui coulait abondamment, a été arrêté en 4 minutes par l'application d'un peu de charpie imbibée d'ergotine. La veine, examinée ensuite, était entièrement oblitérée.

L'ergotine qu'emploie M. Bonjean dans ces expériences est dissoute dans douze ou quinze fois son poids d'eau, et cette dissolution sert à imbiber la charpie que l'on applique sur l'ouverture des vaisseaux. Dans les premiers momens de l'application de la charpie, le sang, qui ne peut être arrêté de suite, entraîne avec lui une portion de l'ergotine dont le tampon est imprégné. Pour réparer cette perte, M. Bonjean fait arriver goutte à goutte, sur cette charpie, de la dissolution d'ergotine, jusqu'à cessation complète de l'hémorrhagie.

15 grains (75 centigrammes) d'ergotine dissous dans 4 grains (16 grammes) d'eau suffisaient, en un mot, pour une expérience faite sur de petits vaisseaux. Si l'on avait à opérer sur de gros vaisseaux, il conviendrait de concentrer davantage la dissolution, et de prolonger plus longtemps le séjour du tampon sur la plaie.

ANÉMIE.

M. Beau, dans une communication qu'il adresse sur ce sujet à l'Académie, exprime l'idée qu'il y a dans l'anémie deux états bien différens qui se succèdent et qu'il importe de distinguer: un état d'anémie vraie, c'est-à-dire de diminution réelle dans la quantité du sang et puis un état de polyémie séreuse, c'est-à-dire un état du sang plus abondant qu'avant les pertes sanguines, mais devant cette surabondance à une proportion considérable de sérum.

Les traits distinctifs sur lesquels est fondée la division des deux états d'anémie vraie et de polyémie séreuse qui suivent les grandes pertes de sang, résultent de l'observation clinique et des expériences répétées que M. Beau a pratiquées sur les animaux. Dans ces deux états il y a deux symptômes communs qui leur donnent l'apparence d'une maladie unique, et qui les ont fait réunir sous le nom d'anémie. Quelques-uns de ces symptômes, tels que la pléoitude du pouls, la dilatation avec hypertrophie du cœur, se rencontrent dans toutes les affections appelées anémie, chlorose, hydrémie, et dans toutes celles qui sont caractérisées par l'existence des bruits artériels.

CATARACTES SECONDAIRES.

M. Tavignot adresse une note sur un nouveau procédé propre à prévenir la formation des cataractes secondaires.

La cataracte secondaire n'est à craindre, suivant lui, que lorsque le cristallin seul était opaque au moment de l'opération, parce qu'alors la capsule antérieure ménagée à cause de la conservation de sa transparence, peut s'enflammer et donner naissance à une nouvelle cataracte; tandis que cet accident n'est pas à craindre lorsque la capsule postérieure seule est ménagée, parce que celle-ci ne s'opacie que très rarement. L'indication propre à prévenir la formation de la cataracte secondaire consiste en conséquence à détruire dans tous les cas la capsule antérieure par une déchirure très étendue, en même temps qu'on déplace le cristallin. M. Tavignot a imaginé à cet effet un instrument qui remplit cette double indication et qui consiste en une petite plaque de la forme et de l'étendue de l'ouverture pupillaire dans un état moyen de dilatation. Cette plaque est pourvue d'un pédicule de 2 centimètres de longueur qui la fixe à angle droit sur une tige métallique, comme celle qui supporte l'aiguille à cataracte ordinaire.

Une incision de 5 à 6 ou 7 millimètres est pratiquée au côté externe de la circonférence de la cornée; une fois l'humeur aqueuse évacuée, on introduit par cette ouverture l'instrument tenu de manière à ce que l'extrémité libre de la plaque regarde en haut. Cette plaque est dirigée ensuite jusqu'au niveau de l'ouverture pupillaire préalablement dilatée par la belladone; elle atteint la capsule antérieure; alors il faut imprimer au manche de l'instrument un mouvement de rotation d'avant en arrière, de telle sorte que la plaque qui regardait en haut devienne horizontale, puis regarde en bas. L'abaissement est ainsi pratiqué en masse. L'instrument est ensuite retiré dans la position où il se trouve en dernier lieu, et en exécutant une manœuvre inverse de celle qui a servi à son introduction.

CARACTÈRES MICROSCOPIQUES DU CANCER.

M. Sédillot, de Strasbourg, pense qu'on a trop négligé jusqu'à présent l'application du microscope à l'étude des productions morbides et qu'on pourrait l'utiliser pour le diagnostic des tumeurs cancéreuses. Quelques micrographes allemands (Muller et Chelius entr'autres) ont observé que la substance cancéreuse est formée de cellules cancéreuses d'un aspect particulier et qui constituent l'élément caractéristique de toutes les tumeurs dégénérées. En se fondant sur l'absence de ce caractère, M. Sédillot cherche à établir que les tumeurs ulcérées des lèvres que l'on avait considérées jusqu'à présent comme des cancers, doivent être rangés à l'avenir parmi les lésions de l'appareil épidermique.

— M. Cazenave, de Bordeaux, adresse un travail sur un moyen de remédier à quelques infirmités de la main droite qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire et auxquelles l'art n'a pu jusqu'à présent opposer aucun moyen efficace. Tels sont, par exemple, les cas de spasme ou de paralysie des muscles moteurs des doigts, etc. L'appareil que M. Cazenave a imaginé pour obvier à cette infirmité consiste en un porte-plume armé de deux vis de pression et en deux cercles en caoutchouc pourvu chacun d'une vis de rappel. Cet appareil ainsi composé s'adopte parfaitement et sans gêne aux trois premiers doigts de la main droite qu'il contraint à tenir la plume. On écrit au moyen de mouvemens imprimés par les vis de rappel aux lacets élastiques qui sont ainsi relâchés et serrés à volonté et au degré nécessaire, etc.

— M. Guillon demande qu'on remplace M. Breschet dans la commission chargée d'examiner ses travaux sur les rétrécissemens de l'urètre. M. Roux est désigné pour cet objet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté avec une rectification réclamée par M. Barthélemy.

M. le Président annonce que M. Huss, professeur à l'école de médecine de Stockholm, est présent à la séance. Il prévient que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie.

M. Ferrus revient, à l'occasion du procès-verbal, sur l'état de l'anatomie pathologique du temps de Corvisart. Il a suivi les leçons du fondateur de la clinique en 1789 et 1800, et il se souvient parfaitement qu'à cette époque on examinait avec le plus grand soin les organes digestifs dans tous les cas où les symptômes avaient été de nature à faire soupçonner des lésions dans ces organes.

ÉPIZOOTIES.

M. Dupuy lit un travail original sous ce titre: Mon dernier mot sur les épizooties. La seule chose que nous ayons pu entendre de ce travail, lu au milieu du bruit des conversations particulières, c'est que M. Dupuy s'élève avec force contre le procédé de l'assommement des animaux malades, généralement mis en usage par les vétérinaires dans les cas d'épizootie. Cette thérapeutique *assommante*, ainsi qu'il l'appelle, occasionne des pertes incalculables à l'état et aux propriétaires.

Un autre point, sur lequel il a paru insister aussi, c'est le danger de livrer à la consommation la viande des animaux malades.

M. Renault relève l'espèce de dédain avec lequel M. Dupuy a parlé de l'assommement, qui n'est pas, ainsi qu'il l'a dit ironiquement, sans doute, un moyen thérapeutique, mais un excellent moyen prophylactique contre l'extension des épizooties. La médecine vétérinaire ne saurait être assimilée à cet égard à la médecine humaine; elle a un point spéculatif qu'il ne faut pas perdre de vue et qui oblige souvent à sacrifier quelques animaux pour le salut du plus grand nombre. L'expérience a d'ailleurs depuis longtemps sanctionné l'excellence de ce moyen. De 1828 à 1840 une épizootie de typhus fit invasion dans toute l'Allemagne; partout où l'on mit en usage l'assommement, l'épidémie fut promptement arrêtée; tandis qu'elle fit de grands ravages dans les pays où l'on n'eut pas recours à ce moyen.

M. Barthélemy demande quel est le moyen que M. Dupuy propose de substituer à l'assommement: pour lui, il n'en connaît pas de meilleur comme moyen prophylactique des épizooties.

M. Dupuy: L'épizootie dont parle M. Renault n'est pas le typhus. Les autopsies qui ont été faites ont révélé de graves désordres dans la moelle épinière et on n'a pas trouvé les lésions intestinales caractéristiques.

M. Hamon: M. Dupuy a soulevé dans son travail une question importante, celle de l'usage des viandes altérées. C'est une grave erreur, que l'on a cherché à accréditer depuis quelque temps, de croire que l'on puisse faire usage impunément de la chair d'animaux surmenés ou morts de maladie. Il serait vivement à désirer qu'on éclairât l'opinion publique à cet égard.

IDENTITÉ DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET DU TYPHUS.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'identité de la fièvre typhoïde. (Voir séance du 24 juin.

La parole est à M. Rochoux.

M. Rochoux: Avant de répondre à l'argumentation de M. Gaultier de Claubry, je dois quelques mots de réponse à M. Mérat et à M. Castel. M. Mérat a eu raison de défendre l'anatomie pathologique en 1841, c'est 1804 que j'aurais dû dire, époque où parut l'ouvrage de M. Prost. Mais je maintiens qu'avant cette époque il n'avait été rien publié qui eût quelque valeur sur les lésions anatomiques des fièvres graves.

M. Castel a dit: tout est relatif dans ce monde. Eh bien! moi je dis: tout est absolu dans l'univers, en médecine comme en toutes choses. (On rit.) Ne sommes-nous pas dans cette enceinte en nombre absolu? Chacun de nous n'a-t-il pas dans ses poches un nombre absolu de pièces de monnaie? N'avons-nous pas tous un nombre absolu d'organes et chacun de nos organes un nombre absolu d'atômes?... Le relatif ne conduit qu'au doute et à la confusion, il prouve la faiblesse de notre esprit, tandis que l'absolu conduit à la certitude des sciences naturelles; c'est d'ailleurs le système d'Épicure. (Ah! — Rire général.)

J'arrive à M. Gaultier de Claubry. Notre honorable collègue m'a reproché de m'être tenu dans les généralités. Mais qu'est-ce qui doit nous occuper dans cette assemblée si ce n'est surtout des généralités, des principes? Je ne me refuse

pas d'ailleurs à aborder les faits de détail. J'ai déjà fait remarquer dans le temps que la fièvre typhoïde affectait les jeunes ouvriers maçons et les élèves en droit, aussi bien que les élèves en médecine, ce qui ne devrait pas être évidemment dans l'hypothèse de la contagion. D'ailleurs, ai-je ajouté, ce sont particulièrement les élèves de première et de deuxième année, c'est-à-dire ceux qui ne suivent pas encore les hôpitaux qui en sont atteints, tandis que ceux de troisième et quatrième année qui fréquentent les hôpitaux en sont généralement exempts. En devrait-il être ainsi si la fièvre typhoïde était contagieuse? Quelle différence avec le typhus qui attaque presque indistinctement tout le monde!

Quant à la comparaison de la dothinentérite à la variole, c'est à mon sens une idée bouffonne. La dothinentérite n'atteint, en moyenne, que des sujets de 20 à 25 ans, rarement au-delà de 40. La variole, au contraire, atteint à tout âge. Celle-ci attaque presque sans exception tous les individus qui n'ont point été vaccinés ou inoculés, tandis que la dothinentérite ne frappe que sur un vingtième de la population tout au plus. Il n'en faudrait pas davantage, je crois, pour montrer toute la distance qui sépare ces deux maladies. On s'est fondé, pour établir cette analogie, sur l'assimilation des glandoles de Brunner aux pustules varioliques. M. Chomel, qui en fait de critique ne passe pas pour un casse-cou, a démontré le peu de fondement de cette doctrine.

En résumé, les faits de détail comme les généralités et le raisonnement déposent contre l'opinion de M. Gaultier de Claubry. La majorité des témoignages qu'il a invoqués ne lui est pas plus favorable. Il y a longtemps qu'Aristote s'est moqué avec juste raison des majorités en matière de science. D'ailleurs, rien ne me serait plus facile que d'opposer des noms à ceux qu'a cités M. G. de Claubry; mais la question n'y gagnerait pas grand chose. La vérité ne se met pas aux voix; celui qui la trouve n'a pas besoin de s'enquérir si beaucoup d'autres sont de son avis.

M. Dubois (d'Amiens) : Il y a dans le sujet actuellement en discussion deux questions bien importantes : celle de l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, et la question de la propagation de cette dernière maladie. Je ne vois pas dans l'argumentation de M. Rochoux les difficultés sérieuses qu'il avait dit devoir opposer à la première proposition. La seconde proposition était plus attaquable, et a effectivement soulevé de plus graves objections. Ce n'est pas sans regret que j'ai entendu, à cette occasion, M. Castel s'élever contre la distinction de l'infection et de la contagion, et ne considérer la contagion que comme un accident éventuel, un épiphénomène. Et pourquoi cela? parce que les maladies réputées contagieuses ne se communiquent pas toujours infailliblement. Mais en quoi ceci infirmerait-il la contagion comme caractère fondamental de certaines maladies? De ce que quelques individus auront échappé à l'influence de la contagion syphilitique, par exemple, en conclurons-nous que la contagion n'est pas un caractère essentiel de la syphilis? La distinction entre l'infection et la contagion est, à mon avis, fondamentale, et c'est une des doctrines les plus lumineuses de notre siècle. C'est la théorie trop exclusive de Fracastor sur la contagion qui a créé les lazarets et les quarantaines et qui a donné lieu aux abus qu'on leur reconnaît aujourd'hui. La théorie de l'infection, basée sur les faits les plus positifs et les mieux démontrés, en faisant cesser la confusion qui régnait auparavant, a jeté une vive lumière sur ces questions sanitaires.

Passant ensuite à l'examen de la question spéciale de la contagion de la fièvre typhoïde et des faits dans lesquels M. Gaultier de Claubry a puisé les élémens de sa conviction, M. Dubois ne trouve pas dans ces faits ce qui a pu autoriser M. G. de Claubry à penser ainsi. Au lieu d'autoriser à conclure en faveur de la contagion, tout ce qui pouvait se déduire de ces faits, ce serait tout au plus une probabilité, encore faudrait-il qu'ils fussent plus nombreux.

M. Dubois résume son opinion par les deux propositions suivantes : 1° typhus et la fièvre typhoïde me paraissent deux maladies identiques, ne différant que par le degré seulement; 2° il ne me paraît pas démontré que la fièvre typhoïde se propage par voie de contagion.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVELLE ANALYSE DES BRUITS DU CŒUR; par M. le docteur ROUANET. (Extrait d'un rapport lu à la Société de médecine de Paris sur le MANUEL DE DIAGNOSTIC de M. Andry.)

Depuis la thèse inaugurale où il exposait pour la première fois ses idées sur la cause des bruits du cœur, M. Rouanet avait laissé sa théorie livrée à la discussion publique sans s'y mêler en aucune façon; et, chose assez singulière en ce temps de polémique, le travail que nous annonçons est son premier acte d'intervention dans un débat où son nom, depuis quelques douze ans, a été tant de fois mêlé. Il faut dire que l'intervention a été complète, et qu'en compensation de ce long silence, M. Rouanet reprend, à l'occasion du *Manuel* de M. Andry, toutes les objections dont sa théorie a été l'objet, toutes celles qu'on peut faire aux autres théories et entreprend, conformément aux vues physiologiques qui lui sont propres, une explication de tous les bruits anormaux du cœur.

Le crédit qu'ont obtenu tout d'abord les idées de M. Rouanet nous engagent à entrer avec quelques développemens dans l'examen de ce nouveau travail.

La question des bruits physiologiques du cœur a reçu, comme le dit l'auteur, plus de trente solutions différentes, fondées sur quatre élémens primitifs, soit isolés, soit combinés de diverses manières : 1° le bruit musculaire on *myophonie*; 2° le frottement du sang; 3° le choc; 4° le claquement des valvules.

Dans l'état actuel de la science, il est certain que ni le bruit musculaire, ni le frottement du sang contre les orifices du cœur, ni le choc des colonnes sanguines entre elles, ni le choc du sang contre les parois cardiaques, ni enfin le choc du cœur contre les parois thoraciques, ne rendent compte du *tic-tac* du cœur, et que même chacune de ces hypothèses est sous le coup d'objections irréfutables, ou du moins, quant à présent, irréfutées. Nous ne rappellerons pas celles que leur oppose M. Rouanet dans sa brochure, et qui sont, en général, concluantes. Nous relèverons seulement, en ce qui concerne la théorie de M. Magendie, quelques assertions dont l'exactitude ne nous paraît pas démontrée. M. Magendie, on le sait, veut que les deux bruits du cœur soient produits par le choc de cet organe contre les parois thoraciques : le premier bruit par le choc de la pointe, le second par le choc de la base. Comment ce choc aurait-il lieu? objecte M. Rouanet. D'après les expériences de M. Bryan, « le cœur ne quitte jamais la paroi thoracique et le balancement de la pointe n'existe qu'après l'enlèvement du sternum..... Tant que la poitrine reste intacte, la pointe ou la base du cœur ne sauraient s'en éloigner qu'autant qu'un autre organe viendrait prendre leur place ou que le cœur jouirait d'une puissance de retrait capable de faire le vide. » Or, nous croyons qu'on peut contester ici et le fait et le principe. En fait, quel qu'ait été le résultat des expériences de M. Bryan, nous nions que chez l'homme le cœur soit toujours et en permanence appliqué contre la paroi thoracique. Il y a déjà longtemps, nous nous sommes livré à cet égard à quelques investigations, et voici ce que nous avons maintes fois constaté. Chez certains individus, principalement chez les vieillards, la matité précordiale est peu prononcée, mal circonscrite, et les bruits du cœur sont sourds, profonds, comme lointains, tant que les sujets restent couchés sur le dos. Les fait-on asseoir et incliner le tronc en avant, à l'instant la matité précordiale se dessine franchement et les bruits du cœur deviennent plus forts, plus nets, et évidemment plus superficiels. Cette expérience est, comme on le voit, l'analogue de celle de M. Magendie, quand, avec une tige de fer, il déprime d'abord le cœur contre le rachis, puis le ramène contre le sternum. Seulement, cette tige de fer peut et doit altérer les conditions normales du mécanisme cardiaque, tandis que notre expérience les laisse dans leur intégrité. Aussi apprend-elle, contrairement à l'opinion de M. Magendie, que le cœur, éloigné des parois thoraciques, continue à faire entendre ses bruits physiologiques, affaiblis seulement par le changement apporté dans les moyens de transmission habituels du son. Maintenant, en principe, *la raison* ne dit pas, comme le prétend M. Rouanet, que le cœur ne peut jamais quitter la paroi thoracique. La raison dit que le cœur arrondi à sa face antérieure, et arrondi suivant un rayon de courbure qui n'est pas celui de la concavité de la paroi thoracique, ne peut s'adapter exactement dans toute sa surface à cette paroi; que le cœur, en même temps qu'il se contracte et se dilate alternativement, exécute de légers mouvemens de totalité, et que ce serait une grande erreur de s'imaginer que les poumons s'insinuent avec la souplesse d'un liquide dans le moindre espace laissé entre la paroi thoracique et le cœur, et suit rigoureusement ce dernier dans ses moindres déplacemens. Et si, à l'état normal, une portion de la paroi antérieure du cœur reste habituellement plus ou moins éloignée du sternum, sans que le tissu pulmonaire s'engage dans l'espace intermédiaire, pourquoi ne pourrait-il pas en être de même du cœur tout entier? En ce cas, dit M. Rouanet, le cœur jouit donc d'une puissance de retrait capable de faire le vide? Nous ne le croyons pas plus que lui; mais nous le prions de bien réfléchir qu'un semblable raisonnement s'appliquerait à une bonne portion du corps humain qui est tout parsemé d'interstices, d'espaces irréguliers, susceptibles de s'agrandir ou de diminuer à chaque instant par le déplacement des leviers osseux, par la tension ou le relâchement des muscles ou des aponévroses, et cela sans qu'un organe propement dit, et comme l'entend M. Rouanet, vienne combler l'espace formé. Est-ce *un vide* qui se fait dans tous ces cas? Non, encore une fois; mais c'est une des fonctions du tissu cellulaire de permettre le glissement des parties les unes sur les autres, et la formation d'espaces entre elles. Par quel mécanisme physique? Est-ce à la faveur d'une vapeur contenue dans ses mailles? Cela est possible; mais toujours est-il que le tissu cellulaire du médiastin peut se prêter à cette fonction, de quelque manière qu'elle s'exerce, tout aussi bien que le tissu cellulaire des membres; et c'est tout ce qu'il importe d'établir ici.

Cette erreur de M. Rouanet l'a conduit à une singulière explication du

bruit métallique ou argentin du cœur. « Le tragus, dit-il, étant brusquement déprimé sur la paroi postérieure du conduit auditif externe, une portion de l'air contenu dans ce conduit s'échappe rapidement entre les surfaces rapprochées et donne naissance an *souffle* argentin.... Ce que nous obtenons avec tant de facilité par l'action directe de l'extrémité du doigt ou par la percussion de la main appliquée sur l'oreille, le cœur l'effectue dans ses contractions énergiques, en soulevant le cinquième espace intercostal contre la tête de l'observateur. Si après avoir abaissé le tragus, on lui permet de se relever promptement, un second souffle exactement semblable au précédent résulte de la rentrée de l'air dans le conduit de l'oreille. » On voit de suite comment M. Rouanet a été conduit à cette explication. Si le cœur ne quitte jamais la paroi thoracique, il ne peut y avoir *choc*, mais seulement *impulsion*; l'impulsion, quelque forte qu'on la suppose, ne peut guère rendre compte du bruit métallique; la cause de ce bruit ne siége pas dans la paroi thoracique, il faut qu'elle soit plus superficielle, et c'est alors que l'auteur imagine cette dépression du tragus contre la paroi postérieure du conduit auditif. Les objections s'accumulent contre une semblable explication. D'abord en laissant de côté le *tinnitus gastrique*, dont l'auteur parle plus haut et qui n'est pas, à proprement parler, un bruit métallique, le cœur peut encore donner deux sortes de bruit argentin. L'un est une sorte de frôlement se prolongeant pendant une partie de la systole ou de la diastole; l'autre consiste en un bruit sec et instantané. Ces deux bruits sont tellement différens qu'ils ne peuvent être produits par des conditions absolument identiques. M. Rouanet, qui ne parle que du frôlement, le compare indistinctement au bruit produit par l'extrémité d'un doigt introduite dans le conduit auditif ou à celui qui résulte de la percussion de la main appliquée sur l'oreille. Or, la moindre expérience suffit pour montrer que ce sont là des bruits dissemblables, que le premier ressemble à une sorte de souffle à timbre clair, légèrement sibilant et que le second est brusque, instantané et véritablement métallique. M. Rouanet suppose que ces deux bruits ont lieu par un mécanisme analogue, se réduisant en définitive à un courant d'air rapide établi à l'entrée de l'oreille; il suppose que la percussion de la main appliquée sur l'oreille déprime le tragus et chasse l'air du conduit auditif, comme le fait l'extrémité du doigt en diminuant la capacité de ce conduit, et que c'est là la cause du bruit métallique. Or, il y a mille manières de démontrer que cette supposition est erronée. Par exemple, au lieu d'une main posée à plat sur l'oreille, faites en appliquer deux, trois, quatre et percutez légèrement de manière à ce que la secousse ne se fasse pas sentir au pavillon de l'oreille; le tragus, à coup sûr, n'aura pas été refoulé, et pourtant le son produit sera parfaitement métallique. Faites mieux encore, appliquez votre main gauche sur l'oreille, percutez l'olécrâne du même côté, ou encore posez votre oreille à plat sur un point quelconque de la poitrine d'un sujet et percutez à quelque distance, et toujours vous obtiendrez le même bruit argentin. Dans toutes ces expériences, le son produit est identique à celui des deux bruits métalliques du cœur que nous avons dit être sec et instantané; il diffère, au contraire, totalement de l'autre bruit qui a eu lieu avec frôlement.

Ainsi donc, le *choc* médiat ou immédiat des parois thoraciques est bien réellement la condition qui produit l'un des deux bruits métalliques du cœur et la dépression du tragus n'y est absolument pour rien. Maintenant, cette dépression peut-elle être invoquée pour expliquer le frôlement argentin? Nous ne le pensons pas davantage; outre que le bruit qu'on produit à volonté de cette manière n'a réellement rien d'argentin, le frôlement se fait entendre, aussi bien que le bruit de choc, dans une foule de circonstances où le tragus ne reçoit aucune impulsion. Répétez toutes les expériences indiquées tout à l'heure en substituant seulement un choc un léger frottement; ainsi frictionnez doncement, soit la main appliquée sur l'oreille, soit l'olécrâne du même côté, et vous obtiendrez le frôlement métallique le plus prononcé; en sorte que nous ne doutons pas que le frottement du cœur contre les parois thoraciques ne soit la cause du bruit de frôlement que présentent quelquefois les malades, comme un choc contre les mêmes parois est la cause de l'autre bruit plus sec dont nous avons parlé en premier lieu.

Arrivant à sa propre théorie, M. Rouanet rappelle les principales experiences, *physiques*, *physiologiques* et *cliniques* qu'on peut faire valoir en sa faveur; et il le fait avec une finesse d'observation, une sagacité d'interprétation et, en général, une justesse de raisonnement vraiment remarquables. Nous avons particulièrement été frappé du parti qu'il a su tirer, au profit de sa théorie, du *dédoublement des bruits physiologiques*; phénomène si embarrassant pour les théories du bruit musculaire, du choc et du frottement. Il est si facile de comprendre comment, malgré le synchronisme le plus parfait des mouvemens des deux moitiés cardiaques, les valvules correspondantes des deux côtés peuvent, en raison d'un changement survenu dans leur jeu physiologique, ne pas s'ouvrir et se fermer en même temps, que cela seul dispose à expliquer de cette manière le dédoublement des bruits et, par là même, à admettre en son entier la théorie valvulaire. Et cependant, le dirons-nous? nous sommes encore, avec bon nombre d'observateurs, incertain en ce qui concerne le premier bruit. On sait que les expérimentateurs anglais, d'accord avec M. Rouanet pour le premier bruit, ne le sont plus pour le second. On sait (et il est étonnant que l'auteur ait passé ce fait sous silence) que MM. Cruveilhier et Monod, ayant eu l'occasion d'ausculter à nu le cœur d'un enfant nouveau-né, ont trouvé les valvules auriculo-ventriculaires aphones. Enfin, nous aussi, dès 1835 ou 1836, nous avions été conduit par des observations cliniques à refuser aux mêmes valvules toute intervention dans la production des bruits cardiaques. Nos doutes ne sont pas encore levés et il nous paraît évident que la science manque encore, sur ce point, de plus d'un élément de solution.

Un mot encore sur l'explication que donne l'auteur des bruits de souffle, cardiaques et artériels. Tous, suivant lui, doivent être rapportés à la vibration du sang. Cette vibration a lieu toutes les fois que le sang forme tourbillon, et le sang tourbillonne toutes les fois qu'il passe d'un conduit plus étroit dans un conduit plus large, pourvu qu'il soit lancé avec une grande vitesse (1). Avec ces seuls élémens, M. Rouanet explique toutes les variétés de bruit de souffle, depuis le souffle simple jusqu'au souffle musical, et tous les caprices bien connus du souffle chlorotique. L'ingéniosité avec laquelle ces idées sont soutenues leur donne une grande vraisemblance; mais on ne peut s'empêcher de regretter qu'elles n'aient pas été soumises à l'expérimentation. Plus d'une fois, il nous a semblé qu'une expérience simple et facile aurait pu immédiatement démontrer ce que l'auteur se contentait d'affirmer. L'idée fondamentale elle-même, l'idée des tourbillons sanguins considérés comme causes des bruits de souffle, était susceptible de ce genre de démonstration. Ainsi eussent été prévenues bien des objections dont l'esprit, ainsi laissé dans la sphère du raisonnement, ne saurait se défendre. On se demande, par exemple, pourquoi le sang, en entrant dans les ventricules et en en sortant, ne donne pas lieu normalement à un double bruit de souffle. « C'est, dit M. Rouanet, que le courant sanguin normal n'est pas assez accéléré pour rendre les vibrations du sang saisissables. » Mais dans la fièvre? mais à la suite d'une course précipitée? Alors le cœur bat souvent 100, 110, 120, 130 fois par minute sans que (hors le cas de maladie organique ou de chlorose) le bruit de souffle se fasse entendre. Au reste, nous le répétons, nous ne repoussons pas absolument l'explication de M. Rouanet; elle nous paraît même jusqu'ici rendre compte mieux qu'aucune autre des phénomènes; nous regrettons seulement qu'il ne l'ait pas assise sur des bases moins contestables. Il excusera sans doute de notre part une exigence qui n'a sa source que dans la prévision du profit que la science aurait tiré de recherches expérimentales entreprises dans cette voie par l'ingénieux auteur de la théorie valvulaire.

A. Dechambre.

— Erratum. Numéro 26, page 411, 2e colonne, lignes 22 et 26, au lieu de *convexité*, lisez *concavité*.

(1) Que M. Rouanet me permette à ce propos une petite réclamation. Après avoir dit que le ralentissement de la circulation chez le vieillard empêche certaines altérations des valvules de donner lieu au bruit de souffle, il ajoute: « Voilà pourquoi les objections de MM. Piorry et Dechambre sont sans valeur. » Objections à quoi? Pour mon compte, je n'ai jamais écrit un mot de discussion sur ce point; j'ai seulement communiqué à M. Piorry, pour son Traité de diagnostic, le relevé des cas où j'avais rencontré sur le cadavre des rétrécissemens des orifices cardiaques qui n'avaient pas donné lieu pendant la vie à des bruits anormaux. Ces faits-là, M. Rouanet les admet comme moi; et, de mon côté, je crois avec lui que le ralentissement de la circulation suffit pour empêcher un rétrécissement de donner lieu au souffle caractéristique. A. D.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 29. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 19 JUILLET 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-6°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'INCERTITUDE DES FONCTIONS ATTRIBUÉES AU CERVELET ET SUR L'ABSENCE DE SYMPTÔMES OU SIGNES PROPRES A FAIRE RECONNAITRE PENDANT LA VIE, LES DIVERS ÉTATS MALADIFS DE CET ORGANE;

par A. Toulmouche, docteur-médecin, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, professeur de pathologie externe à l'école préparatoire de médecine à Rennes, etc.

Les faits ne sont, dit Bacon, que la vérification des principes, et l'art d'inventer dans les sciences, celui d'extraire de l'observation et de l'expérience les principes, et de déduire de ces derniers de nouvelles observations et de nouvelles expériences.

Cette proposition est surtout applicable aux sciences qui, de même que la médecine, ne peuvent se faire qu'en s'appuyant sur ces principes, et en particulier à l'étude des maladies du cervelet, sur les fonctions duquel il y a encore, parmi les physiologistes expérimentateurs, tant d'opinions contradictoires, pour lesquelles il reste presque tout à faire.

L'anatomie pathologique pourra peut-être, par la multiplication des faits qu'elle est appelée à fournir, répandre quelque lumière. Mais, pour cela, il faudra tenter de les rapprocher, de les enchaîner, d'en faire ressortir les analogies et d'en déduire ensuite les conséquences; car toute synthèse se fonde sur l'analyse, c'est-à-dire sur l'observation, tire des conclusions de faits observés, tantôt conformes aux doctrines régnantes, tantôt contraires, et formule peu à peu un dogme nouveau.

La physiologie et la pathologie du cervelet sont couvertes d'un voile dont on n'a encore soulevé que quelques plis. Pour la première, on s'est borné, dans les vivisections sur les animaux, à des ablations, soit partielles, soit générales de l'organe, à des irritations ou inflammations. Lors de ces dernières, on a observé le renversement de la tête en arrière, des accès hystériformes, une agitation universelle, la fixité des yeux, l'oscillation des pupilles. Mais tous ces phénomènes n'étaient-ils pas le résultat de la terreur et de la douleur? En outre, ces irritations artificielles, toujours trop brusques ou trop destructives, ne peuvent produire des effets identiques à ceux qui surviennent d'une manière graduée dans les cas pathologiques.

D'ailleurs, dans ces expériences, les résultats ont été plus que contestables. En effet, comment apprécier l'action d'un organe aussi important que le cervelet, lorsque déjà, pour le découvrir, on est obligé de garrotter un pauvre animal, d'inciser profondément ses chairs, d'enlever des pièces de la boîte osseuse, de le tuer aux trois-quarts, et qu'au milieu des tortures et de la terreur, on veut apprécier les usages de cet organe? On prendra les convulsions musculaires et l'aberration des mouvemens produits par une agonie anticipée, pour les résultats de l'action du cervelet, et

Feuilleton.

UN SOUVENIR.

LETTRE AU DOCTEUR D....

Vous me demandez, mon ami, quelques détails sur un souvenir de ma jeunesse et sur l'amitié qui m'unissait étroitement avec Louis C... mort si prématurément et au milieu de ses succès. J'y consens volontiers, bien que, malgré les années écoulées, ce souvenir ait pour moi quelque chose de pénible et d'amer. La plaie n'existe plus, mais la cicatrice est encore sensible et il ne faudrait pas trop appuyer pour la rendre douloureuse.

Louis C... était un jeune homme véritablement accompli. A un physique très agréable, il joignait une intelligence vive et fine, un caractère doux, liant, plein de bonne foi, de franchise, de candeur. Bien qu'il eût du feu et de l'élévation dans l'ame, on ne remarquait point en lui de ces illusions juvéniles outrées, vraies fougues d'une imagination sur excitée que l'on prend pour de la force. Il était doué surtout d'une extrême sensibilité; un animal, un insecte souffrant, lui causaient de véritables douleurs; sous ce rapport, on l'eût volontiers comparé à l'illustre poète qui, pour tout l'or du Pérou, n'aurait pas arraché les ailes à un papillon, disposition organique fatale en quelque sorte et qui prédispose à bien des maladies. Aussi quand nous revenions de l'Hôtel-Dieu ou de la Charité, mon ami avait-il le cœur gros, toujours prêt à déborder. Cependant, par devoir, par un effort de reflexion, il supportait la vue des opérations, mais fortifié de cette idée que c'était un mal nécessaire, que le sang versé avait pour but, pour compensation le soulagement d'atroces douleurs. Cette vive sensibilité était néanmoins et dans bien des cas un véritable supplice pour mon ami. Quelquefois même, nous, ses amis, ses condisciples, car la jeunesse est comme l'enfance, *cet âge est sans pitié*, nous nous plaisions à l'exciter, nous le mettions à de rudes épreuves. En voici un exemple. On faisait le pari que Louis C... n'achèverait jamais sans pleurer le couplet, *O ma tendre musette!* et mon ami n'hésitait pas un moment à accepter le défi, il aurait engagé tout ce qu'il avait. Dès lors il commençait, faisant d'incroyables efforts pour se surmonter, pour rester ferme, sans émotion, sans attendrissement. Hélas! c'était en vain; dès le second vers, on voyait sa figure changer, s'animer, les soupirs se faisaient jour, et au dernier vers, *Chante son inconstance et ma fidélité*, mon pauvre Louis fondait en larmes et perdait son pari. Il ne faut pas croire pourtant que ce jeune homme n'avait que le sentimentalisme vaporeux d'une petite maîtresse riche et blasée, loin de là; dans l'occasion, il savait souffrir avec constance; plus d'une fois, il donna des preuves du plus mâle courage. Je laisse aux physiologistes à expliquer cette forme d'organisation, cette idiosyncrasie, non encore signalée et classée.

Louis C... et moi nous étions liés d'une amitié profonde et inaltérable; car nous avions en tout une rare conformité de goûts, de vues et de penchans; à

alors il ne sera pas étonnant que les expérimentateurs ne lui voient exercer aucune action sur d'autres organes. C'est ce qui est arrivé à MM. Bouillaud et Serres qui écrivent qu'ils n'ont vu survenir ni éjaculations ni érections.

MM. Flourens et Magendie le regardant, le premier, comme le régulateur et le balancier des mouvemens, et le second, comme le producteur des mouvemens en arrière, ont été tout aussi facilement induits en erreur, en attribuant l'impossibilité de se soutenir ou de marcher avec régularité, provenant de la lésion grave de parties profondes, de la terreur et de la perte de sang, à la lésion exclusive de cet organe. Ces expériences autoriseraient tout au plus à le regarder comme un centre nerveux qui donnerait aux animaux vertébrés la faculté de se maintenir en équilibre et d'exercer la locomotion; mais toujours sous la direction ou de concert avec le cerveau; car la nature ne doit pas avoir rendu indépendans des actes dont les instrumens ont été réunis dans un admirable ensemble et dans la même boîte osseuse, en vertu du consensus observé dans tout ce qui tient à l'accomplissement des phénomènes de conservation de l'économie animale. Autrement, on serait forcé d'admettre que le cerveau n'est pas l'organe unique des instincts, des volitions et des facultés intellectuelles, que la variété de mémoire qui a rapport aux mouvemens doit être exclue du rang des actes de l'intelligence, et que chez les danseurs, par exemple, le cervelet devrait être prépondérant, ce qui n'est pas; outre que les animaux le plus ordinairement et surtout dans l'état normal se meuvent sous l'impulsion d'une foule de motifs dont le cerveau est le siége, en sorte qu'en y associant son action, le cervelet serait un organe complémentaire d'intelligence, comme les légères convulsions musculaires qui accompagnent presque toujours les vifs désirs amoureux et le coït porteraient à le faire croire.

Tant que l'anatomie pathologique n'aura pas fait découvrir de lésions dans le cervelet, propres à expliquer une foule d'affections nerveuses, de dérangemens les plus bizarres des fonctions locomotrices, tels qu'une tendance irrésistible à reculer ou courir sans motif raisonné, à faire des bonds, des culbutes, etc., qu'on serait presque tenté de regarder comme des anomalies, des espèces de folies ou d'aliénations des fonctions locomotrices, il faudra douter que seul il soit destiné à présider à l'harmonie et à l'unité des mouvemens.

La versatilité des opinions sur les usages de cet organe est déjà une forte présomption qu'on les ignore encore, ou que la plupart des expériences tentées ne sont rien moins que concluantes. En effet, le docteur Gall le regarde comme le siége et la source de l'amour physique; Rolando y place le principe de la contraction; ses lames superposées lui paraissent agir à la manière d'une pile voltaïque et transmettre aux muscles le principe moteur sous la direction du cerveau; MM. Foděra, Foville et Pinel Grandchamp en font l'organe de la sensibilité ou du tact; M. Bouillaud admet avec M. Flourens que le cervelet est le régulateur ou le balancier des mouvemens, mais qu'il ne préside qu'à la coordination de ceux compliqués qui constituent les divers actes de la station et de la locomotion, et que plusieurs autres actes, tels que les mouvemens des yeux, de la glotte, des organes de la mastication, ne sont pas soumis à son empire, ce qui impliquerait pour les mouvemens de nos divers appareils musculaires des forces motrices centrales différentes.

Ne faut-il pas, en voyant de telles divergences, rabattre un peu de l'importance attribuée aux vivisections et s'en tenir à un scepticisme raisonnable, en se défiant de l'esprit de prévention involontaire dans lequel la plupart des expériences sont le plus souvent tentées? Que l'on consulte plutôt celles de la nature; celles-là n'induiront pas en erreur; aussi tant que les lésions pathologiques ne seront pas d'accord avec les résultats annoncés par les physiologistes, aura-t-on quelque raison de croire qu'ils se trompent.

Tant de travaux ont été faits sur le système cérébro-spinal, tant d'hypothèses ont été avancées, qu'on doit être effrayé des difficultés qui restent encore à vaincre, pour toucher à la connaissance du principe du genre de l'innervation qu'on peut attribuer au cervelet ou à l'origine de l'axe cérébro-spinal.

M. Lallemand a publié dix observations de maladies simples ou compliquées du cervelet, et aucune n'a prouvé l'influence directe de cet organe sur ceux de la génération.

M. Rochoux en a cité 2 cas, M. Rostan 5, M. Ollivier 3 également contraires. Le premier, en outre, n'a point consacré d'article particulier pour les symptômes du ramollissement du cervelet; c'est encore une lacune à remplir.

L'observation de la femme Bindel que je cite est un exemple également négatif de l'action cérébelleuse sur le développement de la salacité, quoique la lésion ne fût portée qu'à un faible degré et assez limitée. Il en est de même de celle de Mme D., d'une autre citée par Maclean, de celle du docteur Martiny de Lubeck, de la seconde publiée par M. Duplay, et des troisième, quatrième et cinquième du même que je me suis plu à rapprocher dans ce mémoire, et enfin des trois rapportées par M. Bénard. M. Cruveilhier n'admet point, comme Gall et M. Serres, que dans l'apoplexie du cervelet, il y ait érection ou semi-érection; ou lorsqu'elles ont lieu, il l'attribue à un trouble profond dans la circulation et la respiration, comme chez les pendus, et non à l'altération du cervelet lui-même. D'ailleurs, s'il est vrai que l'apoplexie cérébrale détermine la paralysie des organes qui puisent dans l'encéphale le principe de leur action, comment le même état maladif du cervelet déterminerait-il l'érection du pénis, lorsque la compression des centres nerveux, passé un terme, produit la paralysie assez brusquement. Je l'ignore, et la science, sous ce rapport, n'est point faite puisque parmi les maladies jusqu'ici relatées de cet organe, les unes en plus grand nombre semblent infirmer l'opinion que le cervelet préside aux facultés ou aptitudes génératrices, tandis que d'autres sont propres à la confirmer.

Il faut rapporter aux premières les deux exemples de lésions organiques du cervelet cités par M. de Rennes (cahier de juin 1828, des ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE), dans lesquels il ne remarqua aucun phénomène spécial du côté des organes génitaux; les deux observations de maladies du même organe publiées par le même; celles de la femme Bindel et du nommé Trochu, que j'ai relatées dans la GAZETTE MÉDICALE (année 1833); trois cas de compression du cervelet notés par M. Bore; l'observation d'un garçon épicier rapportée par M. Chomel; une autre de Maclean (GLASCOW MED. JOURNAL, janv. 1833); celle d'une fille âgée de 8 ans; une d'Abercrombie (cancer du cervelet); une autre de M. Lachèze fils (1833); cinq autres publiés par M. Duplay, dans le cahier de novembre 1836 des ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE; et enfin une du docteur Green, dans le numéro de juillet 1840 du DUBLIN JOURNAL.

J'accorderai aux secondes, c'est-à-dire aux maladies du cervelet, favo-

---

l'en croire, nos *atômes* crochus ou non devaient se joindre de toute éternité par la loi des affinités électives. Très rarement nous quittions-nous; quand je ne le voyais pas il me manquait quelque chose, et il éprouvait le même besoin. Nous mangions à la même table, nos deux chambres se communiquaient, nous suivions les même cours, nos livres, notre bourse, tout était en commun; à la lettre, comme dit Montaigne de la Boëtie, *ma volonté fut plongée dans la sienne, et la sienne dans la mienne*; aussi nous appelait-on les inséparables, et nous l'étions de cœur, d'esprit et de fait. Douces années dont l'empreinte, malgré l'âge, est restée ineffaçable!

A la fin de la journée, notamment en hiver, nous avions coutume de rédiger les notes recueillies dans les hôpitaux et les amphithéâtres. Nous suivions alors les cours de pathologie externe de Boyer, d'hygiène de Hallé et celui de chimie de Deyeux, cours éminemment instructifs. Puis nos notes rédigées et classées, tous deux assis à notre modeste coin du feu d'étudiant, nous devisions sur les hommes et les choses, sur les événemens de la journée, etc.; mais Louis C..., d'un esprit hardi et aventureux, ramenait toujours la conversation sur les sujets philosophiques les plus ardus. J'admirais souvent chez ce jeune homme de ces saillies de l'homme intérieur religieux et convaincu, des échappées de vues profondes; enfin ce vif mouvement d'une ame qui, comprenant d'instinct le néant de ce monde, s'élance plus haut et ne se repose qu'en Dieu... Pourquoi n'est-il pas permis aux hommes de distinguer avec la même clarté les merveilles de la création visible et les merveilles de la création cachée? Pourquoi cette curiosité douloureuse et insatiable pour les choses invisibles, et cette impatience de dessiner le mot de la mort? Si la nature humaine contient une essence qui vit dans l'organisme et qui n'est pas lui, quelle est-elle? L'appareil cérébral prédétermine-t-il nécessairement les actes humains? Y a-t-il donc un principe *psychique* en dehors de l'organisme, ou n'est-ce qu'un véritable et pur *ens rationis*? Où réside-t-il dans cette multitude de parties qui composent le cerveau? Peut-on ajouter foi à ce qu'ont dit, à ce sujet, certains physiologistes et philosophes? Ce principe psychique, indépendamment des assurances de la foi religieuse, survit-il à l'organisation, ou n'est-ce qu'une chimère hyperphysique? Nous est-il donné de sonder les mystères et les profondeurs du sépulcre et d'entrevoir quelques lueurs au-delà? Est-il quelques voies secrètes entre les bons d'ici-bas et les intelligences supérieures? etc. Telles étaient les questions, assurément fort ardues et épineuses, qui nous agitaient souvent. Louis C..., plein d'instruction et de cette haute mélancolie qui est la gloire et le tourment des ames d'élite, y revenait souvent et toujours avec un feu, une ardeur qui m'étonnaient et m'affligeaient comme par une sorte de pressentiment.

Cependant de toutes ces questions, celle qui fixait le plus son attention était l'existence et l'immatérialité du principe psychique après la mort avec persistance ou non de la personnalité. Quelquefois l'horrible doute le saisissait de ses étreintes glacées, car enfin

« Quand la lyre n'est plus où donc est l'harmonie? »

Mais indépendamment de la confiante tranquillité de la foi, sa pénétrante sagacité lui faisait pressentir qu'il n'en pouvait être ainsi. D'ailleurs comment croire que nous serions éternellement séparés l'un de l'autre, comment supposer que les molécules de nos corps obéissant à d'autres lois pour opérer de nouvelles

rables à l'opinion de Gall, qui en fait le mobile de l'appui générateur, les faits suivans, en faisant toutefois réserve sur la valeur contestable de quelques-uns d'entr'eux.

1° Celui cité par M. Thion (d'Orléans), d'une vache qui, sept mois après avoir vêlé, n'était plus redevenue en chaleur, à l'ouverture du cadavre de laquelle il trouva l'hémisphère cérébelleux gauche réduit à la moitié de son volume, mais sans altération de structure, tandis que le droit, entièrement désorganisé, était transformé, dans son tiers postérieur, en une masse ovoïde adhérente à l'occipital, de laquelle partaient des mamelons pédiculés faisant saillie à travers des perforations de l'occipital, et, à la place de l'arbre de vie, de nombreux tubercules compactes ou ramollis.

2° Une observation publiée par Eliotson, dans la LANCETTE de novembre 1835.

3° Avec doute, celle rapportée par M. Chauffard, médecin de l'hôpital d'Avignon, d'un homme âgé de 53 ans, d'une grande piété, de mœurs sages, qui, après s'être frappé violemment la nuque contre l'angle d'une cheminée, fut pris de satyriasis, de délire érotique, s'abandonna aux actes les plus indécens, en même temps que ses forces et son intelligence s'affaiblirent; éprouva des convulsions, de vives douleurs, au sommet de la tête, un commencement de paralysie du côté gauche, et ne tarda pas à succomber. En effet, l'autopsie cadavérique n'ayant pas été faite, il n'est pas démontré qu'une hémorrhagie isolée ou multiple, précédée ou promptement suivie d'un travail phlegmasique dans le cerveau, occasionnant une exaltation maladive dans la puissance d'innervation de cet organe, qui préside, comme on le sait, au développement de la sensibilité, n'ait pu réagir sur celle des organes génitaux, et la monter à un degré extrême. Je suis d'autant plus disposé à le croire que, dans la plupart des lésions du cervelet citées, il y a coïncidence ou préexistence de maladies graves de l'encéphale.

Il faudrait que les faits qu'on invoque consistassent dans des affections isolées du cervelet, ce qui est rare, cet organe ne pouvant revendiquer une indépendance fonctionnelle par rapport au cerveau, dont il est réellement une partie constitutive, formant l'admirable unité de cet instrument de la pensée et de la sensibilité.

4° L'observation suivante, dont les détails ont été publiés dans un autre travail que j'avais entrepris sur d'autres maladies de l'encéphale; et dont je ne donnerai que le sommaire.

OBS. — Madame D..., âgée de 64 ans, offrit, après de nombreux chagrins, comme symptômes précurseurs d'une lésion du cervelet et du cerveau, de la céphalalgie, des étourdissemens, de la propension au sommeil, des démangeaisons à la peau, du prurit, et un éréthisme inaccoutumé des organes génitaux qui lui faisait dire en plaisantant que, sous le rapport des désirs, elle croyait revenir à dix-huit ans.

Le 23 mars, elle fut prise brusquement de convulsions des muscles de la face, surtout à droite, puis de ceux des bras, et à un moindre degré de ceux des extrémités inférieures, de loquacité continuelle, mais sans suite dans les idées, de la perte de la vision, tandis que l'ouïe était restée d'une finesse extrême, phénomènes qui annonçaient une arachnitis.

Plus tard, il survint du tremblement et de l'incertitude dans les mouvemens, surtout dans ceux des bras, et de la difficulté à rendre ce qu'elle éprouvait.

Le 9 avril, il y eut des accès épileptiformes, du trismus, une légère paralysie du bras gauche, avec contraction spasmodique du droit, annonçant un ramollissement d'une portion de l'hémisphère cérébral gauche.

L'immobilité des membres abdominaux fut peut-être le seul symptôme qui eût pu faire soupçonner la même lésion dans le cervelet.

A l'ouverture du cadavre, je rencontrai un ramollissement de la substance cendrée de la partie antérieure des corps striés, derrière l'entrecroisement des nerfs optiques, des traces d'arachnitis récente de la base du cerveau et un ramollissement de l'extrémité antérieure du lobe gauche du cervelet.

5° L'exemple cité par le docteur Crisp, d'un homme âgé de 49 ans, qui fut pris d'accidens comateux, pendant lesquels il mourut, et, à l'ouverture du cadavre duquel il trouva un épanchement séreux dans la cavité de l'arachnoïde, qui était opaque et blanchâtre, le cervelet extrêmement petit, la partie postérieure de la tête très étroite, les organes génitaux du volume de ceux d'un enfant de 7 à 8 ans, et nulle trace de poils sur aucune partie du corps. Cet individu avait toujours montré une très grande indifférence pour les femmes.

6° Enfin, l'observation publiée dans la LANCETTE, par M. Eliotson, d'un enfant âgé de 5 ans qui, le 26 novembre 1835, éprouva de l'agitation dans la nuit, des réveils en sursaut, parut plus tard boiter un peu, maigrit graduellement, se plaignit de céphalalgie les trois dernières semaines, durant lesquelles il criait lorsqu'il urinait, et dont la verge était souvent en érection et la tête se balançait en marchant. Il ne pouvait regarder devant lui; le mouvement et la sensibilité étaient intègres. Il éprouvait, la nuit, des contractions spasmodiques dans la bouche et les mains. Il poussait des cris, paraissait souffrir de la région lombaire. L'appétit persistait. Il survint du strabisme, une amaurose. Les convulsions s'étendirent au bras droit; l'intelligence resta intacte; il y eut du priapisme avec rétraction des testicules. Il mourut après deux ou trois fortes convulsions. A l'ouverture du cadavre, ce praticien trouva la pie-mère très vasculaire, nul épanchement à la surface du cerveau, ni pointillé à son intérieur; 90 grammes de sérosité dans les ventricules; dans chaque lobe du cervelet une petite tumeur tuberculeuse, autour de laquelle la substance cérébelleuse était ramollie, mais plus à droite qu'à gauche; une tumeur semblable dans la fosse occipitale droite, avec dépression du cervelet et ramollissement de son tissu.

On voit, par ce qui précède, que j'ai pu rapprocher beaucoup plus de faits contradictoires dans la première que dans la seconde de ces sections. J'aurais pu en augmenter encore le nombre; mais c'eût été donner à de simples considérations ou réflexions nées de leur lecture une étendue fastidieuse. Il vaut mieux conclure, avec prudence, que le point de la science relatif aux fonctions attribuées au cervelet, par rapport aux facultés génératrices, est encore bien hypothétique, et qu'il est nécessaire que le temps fournisse de nouvelles et moins rares occasions de recueillir des observations de lésions partielles de cet organe, si tant il y a que les lois qui régissent l'unité de la matière animée puissent s'accommoder de leur évolution isolée.

Voyons maintenant si les faits pathologiques sont propres à légitimer l'opinion des physiologistes qui assignent au cervelet la fonction d'être l'organe régulateur des mouvemens volontaires.

J'ai déjà fait ressortir la divergence des résultats revendiqués par les vivisecteurs. Si l'on fait appel à l'examen des lésions morbides de cet organe pour vider la question, on arrive à la même incertitude; car un grand nombre de faits semblent favorables à cette opinion, et d'autres aussi importans la réfutent. Encore dois-je dire que, pour les premiers,

---

combinaisons d'êtres, c'en était fait à jamais de notre amitié; il ne pouvait y croire, son cœur se soulevait à cette idée. Toutefois les preuves psychologiques et morales ne satisfaisaient pas Louis C...; il aurait voulu des preuves physiologiques, perceptibles en quelque manière à nos sens, à notre intelligence. Dans son ardent désir, il ne pouvait concevoir que Dieu nous les eût refusées après avoir mis en nous le sentiment exalté de l'amour, de l'amitié, de l'amour conjugal, de l'amour maternel, avec l'horrible et poignante douleur que le cœur éprouve dans la perte d'un être chéri. La vie *présente*, disait-il, est le premier anneau d'une chaîne qui se perd dans l'éternité; or, cette chaîne lui paraissait indissoluble, il ne fallait trouver que le point d'union. Comment saisir ce dernier d'une vie à l'autre? une profonde, une impénétrable nuit couvre ce mystère. Cependant quelque chose nous rassurait, nous consolait; en véritables jeunes gens et en amis fidèles, nous nous fîmes bien des fois la promesse solennelle que le premier qui mourrait avertirait l'autre de son existence après la vie actuelle. Il l'avertirait par quelque moyen que ce soit, physique ou intellectuel, perceptible ou animique, si Dieu le permettait. Je savais qu'à différentes époques plusieurs s'étaient fait cette promesse mutuelle, il en est même qui l'avaient signée de leur sang. Louis C... et moi, sûrs de notre amitié, nous n'avions nul besoin d'une pareille assurance, certains de nous tenir parole, ou que l'obstacle serait invincible et hors de notre volonté. Ne souriez pas trop, mon cher confrère, de cette promesse! Ne pensez-vous pas que l'on croit facilement ce que l'on désire, surtout quand on est sous le double empire des illusions de la jeunesse et d'un sentiment exalté?

Nous vivions ainsi dans l'intimité la plus parfaite, la plus heureuse, ne présumant pas qu'à notre âge les liens d'une forte amitié soient rompus de sitôt; il en fut autrement. Louis C... était bien constitué, mais il avait la poitrine délicate, Corvisart l'en avait averti. Quelques crachemens de sang eurent lieu; ils se répétèrent, bientôt une phthisie aiguë se déclara et les accidens marchèrent avec une telle rapidité qu'il était facile de prévoir un dénouement funeste; la mort de mon ami fut pour moi d'autant plus effrayante que j'avais été loin de la prévoir; cette idée m'était insupportable et pourtant cette mort était inévitable. Oh! quelle différence entre connaître et sentir ou voir la vérité! j'en fis la triste expérience. Tous les secours furent inutiles, mon ami se mourait de jour en jour, d'heure en heure; enfin, attachant sur moi un regard profond et douloureux, il me tendit la main et me dit : Sois tranquille, ami, *je tiendrai ma promesse*; peu d'instans après il n'existait plus. De vous dire la douleur que j'éprouvai, ce serait une chose impossible; elle fut si vive, si âpre, si profonde que je ne prononçai pas quatre paroles, et ne versai pas une larme. Nos camarades, dont plusieurs existent encore, se chargerent de tout le détail des funérailles et d'écrire à la famille. Quant à moi plongé dans ma douleur, absorbé par mes regrets, je vivais presque automatiquement. Le *silence* et la *solitude* qui, dans tous les temps de ma vie, m'ont été si calmans, si bienfaisans, ne faisaient qu'irriter mon chagrin par un isolement auquel je n'étais pas accoutumé.

Cependant, deux motifs de consolation agirent peu à peu, et je m'y attachai avec force. Par le premier, je me disais : Mon pauvre Louis C... ne souffre plus; son ame pure, pesée dans la balance des *œuvres*, repose maintenant au milieu des intelligences supérieures; elle est retournée au foyer de la vie éternelle. Le second motif, puisqu'il faut vous le dire, mon chère confrère, c'était la

il y avait toujours, dans les exemples cités, coexistence de lésions graves des parties centrales du cerveau.

Ainsi, dans une observation publiée par M. Dufour (de Montargis), d'une altération du cervelet qui paraît avoir déterminé un trouble de la station et de la progression, puisque le malade se présenta avec toutes les apparences de l'ivresse, la parole embarrassée, la face rouge, la démarche irrégulière et vacillante, et que cet état se maintint pendant deux mois au bout desquels les extrémités pelviennes se paralysèrent; il survint une vive douleur à la partie antérieure de la tête, de la somnolence, de l'insensibilité, de la paralysie dans les bras, de la surdité et de la cécité qui se terminèrent par la mort au bout de quinze jours; il rencontra plutôt une lésion grave du cerveau que du cervelet. En effet, il y avait, dans le premier, ramollissement du méso-lobe, des couches optiques, des nerfs optiques et olfactifs, épanchement d'une sérosité puruleute dans les ventricules; tandis que, pour le second, il n'y avait qu'une couleur rose qui masquait celles blanche et grise primitives, en même temps que la substance cérébelleuse était ferme et consistante. Or, ces lésions des parties centrales de l'encéphale expliquent bien mieux les symptômes observés que celles rencontrées dans le cervelet.

Dans une seconde (EDIMBURGH AND SURGICAL JOURNAL, avril 1828), d'une jeune fille qui, parvenue jusqu'à 17 ans sans que les facultés locomotrices et la sensibilité générale se fussent développées en proportion du corps, chez laquelle, à l'ouverture du cadavre, on trouva une absence complète de la dure-mère à la base du crâne, et, à sa place, une membrane mince, demi-transparente, très lâche, irrégulièrement disposée, et manque de la majeure partie de la tente du cervelet, lequel se trouvait supporter immédiatement le poids du cerveau, on a cru pouvoir en inférer la conséquence que le cervelet jouait un très grand rôle dans la coordination des mouvemens musculaires.

Je crois que c'est être peu difficile en matière de preuve; car, rien ne démontre que, dans l'état de vie, la membrane mince, demi-transparente, qui remplaçait la tente du cervelet, ne fût pas suffisante pour soutenir convenablement le cerveau et l'empêcher de comprimer la substance cérébelleuse. Ce qui le ferait croire, c'est que cet état congénial avait pu permettre dix-sept années d'existence; outre que la laxité de cette membrane devait probablement être le résultat de la mort, et qu'enfin on ne parle pas de l'état dans lequel fut trouvé le cerveau.

Maclean (GLASCOW MED. JOURN., janvier 1833) cite l'observation d'une femme âgée de 80 ans, qui éprouva des menaces fréquentes de congestion, avec douleurs lancinantes dans la tête, quelques jours avant la mort, des vacillations dans la marche avec imminence de chute, qui succomba avec tous les signes d'une attaque d'apoplexie, et à l'ouverture du cadavre de laquelle il trouva un grand nombre de tubercules dans les membranes du cerveau, une arachnitis, l'hémisphère droit du cerveau ramolli, les ventricules distendus par de la sérosité, dans le lobe droit du cervelet, un abcès renfermant 60 grammes de pus, l'artère basilaire rompue, et la moelle épinière recouverte d'une fausse membrane.

M. Bell, interne à l'hôpital des enfans a cité dans le journal LES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, année 1834, l'observation d'un enfant de 11 ans, qui éprouva des menaces de congestion avec altération de la myotilité dans les membres droits, et bientôt paralysie incomplète, affaiblissement de la vue, céphalalgie occipitale par intervalles éloignés; qui, cinq à six jours avant la mort, fut pris de délire avec cris auquel succéda un collapsus profond, s'affaiblit graduellement, s'éteignit sans convulsion, et à l'ouverture du cadavre duquel il trouva le cerveau sain, mais dans chacun des lobes du cervelet, un tubercule gros comme une fève au milieu de la substance cérébelleuse ramollie légèrement, un troisième de la grosseur d'une petite noix, occupant le lobule moyen; une masse tuberculeuse du volume d'une noix, dans le centre de la protubérance annulaire, dont la substance environnante moins consistante se prolongeait dans le pédoncule gauche; dans le droit, un autre tubercule gros comme une noisette, et enfin un dernier dans la paroi antérieure et supérieure du cervelet.

Il n'y avait en que paralysie incomplète du sentiment et du mouvement du côté droit et perte de la vue. Cependant les lésions de la substance cérébelleuse avaient été des plus étendues, et sa compression aurait dû s'opposer fortement à l'accomplissement de ses fonctions dans l'acte de la locomotion, s'il était seul destiné à présider à cette dernière.

Une jeune fille, âgée de 8 ans, qui, depuis cinq mois, se plaignait de douleurs à la région occipitale et éprouvait divers troubles dans les mouvemens de la progression, car elle ne pouvait faire un pas sans le secours d'un aide, ses jambes se croisant et n'exécutant que les mouvemens les plus irréguliers sans toutefois ressentir des contractions spasmodiques dans l'état de repos, fut prise, plus tard, de céphalalgie générale, de vomissemens, d'agitation, de constipation, de délire violent avec cris auxquels succéda un coma profond, bientôt suivi de renversement de la tête en arrière et de dilatation des pupilles.

Le jour de la mort, il survint une perte absolue de connaissance, un trismus incomplet, cécité, de la surdité et des convulsions générales pendant lesquelles elle expira.

A l'ouverture du cadavre, on trouva l'arachnoïde qui recouvre la protubérance annulaire et partie du cervelet sans transparence, la pie-mère infiltrée d'une petite quantité de sérosité verdâtre, dans les ventricules latéraux 100 grammes d'un liquide légèrement trouble, leurs parois tapissées de fausses membranes, la cloison détruite, la voûte à trois piliers ramollie, un pointillé léger du cerveau, les circonvolutions aplaties. Le cervelet contenait, dans sa partie moyenne, un tubercule du volume d'un marron. La pulpe nerveuse qui l'entourait était très injectée, mais non ramollie.

Dans ce cas, les lésions du cerveau avaient été trop étendues, de même que celles de ses membranes d'enveloppe, pour qu'on puisse rien conclure du trouble des fonctions locomotrices, relativement à l'influence qu'aurait pu exercer sur elles l'altération rencontrée dans le cervelet.

Abercrombie rapporte l'exemple d'un cancer de ce dernier organe, dans lequel la marche était tremblante et vacillante comme celle d'une personne qui tient sur sa tête un fardeau en équilibre.

Dans une observation communiquée le 23 mai 1831 à l'Académie des sciences, par M. Combett, d'une jeune fille qui était à peu près idiote, marcha d'abord difficilement, cessa ensuite de le faire et qui succomba à une stomatite, dans le service de M. Kapeler (aux orphelins), ce médecin trouva à l'ouverture du cadavre le cerveau dans l'état normal, à cela près d'un petit épanchement dans le lobe gauche, une grande quantité de sérosité dans les fosses occipitales, à la place du cervelet une membrane gélatiniforme, tenant à la moelle allongée par deux petites masses de substance blanche, isolées et comme détachées, sur l'une d'elles un des nerfs de la quatrième paire, les tubercules quadrijumeaux intacts, une

---

promesse de Louis C..., promesse renouvelée au suprême moment de la séparation. J'avais trop de sens, je puis le dire, pour me perdre dans un illuminisme ridicule, sans fondement, et néanmoins un vague, un indomptable espoir ne cessait de renaître en moi. Pendant plusieurs années, chaque jour, chaque instant, j'espérais la réalisation de cette promesse. C'était surtout dans la profonde obscurité de la nuit, que j'attendais, que j'espérais le *spectre* de mon ami, et je l'attendais avec amour, avec impatience et anxiété. Combattu entre la raison, me disant qu'il y avait là une barrière éternelle, une impossibilité à jamais irrévocable et un désir ardent, je complais sur la force de volonté d'une âme qui, de passive qu'elle est souvent dans la limite organique et la mesure physiologique, reprend sa pleine activité lorsqu'elle cesse d'être incarnée dans le monde phénoménal. D'autres fois, je me disais que, s'il n'est pas possible à l'âme de mon ami d'agir sur des organes, en raison du principe de Lucrèce, qu'un corps ne peut être mu que par un autre corps, j'espérais que l'esprit pouvait communiquer avec l'esprit, une âme avec une âme, sans intermédiaire organique. Mais ce fut en vain, ainsi que vous le présumez facilement. Le *spectre* de mon ami ne vint point, comme je le désirais si vivement, accomplir sa promesse; une loi supérieur réduisant la science humaine aux proportions que Dieu nous a faites s'y est opposée; il fallut donc se résigner, se contenter d'un simple *souvenir*, et croire que, sur la terre, les âmes des morts restent dans le cœur de ceux qui les ont aimés.

En lisant ces détails on ces aveux, mon cher confrère, vous direz sans doute: *Hæc somnia democriti non docentis, sed optantis*; comment un homme raisonnable, adonné aux études anatomiques et physiologiques, pouvait-il se livrer à une pareille chimère, à ce rêve vague et flottant d'une vie à venir qui n'est qu'une espérance fondée sur la croyance et le dogme? Que voulez-vous? Je sais tout ce qu'on peut dire à cet égard, tout ce que pensent les savans, les hommes réputés positifs, qui ne s'en rapportent qu'au témoignage des sens, et procèdent par théorèmes, preuves et conclusions. Mais d'abord, qui ne répugne à croire que, le moule étant brisé, tout ce qu'il contient est à jamais détruit? Qui donc a jamais perdu l'objet de sa vive affection sans refuser à la mort la puissance de l'en séparer éternellement? Ne savons-nous pas en outre ce qu'ont parfois de vrai, de pénétrant les élans de l'imagination? Ne doit-on rien accorder à une sorte de vision translumineuse qui prend le nom d'intuition spontanée de la vérité? Toujours est-il qu'il ne faut pas trop se hâter de rejeter le sentiment comme *criterium* de ce qui est; et ces mots de Pascal: « le cœur a ses motifs que la raison ne connaît pas » ont un sens aussi juste que profond. La réalité qui tombe sous nos sens est-elle donc toute la réalité?

Et maintenant que, le temps ayant marché, bien des prestiges se sont dissipés, je vous avouerai, mon ami, que, sur certains points, j'ai autant de foi dans le sens commun et les croyances de l'humanité, le *consensus omnium* de Cicéron, que dans les affirmations, les dénégations scientifiques toujours bornées, toujours douteuses et changeantes. Au fait, que savons-nous? Chaque atome, chaque goutte d'eau ne sont-ils pas un monde inconnu? puis l'on veut animaliser l'esprit, l'attacher à telle ou telle forme, comme si l'on connaissait ce qu'il est, comme si l'on savait ce qu'est la matière! comme si, par une haute et définitive théorie dynamique des forces vitales, on avait pu saisir l'absolu de l'existence! Qu'y a-t-il, je vous prie, de plus insipide, de plus saturant, que ce matérialisme

légère érosion à l'orifice du canal de Sylvius, laquelle s'étendait un peu sûr la moelle et altérait légèrement les corps restiformes, nul quatrième ventricule, ni trace du pont de varole, et les pyramides antérieures se terminant en bouche par les pédoncules cérébraux.

Le docteur Marugr . de Lubeck, cite l'observation d'un petite fille de 5 ans, d'un caractère irascible, sujette à une douleur assez vive à la partie postérieure droite de la tête, n'ayant marché que très tard et assez mal, même à cet âge, qui fut prise de vomissemens périodiques qui cessèrent pour reparaître un peu plus tard. Alors elle maigrit, la vue s'affaiblit, l'occiput prit un développement anormal. Il survint des convulsions dans la jambe gauche, puis dans le bras correspondant, suivies d'une hémiplégie complète de ce côté. Cette enfant devint entièrement aveugle, les facultés intellectuelles restèrent intactes. Cependant elle commençait une réponse et ne l'achevait qu'une demie ou une heure après. D'autres fois elle la répétait pendant plusieurs heures de suite. La parole s'embarrassa. Le côté droit fut, à cette époque, agité de convulsions, suivies de paralysie et bientôt d'une mort tranquille.

A l'ouverture du cadavre, il trouva le cerveau distendu et un peu mou; les ventricules dilatés contenant près de 500 grammes de sérosité limpide; les nerfs optiques atrophiés; le cervelet énormément dilaté : dans sa moitié gauche, ramolli et décoloré, en sorte qu'on ne distinguait que difficilement l'arbre de vie; dans sa moitié droite, une tumeur stéatomateuse dure, compacte, du volume d'un œuf de poule, logée dans une cavité formée par la substance cérébelleuse refoulée.

Cette observation, que l'on a citée comme favorable à l'opinion que le cervelet préside à l'équilibre des mouvemens, ne me semble rien moins que concluante. En effet, les phénomènes observés furent ceux d'une vive irritation du cerveau, qu'on devait attribuer à un état congestionnaire de cet organe pour expliquer les convulsions qui survinrent dans les membres du côté gauche et qui furent si promptement suivies de paralysie, cette dernière venant confirmer cette opinion, en traduisant les effets d'une hémorragie cérébrale et s'étant effectuée dans le côté droit.

Quant aux mêmes accidens qui survinrent, plus tard, dans les membres de ce dernier côté, il était d'autant plus raisonnable de les considérer comme produits par une lésion identique qui était développée dans l'hémisphère opposé, que tous les symptômes qui caractérisèrent la dernière période de la maladie furent ceux d'un double épanchement de sang dans l'encéphale.

Il n'y avait point ici d'altération graduelle dans les mouvemens, soit de la préhension, soit de la progression, comme on aurait dû l'observer avec les lésions graves qui furent rencontrées dans le cervelet et qui n'avaient dû s'effectuer que progressivement; car je ne pense pas qu'on veuille attribuer à ces dernières l'action d'avoir marché tard et mal, donhle imperfection qui se rencontre fréquemment chez des enfans avec un organe cérébelleux parfaitement normal.

M. Duplay rapporte (cahier de nov. 1836 des Arch. génér. de méd.) l'observation d'un homme, âgé de 27 ans, qui, après avoir fait une chute grave sur l'occiput, y éprouva plus tard une douleur vive. Un mois après, il fut pris tout à coup de perte de connaissance et de mouvemens convulsifs dans les quatre membres, accidens qui continuèrent deux fois par semaine. Il survint un affaiblissement notable dans les membres du côté droit, précédé d'engourdissement et de petits mouvemens convulsifs, indépendans des attaques épileptiformes devenues plus rares. Plus tard, il nota une déviation de la bouche à gauche; une paralysie complète du côté droit avec sensibilité obtuse; la céphalalgie occipitale augmentait par le moindre mouvement; la vision et l'ouïe restèrent intactes de même que l'intelligence. Il survint des vomissemens, suivis de diarrhée, de l'affaiblissement, des convulsions, et enfin un état comateux pendant lequel le malade succomba.

A l'ouverture du cadavre, il trouva les sinus et les veines du cerveau gorgés de sang, les substances blanche et corticale très injectées, le cervelet dans le même état, mais au milieu de son lobe gauche un foyer purulent capable de loger un petit œuf de pigeon, isolé par une membrane fine, de la pulpe nerveuse qui conservait encore assez de consistance, mais offrait une teinte rosée par suite de l'injection intense de ses vaisseaux capillaires et la moelle épinière saine.

Enfin, M. Bernard a cité, dans le n° 44 de la Gazette Médicale de 1840, trois observations d'altérations du cervelet ayant paru avoir déterminé un trouble grave dans la locomotion.

Un militaire, d'une bonne constitution, éprouvait depuis six mois des attaques d'épilepsie qui étaient survenues à la suite d'une violente affection morale, lorsqu'il fut obligé d'entrer à l'infirmerie. Il présentait les symptômes suivans : intelligence obtuse, céphalalgie et attaques épileptiques fréquentes. Une saignée et quelques purgatifs n'empêchèrent pas les accidens d'augmenter.

15 mars. Lorsqu'il voulait se lever, il était obligé de s'accrocher aux objets voisins, sans quoi il reculait jusqu'à ce qu'il rencontrât un obstacle. Quand il marchait, il vacillait comme un homme en état d'ivresse. Il n'offrit rien de remarquable du côté des organes génitaux. On fit appliquer, sur la région occipitale, un vésicatoire; mais le mal augmenta rapidement. Les extrémités inférieures ne tardèrent pas à se paralyser, et le malade mourut, après vingt jours d'alitement.

A l'ouverture du cadavre, on trouva le cerveau sain, mais un ramollissement diffluent de toute la circonférence du lobe latéral gauche du cervelet, dont la substance pulpeuse avait perdu toute trace d'organisation. L'altération diminuait en allant vers le lobe latéral droit, et disparaissait au niveau du lobe médian.

Sur un autre sujet, qui était dans un état d'ivresse apparent, bien qu'il n'eût fait aucun usage de liqueurs spiritueuses, le même médecin rencontra une injection de toute la masse du cervelet, qui était d'une couleur rose.

Enfin, chez un troisième, il trouva, à l'autopsie cadavérique, un tubercule de la grosseur d'une noix dans le lobe gauche du cervelet. Il y avait eu, pendant la vie, une grande débilité du système musculaire, surtout aux extrémités inférieures, qui rendait la station peu sûre, la progression très laborieuse, et, en outre, une douleur violente et continuelle à l'occiput.

Quant au second ordre de faits propres à infirmer la faculté de coordonner les mouvemens attribués au cervelet, je crois pouvoir en citer de très concluans.

Ainsi, M. Devennes, médecin de l'hôpital militaire de Strasbourg, a rencontré deux cas de lésions de cet organe chez des individus qui n'en éprouvèrent aucune perversion dans les mouvemens volontaires. Ils sont remarquables par la très grande analogie des symptômes.

Dans le premier, il y avait, dans le lobe gauche du cervelet, un tubercule gros comme une noix; au milieu du droit, un second gros comme

---

d'amphithéâtre ne voyant la vie que dans ses ressorts les plus grossiers, qui, après avoir mis quelques muscles en relief, incisé ou étalé le cerveau, suivi laborieusement quelques filets nerveux, disserté sans jamais s'entendre sur les propriétés vitales, s'imagine connaître l'homme, et dit : le reste est caché dans la profonde nuit des qualités occultes, je ne puis ni le voir, ni le toucher, je le nie? Ne voyez-vous pas ici côte à côte l'orgueil et l'ignorance, ces inséparables associés? Sans entrer d'ailleurs dans des détails étrangers ici, je dirai pourtant à certains sceptiques : Je me distingue parfaitement de mes organes; ils sont *miens* et ne sont pas *moi*. Ainsi, vous ne pouvez nier ce principe interne qui dit : *Je suis*; ce serait nier l'homme même. Cela posé, de deux choses l'une; car il faut toujours en revenir à ce point éternel de la discussion. Le principe psychique n'est qu'un résultat ou il existe, *per se*, comme une force active, énergique, unie temporairement à un organisme donné. Dans ce dernier cas, l'homme est condamné au destin de la bête, qui passe quelques jours sous le soleil pour rentrer à jamais dans la nuit éternelle; dès lors chacun peut dire: que m'importe le juste et l'honnête, surtout après moi : *Che sara, sara*. Toutefois, on peut répondre: la pensée existe, elle se manifeste à chaque instant, il n'est pas possible de se refuser à cette évidence; mais, quelle que soit cette pensée, n'ayant ni poids, ni couleur, ni dimension, ni étendue, elle est nécessairement immatérielle. elle est en outre indivisible; il est impossible, en effet, de concevoir des *parties* dans l'esprit, car ses facultés ne sont pas des parties, ce sont des modes, comme on l'a déjà remarqué. N'est-il pas ensuite démontré que l'unité, l'indivisibilité, d'où résulte l'immatérialité, entraînent logiquement, irrévocablement l'immortalité, puisque la mort n'est que la séparation des parties? Tel est le caractère indélébile de ce qui est en soi un *principe*. Cet argument, pour être répété à travers les âges, n'en est pas moins péremptoire et sans réplique. Ajoutons que Dieu n'anéantit pas à la mort les atomes qui composent le corps; anéantirait-il donc l'ame? Absurde contradiction. De quelque manière qu'on envisage les choses, si l'on veut poursuivre la vérité à la lueur de l'expérience, si l'on dédaigne d'éclaircir les obscurités de la métaphysique par les inconnues de la physiologie, on sera forcé d'admettre dans l'homme deux ordres de faits partant de points différens d'où se tire la conclusion suivante : il y a un principe *invisible* et *indestructible* uni pendant la vie à un cerveau, organe *visible et destructible*, tel est l'état présent de l'économie. Ainsi, l'ame se conçoit et ne s'aperçoit pas, elle se communique et ne se divise pas, elle rayonne et elle persiste dans son unité harmonique; tout ce qui est essentiellement un est *participable sans être divisible*, rien de plus démontré. L'ignorance où nous sommes du *comment* d'une chose n'est pas un titre suffisant pour affirmer que cette chose n'est pas. Tout ce qu'on peut dire, c'est que ce comment est hors de proportion avec nos facultés actuelles.

Si vous n'êtes pas plongé dans ce vide absolu de croyances où restent quelques esprits aveugles et mal conformés, vous comprendrez, mon cher confrère, par les raisonnemens précédens, les motifs sur lesquels je fondais mes espérances à la mort de Louis C... L'ame ramenée à toute sa simplicité métaphysique participe-t-elle encore à l'état des ames *organico-mondaines*, avec conscience réfléchie? On doit le penser nécessairement, à cause de la justice divine rémunérative. Dès lors j'espérais l'accomplissement de la *promesse*. Ce résultat n'ayant pas eu lieu, je me disais : Louis C... a conservé sa volonté, mais voilà tout; une loi

une aveline, et trois autres plus petits, également dans sa substance. Le malade avait accusé pendant la vie une douleur vive et profonde à la partie postérieure de la tête, avait maigri, s'était affaibli, était devenu morose, inquiet, d'une humeur difficile, avait été pris de vomissemens, de constipation opiniâtre, de céphalalgie, d'insomnie, d'engourdissement moral.

Dans le second, les accidens étaient survenus lentement et graduellement. On avait remarqué une céphalalgie habituelle, des vomissemens opiniâtres, de la fièvre, une maigreur très prononcée, une expression inquiète, de la faiblesse musculaire; mais l'action de marcher était restée facile. Un peu plus tard, il était survenu du délire, des plaintes continuelles, une douleur à la partie postérieure de la tête. On trouva le cervelet plus mou que de coutume; un abcès dans son lobe gauche, composé de deux foyers séparés par une lamelle de substance grise épaisse de 4 millimètres; le supérieur, long de 3 centimètres et demi sur 2 centimètres 3 millimètres de large, contenant un pus blanc, jaunâtre, et la substance cérébelleuse ramollie autour, communiquant en arrière avec l'intérieur par une ouverture étroite.

J'ai fait l'autopsie du cadavre d'une femme appelée Bindel, dont l'observation, de même que celle qui suit, a été publiée avec détails dans la Gazette Médicale, comme exemple d'otorrhée cérébrale primitive, qui succomba à un ramollissement de l'hémisphère gauche du cerveau compliqué de carie du rocher du même côté, de ramollissement de la portion de cervelet correspondant à la partie supérieure de ce dernier et à la face postérieure de la fosse temporale interne, sans avoir jamais présenté la moindre altération dans la liberté des mouvemens volontaires.

Chez un homme âgé de 19 ans, qui succomba à une double carie de la portion pierreuse des temporaux, des os de l'oreille interne, des articulations temporo-maxillaires, avec altération correspondante de la dure-mère, production d'un très grand nombre de tubercules dans le cerveau, dont la substance était ramollie à leur pourtour, et complication d'une lésion du cervelet consistant en une teinte bleuâtre ardoisée de la substance corticale, vis-à-vis la fosse occipitale gauche, mais sans ramollissement, j'observai, pendant la vie, du trouble dans les mouvemens de la progression. Ainsi, en faisant lever le malade, il marchait avec difficulté, chancelait, traînait davantage la jambe droite que la gauche, tombait en avant. Mais ces symptômes furent évidemment produits par les lésions étendues du cerveau, consistant dans de nouveaux ramollissemens, la présence d'un grand nombre de tubercules, plutôt que par celle si douteuse du cervelet, puisque la coloration de cet organe était le résultat probable d'une véritable imbibition par contact, aucune altération de consistance ne l'accompagnant, et qu'en outre l'existence du plus grand nombre des ramollissemens dans l'hémisphère gauche du cerveau explique très bien la continuité des accès épileptiformes avec vives douleurs dans les bras, surtout le droit, leur contracture, la difficulté de la parole, etc.

Je dois faire ressortir ici, comparativement, l'absence des mêmes accidens chez la femme de l'observation précédente, bien que son cervelet fût réellement malade, puisqu'il était ramolli dans une portion de l'un de ses hémisphères.

M. Chomel rapporte l'exemple d'un garçon épicier, âgé de 16 ans, affecté de bégaiement et de céphalalgie intermittente d'abord, puis continue, qui fut pris de tremblement musculaire des membres, de délire avec déviation de la bouche à droite, de douleurs vives dans les extrémités et les lombes, de fièvre; quatre jours avant la mort, de délire violent avec tentatives de quitter son lit, de dilatation des pupilles, d'affaiblissement de la vue, de strabisme, et enfin de coma profond pendant lequel il succomba; et à l'autopsie du cadavre duquel il trouva le lobe droit du cervelet presqu'entièrement transformé en un énorme tubercule non ramolli, en contact en dehors avec les méninges, recouvert en dedans d'une couche de substance cérébelleuse non altérée, et dans les ventricules latéraux du cerveau, un épanchement assez considérable.

M. Lachèse fils a publié, en 1836, l'histoire d'un homme chez lequel il rencontra, à l'ouverture du cadavre, au sommet de la substance blanche du cervelet, deux masses tuberculeuses réunies à leur base, dures à leur circonférence et ramollies à leur centre, nullement enkystées, mais développées aux dépens de la substance grise, bien que, pendant la vie, le sujet n'eût éprouvé qu'une céphalalgie intense dans la région occipitale, de la difficulté à parler, une stupeur profonde, de la confusion dans les idées, des vomissemens fréquens, de la cécité, des accès épileptiformes, de la peine à se tenir sur ses jambes, tout en conservant la faculté de faire des courses (ce qui semble contradictoire).

Ici encore, tous les symptômes avaient été ceux d'une maladie du cerveau; car la progression s'exécutait régulièrement, et aucune excitation n'avait été observée dans les organes génitaux. La seule circonstance importante qu'on avait remarquée avait été la rémission survenue dans les accidens quelque temps après leur début, phénomène noté également par M. Andral un grand nombre de fois.

M. Duplay a cité l'observation d'un homme âgé de 54 ans, qui fut pris de perte subite de connaissance avec paralysie du bras et de la jambe droites, déviation de la langue du même côté peu après suivie de paralysie complète du gauche, accompagnée de perte de la sensibilité, de petits mouvemens convulsifs, de céphalalgie, d'intégrité de l'intelligence; un peu plus tard, de l'émission involontaire des urines, d'assoupissement continuel, de réponses lentes, d'une prostration extrême à laquelle il succomba; et à l'ouverture du cadavre duquel il trouva le tissu cellulaire sous-arachnoïdien très infiltré de sérosité, la substance corticale de la face convexe de l'hémisphère cérébral droit adhérente, plus rouge, un peu ramollie, cette teinte s'étendant jusqu'à la substance blanche située au dessous, qui contenait, dans une cavité capable de loger un petit œuf de poule, un caillot de sang en partie fluide, et était ramollie au pourtour, dans la partie moyenne du lobe gauche du cervelet, un ramollissement d'un pouce cube, rouge, renfermant dans son centre quantité de sang combiné avec la substance nerveuse.

Dans cette observation, les membres opposés au siége de l'altération cérébelleuse furent peu ou même pas lésés, sous les rapports de leur mouvement et de leur sensibilité qui furent seulement diminués; tandis que ceux du même côté, ou opposés à l'hémorrhagie cérébrale, furent complètement paralysés, phénomène qui a aussi été constaté par MM. Broussais, Quesne et Rostan, dans des cas identiques. Serait-ce que, lorsqu'il existe en même temps une hémorrhagie cérébelleuse et une cérébrale de côtés opposés, la première se tairait devant la seconde? D'autres exemples du même genre tendraient à le faire croire.

Le même médecin a fait connaître l'histoire d'un homme âgé de 40 ans, qui éprouva des douleurs très vives dans la tête, surtout à la région occipitale droite qui avait été violemment contuse dans une chute, lesquelles furent suivies d'engourdissement et de gêne dans les mouvemens du bras

---

aussi éternelle que celle-ci: les trois angles d'un triangle sont égaux à deux droits, fondée sur la nature même des choses, s'y est opposée. Il faut croire que l'*être*, par la mort, rentre en Dieu à l'état d'essence, et qu'ayant perdu toute forme matérielle, cet être n'est ni dans le temps, ni dans l'espace; alors, comment ne pourrait-il avoir communication avec nous? Il faut le croire, les ames *ultra-mondaines* ne participent en rien à la nature physiologique, elles acquièrent dès lors, selon l'ordre des migrations dans le domaine infini des intelligences, un certain degré de transcendance. Après notre vie *planétaire* vient peut-être la vie *cométaire*, ensuite la vie *stellaire*, puis celle des astres, d'un ordre encore plus élevé, dont nous n'avons pas la moindre idée dans notre chétive existence actuelle. Louis C..., me disais-je, a franchi un de ces degrés. Son ame, inondée sans doute de la lumière divine, absorbée dans la religieuse adoration des perfections suprêmes, oublie tous les objets de notre triste vie; peut-être elle s'oublie elle-même, s'étant approchée plus que nous de cet être indéfinissable, qui embrasse du même coup d'œil tous les rapports de l'universalité des êtres secondaires, tous les mouvemens de plusieurs milliers de mondes, tous les sentimens de plusieurs millions d'intelligences. Cette idée, gagnant peu à peu dans mon esprit avec une grande ténacité, a fini par me consoler; le bonheur de mon ami m'a rendu la paix ici-bas. La fermeté, cette sagesse du fort, je n'ai pu l'atteindre, mais la résignation, cette sagesse du faible, j'ai fini par l'obtenir. N'allez pas me dire que c'est là se perdre sans utilité dans un illuminisme nuageux, dans des conceptions fantastiques, que nous devons rester dans le cercle des réalités observables, etc. Peut-être avez-vous raison. Mais je vous répéterai qu'on peut aussi se maintenir dans les réalités mentales ou fondées en dehors des manifestations transitoires et phénoménales de l'organisme. Mon avis est d'ailleurs, je vous l'ai dit, que l'imagination ou l'élan du cœur peut révéler des vérités que la raison réfléchie ne confirme que plus tard. Encore une fois, ou il y a identité substantielle du corps et de l'esprit, alors la mort nous anéantit sans retour, l'individu passe comme l'eau qui coule ou le nuage qui flotte; ainsi qu'on l'a dit, il n'y a plus dans ce monde que des choses matérielles, des biens matériels, de l'or et du fumier; ou bien l'ame ultra-mondaine s'élance et parcourt diverses phases d'épuration et de perfection, comme on voit sur notre terre l'intelligence s'élever depuis le zoophyte, l'insecte, l'animal, jusqu'à l'homme de génie, ce couronnement de la création terrestre. Pensez-vous qu'il n'y a pas ensuite un espace qui nous reste à gravir avant d'atteindre au but inconnu où nous aspirons? Si vous me demandez des preuves, il n'en est pas de la nature de celles que vous désirez. Bien des faits, bien des lois nous échappent dans l'univers matériel; que doit-ce donc être en dehors de cette sphère d'action? Là, il faut l'avouer, nulle prise à nos sens, à nos organes, tout part de l'esprit, de la probabilité, de l'espoir religieux, uni à la prescience philosophique. Dieu a tout prévu pour la vie des mondes, il a tout prévu pour la vie d'un insecte, il a donc nécessairement prévu et assuré les fins de l'ame humaine; voudrait-il que la plus chère espérance de l'homme vînt aboutir à l'abjuration de toute espérance? Si je ne me trompe, cet argument n'est pas sans valeur.

A ces motifs de consolation s'en joint un autre amené par la religion et la maturité de l'âge. Nous nous plaignons de la profonde obscurité de notre avenir après la dissolution atomique du corps; nous gémissons de n'avoir aucun moyen de procéder ici par voie de démonstration physiologique, en un mot, que la tombe

gauche, qui ne tarda pas à se paralyser sans perdre sa sensibilité, de perceptions plus obtuses de l'ouïe, d'une diminution rapide de la vision, de la dilatation et de l'immobilité des pupilles; chez lequel il survint tout à coup du délire, la bouche se dévia légèrement à droite, le coma devint profond, les selles involontaires, et qui succomba.

A l'ouverture du cadavre, il trouva l'arachnoïde rouge, le tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré de pus dans plusieurs points avec des adhérences assez fortes pour enlever une couche très mince de la substance corticale du cerveau un peu plus rouge que de coutume, une cuillerée abondante de sérosité trouble dans les ventricules, l'encéphale intact, les adhérences très fortes des membranes à la partie supérieure et sur le côté du lobe droit du cervelet, en sorte qu'il enleva avec elles une couche de la substance nerveuse ramollie convertie en une matière d'un jaune rougeâtre, presque diffluente, fortement injectée au delà de sa circonférence et ayant à peu près 4 centim. d'étendue, le lobe gauche seulement un peu plus injecté que dans l'état naturel, et enfin la moelle sans aucune lésion.

Ce qu'il y eut de remarquable dans cet exemple, ce fut l'influence croisée sur les mouvemens, la céphalalgie bornée à la portion de la tête qui correspondait à la lésion du cervelet, la perte de la vue étendue aux deux yeux, et l'absence d'altération des mouvemens de la progression et d'excitation des organes génitaux, puisque jamais le phénomène de l'érection ne fut observé.

Le même a cité l'observation d'une fille, âgée de 26 ans, atteinte de gastro-entérite chronique, qui perdit brusquement connaissance, ne put se relever, ne récupéra pas le mouvement dans les membres du côté droit, chez laquelle l'intelligence resta intacte; il n'y eut aucuns mouvemens convulsifs, mais perte de la sensibilité de la peau du côté paralysé et l survint un coma profond sans déviation de la langue ou de la bouche, une insensibilité plus grande et enfin la mort.

A l'ouverture du cadavre, il rencontra le cerveau sain seulement sablé, mais la substance du lobe gauche du cervelet d'un rouge brun, aboutissant à une cavité irrégulièrement ovale, capable de loger un gros œuf de pigeon, remplie de sang en partie liquide et en caillots, au milieu duquel nageaient des débris de matière nerveuse.

Ici encore il n'y eut que les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale d'une étendue moyenne, mais aucun phénomène qui eût pu mettre sur la voie d'une lésion du cervelet.

Enfin, comme dernier fait, M. Duplay rapporte celui d'un ébéniste, âgé de 28 ans, autrefois scrofuleux, qui fut pris de céphalalgie très violente à la partie postérieure de la tête, revenant par accès, accompagné de vomissemens, d'affaiblissement de la vue, de perte de mouvement des membres du côté droit, de prolapsus de la paupière correspondante, d'hémiplégie de ce côté, de cécité, de diminution de l'ouïe, chez lequel la sensibilité de la peau resta intacte, les pupilles immobiles, l'intelligence nette; il survint plus tard du délire, puis du coma, des vomissemens, des évacuations alvines involontaires, et enfin la mort, à l'ouverture du cadavre duquel il trouva le tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré de sérosité, les membranes adhérentes à toute la face supérieure des hémisphères du cerveau, la substance grise légèrement injectée, ainsi que les membranes du cervelet, mais d'une manière plus marquée sur le lobe gauche où il existait par places dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien un peu d'infiltration purulente. A un peu plus de 2 centim. de profondeur au-dessous et plus près de la partie antérieure que de la postérieure, une masse tuberculeuse du volume d'une grosse aveline, ayant déjà subi un commencement de ramollissement, mais sans adhérences avec la substance nerveuse qui l'entourait laquelle était seulement injectée, et la moelle épinière intacte.

Disons le donc, l'ensemble des actes cérébraux duquel on ne peut pas distraire ceux départis au cervelet, offre une régularité et une coordination qui enfante le plus beau fait de la création, comme ils en sont l'expression la plus élevée; car si chacun d'eux fonctionne dans son action spéciale, en représentant pour ainsi dire des fragmens de la vie, ils n'en constituent pas moins par leur réunion un organe *un*, dont les actes consensuels forment cette unité fonctionnelle, que MM. Serres et Flourens ont proclamée si haut, et qui établit l'ensemble harmonique de l'être.

On ne peut donc, dans l'état des connaissances acquises, apprécier ce qu'il y a de distinct et de tranché dans l'action que, suivant les physiologistes, le cervelet a été appelé à exercer sur les fonctions soit génératrices, soit locomotrices qu'on doit être étonné de voir rapprochées; car il ne semble pas qu'il puisse y avoir grande analogie entre elles, et que le même organe doive servir à des actions si différentes. Il faut donc encore avouer l'ignorance dans laquelle on est des usages spéciaux de la masse cérébelleuse, et ne consentir qu'avec répugnance et jusqu'à preuves contraires à en vouloir étudier l'action indépendamment de celle de l'ensemble encéphalique, méthode peu logique pour arriver à des résultats concluans.

En voyant l'incertitude symptomatologique qui régnait dans les descriptions de maladies du cervelet, à mesure que je lisais les histoires de celles que j'avais pu réunir, et la difficulté de rencontrer des signes propres à aider le diagnostic, je concluais tristement qu'on n'avait encore que des matériaux bien insuffisans pour asseoir la science à cet égard. C'est aussi ce qu'a éprouvé M. Andral dès qu'il s'est livré, avec le talent qu'on lui connaît, au même travail et qu'il a analysé, dans le cinquième volume de sa CLINIQUE, 93 cas de maladies du cervelet, dans le but d'en apprécier la valeur et l'utilité, non seulement pour infirmer ou confirmer les diverses opinions émises sur ces fonctions, mais encore pour faire connaître les symptômes propres à indiquer les altérations de son organisation et à les faire distinguer de celles du cerveau.

Si M. Duplay, qui s'est efforcé, dans un excellent mémoire, déjà cité, qu'il a publié dans le cahier de novembre 1836 des ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, de jeter quelque lumière sur l'obscurité de cette matière, en indiquant des signes puisés dans l'étude de cinq faits cliniques qui en font la base, est parvenu à les analyser par appareils et à les mettre de la sorte en relief (ce qui est déjà assez difficile), je pense que, s'il les eût cherchés dans un plus grand nombre, il en eût reconnu l'obscurité, ou fréquemment l'absence, ou enfin la confusion avec les symptômes des affections du cerveau. C'est que certaines affections de ce dernier organe y donnent souvent lieu, en vertu du lien étroit qui l'unit au cervelet par continuité de substance, et qui en fait un tout désigné sous le nom d'appareil cérébro-spinal.

En comparant le plus grand nombre des observations de maladies du cervelet qui ont été publiées, j'ai cherché à apprécier la valeur des symptômes qui les ont le plus ordinairement accompagnées, et à défaut d'une expérience personnelle qui me permette d'en offrir de nouveaux

---

est le sceau du mystère. Mais, en y réfléchissant, on reconnaît combien est profonde la sagesse de la Providence. Admettez un instant que nos organes de chair et de sang puissent franchir certaines limites; supposez que nous ayons, non pas la claire vision de ce qui est, au delà de notre vie dans le temps, mais que les ames comme celles de Louis C.. puissent tenir leur *promesse*, en un mot, qu'un faible rayon de lumière plonge dans cet abîme de l'éternité; je vous le demande, que deviendrait la société actuelle? que seraient les intérêts humains sur lesquels on se bat comme sur des toiles d'araignée qui vont être balayées dans un instant? Qui ne prendrait en déplaisance, en dégoût, la vie et ses biens menteurs, et ses pauvres illusions, et ses tristes réalités? Oh! oui, Dieu, dans la sagesse de ses desseins, a bien fait de ne découvrir que le présent à l'homme; c'est bien assez pour sa pauvre raison.

Mais il est temps de m'arrêter, mon cher confrère, de plus grands développemens sur ces objets seraient inutiles; ils sont d'ailleurs trop en dehors de nos études habituelles. Vous avez voulu quelques détails sur un épisode de ma jeunesse, je vous les ai donnés avec sincérité; excusez-moi, pour cette franchise, d'avoir trop parlé de moi, malgré ma répugnance ordinaire. Maintenant, pour sortir de ce que vous nommez des rêves, des brumes idéales et théosophiques, et rentrer dans ce qu'on appelle si fièrement le positif, je vous dirai que je m'occupe d'un travail sur les *cataplasmes froids*, comparés, dans leurs avantages et leurs inconvéniens, aux *cataplasmes chauds*, généralement adoptés. Je vous en demanderai votre avis prochainement. Ceci vous prouvera, ce dont je vous crois d'ailleurs bien convaincu, que la médecine tient à tout; elle s'occupe des choses les plus vulgaires, elle s'efforce de scruter les merveilles cachées de l'intelligence et de l'ordre infini, elle se coordonne à tout, parce qu'elle seule est véritablement la *science de l'homme*.

Tout à vous de vieille amitié.

R. P.

— Le ministre de l'instruction publique, ayant été informé que quelques cas d'affection typhoïde s'étaient déclarés les premiers jours de juillet parmi les élèves du collége royal d'Orléans, a invité MM Orfila et Chomel à se rendre sur les lieux afin d'aviser aux mesures qu'il serait convenable de prendre pour arrêter les progrès de la maladie. Le MESSAGER publie, dans son numéro du 17, les conclusions du rapport que MM. Orfila et Chomel ont adressé au ministre. Voici ces conclusions: « Nous sommes conduits à conclure que la maladie qui vient de se montrer au collége d'Orléans, comme beaucoup des épidémies analogues qui se montrent à des intervalles plus ou moins longs, partout où un nombre considérable d'individus sont réunis dans un même lieu et soumis à des influences communes, est due à des causes que nous ne pouvons pas saisir, et qu'elle ne peut en aucune manière être attribuée ni à la disposition des lieux, ni au régime, puisque, dans ces mêmes conditions, auxquelles rien n'a été changé, l'état sanitaire avait été depuis longues années aussi satisfaisant que possible. »

Le même journal annonce qu'une maladie épidémique, qui présente tous les caractères de la fièvre typhoïde, sévit à Alençon; elle a déjà fait quelques victimes. Elle sévit contre les femmes plus fortement que contre les hommes; les personnes sédentaires en sont surtout atteintes. On remarque que les malades ont en général de 15 à 30 ans.

plus positifs, j'ai été amené à m'arrêter aux suivans, comme aux plus communs, et par conséquent aux plus constans dans l'état actuel de la science.

Mais avant, je dois déclarer que la coïncidence de lésions ou d'affections cérébrales, qu'elles aient précédé ou qu'elles soient venues compliquer les maladies du cervelet, étant ce qui s'observe le plus souvent, les symptômes propres à les dénoter prédominent, ou au moins jettent beaucoup de confusion et d'anomalie dans ceux qui pourraient dépendre d'une lésion du cervelet. C'est ainsi que les tumeurs qui se développent dans ce dernier donnent fréquemment lieu à l'hydrocéphale, et qu'alors leurs symptômes deviennent très difficiles à distinguer de ceux de cette affection cérébrale; que dans les apoplexies des diverses parties du cerveau les symptômes sont à peu de chose près les mêmes, et qu'aucun caractère tranché ne vient traduire à l'intelligence les signes propres à les différencier de celles du cervelet, de même que le ramollissement de l'encéphale ne se décèle pas toujours par des caractères propres; car on en trouve de très étendus sans qu'aucun signe particulier ait pu les faire soupçonner pendant la vie; qu'enfin, dans les cas de phlegmasie avec ou sans ramollissement de la pulpe cérébelleuse, les accidens qui en résultent (accès épileptiformes, convulsions partielles du côté opposé, paralysie, etc.) peuvent et doivent tout aussi bien être attribués à la même lésion du cerveau ou de la dure-mère et de l'arachnoïde.

Néanmoins, les symptômes qui m'ont paru exister le plus souvent sont une céphalalgie ayant son siége à la partie postérieure de la tête, des menaces incessantes de congestion, un affaiblissement des contractions d'un bras et bientôt de la jambe d'un côté, ordinairement de celui opposé au siége de la lésion, suivi plus tard de paralysie qui ne s'étend jamais à la langue, à moins qu'il n'y ait coexistence d'une hémorrhagie cérébrale; une diminution dans la sensibilité de la peau, l'intégrité des facultés intellectuelles, à moins qu'il ne soit survenu des complications du côté du cerveau; un affaiblissement de la vue, augmentant, dans quelques cas, jusqu'à la cécité, une tristesse prononcée; enfin, dans la dernière période, les symptômes qui accompagnent la terminaison de toutes les maladies de l'encéphale.

J'ajouterai que la fréquence assez grande de la paralysie dans le côté du corps opposé à la lésion du cervelet semble confirmer l'opinion de l'entrecroisement des fibres cérébelleuses; car alors les symptômes sont analogues à ceux des apoplexies graves des couches optiques ou des corps striés. C'est aussi ce que pensent M. Bouillaud, d'après les observations cliniques qu'il a recueillies, et M. Andral, qui en cite un fait confirmatif. Seulement, comme des faisceaux nerveux du cervelet s'étendent, les uns au cerveau, les autres à la moelle allongée, il croit que les symptômes seraient fort divers, selon que la lésion pathologique serait exclusive au cervelet, ou qu'elle s'étendrait plus ou moins à ces faisceaux; et telle est aussi l'opinion de M. Bore, qui a rapporté trois faits d'hémorrhagies cérébelleuses considérables bornées à un côté, qui ne laissent également aucun doute à cet égard.

Quant aux tubercules développés dans le cervelet, ils donnent lieu à des congestions d'abord passagères, qui, après s'être longtemps répétées, aboutissent à une phlegmasie de la substance cérébrale, laquelle vient clore la scène. Mais encore dans ces cas, à moins qu'il n'y ait des signes de diathèse tuberculeuse ou une céphalalgie occipitale se joignant à quelques-uns des signes mentionnés ci-dessus, il est assez difficile de décider si les symptômes doivent être attribués à leur existence plutôt dans le cervelet que dans le cerveau.

Ainsi donc, pour résumer les idées auxquelles j'ai été amené en comparant ce que la science possédait de faits les plus récens sur les fonctions et les maladies du cervelet, et en m'efforçant d'en élaguer toutes les explications ou commentaires auxquels elles ont donné lieu, je crois qu'on peut s'arrêter à ce qui suit:

1° Les fonctions de cet organe sont encore ignorées, les résultats des vivisections, ceux de ses divers états pathologiques étant trop contradictoires pour qu'on puisse en démontrer la nature.

2° Celles de présider à l'acte générateur, qu'une classe de physiologistes lui attribue, sont hypothétiques, les faits invoqués ou cités en faveur étant de beaucoup surpassés par d'autres tout à fait contraires.

3° La fonction de présider à la régularisation ou équilibration des mouvemens de la progression, attribuée par une autre classe de médecins, est tout aussi contestable, le chiffre des observations de lésions de cet organe infirmant cette opinion et l'emportant des deux tiers sur ceux qui lui sont favorables.

4° Les signes propres à différencier les maladies du cervelet de celles du cerveau ne sont pas assez positifs pour qu'on puisse arriver à un diagnostic sûr, et il est à craindre qu'à cet égard les limites de l'art ne soient à peu près atteintes ou difficilement reculées; car les symptômes suivans qui semblent le plus fréquemment observés sont encore bien vagues et bien insuffisans. Ce sont une céphalalgie à la partie postérieure de la tête, un affaiblissement dans les contractions des muscles du bras et de la jambe d'un côté, suivi plus tard de paralysie, une diminution dans la sensibilité de la peau, des congestions fréquentes, une altération de la vue augmentant jusqu'à la cécité, l'intégrité des facultés intellectuelles quand il n'y a pas de maladie coexistante du cerveau, de la tristesse ou des pressentimens sinistres, etc.

5° Les seules affections morbides du cervelet relatées jusqu'ici semblent bornées à sa phlegmasie ou à celle de ses membranes, à son ramollissement, à son apoplexie et au développement de tumeurs, soit stéatomateuses, soit squirrheuses ou encéphaloïdes, soit enfin tuberculeuses dans sa substance. Il reste à trouver les signes caractéristiques de chacune de ces lésions.

6° On parviendrait tout au plus à en découvrir de propres à indiquer l'état phlegmasique, l'hémorrhagie et la compression par une tumeur, sans en pouvoir préjuger la nature; encore faudrait-il qu'il n'y eût pas coexistence d'une maladie du cerveau, ce qui est rare, ces deux organes faisant partie d'un tout ou appareil unitaire dit cérébro-spinal, dont ils sont solidaires, en sorte que les lésions de l'un ne tardent pas à provoquer celles de l'autre.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

OPIUM RETROUVÉ DANS L'ESTOMAC PLUSIEURS JOURS APRÈS LA MORT; par le docteur LETHEBY.

Il est impossible, dans l'état actuel des connaissances, de limiter le temps pendant lequel on peut espérer de reconnaître après la mort la présence de l'opium dans les intestins. Le fait suivant, que nous abrégeons, prouve au moins qu'au bout de douze jours il est encore facile de reconnaître les propriétés de cet agent.

Obs. — Cornish, âgé de 56 ans, meurt le 17 septembre; puis quelques rumeurs s'étant élevées sur les causes de sa mort, on ordonne l'exhumation qui est faite le douzième jour depuis la mise en terre. Voici ce qu'on trouve:

Décomposition du cadavre fortement avancée. Rien de notable dans la poitrine et les organes qu'elle renferme. Sur tout son trajet le canal intestinal est injecté et de couleur pourpre. L'estomac contient 45 grammes d'un fluide épais, d'un jaune sale. Les intestins vides n'offrent d'ulcération que sur un point. On fait bouillir dans l'alcool, puis on filtre les matières contenues dans l'estomac; il en résulte une teinte d'un rouge foncé qui tache le papier en jaune brillant. Cette teinte n'éprouve aucune altération par les alcalis, tandis que l'acide nitrique la change en pourpre vert; une autre partie du liquide traitée par l'acétate de plomb fournit un précipité abondant. La solution, qui surnage séparée du plomb par l'hydrogène sulfuré et évaporée presque jusqu'à siccité, prend, par le chlorure de fer, une teinte verdâtre et, par l'acide nitrique, une teinte d'un rouge brillant: deux caractères qui indiquent la présence de la morphine. Le précipité mêlé dans de l'eau et soumis à un courant d'hydrogène sulfuré, puis filtré et évaporé presque jusqu'à siccité, présente par un sel de fer, un rouge brillant que fait disparaître l'acide nitrique, la potasse et le prochlorure d'étain et non le bichlorure de mercure. Le terchlorure d'or ne modifie point sa couleur, mais il est précipité en blanc par le plomb et la baryte.

L'auteur conclut de ces faits que dans la matière contenue dans l'estomac il y avait de l'acide méconique, puis il y reconnut en outre la présence du safran et du carbonate de chaux; mais il n'y put constater de poison minéral. Cependant en examinant le fait il constate la présence de l'arsenic. On a appris depuis que cet homme avait présenté avant de mourir quelques-uns des symptômes de la dysenterie et qu'on l'avait traité par la confection aromatique avec l'opium et la chaux; cependant il était difficile d'attribuer la lésion de toute l'étendue du tube digestif à une simple dysenterie, et l'arsenic trouvé dans le foie est une forte présomption qu'il y a eu là d'autre élément morbide qu'un flux dysentérique.

CAS D'ÉRUPTION SYPHILITIQUE CUIVRÉE AFFECTANT LA CONJONCTIVE; par M. A. SMEE.

Voici un trait nouveau à ajouter au tableau symptomatologique de la syphilis constitutionnelle, la coloration cuivrée spécifique de la conjonctive. Le cas suivant présente un ensemble de circonstances qui ne permet point de mettre en doute la nature syphilitique de ce phénomène.

OBS. — Une respectable femme mariée vint se faire traiter d'un petit ulcère qui existait à l'angle des paupières. A l'aspect qu'il présentait, M. Smee reconnut son caractère spécifique et apprit que le mari et la femme avait été atteints de syphilis depuis deux ou trois ans. Il la soumit alors au traitement par le tartre stibié, et l'ulcération guérit bientôt. A cette époque, il y avait aussi sur la peau de nombreuses taches cuivrées; mais la malade les regardait sans doute comme de peu d'importance, car elle cessa de revenir dès que son ulcération fut guérie.

Peu de temps après, elle revint disant que son œil était un peu malade et qu'elle craignait un retour de la première affection. En examinant la conjonctive, M. Smee trouva sur cette membrane, au-dessous de la cornée, une tache un peu moins grande qu'une pièce d'un penny. Elle paraissait être constituée par la conjonctive elle-même tuméfiée dans ce point. En effet, sa surface semblait évidemment être élevée à cet endroit, et sa coloration y était changée, de telle sorte qu'elle offrait une teinte cuivrée analogue, quoique beaucoup moins foncée, à celle des taches de la peau. Cette partie de la conjonctive n'était pas absolument opaque, mais demi-transparente; elle donnait l'idée que la membrane avait été augmentée de volume et avait été teinte d'une couleur de cuivre. Elle ne présentait aucune vascularité anormale; à peine eût-on pu affirmer qu'il existât là un seul vaisseau de plus, ou un ramuscule vasculaire plus volumineux que dans l'état naturel. La teinte cuivrée ne tenait donc pas à l'état de la circulation, mais à la maculation syphilitique même, phénomène inconnu jusqu'ici. (L'auteur compare cette lésion à celle qui constitue le purpura.)

Il n'y avait, du reste, aucune importance pratique à attacher à cette maladie; car, par elle-même, elle ne causait que très peu de trouble et n'exigeait pas un traitement spécial en outre de celui nécessité par l'affection constitutionnelle. M. Smee administra donc le traitement par le tartre stibié; mais comme les effets n'en étaient pas assez rapides, à son avis, il donna l'iodure de potassium à la dose de 4 grains répétés trois fois par jour. Sous l'empire de cette médication la coloration morbide s'effaça et la malade cessa de revenir.

Outre la lésion de coloration très intéressante dont elle fournit un exemple bien caractérisé et bien authentique, l'observation précédente nous paraît encore importante comme pouvant servir à faire apprécier un mode de traitement récemment vanté par quelques praticiens, nous voulons dire le tartre stibié appliqué à la cure de la syphilis. En 1843 (voy. GAZ. MÉD. p. 298), ayant eu à analyser un travail de M. A. Smee destiné à répandre l'usage de cette méthode thérapeutique, nous faisions déjà nos réserves expresses contre des conclusions favorables qui ne nous paraissaient rien moins que solidement appuyées. Et voici qu'aujourd'hui l'auteur vient de lui-même justifier notre méfiance, en racontant un cas où, de son propre aveu, le médicament qu'il préconisait s'est montré deux fois impuissant puisqu'il n'a pu ni prévenir une récidive, ni la guérir une fois déclarée! Cet exemple suffira-t-il? Et ne comprendra-t-on pas enfin que lorsqu'on possède le mercure et l'iodure de potassium, il n'est pas plus dans l'intérêt de la science de chercher que dans celui de l'humanité d'expérimenter de nouveaux remèdes contre la syphilis?

CAS D'EXCAVATION TUBERCULEUSE DU POUMON GAUCHE TRAITÉE PAR LA PERFORATION DE CETTE CAVITÉ A TRAVERS LES PAROIS THORACIQUES; par MM. HASTINGS et STORKS; suivi de REMARQUES PRATIQUES SUR CETTE OPÉRATION; par M. HOCKEN.

L'essai dont nous allons rendre compte ouvre-t-il une voie fructueuse au traitement de la phthisie pulmonaire? Cette affection, devenue en quelque sorte maladie chirurgicale, sera-t-elle désormais plus curable que par les moyens exclusivement médicinaux? L'avenir seul peut répondre à ces questions; mais sans rien préjuger toutefois sur leur solution définitive, le fait suivant plaide, ce nous semble, assez avantageusement en faveur du nouveau mode thérapeutique pour encourager les praticiens à répéter, *dans les circonstances favorables*, la même opération. On verra, du reste, par l'analyse que nous en donnons que si le succès a rempli dans ce cas l'attente des médecins anglais, ce succès n'aurait pu être acheté ni par une maturité plus réfléchie dans la détermination des indications, ni par plus d'habileté dans l'exécution du procédé opératoire.

OBS. — M. E. G., ecclésiastique, âgé de 38 ans, né de parens sains, n'a été malade que depuis les quatre dernières années. En 1841, il eut, à la suite d'un refroidissement, de la toux, de l'expectoration et une hémoptysie. Il resta depuis lors faible et languissant. En 1843, les mêmes accidens se reproduisirent; il eut ensuite au bout de quelque temps une fièvre typhoïde. A peine en était-il convalescent, la toux et l'expectoration augmentèrent. Un traitement par la naphte, qui lui fut alors administré, améliora son état. Le 10 août 1844, il vint consulter M. Hastings. A cette époque, il avait une toux fatigante qui lui causait parfois de la douleur dans différens points de la poitrine. Son expectoration puriforme et striée de sang était de 2 onces à une demi-pinte par jour. L'expansion vésiculaire manquait à la région claviculaire gauche et la percussion y rendait un son mat; dans ce même lieu, bruit de souffle étendu avec du gargouillement çà et là, et une pectoriloquie très marquée. Dans la région correspondante du côté droit, résonnance vocale presque bronchophonique, murmure respiratoire plus ou moins bronchique, son moins mat qu'à gauche et expansion naturelle. M. Hocken, ayant aussi ausculté le malade, trouva que le troisième espace intercostal était, du côté gauche, le point où le gargouillement et la pectoriloquie étaient le plus prononcés. Dyspnée considérable. Pouls à 132; respiration à 32 par minute. On continua l'emploi de la naphte, aidé d'un régime nutritif. Ce traitement continué jusqu'au commencement de novembre ne fut interrompu que durant cinq attaques de pleurésie pour lesquelles on appliqua des vésicatoires. A cette dernière époque, l'état général paraissait amélioré, le pouls étant à 108; mais la cavité du poumon gauche avait décidément augmenté d'étendue. M. Hastings résolut alors de faire à la caverne, à travers les parois pectorales, une incision, opération déjà proposée en 1726, par Barry de Dublin. Le malade, homme intelligent et instruit, se prêta volontiers à l'exécution de ce dessein.

Le 15 novembre 1844, M. Storks exécuta le plan arrêté en commun, de la manière suivante. Le malade couché sur le dos, une incision verticale de 2 pouces de longueur fut faite à partir du milieu de la clavicule gauche et dans la direction du mamelon. Le troisième espace intercostal étant ainsi mis à découvert, un petit trocart à hydrocele fut enfoncé. On remarqua avec satisfaction que de l'air sortait par sa canule. Alors on plongea un bistouri dans le centre de l'espace intercostal et on le porta obliquement en haut dans la caverne. Une sonde ayant été glissée le long de sa lame, il fut retiré; et le chirurgien ayant acquis de nouveau la conviction que l'ouverture communiquait avec la caverne incisa avec un bistouri boutonné et dans l'étendue d'un pouce la paroi de celle-ci, qu'il trouva très dense et presque cartilagineuse. Une seconde incision fut faite parallèlement aux côtes pour agrandir l'ouverture. De l'air et du sang sortirent immédiatement; la sonde introduite pouvait se mouvoir librement. Le malade toussa à ce moment et rendit environ 2 ou 3 drachmes de sang qui était tombé dans la cavité. Après avoir essayé de placer un tube d'argent fabriqué exprès d'avance, mais qui ne répondit pas au but proposé, on le retira; le malade fut couché et sa plaie maintenue couverte d'un linge imbibé d'eau chaude.

Peu de temps après l'ouverture faite à la poitrine, le pouls qui, avant l'opération, était à 120, tomba à 100; la toux, la dyspnée et l'expectoration cessèrent. Le malade se trouvant un peu faible, on lui donna de l'eau avec de l'eau-de-vie. Le lendemain, il avait dormi six heures pendant la nuit; le pouls était à 68; le soir il s'éleva à 80.

Le 17 à cinq heures du soir, M. Storks plaça dans l'ouverture un morceau de sonde de gomme élastique, qui y fut fixé avec des bandelettes agglutinatives.

Les jours suivans, le pouls se maintint entre 72 et 80; la toux et la dyspnée avaient beaucoup diminué; l'expectoration persistait encore quoiqu'un peu moindre.

Le 20, il fut saisi, probablement par suite d'indigestion, de fièvre avec vomissemens et céphalalgie. Pouls à 12. Un purgatif réitéré le délivra de cette indisposition pendant laquelle les symptômes du côté de la poitrine n'avaient pas empiré.

Le 22, le pouls était à 68, la respiration à 24; il n'y avait ni toux ni dyspnée, ni expectoration.

Le 23, on recommença le traitement par la naphte.

Le 24, le malade a expectoré une cuillerée à bouche de mucosités spumeuses mêlées à peu de suppuration. Le même jour, à neuf heures du soir, après un sommeil prolongé la tête tenue très bas, il fut saisi de toux et d'oppression avec beaucoup de douleur autour de la plaie. M. Hocken, appelé en l'absence de M. Hastings, retira le tube, ce qui donna issue à une cuillerée à café environ de pus de bonne nature et soulagea considérablement le malade. Il expectora en même temps près d'une once de crachats spumeux.

Après avoir été très bien pendant trois jours, le malade eut encore de la fièvre et une expectoration tenace. Ces symptômes qui s'accompagnèrent de faiblesse, d'inappétence et de dyspnée, diminuèrent le 17 et le 18.

A partir du 30 et surtout du 1[er] décembre, le sommeil, les forces et l'appétit commencèrent à revenir très sensiblement; l'air sortait très librement par le tube; l'émaciation, qui avait augmenté pendant la première quinzaine après l'opération, fit place à un état contraire, les chairs revenant avec une assez grande rapidité. Le malade avait conscience de la force et de la santé qu'il reprenait de jour en jour. Plusieurs fois, en retirant le tube, on le trouva adhérent, et on enleva avec lui des granulations qui tenaient à son extrémité, indice d'un commencement de travail d'oblitération de la cavité morbide par rapprochement de ses parois. L'état favorable suivit une marche non interrompue et progressive.

Le 15 décembre le pouls était à 88, la respiration à 16, l'appétit excellent; le malade se promenait dans sa chambre. Depuis plusieurs jours, les crachats étaient muqueux; il n'en rendait pas dans les vingt-quatre heures plus d'une demi-drachme à une drachme, quantité certainement moindre que celle de l'expectoration de beaucoup de personnes en bonne santé. Il restait une dépression marquée à la région sous claviculaire gauche.

Examiné le 17 décembre par M. Hocken, le malade fut trouvé dans l'état suivant. Dans la région sous-claviculaire gauche, la matité était aussi marquée et occupait la même place qu'avant l'opération. La respiration était encore caverneuse à la partie supérieure de ce côté de la poitrine; mais, au lieu d'être forte, broyante et comme soufflant dans l'oreille, caractères qu'elle avait avant la tracentèse, on la trouva douce, tranquille, telle, en un mot, qu'elle aurait pu être prise, par un auscultateur peu attentif, pour la respiration naturelle, à moins que le malade ne fît une inspiration profonde; et, par le fait, un médecin de haute réputation tomba dans cette erreur au moment où il appliqua l'oreille sur la poitrine. La voix, au lieu de passer directement dans l'oreille avec une résonnance claire, ne produisait plus de pectoriloquie, mais s'accompagnait seulement de forte résonnance, sans qu'aucun son articulé passât dans l'oreille.

Du côté droit, le bruit respiratoire était plus voisin de l'état naturel qu'avant l'opération.

Dans les réflexions dont MM. Hastings, Storks et Hocken ont fait suivre le récit de cette opération remarquable, ils se sont proposé deux buts distincts: 1° expliquer par quel mécanisme l'ouverture faite à une caverne

peut contribuer à sa cicatrisation ; 2° déterminer les indications de cette opération, ainsi que le meilleur procédé pour l'exécuter.

1° D'après M. Hastings, la grande difficulté de guérir la phthisie à son dernier degré ne vient pas tant de l'obstacle que la nature même du mal apporte à la force médicatrice que de la distension et de la contraction que les parois de la cavité tuberculeuse ont continnellement à subir par le fait de la respiration. Ainsi, tandis que Barry, en ouvrant les cavernes à l'extérieur, se proposait seulement d'évacuer le liquide qu'elles contiennent, le but de M. Hastings est de neutraliser la cause même de la sécrétion de ce liquide dans leur intérieur ; car si ces cavités ont été originairement formées par la présence des tubercules, nul doute qu'elles ne doivent ensuite leur persistance et leurs progrès à l'irritation et à la distension incessante produite par l'air qui y pénètre. Le meilleur moyen de combattre cet effet pernicieux est donc naturellement de maintenir la cavité en communication avec l'extérieur par le moyen d'un tube qui soit assez large pour en faire sortir l'air au fur et à mesure qu'il y est apporté par les conduits bronchiques. De cette manière, la condition importante du repos est assurée aux parois de l'excavation qui se trouve ainsi dans l'état le plus favorable pour se cicatriser.

L'explication de M. Hocken se rapproche beaucoup de celle-ci. Comme le docteur Barry, il avait d'abord pensé que l'objet principal de l'opération était de créer au liquide sécrété dans la caverne une voie d'évacuation plus large et plus directe que les ramifications bronchiques, si étroites et sinueuses. Depuis lors, sa manière de voir s'est modifiée. L'effet de l'opération, selon lui, est de substituer dans les parois de la cavité une action réparatrice à un état morbide, à la tendance inflammatoire qui y existait auparavant ; car, à ses yeux, dans la phthisie ce n'est pas par défaut d'étendue du champ respiratoire que les malades périssent ordinairement, c'est par l'irritation de la surface de la caverne, irritation qui produit la toux, la dyspnée, l'expectoration et la fièvre. L'opération, en permettant à l'air de sortir de l'excavation tuberculeuse sans la distendre et l'irriter, place ses parois dans l'état du repos le plus parfait. La cavité, ainsi débarrassée des causes de distension qui agissaient constamment sur elle, ne fait plus, en quelque sorte, partie de l'appareil respiratoire ; et ses parois rentrent dans les conditions de curabilité que présenterait toute autre surface dépendant d'un organe peu important dans l'économie. La guérison s'opère ici selon les mêmes principes de physiologie pathologique qui donnent la clé de la terminaison heureuse qu'affectent souvent certaines maladies chroniques du larynx après la trachéotomie. Tant que le larynx remplit ses fonctions de canal aérien, l'entrée et la sortie du fluide atmosphérique produisent dans sa cavité des mouvemens et une distension bien suffisans pour y perpétuer et y aggraver la maladie. Mais vient-on, par la trachéotomie, à ouvrir un passage à l'air au dessous de lui ? Tout change aussitôt : le repos des parois succède à leurs tiraillemens, à leurs mouvemens continuels, et les symptômes inquiétans disparaissent en peu de jours sous ces nouvelles et favorables influences.

2° A. Indications. C'est particulièrement à M. Hocken que sont dues les plus importantes notions sur ce point délicat de pratique. Il commence par poser un principe très rationnel à notre sens, savoir que l'opération ne peut en aucune manière guérir la phthisie, si l'on n'a pas soin, concurremment avec elle, d'employer un système de traitement général capable de seconder les salutaires efforts de la nature, en prévenant tout dépôt ultérieur de tubercules.

Maintenant, quels sont les cas auxquels l'opération conviendra ?.... Il faut d'abord exclure ceux de phthisie aiguë là où les tubercules envahissent les poumons avec une rapidité à laquelle les forces vitales n'ont pas le temps de résister.

La toracentèse sera surtout applicable aux cavernes larges, placées près de la superficie des poumons, développées lentement, ne produisant pas beaucoup de désordres constitutionnels et ayant résisté aux moyens de traitement interne. Une autre condition est encore indispensable, c'est que des adhérences solides existent entre les deux feuillets viscéral et pariétal de la plèvre, au niveau et autour de l'excavation tuberculeuse. Heureusement, et d'après le jugement des autorités les plus compétentes sur la matière, les adhérences pleurales coexistent à peu près constamment avec une caverne, lorsque celle-ci est assez étendue et assez superficielle pour pouvoir être traitée par l'opération. M. Storks a observé à ce sujet que la paroi thoracique s'élève pendant l'inspiration et se déprime durant l'expiration d'une manière plus sensible dans l'espace intercostal correspondant à la caverne que dans tout autre point de la poitrine. Il pense que ce phénomène, lorsqu'il existe, dénote sûrement l'existence d'adhérences entre les deux surfaces pleurales ; et, selon lui, c'est un signe dont on peut tirer parti pour juger si l'opération peut ou non être pratiquée avec sûreté.

Une autre circonstance soulève encore l'irrésolution et les doutes. Autant l'opération peut être dite avantageuse lorsqu'il n'existe qu'une ou deux cavernes, autant elle serait inutile et par cela même préjudiciable si les deux poumons étaient creusés d'excavations nombreuses. Mais, entre ces deux extrêmes, quelle limite fixer ? Opèrera-t-on lorsqu'il y a deux, trois, quatre cavernes ? ou, prendra-t-on pour loi de s'abstenir toutes les fois qu'il en existe plus d'une ?... La solution que donne M. Hocken nous semble fort juste, antant du moins qu'on doit s'en rapporter au raisonnement dans une question encore aussi peu étudiée que celle-ci l'a été tant expérimentalement qu'analogiquement. Pourvu, dit-il, qu'on ait la certitude qu'il existe seulement deux cavernes dans un poumon, ou une dans l'un et une dans l'autre, ou même deux dans l'un et une dans l'autre, on peut opérer. La force originaire de la constitution, le degré de faiblesse que la maladie a déjà causée devraient, bien entendu, être pris en grande considération par le médecin : on comprend que ces conditions pourraient très légitimement autoriser à dépasser ou rendre au contraire plus étroites les bornes que nous venons d'établir. Enfin, dans les cas où plusieurs cavernes opérables existeraient chez le même individu, M. Hocken pense qu'on agirait sagement en pratiquant la toracentèse sur toutes en même temps.

Il faut encore, lorsqu'il est possible, faire choix de la saison qui est la plus favorable au traitement des maladies de poitrine. Mais souvent la gravité de l'altération ne permet pas de temporiser jusque-là. C'est donc principalement dans l'état général du malade qu'il conviendra de puiser les indications relatives au moment d'opérer. Ainsi ce moment sera venu lorsque : 1° il sera évident qu'il n'y a plus rien à espérer d'aucun traitement général ; 2° que le mal est assez avancé pour menacer prochainement l'existence ; 3° lorsque, cependant, il reste encore assez de forces au sujet pour supporter et pour vaincre le choc et la dépressive influence de l'opération.

B. Procédé opératoire. M. Storks, au lieu du procédé opératoire qu'il a suivi dans le cas ci dessus, préfère le suivant. L'espace intercostal qu'on doit ouvrir étant bien déterminé, on fait avec un bistouri droit et étroit une incision de 2 pouces de longueur le long du bord supérieur de la côte inférieure ; puis on enfonce avec précaution le même instrument dans la cavité, en observant attentivement les suites de cette ponction ; et, si rien ne l'empêche, on agrandit immédiatement l'incision dans l'étendue d'un pouce et même au-delà. Si une hémorrhagie résultait de l'incision des vaisseaux des parois de la poitrine, il faudrait les lier avant de rendre l'ouverture plus profonde. Dans le cas où le sang viendrait des parois de la caverne divisées, on introduirait le tube, et la pression qu'il exerce suffirait vraisemblablement pour arrêter le saignement. Il en fut ainsi chez une dame à laquelle M. Storks a fait récemment l'opération d'après ce procédé, de concert avec M. Hastings. Il le regarde comme plus prompt et causant moins de douleurs que celui mis en usage sur l'ecclésiastique qui fait le sujet de l'observation détaillée plus haut. Le seul reproche qu'on pourrait lui faire est qu'il laisse les fibres du grand pectoral intactes, et que leur contraction spasmodique pourra ensuite ca ser de l'embarras pour terminer l'opération, et notamment pour introduire le tube. Mais il faut remarquer que, en général, on n'aura pas souvent, presque jamais à pratiquer l'ouverture de la poitrine chez des sujets assez vigoureux pour que leur système musculaire ait conservé une vitalité capable de créer sous ce rapport des obstacles sérieux.

Quant au tube, M. Hocken prescrit de le choisir de deux pouces et demi de longueur et d'un demi-pouce de diamètre. On a vu qu'une canule d'argent préparée exprès pour la circonstance dut être changée contre un morceau de sonde de gomme élastique. C'est également aux tubes de cette substance que M. Storks donne la préférence. Seulement il recommande d'appliquer sur l'orifice extérieur du tube une sorte de plaque en ivoire percée de trous nombreux. Il conseille enfin de placer dans le tube un morceau d'éponge chaud, qui servirait et à réchauffer l'air qui entre, et à absorber les humeurs sortant de la plaie.

— Nous avons nous-mêmes quelques remarques à faire sur les divers points traités par les auteurs dont nous venons de reproduire les recherches. Le sujet est d'un intérêt trop majeur pour qu'on les juge inopportunes ; il est trop difficile pour ne pas servir d'excuse à ce qu'elles pourraient avoir d'incomplet ou de hasardé. Et d'abord, pour ce qui regarde la théorie, nous dirons que, même en admettant, avec MM. Hastings et Hocken, la distension de la caverne par l'air inspiré, comme cause principale de la gravité de la phthisie, nous ne croyons pas que l'opération proposée apporte contre cet élément morbide un remède suffisant. Supposons un phthisique qui a subi l'ouverture de la poitrine et qui porte un tube par lequel la cavité tuberculeuse communique avec l'extérieur. Au moment où il exécute une inspiration, l'air se précipite dans la poitrine dilatée par toutes les ouvertures qu'elle lui présente ; il y pénètre donc par le tube comme par les tuyaux bronchiques, et la caverne le recevant par cette double voie n'est pas, tant s'en faut, affranchie autant qu'on le pense de la distension fâcheuse qu'elle subissait dans l'état naturel. Pour

que cette importante condition se réalisât entièrement, une modification à l'appareil serait indispensable, et nous la proposons formellement. Il faudrait que le tube portât sur son ouverture extérieure une sorte d'opercule, de couvercle, articulé par un point de son contour, de manière à ne pouvoir se soulever que de dedans en dehors. Par ce mécanisme, il laisserait le passage libre à l'air qui voudrait s'échapper de la caverne à l'extérieur pendant l'inspiration et la fermerait à celui qui tendrait à ce moment de s'y introduire du dehors. Cette espèce de soupape devrait, bien entendu, être assez légère, assez lâchement articulée avec le tube pour pouvoir céder aisément devant l'impulsion de la colonne d'air inspirée. Avec cette addition, le but de l'opération tel qu'il est conçu par les médecins anglais serait, ce nous semble, beaucoup plus sûrement atteint qu'au moyen du simple tube constamment béant.

Maintenant, cette ponction des cavernes à travers la paroi thoracique sera-t-elle fréquemment applicable? Tout le monde a, sans doute, déjà répondu à cette question dans le même sens; et les réserves que fait M. Hocken relativement à ses indications paraîtront, sans doute, malgré toute leur sévérité, pécher plutôt par trop d'indulgence que par l'excès de rigueur. Peut-on espérer de trouver souvent des cavernes à la fois en assez petit nombre, assez superficielles et assez spacieuses pour permettre l'opération? Des malades, en même temps assez épuisés pour qu'elle soit leur unique ressource et assez robustes cependant pour pouvoir la supporter? De pareils cas se montrent, il est vrai; mais les difficultés du diagnostic s'ajoutant encore à celles que la nature présente, il sera presque toujours à peu près impossible d'affirmer avec certitude la coexistence de toutes ces circonstances favorables, et si l'opération n'est pas par cela même rejetée de la pratique, tout au moins ses indications ne seront-elles jamais de celles qu'on puisse établir sans faire une part trop large aux chances d'erreur. — D'un autre côté, il est plus que douteux qu'elle ait en elle un pouvoir réellement curatif de la phthisie; ce n'est jamais qu'une médecine de symptôme, que quelque chose de comparable à l'évacuation du pus des abcès qui se forment dans l'affection tuberculeuse des vertèbres. Sous ce rapport, nous adoptons tout à fait le jugement exprimé à cet égard par M. Hocken.

Mais par cela même que son but est essentiellement incomplet, par cela même qu'elle n'apporte au mal qu'un remède partiel et temporaire, il importe d'autant plus de rendre cette opération aussi sûre, aussi innocente que possible dans son exécution, afin que, en aucun cas, la somme de ses dangers ne dépasse les avantages qu'on peut rationnellement en attendre (1). A ce point de vue, nous applaudissons à la simplification proposée et exécutée par M. Storks. Nous voudrions même que, pour rendre la ponction encore plus exempte d'accidens, on commençât par escarrifier profondément le point désigné pour la faire au moyen de plusieurs applications successives de potasse caustique, et qu'on n'achevât qu'ensuite l'ouverture de la cavité morbide avec l'instrument tranchant. Ce procédé, d'ailleurs, n'est point une innovation; il n'est autre que celui généralement suivi pour l'ouverture des collections de liquide formées dans la cavité péritonéale. Dans un cas assez récent, M. Bricheteau l'employa (voy. GAZ. MÉD., 1843, p. 304) pour une opération entièrement identique à celle que nous décrivons ici. L'application préalable de potasse caustique aurait, en outre, l'avantage précieux de déterminer à son voisinage, entre les deux feuillets de la plèvre, ces adhérences qu'on n'est jamais assuré d'y rencontrer, et dont la présence cependant est indispensable au succès de l'opération.

Nous devons encore, avant de terminer, dire que l'addition d'une éponge placée dans le tube, proposée par M. Hocken, ne nous semble pas heureuse. Elle gênerait bien certainement le libre passage de l'air à travers la canule, sur lequel on compte précisément comme étant l'effet principal qu'on cherche à obtenir par l'opération.

DEUX CAS DE LIGATURE DE L'ILIAQUE PRIMITIVE; par MM. STANLEY et FERGUSON.

Voici deux nouveaux exemples à ajouter au tableau des cas connus de ligature de l'iliaque primitive, qu'on trouve dans l'année 1843 de ce recueil (Voy. GAZ. MÉD., p. 452). Les deux observations suivantes sont racontées avec une brièveté regrettable; mais on ne saurait pour cela

(1) L'exemple cité plus haut vient encore éclairer ce point contesté de la question. Dans la maladie tuberculeuse du rachis, l'on ne peut espérer, en ouvrant les abcès par congestion, que de guérir un symptôme, une complication; aussi n'est-on autorisé à pratiquer cette ouverture que si elle ne doit par elle-même faire courir aucun risque au malade. La méthode sous-cutanée donne heureusement ici le moyen de remplir sûrement cette importante condition.

(NOTE DU RÉDACTEUR.)

suspecter leur authenticité. Le nom seul de leurs auteurs suffirait pour les défendre contre toute inculpation de cette espèce.

OBS. I. — Un homme, âgé de 42 ans, entra à l'hôpital St-Barthélemy dans le service de M. Stanley. Il portait sur le côté interne du bras droit une tumeur du volume d'une petite orange, mobile, indolente et non pulsatile. Elle datait de 10 ans et avait cessé de s'accroître depuis trois ans. Une autre tumeur pulsatile prenait naissance principalement de l'os iliaque du côté gauche et faisait saillie sur les deux faces de cet os. Elle se prolongeait en bas jusqu'au ligament de Poupart et plongeait à la profondeur d'environ trois pouces dans l'intérieur de l'abdomen. Modérément consistante, on s'aperçut en palpant qu'elle contenait un peu au-dessous de la crête iliaque, près de l'épine antéro-supérieure, une petite pièce osseuse mobile. Partout où les doigts pouvaient l'atteindre, elle présentait des pulsations, non pas avec vibration, mais avec le battement pesant et profond de l'anévrisme. L'oreille appliquée sur la paroi abdominale y reconnut un bruit de souffle très distinct.

Après une consultation, on fut d'accord que la maladie était un anévrisme, mais on ne put déterminer avec certitude s'il provenait de l'iliaque externe ou de l'interne. Dans cette indécision, on résolut de lier l'iliaque primitive, et le malade y consentant, cette opération fut faite le 21 janvier 1843. Les suites en furent heureuses jusqu'au milieu du second jour, époque à laquelle les symptômes d'une péritonite se manifestèrent. Le malade succomba le matin du troisième jour.

A l'autopsie, on trouva les altérations anatomiques caractéristiques de la péritonite dans les parties profondes du côté gauche de la cavité abdominale. Une tumeur médullaire, du volume d'une aveline, existait dans la paroi du ventricule gauche du cœur. De la matière médullaire fut rencontrée dans les ganglions bronchiques, ainsi que dans les poumons, mais, dans ce dernier lieu, en petite quantité. La tumeur du bassin s'attachait à l'ilion et était composée d'un tissu spongieux creusé de cellules et parcouru par des vaisseaux sinueux. La tumeur du bras, qui, pendant la vie, était indolente, fut, à la grande surprise de l'auteur, trouvée être de la même nature que celle du bassin.

M. Stanley termine sa communication en émettant l'opinion que, pour lier l'iliaque primitive ou l'iliaque interne près de son origine, le procédé le plus prompt et le plus capable de mettre à l'abri d'une lésion du péritoine consiste à faire l'incision sur la partie postérieure de la paroi abdominale. (Il est très fâcheux que le narrateur se borne, à propos d'un fait aussi important que celui-ci, à une simple indication.)

OBS. II. — Cette seconde observation est rapportée encore plus sommairement que la précédente. M. Ferguson, parlant dans la Société royale de médecine et de chirurgie au sujet du travail de M. Stanley, dit avoir traité à l'infirmerie royale un homme qui portait une tumeur sur le trajet de l'artère iliaque externe. Les chirurgiens les plus distingués d'Edimbourg différaient entre eux d'opinion sur sa nature. A tout événement, on plaça une ligature sur l'iliaque commune. Le malade mourut, et l'on reconnut à l'autopsie que la tumeur était réellement un anévrisme.

OBSERVATIONS DE CAS D'HEMORRHAGICA PURPURA COMPLIQUANT LA VARIOLE, recueillies par les docteurs ADAMS et SNOW.

Les anciens écrivains qui ont écrit sur la variole ont mentionné cette complication comme plus fréquente dans les premières épidémies qu'elle ne l'est de nos jours. Rhases et Avicennes ont laissé l'histoire de la variole noire et verte qui était caractérisée par des taches cutanées verdâtres et par la présence du sang dans les urines; et depuis, Morton, Sydenham et plusieurs autres ont signalé les cas analogues comme assez fréquens. De nos jours ces cas paraissent beaucoup plus rares et cependant il s'en montre quelques-uns de temps en temps, tels que les deux que nous trouvons ici et que nous ne rapporterons pas, mais dont nous indiquerons quelques-uns des traits les plus importans et les conditions principales dans lesquelles elles ont été observées.

Le sujet du premier cas était un fermier, âgé de 25 ans, qui, ayant été visiter sa sœur convalescente d'une variole et qui avait été vaccinée comme lui, fut pris, après environ trois semaines, de malaise, de nausées, d'accidens fébriles, puis d'un gonflement notable de tout le corps, avec de petites taches de purpura qui augmentèrent rapidement et couvrirent presque tout le cou le troisième ou le quatrième jour. Les accidens marchèrent avec une rapidité extraordinaire et semblèrent accélérés par l'emploi d'une saignée, puis des purgatifs, et malgré que, dès le cinquième jour, on remplaçât ces moyens par les toniques et les astringens, le malade n'en mourait pas moins le sixième, après être tombé dans un état de débilitation extrême compliquée de délire taciturne et sans avoir présenté la moindre trace d'éruption.

Celui du second cas était un enfant, âgé de 7 ans, souffrant de l'asthme depuis sa naissance, qui couchait dans la même chambre que son frère atteint de petite vérole, âgé de 5 ans, et qui n'avait pas été plus vacciné que lui. Au bout d'un jour de prodrômes de la variole, de douleurs dans les reins et de fièvre, il présenta à la fois le délire, une éruption cutanée, des saignemens du nez, des taches nombreuses de purpura hemorrhagica et

des vomissemens de sang. Rien ne put calmer ces accidens et l'enfant mourut le troisième jour. — Chez ce sujet, comme chez le précédent, les taches de purpura persistèrent après la mort.

SUR L'EMPLOI DU SULFATE DE MANGANÈSE DANS LE TRAITEMENT DE PLUSIEURS MALADIES ET SURTOUT DE DIVERS TROUBLES DES FONCTIONS HÉPATIQUES; par le docteur GOOLDEN.

L'auteur paraît avoir employé comparativement le sulfate de manganèse dans un grand nombre de maladies différentes, et résume aux faits suivans les résultats que l'observation lui a fournis.

Ce sel pris à jeun à la dose de 6 à 8 gram. produit invariablement des vomissemens en moins de trois heures et ordinairement pendant la première heure; le plus souvent les matières vomies sont en grande partie composées de bile. Quand il est administré seul, il agit rarement comme purgatif; et après qu'on l'a employé plusieurs jours de suite comme purgatif, on est forcé d'avoir recours à d'autres moyens, car il cesse d'agir sur les intestins. L'appétit augmente constamment pendant son emploi et les phénomènes de pléthore ou d'embarras disparaissent aussitôt après que le médicament a produit son effet vomitif.

Les selles que détermine le sulfate de manganèse d'abord colorées par le mélange des matières ne contiennent bientôt plus que de la bile; mais si l'usage du médicament est continué pendant encore quatre ou cinq jours elles deviennent plus claires et finissent par ne plus contenir de bile du tout, ressemblant pour la couleur aux matières fécales grises ou blanchâtres des sujets ictériques, bien que la peau et les urines n'offrent en ce moment aucune teinte ictérique; puis, si on discontinue l'usage du sel, les selles redeviennent jaunes. Chez un sujet admis sur le dreadnought et atteint d'ictère qui depuis a succombé à une inflammation de la rate, l'ictère dont il était atteint disparut sous l'influence de cette médication; à l'autopsie, on trouva le foie à l'état normal, mais plus pâle que d'habitude, la vésicule entièrement vide et la rate hypertrophiée ramollie et farcie de grosses masses tuberculeuses.

L'auteur cite sept ou huit observations rapportées avec quelques détails et où l'on reconnaît que le sel de manganèse a toujours agi, à la dose de 8 grammes répétée à plusieurs fois, comme évacuant du foie, et amené une amélioration notable dans l'état général des voies digestives, et même le retour de l'appétit, bien que, dans la plupart des cas, il restât sans influence sur la maladie dont étaient atteints les sujets.

DE LA PÉRICARDITE CONSIDÉRÉE COMME COMPLICATION OU SUITE DE LA SCARLATINE, AVEC DES FAITS; par le docteur ALISON.

La scarlatine est une des affections les plus meurtrières, et si pendant longtemps elle n'a marché, sous le point de vue du chiffre des victimes, en Angleterre, qu'après la variole et le typhus (fièvre continue), depuis quelques années elle a pris le pas sur ces dernières, qui ont vu diminuer notablement le nombre des cas funestes, grace à l'influence de la vaccine pour l'une, et de l'assainissement des villes où les funestes effets de l'encombrement ont été combattus avec succès par diverses mesures générales. Mais la science ni l'art n'ont rien fait encore de tel pour la scarlatine; elle attend toujours son vaccin et la connaissance des conditions qui favorisent sa propagation avec une si grande activité. En attendant, dit l'auteur, il ne reste donc qu'à mieux étudier la maladie pour la combattre avec plus d'avantage et diminuer au moins le nombre de ses victimes. — C'est dans ce but qu'il appelle l'attention sur quelques faits recueillis depuis peu de temps.

On sait depuis longtemps que la scarlatine se complique quelquefois d'inflammation du cerveau, de ses membranes, des glandes cervicales et de coma; mais il ne paraît pas qu'on ait encore signalé suffisamment les cas où elle est compliquée par la péricardite. M. Alison, passant en revue la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'étude de la scarlatine, indique ceux, en très petit nombre, qui ont mentionné cette complication, et ceux qui n'en ont pas parlé, rapportant surtout l'opinion du professeur Watson, qui, dans ses cours de médecine, non seulement n'a pas placé la péricardite parmi les complications de la scarlatine, mais au contraire affirme que les cas de scarlatine dans lesquels les articulations deviennent douloureuses et tuméfiées sont distingués du véritable rhumatisme par l'absence de complications du côté du cœur.

Nous ne rapporterons pas les trois exemples de cette complication cités par le docteur Alison, et dans un desquels, qui s'est terminé par la mort, l'exactitude du diagnostic a été démontrée à l'autopsie; nous nous bornerons à analyser quelques-unes des circonstances les plus importantes que l'auteur fait ressortir de ces trois faits.

PÉRIODES D'ACCESSION DE LA PÉRICARDITE. Dans le premier cas, la complication ne fut constatée que peu de temps avant la mort de l'enfant; chez les deux autres, elle le fut dès les premiers jours de la maladie.

CARACTÈRES DE LA SCARLATINE. Chez les trois sujets, la fièvre était très prononcée, et l'éruption très rouge et très forte dura plus longtemps que d'habitude. Dans tous, la gorge fut le siége d'une forte inflammation, et l'urine fut rare et très fortement colorée. Il y eut un anasarque assez notable chez les trois sujets, et chez deux les articulations furent douloureuses, tandis que chez le troisième on n'a pu savoir si cet accident avait eu lieu pendant le cours de la maladie.

CAUSES DE LA COMPLICATION. M. Alison conclut, de l'examen des trois cas qu'il a rapportés et des faits déjà connus dans l'histoire de la scarlatine, que la complication de la scarlatine tiendrait à deux causes principales qui seraient : 1° la présence d'un poison d'une nature particulière dans le sang, agissant comme irritant local et porté dans toutes les membranes et à tous les tissus du corps; 2° la présence de composés cristallisables dans le sang qui devaient être éliminés de l'économie par les reins, mais qui, en raison de la lésion de ces émonctoires, restent dans la circulation.

L'auteur soulève cependant une objection contre la dernière de ces deux assertions, c'est la difficulté d'attribuer la péricardite au trouble fonctionnel de la sécrétion urinaire; car on croit généralement que les reins ne sont affectés morbidement qu'à une époque avancée de la scarlatine, tandis que, chez deux des sujets, et probablement aussi chez le troisième, les symptômes de la péricardite ont été observés peu de temps après le début de la scarlatine. Cette difficulté disparaît aux yeux de M. Alison, qui pense que la sécrétion de l'urine est troublée dès le début même de la fièvre scarlatine, et il persiste à croire que cette complication, ainsi que la plupart des autres que l'on observe dans le cours de la scarlatine, dépend, ainsi que le rhumatisme et la goutte, de la présence de principes cristallisables qui se forment en excès ou qui ne sont pas enlevés à temps par les reins.

TRAITEMENT. Les données que présente l'auteur sur ce point sont extrêmement vagues et ont plutôt rapport aux indications que l'on doit éviter qu'à celles auxquelles on doit avoir recours.

OUVERTURE EXTÉRIEURE ENTRE LA PREMIÈRE ET LA SECONDE CÔTES DU CÔTÉ GAUCHE, COMMUNIQUANT AVEC UNE CAVITÉ TUBERCULEUSE DU POUMON; par M. A. STAFFORD.

Le cas suivant n'est pas entièrement semblable à celui d'ouverture artificielle d'une caverne, que nous avons rapporté ci-dessus; il en diffère même par un point essentiel, puisque dans le premier la communication de la cavité tuberculeuse à l'extérieur fut maintenue constamment ouverte, tandis que, ici, le malade la fermait lui-même avec soin. Malgré cette diversité des circonstances, ces deux faits peuvent s'éclairer l'un l'autre sous beaucoup de rapports.

OBS. — Thomas Butler, âgé de 27 ans, entra le 20 juillet 1844 à l'infirmerie de Ste-Marylebone, étant depuis longtemps attaqué de phthisie pulmonaire. Son expectoration était purulente, et l'examen stéthoscopique fit reconnaître dans les deux poumons plusieurs cavernes. Six ou huit mois avant son entrée, des ulcères s'étaient formés sur le cou et la poitrine. Ceux du cou étaient situés immédiatement au-dessus de la clavicule, et l'ulcération s'étendait profondément derrière cet os. Du côté gauche il existait, entre la première et la deuxième côtes, un ulcère d'un pouce de largeur, très profond et communiquant avec le poumon. En approchant de cette ouverture de la charpie ou la flamme d'une chandelle, on reconnaissait aux mouvemens imprimés à ces corps lors de l'inspiration et de l'expiration, que l'air passait réellement du poumon à l'extérieur. Le malade n'aimait pas à laisser cette ouverture béante; il la tenait lui-même exactement fermée, et se plaignait de souffrir lorsqu'elle demeurait longtemps découverte. Cependant il ne se refusa jamais à satisfaire la curiosité de ceux qui désiraient la voir.

L'état des poumons étaot trop grave pour qu'on pût espérer la guérison, on se borna à quelques palliatifs.

AUTOPSIE. L'ulcère entre la première et la deuxième côtes communiquait avec une excavation tuberculeuse creusée dans la partie supérieure du poumon gauche. Les deux poumons offraient des altérations étendues.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 JUILLET.

PROPRIÉTÉS MÉDICALES DE L'URINE DES HERBIVORES.

M. BOUSSINGAULT adresse de Bechelbronn un mémoire très étendu sur l'analyse chimique des urines des animaux herbivores. Il signale dans ce mémoire un fait qui, dit-il, surprendra les chimistes et les physiologistes; c'est que dans l'urine des herbivores il y a du bi-carbonate de potasse, et non pas, comme on

le croyait, du sous-carbonate. En mettant de côté l'urée et l'acide hippurique, on trouve que l'urée ressemble singulièrement à une eau minérale alcaline. M. Boussingault pense qu'on pourrait essayer de les employer pour dissoudre les calculs d'acide urique, ainsi que pour tous les autres cas où est indiqué l'usage des eaux alcalines. Je parlerai plus sérieusement qu'on ne sera peut-être disposé à te croire, ajoute-t-il, en disant qu'un produit sortant de la vessie d'une de mes vaches m'inspirerait, comme médicament, beaucoup plus de sécurité qu'une dissolution alcaline préparée par de très habiles chimistes.

ÉPIDÉMIES PÉRIODIQUES.

M. Assalon, médecin à Dieuze, adresse un travail sur la topographie médicale et sur les maladies endémiques et épidémiques de la localité qu'il habite. Il signale dans ce travail un fait fort remarquable, qu'aucun médecin n'avait, dit-il, signalé jusqu'à ce jour, et que l'on ne retrouve dans aucune histoire d'épidémies, c'est le retour exact et à périodes fixes d'états pathologiques graves, affectant presque toujours la même marche, les mêmes symptômes, les mêmes caractères. La plus importante de ces endémies est la fièvre typhoïde; les deux autres sont des fièvres intermittentes et des affections charbonneuses. L'auteur a observé des épidémies de fièvres typhoïdes en 1830, 33, 36, 39, 42. Les fièvres intermittentes ont été observées dans les années 1829, 32, 35, 38, 41, et les affections charbonneuses en 1831, 34, 37, 40 et 43. Voilà quelles circonstances topographiques l'auteur, frappé de cette singulière intermittence, en attribue les causes.

La commune de Quermange, principal foyer de ces endémies, se trouvait autrefois entourée de vastes étangs. La fièvre typhoïde y apparaissait tous les ans, tantôt au sud-est, tantôt au sud ouest. Depuis vingt-cinq ans environ il s'est fait un changement remarquable dans la direction affectée par l'invasion de la maladie, qui ne se montra désormais que de l'ouest à l'est. C'est que depuis vingt-cinq ans un étang voisin, placé au nord-ouest du village, a été supprimé; que toute la partie sud-ouest des habitations est baignée en quelque sorte par les flots de l'immense étang de l'Indre basse, et enfin, depuis cette époque, les épidémies de fièvres typhoïdes ne reviennent que chaque trois années.

M. Assalon pense que cette périodicité tient au mode d'exploitation de cet étang, qui pendant deux ans reste plein d'eau et de poisson, et est vidé en automne et livré à l'agriculture la troisième année. L'apparition des épidémies typhoïdes coïncide avec la seconde année, durant laquelle l'étang de l'Indre est plein d'eau. Elles se montrent au plus tôt vers le commencement de juin, au plus tard dans la dernière quinzaine d'août, c'est-à-dire à l'époque où la température commence à s'élever d'une manière constante. L'apparition des fièvres intermittentes répond à la première année, durant laquelle l'étang de l'Indre est plein d'eau. Au printemps, les fièvres quotidiennes, après avoir ouvert la scène pendant quelques semaines, font place aux fièvres tierces, qui s'effacent presque complètement, quand arrive la température chaude et sèche de l'été, pour reparaître avec les brumes de l'automne, transformées quelquefois en quartes bien déterminées.

Les affections charbonneuses se manifestent sur des points élevés au-dessus du niveau de l'étang. Elles surviennent pendant l'année du dessèchement de l'étang. La haute température des mois de juillet, août et quelquefois de septembre, semble être la seule circonstance favorable au développement et à l'action du miasme charbonneux.

L'auteur déduit de ces faits cette conclusion, qu'il y a une frappante analogie entre les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde et les maladies charbonneuses; qu'elles reconnaissent une cause unique, le miasme marécageux agissant sans interruption, et produisant, suivant son intensité, suivant les saisons, suivant l'état hygrométrique de l'air, les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, ou le charbon malin. Cette action du miasme semble suivre exactement la périodicité d'exploitation du vaste étang de l'Indre basse.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LE TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

M. Jobert (de Lamballe) communique un fait de guérison de fistule vésico-vaginale, obtenue par un procédé qui lui est particulier.

Une femme se présenta, dit-il, dans mon service avec une fistole vésico-vaginale, survenue à la suite d'un accouchement laborieux. L'urètre avait été complètement détruit, et la perte de substance qui occupait la cloison vésico-vaginale s'étendait en arrière, le long de la ligne médiane, jusqu'à un centimètre et demi environ du col utérin. Il existait donc un vaste cloaque où tombaient les urines avant de s'écouler au-dehors.

Je tentai la guérison de cette fistule par l'emploi de plusieurs méthodes et du procédé autoplastique, dont j'ai donné connaissance à l'Académie il y a quelques années. La malade sortit de l'hôpital sans que son infirmité fût sensiblement améliorée. Son courage cependant ne l'abandonna pas, et, un an après sa sortie, elle rentra dans mon service. C'est alors que je pratiquai (9 juin 1845) l'opération suivante, que j'appellerai *réunion autoplastique par glissement*. Ce procédé consiste à pratiquer une incision semi-circulaire transversale sur la partie antérieure du col utérin, à l'endroit où celui-ci est joint par le vagin. La dissection a lieu de bas en haut, et le tranchant du bistouri est maintenu dirigé vers le col utérin, afin de protéger la vessie contre de dangereuses atteintes. Immédiatement après cette incision et la dissection qui isole facilement le basfond de la vessie, il y a rétraction de la portion antérieure du vagin et déplacement en avant de la région postérieure de la vessie. L'affrontement et la réunion des lèvres de la division deviennent alors faciles, et l'on peut ainsi réparer des pertes de substance énormes, telles, par exemple, que celle qui existait dans le cas dont je parle.

La malade qui fait le sujet de cette communication est aujourd'hui dans l'état suivant; on voit: 1° au fond et à la partie supérieure du vagin, la cicatrice épaisse et solide, qui sert de véritable plancher à la vessie; 2° le col de l'utérus, au-devant duquel se trouve une saillie prononcée, formée par la vessie et l'extrémité supérieure du vagin, détaché du col; 3° un sillon dirigé d'avant en arrière, et qui indique l'endroit où s'est faite la réunion des deux lèvres de la fistule; 4° en avant de ce sillon et à la hauteur du col normal de la vessie se remarque une dépression formée par une ouverture que peut traverser une sonde de femme; 5° il n'existe pas d'urètre, mais l'orifice vésical de nouvelle formation semble en remplir l'usage; 6° les urines sont gardées pendant plusieurs heures, et la malade sent le besoin de les rendre, ce qu'elle effectue à volonté. Lorsque la malade marche, elle conserve les urines moins complètement et avec moins de facilité.

TRAITEMENT DE LA FISTULE ET DE LA TUMEUR LACRYMALE.

M. Guépin (de Nantes) communique une note relative à un nouveau moyen de traitement de la fistule et de la tumeur lacrymale. Il propose l'emploi d'un trois-quarts-coude pour rétablir le canal nasal dans les cas d'oblitérations osseuses et pour faciliter l'introduction de clous ou bougies en étain dans les cas ordinaires.

— M. Ducros adresse trois mémoires dont les titres suivent:

1° De l'identité des courans nerveux et des courans électriques, démontrée au moyen de la fermeture par compression de certains cercles nerveux dans les excitations tuberculeuses du plexus pharyngien.

2° Physiologie, pathologie et thérapeutique des mouvemens du cœur et du sang, basées sur l'étude des lois physiques de polarité chez l'embryon du poulet et chez l'homme.

3° Études expérimentales et de médecine pratique sur le jet du sang dans la saignée, instantanément augmenté par les courans électriques, par les courans galvaniques et par les secousses pharyngiennes ammoniacales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

NOMINATION DE MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination de huit membres associés étrangers. MM. Burdach, Lawrence, Müller, Liebig et Brodie, ayant seuls réuni la majorité des suffrages, sont proclamés membres associés étrangers de l'Académie. La nomination des trois autres membres est renvoyée à la séance prochaine.

TUMEURS FIBREUSES.

M. Londe lit, pour M. le professeur Le Sauvage, correspondant de l'Académie, un mémoire sur les tumeurs albumino-gélatineuses (fibreuses des auteurs) La question agitée au sein de l'Académie n'a pas paru à M. Le Sauvage avoir reçu une solution suffisante. Parmi les tumeurs appelées *fibreuses*, les unes ne méritent point cette classification; leur tissu n'offre aucun des caractères du tissu fibreux; leur mode de production, qui, jusqu'à présent, n'a point été bien apprécié, exclut la possibilité de la transformation fibreuse. Le diagnostic de ces tumeurs peut être ainsi établi:

Elles se développent par intussusception dans les régions abondamment pourvues de tissu cellulaire, auquel elles font subir une grande extension, en déplaçant, sans les envahir, les organes environnans.

Elles ne sont le siége d'aucune douleur; mais elles peuvent en déterminer par la pression qu'elles exercent sur les organes voisins.

Le plus souvent elles rendent tellement exprimées les apparences d'une fluctuation, que les praticiens les plus exercés pourraient s'y méprendre.

La peau qui recouvre ces tumeurs est souvent très distendue, mais sans aucune altération, et jamais elle ne contracte d'adhérence.

Les ganglions lymphatiques n'éprouvent point d'engorgement consécutif.

Leur tissu est homogène, blanchâtre, élastique, plus ou moins consistant. Il se déchire très irrégulièrement et les surfaces présentent l'aspect pulpeux des pseudo-membranes. On y aperçoit, à la loupe, une grande quantité de vaisseaux sanguins à l'état naissant, et souvent un certain nombre de petits kystes bien organisés.

Ce tissu conserve toujours la même structure, quelles que soient l'étendue et l'ancienneté du développement de la tumeur, et jamais il n'éprouve ni dégénérescence, ni transformation.

On conçoit maintenant comment, isolées au milieu des organes où elles ne jouissent que d'une vie réduite au minimum d'expression, les tumeurs gélatino-albumineuses peuvent être enlevées sans danger et surtout sans donner de craintes de récidive, et on ne peut douter que ce ne soit à de semblables tumeurs que le dernier des privilèges justifié par les observations de M. Le Sauvage aura été concédé par Bayle, Boyer, le professeur Velpeau, etc.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Louis lit, au nom de MM. Honoré, Maccartan et au sien, un rapport sur un mémoire adressé à l'Académie par M. le docteur Jacquez, de Lure (Haute-Saône), relatif à plusieurs épidémies de fièvre typhoïde qu'il a observées dans les communes de l'arrondissement de Lure. C'est, dit M. le rapporteur, un travail étendu, élaboré avec soin et digne de fixer l'attention de l'Académie.

Ce travail est divisé en trois parties. Dans la première, l'auteur donne l'histoire de 26 cas d'affection typhoïde sporadique recueillis par lui à Lure et dans quelques localités environnantes. Dans la deuxième, il expose les cas de fièvre typhoïde épidémique qu'il a observés dans plusieurs villages. Dans la troisième,

il étudie successivement, avec les faits qu'il a recueillis et beaucoup d'autres qui lui ont été communiqués, les causes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie.

Parmi les causes prédisposantes, l'auteur étudie l'influence de l'âge, du sexe, de l'intempérance et du changement de régime et d'habitudes.

Relativement à l'âge, il résulterait du tableau statistique dressé par l'auteur qu'avant l'âge de 10 ans il y aurait moins de prédisposition à la fièvre typhoïde que dans la période de 50 à 60. Il signale en outre quelques individus âgés de 60 à 70 ans, et 1 de 70 à 80 ans, que la maladie n'auraient point épargnés. M. le rapporteur émet quelques doutes sur la réalité de ces faits qui, s'ils étaient exacts, s'éloigneraient beaucoup de ceux que l'on observe journellement à Paris. Il est porté à croire que l'auteur, n'ayant pas vu lui-même tous les malades dont il analyse l'histoire, il pourrait y avoir eu, dans quelques cas, une erreur de diagnostic, d'autant plus, dit-il, qu'il serait difficile d'admettre qu'une si grande proportion d'hommes âgés auraient pu échapper si longtemps aux causes de la maladie, et que si l'on admettait au contraire qu'ils ont dû en être atteints antérieurement, ce serait que l'affection typhoïde est fréquemment sujette à récidive, ce qui est plus que douteux.

L'auteur ne pense pas que le sexe constitue une prédisposition particulière à l'affection typhoïde. L'intempérance ne peut pas non plus être considérée comme une prédisposition. On en peut dire autant, d'après les faits qu'il rapporte, du changement de régime et d'habitude.

Parmi les causes déterminantes, l'auteur étudie successivement l'action des saisons, des localités, des logemens, des rivières, des marais, des lieux communs de sépulture, etc. Il ne pense pas que les saisons ou les conditions barométriques aient eu une influence positive sur le développement des épidémies qu'il a observées. On ne saurait non plus, dit-il, attribuer une grande influence aux localités sur le développement des épidémies en question; car elles ont régné dans les villages secs et élevés, aussi bien que dans les lieux humides. Quant au logement, il est porté à croire, d'après les faits observés, que des chambres insalubres et peu aérés, que surtout un air vicié par la réunion d'un trop grand nombre de personnes, peuvent seules, et indépendamment de la contagion, déterminer le développement de la fièvre typhoïde.

Les marais n'ont pas eu l'effet préservatif annoncé dans ces derniers temps. La fièvre typhoïde n'a pas plus ménagé les villages à fièvre intermittente que les autres et même les premiers ont été généralement les plus mal traités.

Les lieux communs de sépulture n'ont paru avoir aucune influence sur l'épidémie, contrairement à ce qui est admis par beaucoup de médecins.

La contagion de la fièvre typhoïde, si bien établie par M. Bretonneau et par plusieurs autres médecins recommandables, reçoit un nouvel appui de l'exposition des faits recueillis par le docteur Jacquez. Presque toujours, dit-il, quand la fièvre typhoïde envahissait une commune elle se communiquait des malades à ceux qui les soignaient ou qui les visitaient. Elle ne sortait d'une maison qu'après avoir atteint toutes les personnes qui étaient susceptibles de la contracter, et il était extrêmement rare que les habitans d'un même logement fussent malades en deux temps séparés par un espace de plus de quinze à vingt jours. Assurément, ajoute M. Jacquez, la maladie est toujours contagieuse, mais elle ne l'est pas au point qu'il suffise toujours d'aborder un malade pour en être atteint; d'ailleurs la contagion est sans doute moins puissante dans un cas léger que dans un cas grave, auprès d'un malade entouré de tous les soins de l'hygiène qu'auprès de celui qui ne reçoit par ces soins. Puis il est des immunités beaucoup plus nombreuses qu'on ne le pense : beaucoup de personnes ne sont pas susceptibles de contracter l'affection typhoïde, beaucoup d'autres l'ont eue à une époque antérieure sans le savoir ; et si dans les grandes villes la contagion est moins évidente que dans les petites localités, c'est que les soins hygiéniques y sont mieux entendus, que les visiteurs y sont moins nombreux, les relations des malades avec les personnes atteintes moins faciles à constater, etc. J'ajoute, dit M. le rapporteur, que des faits bien observés ne laissent aucun doute sur la faculté contagieuse de l'affection typhoïde dans les grandes villes. Et parmi les plus concluans, il faut placer ceux qu'a exposés dans une des dernières séances M. Gaultier de Claubry. Comment concevoir d'ailleurs une affection qui serait contagieuse à Tours et qui ne le serait pas à Paris ?

Les récidives occupent aussi l'auteur du mémoire. Dans sa pensée, ces récidives ne sont pas très rares, mais les faits sur lesquels il se fonde ne paraissent pas très concluans à M. le rapporteur, qui rappelle toutefois qu'il a observé avec deux de ses collègues le seul exemple bien constaté d'une double attaque d'affection typhoïde. Il s'agit d'un jeune homme de 15 ans, bien développé, d'une excellente santé habituelle, qui fut pris, en janvier 1842, d'une affection typhoïde dont le diagnostic ne laissait rien à désirer et qui dura vingt jours environ. La seconde attaque eut lieu en avril 1843, dura aussi longtemps que la première, fut caractérisée par les mêmes symptômes, eut la même gravité ; en sorte qu'aucun doute ne peut s'élever sur la réalité de la double attaque dont fut atteint le malade dont il s'agit à une époque où l'affection typhoïde régnait à Paris d'une manière épidémique.

Le traitement prophylactique du docteur Jacquez est fort simple : il consiste à empêcher les communications des personnes bien portantes avec les malades et à placer ceux-ci dans des chambres vastes et bien aérées.

Quant au traitement curatif, l'auteur passe successivement en revue la saignée, les purgatifs et les vomitifs. Il préfère ces deux derniers moyens à la saignée. Il fait aussi la part de l'opium qu'il croit utile dans les complications ataxiques. Mais ces applications n'ont rien de rigoureux ; l'auteur indique sa manière de voir, sa pratique, sans chercher à démontrer qu'elle mérite la préférence sur les autres. Il en est tout autrement de l'application du froid extérieur. Sur ce point, l'auteur entre dans de nombreux détails, il pose les indications et les contr'indications ; il étudie l'action du froid sur la mortalité en général et sur plusieurs symptômes de la maladie en particulier. Suivant M. Jacquez, les lotions froides sont peu énergiques ; les affusions et les bains offrent des difficultés, et par ces raisons il ne les a pas employés. Il leur préfère l'application d'une serviette imbibée d'eau à 7 ou 8° + 0 R. sur le ventre et sur le front, qu'on renouvelle tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures. Cette manière d'appliquer le froid est précieuse, dit-il, en ce qu'on peut l'employer partout, et elle est préférable à l'application de la glace qui est douloureuse, difficilement supportée et augmente le délire qu'elle est appelée à combattre. A part un refroidissement notable, chose rare dans le cours de l'affection typhoïde, l'auteur ne connaît aucun symptôme, aucune complication qui s'oppose à l'emploi des applications et des boissons froides, car jamais alors ces applications n'aggravent les lésions des organes respiratoires. Il ne consulte, pour l'emploi de ces moyens, que le degré de chaleur des parties sur lesquelles l'application doit être faite.

M. le rapporteur se livre ici à un examen détaillé et à une discussion approfondie de la méthode de M. Jacquez et des faits qu'il invoque en sa faveur. Si la commission, dit-il en terminant, est entrée, au sujet du traitement, dans des détails aussi nombreux, c'est que le talent de l'auteur donne confiance dans ses assertions, qu'elle désirait se former à cet égard une conviction et faire passer cette conviction dans vos esprits. Cette conviction, elle n'a pu l'acquérir, et il lui semble d'autant plus difficile de l'avoir que le traitement par les applications froides n'a pas été fait régulièrement, à beaucoup près ; que le plus ordinairement il a été incomplet, suivi avec régularité pendant un petit nombre de jours, et qu'il est difficile, quand on n'y est pas invinciblement forcé par les faits, d'accorder une grande puissance à un traitement incomplet ou fait pendant trop peu de temps. L'avenir confirmera peut-être les assertions de l'auteur, mais de nouveaux faits sont nécessaires pour les justifier.

La commission n'en persiste pas moins dans le jugement qu'elle a porté au commencement de son rapport ; elle voit dans le mémoire qui en est l'objet l'ouvrage d'un médecin habile, de beaucoup d'intruction et dont les conseils peuvent également éclairer l'autorité et rassurer les populations au milieu desquelles il se trouve. La commission propose en conséquence : 1° d'adresser une lettre de remercîmens à l'auteur ; 2° de l'engager à continuer ses recherches dans le même esprit qui a présidé à celles qui font l'objet de ce rapport ; 3° d'inscrire son nom sur la liste des correspondans nationaux, dont il sera un des plus éclairés et des plus dignes.

M. Rochoux et quelques autres membres demandent la parole.

M. le Président propose de mettre immédiatement les conclusions du rapport aux voix, sauf à réserver la discussion sur le corps du rapport (plusieurs voix : Oui, oui). Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

MM. Rochoux, Roux, Nacquart et quelques autres membres s'élèvent contre ce vote qu'ils disent être contraire aux réglemens et aux habitudes de l'Académie. M. Rochoux déclare que ce qu'il a à dire étant de nature à provoquer des modifications aux conclusions, le vote doit être annulé. M. Roux propose de déclarer le vote comme non avenu. Une discussion très orageuse s'engage sur ce sujet. Le président déclare au milieu du bruit qu'il n'a eu nullement l'intention en mettant les conclusions aux voix d'empêcher la discussion. Afin de laisser toute latitude à cet égard, il consent, s'il n'y a point d'opposition, à annuler le vote et accorde la parole à M. Rochoux.

M. Rochoux : M. Louis a basé les éloges qu'il a donnés à l'auteur du mémoire sur l'étendue de son travail, il en a en quelque sorte mesuré le mérite à la toise. Lors des concours pour les prix décennaux fondés par l'empereur, Coraï l'emporta par un travail d'une demi-page sur Gall qui avait envoyé au concours 8 volumes. La lettre de J.-J. Rousseau à l'archevêque de Paris l'emportera toujours sur les 80 volumes de Melle de Scudéri. (Rumeurs et mouvemens d'impatience.)

J'en viens au travail dont il s'agit. Ce travail repose tout entier sur des erreurs de diagnostic et tout ce qu'il y a été dit de la contagion se trouve par conséquent sans valeur ; des erreurs y fourmillent d'un bout à l'autre, erreurs sur les causes, erreurs sur les symptômes, etc. Je n'en veux d'autre preuve que la mortalité de 1/45 accusée par l'auteur. On n'a jamais rien vu de pareil dans la fièvre typhoïde.

M. Louis : Je proteste au nom de la commission contre tout ce que vient de dire M. Rochoux et contre ce qu'il a dit dans la dernière séance touchant la contagion qui aurait été *inventée*, a-t-il dit, à Tours. Tout le monde a dû sentir comme moi combien une expression pareille était peu convenable et peu académique, surtout lorsqu'il s'agit d'un homme aussi honorable et aussi justement considéré que l'est M. Bretonneau. Je n'accepte pas non plus, pour mon compte, le reproche que m'a fait M. Rochoux d'avoir mesuré à la toise le mérite du mémoire de M. Jacquez. Ce mémoire est un travail considérable, important et d'une valeur réelle et qui décèle dans son auteur un homme de mérite, et parce que j'ai signalé moi-même quelques observations à l'égard desquelles j'ai soupçonné quelque erreur de diagnostic, faut-il en conclure que le travail tout entier ne repose que sur de semblables erreurs ? Il n'y a que M. Rochoux pour tirer de pareilles conséquences.

En ce qui concerne la contagion dont l'auteur du mémoire s'est attaché à démontrer l'existence, elle me paraît, quoi qu'en dise M. Rochoux, avoir été mise hors de doute par M. Bretonneau, M. Gendron et une foule d'autres bons observateurs. C'est un fait qui me paraît aujourd'hui incontestablement établi, et si nous avons été moins frappés de son évidence à Paris, M. Rochoux ne sait-il pas combien il est difficile dans nos hôpitaux d'en suivre les traces ? Je persiste donc dans l'opinion que j'ai émise sur le travail de M. Jacquez, travail qui, malgré les quelques erreurs que j'ai signalées, n'en est pas moins d'un mérite réel.

M. Piorry : Je demande la parole.

M. Honoré : J'accepte comme exacts les faits de contagion publiés par MM. Bretonneau et Gendron ; mais il n'en est pas moins vrai qu'à Paris elle n'est rien moins qu'avérée ; pour moi, je n'en ai pas rencontré un seul cas bien évident. Je ne prétends pas dire par là que la fièvre typhoïde ne soit point absolument contagieuse, mais je crois qu'on n'est pas admis à poser en principe sa contagion.

M. Louis : J'en ai observé, pour mon compte, 4 cas sur lesquels il ne m'a été possible de conserver aucun doute. La contagion me paraît se manifester surtout quand il y a encombrement dans les hôpitaux. On ne peut pas d'ailleurs comparer sous ce rapport la fièvre typhoïde sporadique avec la même maladie à l'état épidémique.

M. Piorry : M. Rochoux a parlé avec raison de la difficulté de diagnostiquer ce qu'on appelle la fièvre typhoïde. Il faudrait qu'on s'entendît bien une fois pour toutes sur la valeur de cette dénomination. Je suis convaincu, pour ma part, que si l'on demandait à plusieurs médecins ce qu'ils entendent par fièvre typhoïde, il y aurait autant d'opinions que d'individus, et peut-être même ne saurait-on pas en définitive s'il s'agit de la fièvre typhoïde ou d'une autre maladie. La vérité est qu'on ne s'entend guère sur cette expression, et que la confusion la plus déplorable règne à cet égard. Autrefois on appelait fièvre *typhode* un ensemble de symptômes dont Pinel tira plus tard sa classification des fièvres et dont il fit autant de maladies distinctes. Les modernes ont ajouté un *i* au mot typhode, et véritablement je ne vois pas qu'il y ait beaucoup à s'enorgueillir de ce progrès syllabaire.

Pour que le diagnostic soit bien déterminé, il faut donc bien établir d'abord s'il s'agit bien réellement de fièvre typhoïde, de quelle forme de la fièvre typhoïde, et enfin de quels états organiques et de quelles complications on veut parler. Mettez à côté d'une fièvre typhoïde à forme muqueuse, une fièvre typhoïde à forme inflammatoire ou à forme adynamique, il n'y a certainement entre elles aucune ressemblance. Il serait donc temps de renoncer à cette dénomination générale qui n'apporte que confusion et dont les conséquences pour le traitement sont des plus fâcheuses. Voyez où l'on arrive en définitive par l'application de la méthode numérique ; à ceci : que quel que soit le traitement employé le résultat est toujours le même.

M. Rochoux a encore eu raison de dire qu'on avait pu commettre dans cette circonstance des erreurs de diagnostic ; mais cela arrive tous les jours et partout ; en ville, on croit avoir affaire à une fièvre typhoïde, un médecin exercé percute et ausculte, et trouve une belle pneumonite. (Exclamations.) Dans les hôpitaux, les mêmes erreurs se commettent et se commettront toutes les fois qu'on examinera plutôt la fièvre que le malade. Ce n'est donc pas la fièvre qu'il faut étudier, ce sont les états organo-pathologiques.

En ce qui concerne la contagion, j'opine dans le sens du rapport. Je puis affirmer, pour ma part, avoir constaté un grand nombre de fois la contagion.

Relativement au traitement on dit que la plupart des relevés portent une mortalité énorme. Mais encore une fois faut-il distinguer pour savoir à quoi s'en tenir sur cette mortalité. Je n'oserais vraiment pas dire quel a été le chiffre de la mortalité dans mon service depuis quelque temps, tant ce chiffre est peu élevé ; cela dépend de ce que je n'ai eu affaire qu'à des formes simples et bénignes.

En résumé pour arriver à des résultats qui offrent quelque certitude, il faut considérer, je le répète, non pas la fièvre typhoïde, mais les états organo-pathologiques, leur degré de gravité, et les complications qu'ils comportent. Mais assurément tant qu'on se servira du terme général de fièvre typhoïde, on n'aura point de tableaux de mortalité comparable, et les relevés statistiques seront sans valeur. (Très bien.)

M. Louis : A mon avis, il est tout aussi facile de diagnostiquer la fièvre typhoïde que toute autre maladie.

M. Piorry : Laquelle?

M. Roux : A quelle époque?

M. Louis : Dans le cours de la première semaine, du troisième au septième jour.

M. Castel : Il y a une confusion qui résulte de la dénomination de fièvre typhoïde appliquée à plusieurs maladies différentes. Les anciens avaient beaucoup mieux défini ce qu'ils entendaient par la fièvre typhoïde. On disait tout à l'heure qu'il était difficile au début de diagnostiquer la fièvre typhoïde ; je le crois bien. Hildebrand avait bien pressenti cette difficulté en disant que le typhus au début n'était souvent qu'une fièvre bilieuse. On ne veut pas maintenir une distinction entre les différentes espèces de fièvres ; il en résulte la plus grande confusion.

M. Rochoux : Je persiste dans mon opinion sur les erreurs de diagnostic. Cette mortalité d'un quarante-cinquième est fabuleuse. Qu'est-ce que c'est qu'une maladie qui tantôt est contagieuse et qui tantôt ne l'est pas? Quelle identité voulez-vous établir entre des maladies si dissemblables ? Une fièvre contagieuse ne peut être identique avec une fièvre qui ne l'est pas, à moins de renverser le sens commun et la logique. La contagion est un abîme qui séparera toujours les maladies.

M. Louis : Je répondrai à M. Rochoux par un exemple qu'il ne récusera pas ; c'est un fait bien connu que la variole, la rougeole, sont bien évidemment contagieuses ; se communiquent-elles toujours?

M. Rochoux : Oui, toujours.

M. Gerdy : Quand on dit qu'une maladie est contagieuse, cela ne veut pas dire qu'elle se communique toujours, mais seulement qu'elle peut se communiquer dans un certain nombre de cas. Il faut deux conditions pour qu'une maladie se communique : 1° sa propriété contagieuse d'abord, puis une certaine aptitude de la part des sujets exposés à la contagion à en être affectés. Il suit de là que certaines maladies contagieuses en réalité peuvent paraître ne l'être point aux yeux de tel médecin qui les aura observées dans des circonstances telles qu'il ne se sera point rencontré d'individus aptes à les contracter, tandis que d'autres, au contraire, se seront trouvés dans des circonstances tout opposées.

Personne ne demandant plus la parole, M. le président met les conclusions aux voix.

M. Rochoux demande qu'on supprime de la seconde conclusion les mots : *dans le même esprit qui a présidé*, etc. (Voir la deuxième conclusion à la fin du rapport.) Il motive sa proposition sur ce que, suivant lui, le mémoire n'est pas rédigé dans un bon esprit, et qu'on ne doit pas engager, par conséquent, l'auteur à persévérer dans la même voie.

M. Louis combat cette proposition et insiste pour le maintien de ses conclusions textuelles.

La proposition de M. Rochoux n'est pas appuyée. Les conclusions sont adoptées sans modification.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI SUR LES CONVULSIONS IDIOPATHIQUES DE LA FACE ; par M. Victor François, professeur de pathologie interne et de médecine légale à l'Université catholique de Louvain. — Bruxelles, 1843 (brochure de 50 pages).

On sait quelle lumière a jetée sur la pathologie du système nerveux la distinction physiologique des nerfs en ceux du mouvement et ceux du sentiment. Cette vue si simple a donné sur-le-champ la clé de bien des difficultés et redressé bien des erreurs. M. François fait quelque part, au sujet des névroses de la face, une réflexion qu'on pourrait étendre à toutes les névroses et à bien d'autres affections encore. Quand la science est enfin parvenue à trouver la véritable signification d'un fait, c'est un spectacle véritablement curieux et instructif que celui des tâtonnemens, des témérités, des erreurs, par lesquelles avait d'abord passé l'esprit de théorie; que celui surtout de la lenteur avec laquelle se développe le germe de la vérité. Dès Erasistrate, la dichotomie des nerfs est soupçonnée ; Galien explique une anesthésie des doigts, suite d'un coup reçu entre les épaules, par la lésion exclusive des nerfs de sensibilité provenant de la moelle ; et cependant dix-sept siècles se passent sans que cette hypothèse hardie, adoptée par les uns, repoussée par les autres, oubliée par le plus grand nombre, porte aucun fruit, ni pour la physiologie, ni pour la pathologie. On continue à s'épuiser en conjectures sur les différences symptomatologiques que présente, d'un individu à l'autre, la névrose d'une même région ; des nerfs d'ordre différent servent à la même explication d'une douleur ou d'une paralysie, et l'on se perd dans les différences de résultats obtenus par un même traitement. Bien plus, quand Ch. Bell, précisant et agrandissant les idées de Galien, eut enfin assis sur la base solide de la méthode expérimentale la distinction des nerfs en deux ordres, il se passa encore bien des années avant que la pathologie pût en tirer grand profit. Aujourd'hui même, il est remarquable que les efforts des observateurs se concentrent vers une seule des deux grandes applications qu'on peut faire de cette doctrine à la nature malade. De tous côtés, on étudie les troubles de la sensibilité ; presque nulle part ceux de la motilité. L'étude de la névralgie a donné lieu, dans ces derniers temps, à d'assez nombreuses monographies, dans lesquelles on s'ingénie à suivre avec le scalpel les dernières modifications de la douleur ; au contraire, si l'on excepte quelques bons travaux sur l'hémiplégie faciale, on verra que peu d'auteurs se sont occupés de la physiologie pathologique des paralysies, mais surtout des convulsions locales. A cet égard, pourtant, la science n'est peut-être pas aussi pauvre que paraît le croire M. François ; et les trois observations de convulsions locales qu'il emprunte à M. Marshall-Hall, et celles qui ont servi de base au travail de M. Romberg (de Berlin), ne sont pas les seules qu'on possède aujourd'hui. L'impulsion donnée, dans ces derniers temps, à l'étude des difformités en général, et, plus spécialement, du strabisme, a fourni l'occasion d'observer, même en France, bon nombre de troubles partiels du mouvement tout à fait indépendans des troubles de la sensibilité, et facilement expliqués par les données actuelles de la physiologie. La forme convulsive en particulier (celle dont l'auteur s'occupe dans sa brochure) a été observée et décrite dans les muscles animés par le moteur oculaire commun, par le moteur oculaire externe ; elle a été rencontrée et décrite dans les muscles du cou, du pied, etc. ; non pas, nous le répétons, d'une manière purement empirique, mais avec une interprétation physiologique aussi précise, aussi certaine que celle des névralgies les mieux connues.

Quoi qu'il en soit, nous convenons volontiers que la science est, à cette heure, moins avancée sur les convulsions idiopathiques que sur les névralgies. Cela est vrai surtout pour la face. Ce n'est pas que les convulsions partielles de la face n'aient de tout temps excité l'attention des observateurs ; sous les noms de *trisme*, *tic maxillaire*, *rire sardonique*, *rire cynique*, *tortura oris*, *raptus caninus*, elles ont été décrites cent fois ; mais toutes ces descriptions ne pouvaient offrir qu'un intérêt de curiosité, tant que le flambeau de la physiologie ne venait pas en éclairer la signification. Aujourd'hui que ce flambeau est dans les mains de la science, M. François entreprend de faire, pour l'état spasmodique de la face, ce qu'on a fait pour son état névralgique et aussi pour son état paralytique,

c'est-à-dire d'en fournir d'abord une description complète, exacte, dégagée de tout élément symptomatologique étranger; puis de voir, en rapprochant cette description des données actuelles de l'anatomie et de la physiologie des nerfs de la région, si les résultats de l'observation clinique concordent ou non avec ceux de l'expérimentation physiologique. Cette étude lui fournit, en outre, l'occasion de se livrer à quelques considérations sur l'origine et les rapports mutuels de ces trois formes de névropathie de la face : *convulsion*, *paralysie* et *névralgie*.

Le mémoire que nous analysons se composant de deux parties dont la seconde n'est pas le complément régulier de la première, il en résulte forcément dans l'ensemble un défaut de cohésion qui ne permet point à l'analyse de suivre l'auteur pas à pas dans le développement de ses idées; mais on peut, après une lecture attentive, réduire le fond de son travail aux trois propositions suivantes :

1° La face peut devenir le siége de convulsions idiopathiques, comme elle peut le devenir d'une paralysie, sans le moindre symptôme névralgique; et le point de départ de ces convulsions et de cette paralysie est dans une lésion du nerf facial, comme le point de départ de la névralgie faciale est dans une lésion du nerf de la cinquième paire.

2° La convulsion, la paralysie et la névralgie de la face ne sont vraisemblablement que trois formes diverses d'une seule et même maladie, trois effets différens d'une seule et même cause agissant, dans les deux premiers cas, sur les nerfs du mouvement, et, dans le dernier cas, sur les nerfs du sentiment.

3° Bien que les contractions involontaires des muscles de la face et leur paralysie soient les effets probables d'un même genre de lésion du nerf facial; bien que l'anesthésie et la névralgie soient aussi des effets d'un même genre de lésion du nerf trijumeau, et qu'enfin tous ces phénomènes, *convulsion*, *paralysie*, *anesthésie*, *névralgie*, aient entr'eux un rapport intime d'origine, cependant il n'y a pas un ordre de succession obligé dans le développement des phénomènes névropathiques.

La première proposition était au moins dans les prévisions de la science actuelle, et presque démontrée déjà par les observations éparses dans les auteurs anciens. Ces observations prouvaient au moins qu'il peut exister des convulsions idiopathiques de la face sans névralgie. M. Marshall-Hall (dont M. François ne connaissait pas les travaux quand il écrivit la première partie de son mémoire) avait démontré en outre que le tic spasmodique de la face a son point de départ dans le nerf facial. Mais, il faut le reconnaître, les observations un peu étriquées de l'auteur anglais avaient besoin d'être fortifiées par de nouveaux faits plus détaillés, plus minutieusement observés, et dans lesquels on pût saisir clairement le rapport de la distribution des phénomènes convulsifs avec celle des ramifications du nerf facial. Le cas observé et relaté par M. François ne laisse rien à désirer à cet égard, et trouve un appui précieux dans celui, beaucoup moins détaillé, qui lui a été communiqué par M. le professeur Hairion. Ainsi, sur ce point, le doute n'est plus permis; et, loin de nier que la convulsion faciale ait son origine dans un autre ordre de nerfs que la névralgie, on peut plutôt faire une remarque opposée et demander si le nerf facial a le privilége exclusif de produire le spasme de la face. Aujourd'hui, qu'il est bien démontré que le nerf trijumeau a une racine motrice présidant aux mouvemens de la mâchoire inférieure et, en partie, à ceux du voile palatin, on peut sans témérité affirmer que l'observation clinique, guidée par la physiologie, recueillera, si elle n'a déjà recueilli, des cas de convulsions idiopathiques de la partie inférieure de la face par lésion exclusive de la portion non gangfionnaire du trijumeau.

A l'appui de la seconde proposition, établissant que la convulsion, la paralysie et la névralgie sont, vraisemblablement, trois formes différentes d'une même maladie, nous avons relevé çà et là dans la brochure de M. François les remarques suivantes : 1° ces trois modes pathologiques reconnaissent presque toujours la même cause : l'impression du froid; 2° pour tous les trois, la distribution des phénomènes morbides indique le plus souvent que la lésion est bornée aux nerfs superficiels, c'est-à-dire à ceux que l'action du froid atteint le plus facilement; 3° tous trois partent ordinairement du point d'émergence du nerf malade, pour se distribuer tantôt à l'ensemble de ses ramifications, tantôt à quelques filets seulement; 4° enfin, l'affection convulsive de la face offre les mêmes intermittences que la névralgie. Ainsi, pour l'auteur, dans les trois formes morbides, la cause est la même, le mode d'action de la cause est essentiellement le même, les effets généraux de la cause sont les mêmes; et cette identité de cause, cette similitude de phénomènes, conduisent à une identité de nature. Toute la différence est donc dans la différence de siége de l'action morbide. Le nerf facial exprime sa souffrance par la suspension ou le désordre de l'action musculaire, parce qu'il est moteur, de la même manière que le nerf trijumeau exprime sa souffrance par la douleur, parce qu'il est sensitif. « Déterminer d'une manière rigoureuse, ajoute M. François, les effets opérés par le froid sur les nerfs facial et trijumeau, n'est assurément pas possible; mais tout fait présumer que cet agent physique porte d'abord son action sur les extrémités nerveuses épanouies, sur les points où, parvenus à leurs dernières divisions, les nerfs s'incorporent avec les organes qu'ils sont destinés à animer, la peau de la face et les muscles sous-jacens, puis successivement sur les ramuscules, les rameaux, même sur les troncs nerveux, quand le froid est vif et soutenu; de sorte que le mal procède alors de dehors en dedans, des extrémités vers le centre, et qu'il ne s'arrête que là où la cause n'a pu agir, là où les nerfs échappent à son influence, soit parce qu'ils plongent dans la profondeur des tissus, soit parce qu'ils sont protégés de toute autre façon, par le pavillon de l'oreille, par une partie du vêtement, etc. »

Nous ne contestons en aucune façon la justesse de ces remarques et de ces considérations. Tout ce côté étiologique des névroses de la face nous paraît même avoir été savamment et judicieusement étudié par M. François; mais ce côté est-il le seul? Et, s'il en existe un autre, son étude n'importe-t-elle pas également à la question d'identité de nature des trois formes névropathiques? M. François n'étudie la cause morbide qu'à l'extrémité périphérique du système nerveux: ne peut-elle pas aussi résider à l'autre extrémité, c'est-à-dire dans le centre commun? L'auteur le nie expressément (p. 46). Il cite également cette assertion de M. Romberg, que « le *tic convulsif* est indépendant des maladies du cerveau, moins l'épilepsie. » Or une pareille assertion nous paraît au moins contestable. Nous croyons, au contraire, que si l'on examinait avec attention tous les sujets affectés de convulsion ou d'hémiplégie faciale, épileptiques ou non, l'on trouverait souvent dans la conformation du crâne, la direction des yeux ou des membres, le volume relatif des deux moitiés de la tête ou de la face, des traces non équivoque d'une affection centrale du système nerveux. Nous pouvons même dire que l'expérience est faite pour nous. Hâtons-nous d'ajouter qu'une semblable étude, appliquée à la question soulevée par M. François, appuierait probablement la solution qu'il lui a donnée; en d'autres termes, qu'elle relierait les trois formes de névrose à une origine commune dans le centre nerveux, comme l'étude des causes externes l'a déjà fait à la périphérie.

Vient enfin la dernière proposition par laquelle M. François déclare qu'il n'y a pas d'ordre de succession obligé dans le développement de ces trois phénomènes: convulsion, paralysie, névralgie. Cette proposition va directement contre l'opinion de M. Marshall-Hall, qui prétend que le premier effet de la lésion d'un nerf est la paralysie, laquelle précède la douleur dans le trijumeau et le spasme dans le facial. Il serait trop long d'entrer ici dans tous les développemens que comporterait une semblable question. Disons seulement que ni M. Marshall-Hall, ni M. François ne nous paraissent être complètement dans le vrai, et que même la question ne pourrait guère être résolue dans les termes où ils l'ont posée. Le spasme ou contraction involontaire et la paralysie ne sont pas les deux seuls modes de lésion dynamique dont un muscle puisse être atteint. M. Guérin en a depuis longtemps admis cinq modes distincts qui sont: la *contracture*, la *rétraction fixe*, la *rétraction spasmodique* (c'est le spasme ou contraction involontaire), la *rétraction paralytique* et la *paralysie*. Or, suivant cet auteur, et contrairement à l'opinion de M. François, ces cinq modes se succèdent ordinairement dans l'ordre indiqué ci-dessus, de telle sorte qu'ils ne constituent dans leur ensemble qu'un seul et même fait, une seule et même affection, dont la *contracture* est le phénomène initial, la *paralysie* le phénomène terminal, et les autres modes les phénomènes intermédiaires. D'un autre côté, et, contrairement, cette fois, à l'opinion de M. Marshall-Hall, s'il est vrai que la contracture soit déjà un premier degré de paralysie (comme l'atteste d'ailleurs la sensation d'engourdissement ou d'autres phénomènes analogues qui l'accompagnent ordinairement), il est certain aussi que la paralysie proprement dite, l'état paralytique confirmé, succède ordinairement à la rétraction spasmodique loin de la précéder. Bien entendu que nous ne parlons pas des cas où l'affection, tendant à la guérison, *rétrograde* de la paralysie à la rétraction paralytique et à la rétraction spasmodique.

Tel est le travail de M. François, œuvre d'un esprit distingué, naturellement tourné vers les questions élevées de la science et assez ferme cependant pour ne pas se laisser entraîner, par l'appât d'une théorie, hors des voies d'une exacte et sévère observation.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 30. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 26 JUILLET 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE (extrait d'un travail adressé à l'Académie royale de médecine, le 21 septembre 1844); par le docteur L.-Auguste Mercier.

(Suite et fin. — Voir les numéros 6, 10, 14, 17, 22 et 23.)

DU TRAITEMENT CURATIF DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTHRE.

En tête des moyens propres à ramener l'urèthre à son diamètre normal, je dois placer la dilatation qui n'est qu'une extension du tissu qui compose le rétrécissement : et, en effet, si la rétractilité insensible est une propriété caractéristique des tissus fibreux, leur extensibilité n'est pas moins remarquable. Combien de fois de simples tractions n'ont-elles pas suffi pour redresser des membres maintenus à l'état de flexion par le raccourcissement de leurs ligamens ou de leurs muscles passés à l'état fibreux? Combien de fois n'a-t-on pas, par le même moyen, allongé des cicatrices et ramené à leur position naturelle des organes qu'elles avaient renversés dans un sens ou dans l'autre?

Mais, comme on le pense bien, l'allongement ou la dilatation ne changent en rien la structure du tissu; les aréoles ou les vaisseaux n'en restent pas moins ce qu'ils étaient : c'est toujours du tissu fibreux, et comme tel il conserve sa tendance à revenir sur lui-même si on ne le maintient pas distendu, du moins à intervalles plus ou moins rapprochés. Toutes les médications imaginables, internes, externes, locales, générales, ne pourront le faire changer de nature et par conséquent de propriétés.

Ainsi donc, les remèdes antisyphilitiques, fondans, calmans, antiphlogistiques, etc., qui ont été tour à tour préconisés pour faire disparaître les rétrécissemens de l'urèthre, pourront bien être utiles pour combattre les complications; mais on aurait tort d'y compter pour prévenir les récidives.

Mais, pour produire l'extension d'un tissu fibreux, la force mise en œuvre doit souvent agir avec une certaine intensité, et, sinon d'une manière continue, du moins d'une manière graduelle et par intervalles assez rapprochés.

Or, dans quelques circonstances que j'ai signalées, le rétrécissement s'accompagne d'une telle sensibilité de la muqueuse urétrale que l'introduction des instrumens ne peut s'opérer sans provoquer des douleurs extrêmement vives; ou bien il est tellement résistant que les moyens nécessaires pour le dilater ne pourraient être employés assez longtemps et avec assez de force sans provoquer des accidens; ou bien il se reproduit si vite qu'il serait impossible de cesser, pendant quelques jours seulement, l'usage de la dilatation.

Que faire alors? On a conseillé la cautérisation, l'usure, l'excision, l'in-

---

Feuilleton.

LETTRE AU DOCTEUR DE FELIPPI, DE LA GAZETTE MÉDICALE DE MILAN, SUR LE CLIMAT DU MILANAIS.

Toute lettre exige une réponse, mais nulle ne la mérite mieux que celle qui est écrite, non pas dans l'intérêt d'une vaine polémique, mais dans celui de la science et de l'exactitude des faits. Ceci explique pourquoi je prends aujourd'hui la plume, sans dire quel est l'obstacle qui m'a empêché de la prendre plus tôt. C'est bien simple pourtant. Les circonstances, ou, si vous le préférez, un fâcheux hasard ont éloigné de mes mains le numéro de la Gazette de Milan où se trouve votre missive médicale. Mais, aussitôt qu'il m'a été permis d'y jeter les yeux, vous comprenez, mon cher confrère, que je devais m'empresser de réparer un retard qui d'ailleurs n'avait pas dépendu de moi. Et puisqu'il faut parler franchement, j'avoue que ce n'est pas sans plaisir que j'ai commencé cette missive; car il m'a semblé, si je ne me fais illusion, qu'il ne me serait pas difficile de vous prouver que l'erreur n'était pas de mon côté. Jusqu'ici, en effet, mes Impressions médicales sur l'Italie avaient eu quelque succès. Des médecins qui avaient vu et étudié votre beau pays m'avaient accordé leur suffrage. Malheureusement, il n'y a pas de bonheur complet; l'expérience te prouve et votre lettre, où vous m'accusez, non pas d'avoir fait fausse voie sur le climat de Naples ou de Florence, par exemple, mais sur celui du Milanais, est venue m'en donner la triste confirmation.

Puisqu'il s'agit de mes Impressions médicales, vous me permettrez, mon cher confrère, de vous dire avec franchise quelle est l'impression que m'a faite votre missive à la première lecture. Elle m'a rappelé un vers bien connu d'un de nos grands poètes nationaux. Ce vers le voici :

A tous les cœurs bien nés que la patrie est chère!

La patrie est si chère, en effet, aux cœurs des médecins italiens, qu'ils défendent avec une ardeur sans égale le climat de la ville où ils demeurent. A-t-il un beau côté, ce qui n'est pas rare, ils le font briller du plus vif éclat, ou dans leurs conversations, ou dans leurs écrits; a-t-il au contraire un mauvais côté, ce qui arrive quelquefois, ils s'efforcent de le déguiser par des interprétations qui sauvent sans doute la renommée du pays ou de la ville, mais qui n'empêchent pas la mauvaise influence de s'exercer. Eh bien! Monsieur, ce défaut, que j'excuse d'ailleurs, car il prouve combien les médecins italiens sont dévoués à leur pays, ce défaut, je crois que vous le partagez. Milan et le Milanais vous paraissent si peu mériter ce que j'en ai dit, que vous vous écriez, dans un élan d'admiration, que la Lombardie est l'un des plus heureux coins de la terre. Je crains que vous ne trouviez des partisans que parmi vos compatriotes.

cision, et chacune de ces méthodes a été exaltée par les uns et blâmée par les autres.

Consultons encore l'analogie et rappelons des faits bien établis avant d'arriver à ceux qui sont en discussion.

Quand une cicatrice trop étroite ne peut être suffisamment élargie, quand une aponévrose, un ligament, un tendon, un muscle rétractés ne peuvent être suffisamment allongés ou maintenus allongés, les cautérise-t-on? On s'en garderait bien; car on produirait une perte de substance, et celle-ci serait remplacée par une cicatrice plus disposée encore à se rétrécir que le tissu mortifié. Joignons à cela que l'élimination ne pourrait être opérée que par une inflammation des parties environnantes et une suppuration prolongée dont l'effet serait d'étendre plus au loin la dégénérescence fibreuse des parois de l'urèthre.

Eh bien! tout nous prouve qu'il en est de même pour les rétrécissemens. J'ai vu un certain nombre de malades qui avaient été traités par la cautérisation, et tous disaient que leur état était redevenu pire qu'auparavant. J'en ai traité un qui avait été cautérisé pour un rétrécissement du bulbe peut-être plus de soixante fois par Ducamp et par d'autres, et son rétrécissement revenait avec tant de force sur lui même que, du jour au lendemain, il se reproduisait dès qu'on cessait la dilatation.

Chez un autre malade, qui avait un rétrécissement léger dans la région spongieuse, la cautérisation faite par un praticien des plus distingués fut suivie d'une uréthrite très intense et d'une aggravation si rapide du rétrécissement, que c'est pour cela qu'il me fit appeler immédiatement.

De là vient sans doute que les chirurgiens qui préconisent le traitement des coarctations uréthrales par la cautérisation professent les opinions les plus contraires sur son opportunité. Suivant M. Lallemand, ses avantages sont d'autant plus manifestes et ses inconvéniens d'autant moindres que le rétrécissement est plus ancien et plus étendu (MAL. DES ORG. GÉN. URIN.; 2e partie); d'après M. Civiale, le caustique ne conviendrait qu'au début du mal et quand il n'existe qu'une simple bride ou un rétrécissement peu avancé. (MÉM. ADRESSÉ A L'ACAD. DES SCIENCES le 24 oct. 1842.) Je dois à la vérité de dire que M. Civiale n'est pas grand partisan de cette méthode, et que M. Lallemand revient de plus en plus de la bonne opinion qu'il en avait.

Quand le rétrécissement ne peut admettre le porte-caustique, et qu'on est obligé de cautériser d'avant en arrière, on est exposé à faire des fausses routes profondes (1) ou bien à ouvrir les cellules du corps spongieux, et à donner lieu, soit à des abcès, soit à des hémorrhagies effrayantes. Ce dernier accident surtout paraît ne pas être rare: Wathely (ON STRICTURES, p. 66), Sanson (THÈSE SUR LES HÉMORRHAGIES, p. 290), M. Amussat (LEÇ., p. 125), M. Babington (ANNOT. AUX OEUVRES DE HUNTER, tom. II, p. 319) en citent des exemples; M. Legrand en a vu un cas presque mortel (GAZ. MÉD., 1836, p. 554); enfin, MM. Bégin et Lallemand parlent d'un autre qui s'est terminé par la mort. (DICT. DE MÉD. ET DE CHIR. PRAT., t. XIV, p. 331.)

D'ailleurs, quels sont les résultats de cette méthode? Les plus prévenus en sa faveur conviennent actuellement qu'elle ne met pas à l'abri de rechutes. « Lorsque j'ai publié mon premier mémoire, dit M. Petit, je croyais que les guérisons que j'avais obtenues seraient sans récidive; mais l'expérience m'a depuis prouvé le contraire. » (REVUE MÉD., 1837, t. III.) M. Dubouchet, grand partisan de la cautérisation, dit que lorsque ce traitement a été *incomplet*, les malades reviennent avec des difficultés plus grandes et des rétrécissemens plus durs qu'auparavant (RÉT. D'URINE, 1834, p. 262); Ducamp lui même convient d'avoir vu des rétrécissemens aggravés par le caustique (TRAITÉ DES RÉTRÉCISS., 2e édit., p. 160); M. Amussat dit que si le rétrécissement est ancien, calleux et situé dans le bulbe, le caustique le rend plus difficile à guérir, et il en cite des exemples (LEÇ., p. 133); de son côté, M. Leroy-d'Etiolles dit qu'il ne convient pas dans la région spongieuse: il a vu, dans un cas, l'urèthre devenir calleux et inguérissable (JOURN. DES CONN. MÉD., août 1843, p. 323); M. Jobert cite aussi un cas analogue (GAZ. MÉD., 1836, p. 500). Cette aggravation n'avait pas non plus échappé à Boyer: sur un malade qui avait subi quinze ou vingt fois l'application de la pierre infernale, il n'a jamais pu franchir le rétrécissement avec une sonde d'argent conique, presque pointue, poussée avec toute la force possible. Bien plus, il a vu un autre malade chez lequel, à la suite de plusieurs applications de la bougie chargée du caustique, le méat urinaire s'était rétréci au point que, par la suite, le rétrécissement de l'urèthre s'étant renouvelé et l'usage de la sonde étant devenu nécessaire, il fut obligé, pour l'introduire, d'agrandir l'orifice du canal avec le bistouri (MAL. CHIR., t. IX, p. 133). Ainsi, non seulement le caustique ne guérit pas les rétrécissemens d'une manière radicale, mais encore il les aggrave; il peut même en produire qui n'existaient pas. Ch. Bell dit avoir certainement vu une chaîne de rétrécissemens produits par le caustique (ON THE DISEASES OF THE URETHRA, etc., p. 106). Tout cela est parfaitement d'accord avec ma théorie.

L'excision serait-elle préférable à la cautérisation dans le traitement des cicatrices ou des dégénérescences fibreuses? Je fais ici abstraction des dérangemens fonctionnels qui pourraient en résulter, et je réponds: Oui; mais à la condition de pouvoir éviter tout travail de réparation capable de remplacer un tissu rétractile par un autre qui ne le serait pas moins; autrement on aurait plus perdu que gagné. Ainsi, quelquefois on enlève des cicatrices trop dures et on rapproche les bords de la plaie de manière à obtenir leur réunion immédiate. Cette opération a des avantages, parce qu'on remplace un tissu peu élastique par un autre qui l'est beaucoup plus; mais en serait-il de même si on enlevait une cicatrice pour laisser la plaie suppurer et une cicatrice nouvelle se reformer à la place de la première? Une pratique semblable paraîtrait irrationnelle, et c'est cependant ce qu'on fait quand on cautérise, ou qu'on use, ou qu'on excise un rétrécissement de l'urèthre. Là il n'y a pas de réunion immédiate à tenter, la plaie ne pourra se recouvrir que par un tissu de cicatrice, et ce tissu ne sera pas moins rétractile que le tissu normal qui avait été tout simplement dénaturé par l'inflammation.

On dit qu'en entretenant la dilatation, on obtient une cicatrice plus étendue que l'induration qu'on a fait disparaître. Je demanderai d'abord comment on s'est assuré en pareil cas qu'on a obtenu une cicatrice parfaite, malgré le séjour et les frottemens des corps dilatans: ce n'est ni par la sensibilité, ni par l'abondance de la suppuration; car beaucoup de plaies, à une certaine époque, suppurent peu et sont peu sensibles. En-

(1) Lorsque le rétrécissement occupe le lieu qui en est le siége le plus ordinaire, c'est-à-dire la jonction de la portion membraneuse avec le bulbe, et qu'il existe, dans ce dernier, une de ces fausses routes que j'ai dit être si communes, il est presque impossible qu'on ne s'égare pas en pratiquant la cautérisation antéro-postérieure.

Vous me permettrez d'abord, mon cher confrère, de vous dire que vous exagérez un peu mon opinion sur le tempérament général des habitans du Milanais. Je ne suppose pas, comme vous l'écrivez, que vos malheureux compatriotes croupissent (c'est votre expression) dans une atmosphère infecte qui les empoisonne. J'affirme ce qui est et ce qu'il est impossible de nier, à savoir, qu'avec une surface d'évaporation comme celle que présentent vos campagnes couvertes de tant de lacs, de tant de fleuves, de tant de canaux et de tant de marais d'irrigation, il est impossible que l'air ne soit pas humide. Or, rien ne prouve la réalité des causes comme l'existence des effets. Et ces effets, ne les acceptez-vous pas vous-même, en écrivant cette phrase que je m'empresse de rappeler à votre souvenir? « La Lombardie, dites-vous, a ses plages malsaines, ses endroits où les miasmes, » encore inconnus dans leur nature, sont marqués sur la physionomie des ha- » bitans. » Or, je le demande, mon cher confrère, qu'ai-je dit moi-même, sinon ce que vous avouez implicitement? Vous trouvez peut-être que j'ai trop étendu l'influence générale de la constitution atmosphérique; mais, en bonne logique, était-ce possible de procéder autrement? La Lombardie n'est pas coupée de montagnes comme les autres parties de la Péninsule; elle est ouverte jusqu'au pied des Alpes et au revers de l'Apennin, et par conséquent les influences les plus éloignées peuvent s'y exercer bien plus facilement que dans les autres provinces limitrophes. Voilà pour expliquer cette généralité d'action qu'on comprend parfaitement en se donnant la peine d'y réfléchir. Mais cela ne veut pas dire que je n'ai pas vu de nombreuses exceptions et que je ne les admette pas. Ainsi, j'ai écrit une phrase que vous avez omise involontairement au milieu d'une citation, et qu'il me paraît important de rétablir. « La race forte de ces » Lombards du temps de l'invasion, ai-je dit, a certainement laissé des types » de vigueur corporelle qui ne semblent pas avoir dégénéré. » Vous voyez, mon cher confrère, que je ne condamne pas sans appel tous les habitans du Milanais à vivre sous le joug de la scrofule.

J'ai prouvé tout à l'heure, en vous citant, que vous reconnaissiez les influences des causes dont j'ai fait l'appréciation sur la constitution des individus qui habitent les lieux où sévissent ces causes; la seule différence entre votre opinion et la mienne, c'est que vous les circonscrivez tandis que je les étends. Toutefois, vous avouez ce que j'affirme, tant la vérité a d'empire sur un esprit comme le vôtre, malgré cette impulsion du cœur qui vous fait plaider si chaudement les intérêts hygiéniques de votre pays. « Nous avons à la vérité, dites-vous, les engorge- « mens de la thyroïde et des glandes lymphatiques du cou assez multipliés parmi « nous. » Il est vrai que vous ne voulez admettre ni les goîtres énormes, ni les indurations des jambes. Je comprends pourquoi vous avez craint pour vos foyers, je n'ajoute pas pour vos autels; vous avez cru que cette accusation pathologique était dirigée contre Milan ou les villes principales du Milanais. — Vous vous êtes trompé, mon cher confrère; en parlant ainsi, vous avez un peu trop oublié que je faisais un tableau général et non pas une monographie particulière. Je pénétrais, en cet endroit de mon travail, au sein des anfractuosités que les Alpes à leur naissance tracent en se prolongeant dans la plaine. Cependant je dois vous communiquer une observation que j'ai faite et que je n'ai pas comprise dans mon appréciation du climat milanais. J'ai vu, de mes propres yeux vu, un de ces engorgemens thyroïdes énormes (vous admettez au moins la maladie, si vous n'acceptez pas la grosseur de forme de l'altération), dans un village dont j'ai oublié le nom et

suite, je ferai observer qu'avant de se rétrécir, les parois uréthrales avaient une largeur que ne dépassera probablement pas la cicatrice; qu'elles n'en sont pas moins arrivées au point de s'opposer au cours de l'urine, et qu'il n'y a aucune raison de penser que la cicatrice, tissu fibreux anormal s'il en fut jamais, aura moins de tendance à se rétracter que le tissu primitif modifié dans sa texture.

Ainsi, nous voyons qu'aucune de ces méthodes ne ramène les parois uréthrales à leur structure originelle, condition sans laquelle on ne peut leur rendre leur souplesse et qu'on ne fait au contraire que substituer à une espèce de tissu fibreux une autre plus éloignée encore de l'état normal.

Examinons maintenant les résultats de l'incision.

Avant l'invention des procédés autoplastiques, on ne connaissait pas d'autre moyen de remédier aux cicatrices qui, sous forme de brides, impriment aux parties une disposition vicieuse et qui résistent à la distension. On coupait ces brides en travers dans un ou plusieurs points de leur longueur, et on tâchait, en empêchant les bords des incisions de se rapprocher, d'obtenir, dans les intervalles, des cicatrices nouvelles qui s'ajoutaient ainsi à l'ancienne comme autant de pièces d'allongement. Ces cicatrices nouvelles ne sont pas moins rétractiles que la première, et ce n'est pas chose extraordinaire que de les voir ramener les parties à un état plus ou moins voisin de l'état précédent; mais il est rare cependant qu'elles n'apportent pas quelque amélioration, et qu'à l'aide de moyens contentifs employés de temps en temps, on ne parvienne pas à prévenir le retour d'une difformité aussi désagréable que celle qui existait avant l'opération.

C'est surtout quand il s'agit d'aponévroses, de tendons, de ligaments ou de muscles rétractés que les résultats sont favorables, et ici je ne parle pas de ceux que nous fournit, en pareils cas, la méthode sous-cutanée, parce que nous ne pouvons rien faire dans les rétrécissements de l'urèthre qui place les parties divisées dans les conditions heureuses où se trouve une plaie sous-cutanée; mais de ceux-là seulement qu'on obtenait en incisant les téguments en même temps que les parties rétractées. Or, n'a-t-on pas redressé des pieds-bots en coupant ainsi le tendon d'Achille? N'a-t-on pas également redressé la tête en divisant de la même manière le sterno-cléido-mastoïdien? J'ai vu, en 1836 ou 1837, M. Roux obtenir un succès assez beau en coupant, à peu de distance de leurs attaches, les deux tendons de ce muscle à l'aide d'une incision transversale de 8 centimètres de longueur. N'est-ce pas encore ainsi que Dupuytren a obtenu ses succès dans les cas de rétraction de l'aponévrose palmaire?

Autant que j'ai pu en juger dans le cas de section du sterno-cléido-mastoïdien dont j'ai été témoin, la cicatrice qui réunit les deux bouts des muscles a plus de tendance à diminuer de longueur, lorsqu'elle s'est faite ainsi sous l'influence de l'inflammation et de la suppuration que lorsqu'elle se produit à l'abri du contact de l'air; mais si l'on n'avait pas d'autre moyen à employer, mieux vaudrait encore celui-là que rien, et il ne reste plus maintenant qu'à savoir si cette règle générale doit faire exception pour l'urèthre. Or, mes expériences, d'accord avec celles de MM. Amussat, Reybard, Ricord, etc., prouvent que non.

Les méthodes que je mets en usage pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre se réduisent donc à deux, la dilatation et les incisions. Je commence toujours par la première et je n'emploie la seconde que quand l'autre ne peut être mise en usage ou ne donne que des succès trop incomplets.

Je vais maintenant dire à quels procédés je donne la préférence.

Mais, avant tout, doit-on dilater lentement, graduellement et d'une manière continue, ou bien par intervalles, et le plus rapidement possible? Dans la première méthode, qui est celle de Desault, Chopart, Boyer et de beaucoup de chirurgiens contemporains, on introduit d'abord une sonde élastique d'un faible numéro, on la laisse à demeure pendant six ou huit jours, après quoi on la remplace par un numéro plus élevé, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait atteint un diamètre de 6 à 8 millim., ce à quoi on arrive ordinairement au bout de cinq ou six semaines et même deux mois.

Ce traitement a de nombreux inconvéniens.

Le premier, c'est qu'il est souvent impraticable. Il existe bon nombre de malades dont le canal est tellement sensible qu'il lui est impossible de supporter la présence d'une sonde pendant un jour ou deux, et, à plus forte raison, pendant six semaines. Cela a lieu surtout dans les cas où il est le siége de certaines inflammations chroniques dont j'ai déjà parlé.

Un second inconvénient de ce traitement, c'est qu'il condamne les malades à un repos absolu. Or beaucoup ne pourraient s'assujétir à cette inaction, sans porter gravement préjudice à leurs intérêts et quelques-uns même à leur santé.

Enfin, le troisième et le plus grave, c'est l'inflammation que le séjour d'un corps étranger pendant un temps aussi long ne manque presque jamais de provoquer dans les organes génitaux et urinaires. Tantôt ce sont des orchites, des cystites ou des néphrites et quelquefois même l'inflammation s'étend jusqu'au tissu cellulaire extérieur aux organes; je pourrais citer une observation où des sondes à demeure provoquèrent une suppuration abondante du bassin et mirent ainsi le malade à deux doigts de sa perte. Tantôt le frottement ou la pression de ces instrumens sur les parois vésicales en déterminent la gangrène ou la perforation. Cependant je dois faire observer que les perforations de la vessie sont bien moins souvent l'effet du séjour des sondes qu'on ne le croit, et que la plupart de celles qu'on leur attribue ne sont, d'après mes recherches, que le résultat de l'inflammation, de l'ulcération et de la rupture spontanée des alvéoles et cellules qu'on rencontre si souvent chez les malades affectés de dysurie ancienne (v. p. 217). Ce fait ne doit pas être oublié; car, s'il est utile de connaître les dangers et les inconvéniens des moyens que nous mettons en usage, ce serait paralyser l'art que de leur attribuer des accidens dont ils ne sont pas cause; il ne faut pas qu'on reproche au chirurgien et que le chirurgien se reproche à lui-même des événemens imprévus, terribles, qu'il n'était en sa puissance ni de prévoir, ni d'empêcher.

Mais une lésion extrêmement grave et fréquente dont on ne paraît pas avoir toujours bien saisi la cause et le mécanisme, ce sont des ulcérations de la paroi inférieure de l'urèthre au niveau du ligament suspenseur de la verge(1), ulcérations que j'ai vues produire de simples érosions de la muqueuse,

(1) M. Leroy-d'Etiolles s'est certainement trompé sur l'origine de la poche uréthrale qu'il a fait représenter à la page 94 de l'ouvrage qu'il a publié il y a quelques jours. Lorsqu'on a cessé à temps l'usage permanent des sondes, et que le foyer était circonscrit, celui-ci s'organise quelquefois : j'en possède un exemple. Mais le siége et la forme des poches qui en résultent ne peuvent laisser d'incertitude sur leur origine.

---

qui n'était qu'à une ou deux journées de marche de Milan, dans la direction du chemin de Gênes. Une immense cravate servait à le soutenir; et le spectacle de cette monstruosité excita l'étonnement de tous mes compagnons de voyage. Quant aux indurations des jambes, il en existe certainement, ce que vous m'auriez accordé sans doute, si vous n'aviez craint que je n'eusse voulu faire croire à l'existence de l'éléphantiasis parmi votre population. L'induration du tissu cellulaire des membres inférieurs peut exister sans éléphantiasis. J'admets donc l'un sans avoir la moindre raison de m'occuper de l'autre.

Vous me rendez justice, et je vous en remercie, sur la justesse de mes chiffres touchant la masse d'eau qui couvre le Milanais et présente à l'air atmosphérique une surface d'évaporation si considérable; vous voyez que mon point de départ était bien choisi, mais vous dites qu'il faut faire une différence entre les eaux qui couvrent les champs une partie de l'année et celle qui est renfermée dans les lacs. Je ne les ai nullement confondues sous le point de vue de la composition et de l'influence miasmatique; mais ne devais-je pas les réunir, les grouper ensemble sous le point de vue de l'évaporation? Que l'eau forme un lac alimenté par de limpides rivières, ou qu'elle s'épanche au milieu des terrains argileux pour les besoins de la culture, c'est toujours une surface liquide qui est en contact avec l'air et crée des conditions plus ou moins marquées, plus ou moins malfaisantes d'humidité. Or, il n'est nullement nécessaire de recourir aux émanations mauvaises, aux miasmes délétères pour expliquer le tempérament scrofuleux. La persistance de l'humidité de l'air, la nature des occupations, la négligence des soins les plus vulgaires de l'hygiène, conduisent inévitablement à ce résultat. A ces observations sur les eaux, vous en joignez une autre sur les lieux, qui me paraît, je suis bien forcé de le dire, ne pas avoir plus de portée. Ainsi, vous dites que près de Milan on cultive la vigne et non pas le riz, et que cette différence de culture doit en produire une autre sur la constitution des habitans. Rien ne serait plus juste si les rizières n'étaient pas à deux lieues de distance seulement des murs de la ville; si le terrain, au lieu d'être accidenté, n'opposait aucun obstacle aux influences que le vent pousse de la basse plaine; enfin si Milan lui-même n'avait pas, outre le voisinage des grands lacs, celui des canaux qui arrosent ses alentours et pénètrent même dans son enceinte. Il s'agit de la constitution de l'air et de l'effet qu'il produit sur les habitans; et pour spécialiser la question de l'influence sur les habitans de la ville elle-même, qu'il me soit permis, mon cher confrère, de vous citer une autorité respectable aux yeux des médecins italiens.

Le docteur Barzelotti, de Pise, a écrit un ouvrage très intéressant où il parle beaucoup trop des monumens de l'Italie et pas assez de son climat, mais où l'on trouve cependant des observations très judicieuses où l'amour du pays disparaît devant celui de la vérité. Après avoir déclaré que Milan est une ville par excellence comparativement à celles de l'Italie supérieure, où les personnes d'une santé énergique ne manquent pas de se bien porter, il s'empresse d'ajouter le palliatif suivant (je cite le texte) : « *Ma i valetudinari e malati sopportano malè l'inverno rigido, come la primavera e l'autunno nebiosi.* » Ainsi l'hiver est rigide à Milan, mot vague ou sans doute l'humidité doit être pour quelque chose; et le printemps et l'automne sont pluvieux. Ceci est assez concluant, ce me semble. Milan est une ville très humide, et suivant le témoignage d'un médecin qui connaît parfaitement le pays, très peu convenable pour les

la destruction de toute l'épaisseur de l'urèthre, des abcès diffus du scrotum ou circonscrits de la cloison, l'infiltration urineuse des bourses, des fistules souvent incurables, l'inflammation et l'hémorrhagie de la tunique vaginale, la dénudation et l'inflammation du testicule, la mort par épuisement ou par extension de l'inflammation aux veines du bassin, on bien un long rétrécissement du canal, lorsque la guérison avait lieu. Je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet que j'ai longuement développé dans un mémoire spécial (JOUR. DES CONN. MÉD.-CHIR., 1840).

On voit dans ce mémoire qu'indépendamment des ulcérations qu'elles produisent au niveau du ligament suspenseur de la verge, elles ulcèrent aussi fréquemment le bord postérieur du col de la vessie. Cette action, loin d'être nuisible, aurait peut être l'avantage de prévenir la gêne que pourrait amener, dans le cours de l'urine, la saillie de ce bord, saillie qui complique si souvent les rétrécissemens de l'urèthre (v. p. 217). Resterait cependant à savoir ce que le travail de cicatrisation produit en pareil cas, et c'est ce que je ne puis dire parce que je n'ai jamais employé cette méthode moi-même et que je ne l'ai vu mettre en usage que dans les hôpitaux où les malades sont renvoyés aussitôt qu'on leur ôte la sonde et que le canal est dilaté.

Resterait encore à savoir si une dilatation obtenue ainsi lentement et par une action continue est plus durable que celle qu'on obtiendrait plus rapidement; mais je ne sache pas qu'on ait encore fait bien attentivement des observations comparatives. Nous verrons d'ailleurs qu'à l'aide de quelques petites précautions que les malades peuvent presque toujours prendre avec un peu de bonne volonté, cette persistance plus grande, en admettant qu'elle fût réelle, n'aurait pas tout l'avantage qu'on pourrait lui supposer.

Passons maintenant à l'examen de la dilatation brusque qui a été surtout préconisée par M. Mayor.

Pénétré probablement de l'idée que la résistance d'un rétrécissement est toujours la même quelle que soit la manière dont on l'attaque, M. Mayor paraît ne regarder le choix de la méthode que comme une question de temps : « S'il se trouve des malades, dit-il, assez poltrons et assez mal avisés pour préférer guérir avec beaucoup de temps et de patience, que promptement, commodément et impatiemment, tant pis pour eux. » (CH. SIMPL., t. II, p. 91). La douleur et les chances de déchirures ne paraissent rien pour lui : « S'il s'agit d'une vessie fortement distendue et qu'il importe de vider incessamment, et en même temps d'un canal très resserré qu'il faut forcer et pénétrer sans délai..., au lieu d'agir par séances on à des intervalles plus ou moins rapprochés, je n'abandonne plus le malade et je fais succéder sans trop d'interruption mes différens cathéters les uns aux autres. » (*Ibid.* 98).

« Au moment où certaines coarctations viennent à céder, continue M. Mayor, on entend ou on éprouve un petit frémissement ou bruissement brusque comme si quelque chose se déchirait ou se *déplissait*. Il ne faut que s'en féliciter; car on a triomphé de l'ennemi. » (CHIR. SIMP., t. II, p. 103). M. Mayor me permettra sans doute de regarder son *déplissement* comme fort hypothétique et de n'admettre alors qu'une déchirure. Mais, comme on le voit, il ne s'en effraie pas. Je ne serais pas trop éloigné de partager son avis à cet égard s'il était bien sûr que le tissu sain ne se déchirera jamais avant le tissu morbide. Et si ce dernier se trouve assez dur pour ne pouvoir céder sans se rompre, n'y aurait-il pas avantage à l'inciser? le malade ne souffrirait-il pas moins, la division ne serait-elle pas plus nette, moins disposée à suppurer et à se rétrécir par conséquent? Lorsqu'un rétrécissement s'est rompu en quelque point, n'y a-t-il jamais à craindre que l'instrument ne se précipite hors du canal par cette ouverture?

Soyons justes cependant. Les résultats fournis par de grosses sondes dans les cas de spasme de l'urèthre et d'hypertrophie de la prostate ont très probablement eu une grand influence sur les idées de M. Mayor, et il est à croire que ce chirurgien a, dans beaucoup de cas, pris ces obstacles pour des rétrécissemens; mais M. Vidal, de son côté, n'est-il pas tombé dans une autre exagération en affirmant qu'il devait en avoir été toujours ainsi et que les véritables rétrécissemens organiques ne peuvent être traités par la méthode en question? (TRAITÉ DE PATH. EXT., t. V, p. 340.) Pour moi, je ne crains pas de le dire : oui, de véritables rétrécissemens, et beaucoup même *peuvent* être traités par cette méthode, parce qu'il en existe un certain nombre qui ne sont pas très étroits, et qui ne sont accompagnés de rétention d'urine que parce qu'ils sont compliqués de spasme du col de la vessie; d'autres qui sont presque linéaires; d'autres enfin dont le tissu n'est pas encore très condensé.

Mais toutes ces conditions favorables, on ne les connaît pas d'avance, et ce n'est presque toujours qu'après le résultat qu'on en a une idée exacte. Et pour quoi, s'il est possible, ne pas employer une méthode sûre et douce plutôt que de s'exposer à des déchirures, des fausses routes, et, dans tous les cas, de causer des douleurs intolérables?

On a, dans ces derniers temps, diminué les dangers de la méthode Mayor en ne forçant le rétrécissement qu'après l'avoir franchi; mais les douleurs ne m'ont pas paru moins vives et la réaction moins intense.

Les travaux du chirurgien de Lausanne n'auront cependant pas été inutiles pour la pratique; car ils ont beaucoup contribué à propager cette opinion que la marche méticuleuse et lente généralement suivie jusqu'alors n'est pas nécessaire, et qu'on peut éviter une grande perte de temps, ainsi que les inconvéniens qui résultent d'un repos prolongé et du séjour d'une sonde pendant plusieurs semaines dans la vessie.

Depuis quelque temps plusieurs praticiens, rejetant ce que les deux méthodes que je viens d'examiner ont d'exagéré, en ont fait une mixte qui possède les avantages de l'une et de l'autre sans en trevoir leurs inconvéniens. Voici, pour mon propre compte, celle que je suis habituellement et que j'ai exposée dans une note adressée le 1er mars 1844 à l'Académie de médecine.

Lorsque j'ai traversé un rétrécissement de la manière que j'ai indiquée, je remplace immédiatement ma première bougie par une seconde, également de gomme élastique et bien polie, à tige de 4 millim. environ de diamètre et à cône moins effilé, quoique toujours très flexible par son extrémité. Cette flexibilité est une condition essentielle parce qu'elle se prête facilement aux courbures du canal et que la partie plus raide la suit toujours, tandis que l'instrument tendrait bien plutôt à faire des fausses routes au niveau de ces courbures s'il était raide à partir même de son extrémité (1).

(1) Ces bougies coniques me semblent de beaucoup préférables aux instrumens métalliques, parce que ceux-ci, lorsqu'ils sont peu volumineux, exposent singulièrement à faire fausse route. En outre, elles dilatent ou ne peut plus graduellement, tandis que les instrumens cylindriques n'y parviennent toujours que par saccades, quelque faible que soit la différence entre leurs divers numéros.

---

malades, et même pour les santés délicates. La capitale du Milanais ne peut donc, malgré ses vignes, échapper à la loi commune; et puisque l'humidité paraît y avoir élu domicile, rien de plus facile à comprendre que les effets qui doivent naturellement en résulter.

Il y a une autre accusation qui me tient à cœur et que je ne dois pas passer sous silence; il s'agit des vents qui amènent la pluie ou font régner le beau temps sur la ville. C'est l'ouest, dites-vous, qui dévoile le soleil, tandis que l'est, au contraire, c'est-à-dire le vent qui vient des plages de la mer Adriatique, amène constamment des brumes, la pluie et les orages. Je n'ai parlé du vent d'est que sous le rapport de la température et non pas sous celui du beau temps. Le vent d'est est évidemment plus chaud que son antagoniste; l'un passe sur les Alpes, sommets très élevés dont la plupart sont toujours couverts de neige; l'autre parcourt la plaine après avoir traversé la plage d'une mer qui a tant d'analogie avec la mer Ionienne et les parages plus orientaux. Si vous m'aviez fait l'honneur, mon cher confrère, de lire les premiers chapitres de mes IMPRESSIONS MÉDICALES, vous auriez vu que je ne donne jamais, ou presque jamais, aux vents de mer le privilége assez peu naturel d'éloigner les orages. J'ai appris dans mes études sur le climat italien que le vent de terre chassait généralement les nuages en faisant reparaître l'azur du ciel. Mais, je le répète, cela n'empêche pas que le vent de mer n'élève plus ou moins la température. D'ailleurs vous comprendrez aisément, mon cher confrère, combien cette condition est favorable pour modérer les transitions dans l'état du temps. Les vents froids agissent avec moins d'énergie parce qu'ils font briller le soleil; les vents chauds trouvent un correctif à leur influence dans les pluies plus ou moins abondantes qu'ils amènent.

J'arrive enfin à une question des plus importantes, celle de votre pellagre. Parce que je n'ai pas cru devoir me ranger à l'opinion commune, ce n'est pas une raison, ce me semble, de m'accuser d'une erreur qui pourrait très bien ne pas être de mon côté. Il ne s'agit pas, comme vous le pensez bien, de disputer entre le blé sarrazin et le blé de Turquie; le rôle actif est évidemment du côté de celui-ci : l'attribuer à l'autre, ce serait ne connaître ni l'historique de la question, ni la géographie végétale des localités. Mais si cet élément est une des conditions du développement de la maladie, est-ce à dire pour cela qu'il soit le seul, et que sans son influence la pellagre ne puisse se produire? Je n'ai pu croire jusqu'ici que ce fut admissible. Je n'ai pas poussé aussi loin que vous mes observations; mais j'ai vu le sol du Milanais et j'ai étudié les conditions générales du climat. J'ai reconnu certainement que, dans vos campagnes, il y avait des lieux secs et des lieux humides; mais cela ne m'a nullement prouvé que les uns comme les autres ne fussent pas sujets à ces fréquentes variations atmosphériques qui fatiguent bien plus le système cutané que l'influence d'une humidité pour ainsi dire permanente. D'après cela, et d'après des faits très consciencieusement recueillis, qui prouvent que cette affection peut se développer à la suite d'autres causes que l'alimentation par le blé de Turquie, n'étais-je pas en droit, je vous le demande, de m'exprimer comme je l'ai fait et comme vous me le reprochez? N'étais-je pas en droit de présenter les réflexions suivantes : « Cette maladie, disais-je, ne serait-elle pas plutôt l'effet de plusieurs causes réunies? Nous sommes d'autant mieux disposé à le croire, que le développement d'une affection de cette nature s'explique moins par l'espèce de nourriture dont nous avons parlé que par les influences répétées d'une atmosphère

A l'aide de cette bougie, j'élargis le rétrécissement autant qu'il est possible de le faire ; mais sitôt que celui-ci ne cède plus à une pression modérée ou que le malade éprouve le sentiment d'une distension trop forte, je m'arrête ; je laisse en place cette bougie pendant quinze ou vingt minutes et je note quel est son diamètre dans le point correspondant au rétrécissement.

Si je n'ai obtenu qu'une faible dilatation, je recommence le lendemain avec la même bougie ; dans le cas où j'aurais pu, au contraire, faire pénétrer cet instrument jusqu'à sa partie la plus volumineuse, et c'est ce qui arrive très souvent, je commence le lendemain par introduire une bougie cylindrique d'un diamètre égal ou un peu inférieur à celui auquel j'étais parvenu la veille, et si, comme cela a lieu ordinairement, elle passe sans difficulté, je la remplace de suite par un numéro d'autant plus élevé que j'ai rencontré moins de résistance, et, sans désemparer, j'en passe successivement de plus en plus volumineuses tant qu'il n'en résulte pas une douleur trop vive ou une distension trop forte. Il est rare qu'on ne puisse augmenter de deux numéros au moins de la filière Charrière qui est graduée par tiers de millimètre ; quelquefois on s'élève de 3, 4, 5 et même plus ; de sorte qu'en quelques jours on arrive à un diamètre de 6 et même de 8 millim. qu'on ne dépasse presque jamais.

Du moment que je m'aperçois que les bougies élastiques droites ont, en raison de leur volume, trop de rigidité pour s'accommoder facilement aux courbures du canal, j'en prends à courbure fixe, ou bien je fais usage de cathéters Mayor non troués.

Je pourrais exposer ici un certain nombre de faits qui prouvent que cette méthode est applicable dans beaucoup de cas et que des rétrécissemens même très étroits peuvent être guéris par elle en quelques jours seulement. C'est ainsi que j'ai guéri en cinq jours et sans le moindre dérangement un marchand ambulant qui ne me consulta qu'une semaine avant de quitter Paris. C'est encore ainsi qu'au moment où je relis ces lignes, je viens d'arriver en deux séances faites à vingt-quatre heures d'intervalle, à un diamètre de 6 millim. chez un Algérien dont le rétrécissement n'avait pu admettre, en premier lieu, qu'une bougie d'un millimètre à peine.

Cependant la dilatation ne se fait pas toujours avec cette facilité : quelquefois, arrivé à un certain degré, il est impossible d'aller au-delà ; eh bien ! j'ai recours alors à une action plus lente, et je laisse à demeure le corps dilatant. Mais ce sont des cas exceptionnels, et 2, 3... ou 24 heures au plus suffisent pour donner au rétrécissement un degré remarquable de dilatabilité (1).

Ce phénomène, qui est de même nature que ce que Dupuytren appelait dilatation vitale, me semble dû à un ramollissement inflammatoire, comme on en observe journellement dans les tissus fibreux naturels, et peut-être est-ce en provoquant un travail analogue que la cautérisation a paru quelquefois utile dans le traitement des rétrécissemens de l'urèthre. Autant que possible, c'est une sonde que je laisse alors à demeure, parce qu'elle permet au malade d'uriner sans être obligé de l'extraire ; mais pour peu qu'en raison du volume de l'instrument ou de la sensibilité du canal, j'aie lieu de craindre une irritation trop vive, c'est une bougie de cire que je préfère. Celles-ci m'ont toujours paru beaucoup plus douces pour le canal et beaucoup plus faciles à supporter, d'autant plus que la chaleur et l'humidité du lieu leur donnent une flexibilité que n'ont jamais les sondes élastiques d'un volume égal. Je ferais toujours usage de ces bougies dans les cas en question, s'il n'était pas nécessaire de les extraire chaque fois que le patient a besoin d'uriner.

Ce que je viens de dire semblerait prouver la supériorité de la dilatation permanente sur la temporaire ; mais gardons-nous d'en tirer ici une conséquence prématurée. Je crois, en effet, avoir remarqué que la dilatabilité qu'on obtient de la sorte et pour ainsi dire artificiellement, ne dure pas ; et que le rétrécissement conserve une grande tendance à revenir au point où l'on se trouvait arrêté d'abord et qui semble être la limite de son extensibilité.

On pourrait, il est vrai, se demander si la dilatation ne persisterait pas plus longtemps, en prolongeant pendant un mois ou six semaines cette action de la bougie que je ne fais durer que 24 heures à peine. C'est une question à laquelle je ne pourrais répondre, parce que je n'ai jamais employé dans ma pratique la dilatation permanente. Je l'ai vu souvent mettre en usage dans les hôpitaux ; mais on sait qu'on en renvoie les malades aussitôt qu'on a obtenu un calibre suffisant, et qu'on n'y est presque jamais à même d'apprécier les suites du traitement. On serait peut-être porté à croire, au contraire, que l'inflammation provoquée par la présence prolongée d'un corps étranger ne fait qu'aggraver le mal et en rendre le retour plus rapide, si l'on réfléchit que la plupart des malades qu'on rencontre dans ces asiles ont déjà subi des traitemens plus ou moins nombreux par la même méthode. Mais jusqu'à présent on n'a constaté que des récidives, et comme aucune méthode n'en met à l'abri, il s'agirait d'établir moins l'existence de ces récidives que la rapidité avec laquelle elles ont lieu, épreuve comparative très difficile et qui n'aurait de valeur qu'autant qu'elle aurait été faite sur les mêmes malades et sur les mêmes rétrécissemens ; car il ne faut pas oublier qu'on observe à cet égard les plus grandes variétés.

Un homme de 50 ans était affecté d'un rétrécissement très étroit, existant à la courbure de l'urèthre, et qui, pendant dix années, avait été pour lui un supplice continuel. En une semaine, j'arrivai à passer une sonde de 7 millimètres, à laquelle je m'arrêtai, et comme le sujet avait une certaine incertitude dans les mouvemens, je me bornai à lui recommander de revenir me revoir aussitôt qu'il se manifesterait la moindre diminution dans le jet urinaire. Mais quoiqu'il y ait bientôt quatre ans que tout traitement a été suspendu, les voies urinaires fonctionnent parfaitement, et il y a dix-huit mois environ, je pus, dans l'unique intention de m'assurer de l'état du canal, introduire une sonde du volume de celle par laquelle j'avais terminé le traitement.

Je pourrais encore citer un septuagénaire, qui, il y a cinq ans, guérit en douze ou quinze jours d'un rétrécissement de la région spongieuse. Ce rétrécissement, des plus étroits, remontait à une époque bien éloignée, puisqu'il avait nécessité l'introduction d'une bougie, à Pise, pendant la campagne d'Italie. Depuis lors on n'avait rien fait, et l'urine était arrivée à ce point de ne sortir que goutte à goutte. Pendant six mois environ, le malade se passa une sonde tous les quinze jours d'abord, puis tous les mois ; mais, passé cette époque, il ne fit plus rien, et cependant j'ai

(1) On voit en quoi cette conduite diffère de la dilatation permanente brusque, préconisée par M. Lallemand d'abord et depuis peu par M. Leroy-d'Etiolles. Dans ce dernier procédé, les sondes restent huit ou dix jours en place ; seulement on en augmente chaque jour le numéro. Ce séjour prolongé ne m'a jamais paru nécessaire, et chez beaucoup sujets, d'ailleurs, il serait impossible.

» saturée d'eau et de brusques changemens de température. » J'avoue, mon cher confrère, que je comprends mieux cette médecine élevée, philosophique, si je puis m'exprimer ainsi, qui rattache une altération à un concours de circonstances et non pas à une circonstance isolée ; elle est moins facile sans doute que l'autre, mais elle a l'avantage de conduire plus sûrement à la solution des grands problèmes pathologiques, parce qu'elle enseigne à ne négliger aucune donnée. Ce sont des réflexions que vous comprendrez parfaitement, mon cher confrère ; car vous avez l'habitude des recherches sérieuses, et que vous savez qu'aucune connaissance humaine ne les exige plus que l'art difficile dont nous demeurons, malgré notre zèle, les indignes serviteurs.

D'après ce que je viens de dire, l'altération de la peau pourrait très bien être le premier symptôme de la pellagre et non pas le trouble des voies digestives. Le médecin n'aperçoit pas sans doute cette altération, quelque grossissant que soit son microscope ; mais pour exister, est-il nécessaire qu'elle se fasse remarquer dans la texture ? ne suffit-il pas qu'elle règne dans la fonction ? Vous m'avez blâmé aussi quand j'ai dit que la terminaison ordinaire de la pellagre était la folie, en me répondant que ce phénomène était rare et presque exceptionnel. Voici des remarques et des faits, mon cher confrère, qui militent en ma faveur, et sont par conséquent bien loin de vous rendre le même service ; je cite M. le docteur Brière de Boismont. Je tiens de cet observateur distingué que le docteur Piantanida, médecin en chef de la Senavra, lui a dit que, sur 500 aliénés, un tiers avait été atteint de folie à la suite de la pellagre ; le docteur Franceschini (de Venise) a confirmé la triste statistique de son confrère de Milan. Vous voyez, mon cher confrère, que votre phénomène presque exceptionnel n'est pas rare.

Je passe sous silence certaines hérésies médicales ou scientifiques, comme celle-ci par exemple, que l'évaporation des eaux des lacs, loin d'aggraver la condition morbifique de l'atmosphère, rend les lieux où elle existe les plus heureux et les plus salubres de l'Italie. Quant à la constitution géologique de la Lombardie, que vous jugez sèche et rocailleuse, je vous renvoie, mon cher confrère, à la carte géologique de l'Italie, dressée par un de vos compatriotes qui ne doit pas vous être suspect, M. de Collegno.

Je crois que j'ai répondu à toutes vos observations qui ont au moins le mérite de la sincérité, si elles n'ont pas celui de la justesse. Mais, avant de terminer cette trop longue lettre, je me permettrai de revenir sur cet amour un peu exagéré de la patrie qui la caractérise depuis le commencement jusqu'à la dernière phrase. On dirait même qu'il ne s'agit pas d'une discussion médicale, tant vous vous efforcez de mettre constamment en parallèle l'humidité de la Lombardie avec les lieux marécageux de la France, les habitans dégénérés de quelques parties de votre beau pays, avec ceux qui partagent un sort analogue dans certaines localités de nos départemens. Vous allez plus loin encore. Vous êtes froissé dans votre amour-propre national aussi irritable que celui des poètes, de ce que j'ai dit sur le sort de la population qui, obligée de vivre sous l'influence mauvaise des lieux et de l'air, n'a point le correctif hygiénique que donne l'aisance ou la fortune. Et vous croyez qu'il n'y a rien de mieux à faire pour justifier une situation dont les meilleures réformes ne peuvent pas toujours venir à bout, que de mettre en scène les ouvriers et les malheureux enfans des manufactures françaises. Venez en France étudier le climat et la population, et publiez ensuite des feuille-

appris, il n'y a pas longtemps encore, que tout va parfaitement.

Mais, à côté de ces faits, j'en pourrais placer d'autres où le rétrécissement s'est reproduit complètement en un an et même en beaucoup moins, sans que j'aie rien remarqué qui eût pu me faire prévoir cette différence. Cela nous montre combien il est difficile de juger de la valeur des diverses méthodes de thérapeutique, quant à la durée de leurs résultats, et combien il est important, pour éviter aux malades les désagrémens d'une récidive, de ne pas les abandonner à une sécurité trompeuse.

Quant à moi, je préviens franchement les miens de l'incertitude de la science à cet égard; je leur montre à s'introduire une bougie élastique à courbure fixe, d'un numéro égal à celle par laquelle j'ai terminé le traitement, et je leur recommande de se la passer momentanément tous les huit, quinze ou trente jours, suivant la tendance que le rétrécissement paraît avoir à se reproduire; je leur conseille même de se munir d'une deuxième bougie un peu moins volumineuse, afin de se la passer avant la première, dans le cas où celle-ci éprouverait trop de résistance.

Il m'a semblé que la rétractilité des rétrécissemens diminue à mesure qu'on s'éloigne de l'époque du traitement. Le tissu fibreux prend-il alors un surcroît de nutrition en rapport avec sa nouvelle étendue, surcroît qui augmenterait la somme de ses molécules constituantes? Je ne sais; mais je serais porté à le croire. Quoi qu'il en soit, on pourra éloigner les introductions de la bougie à mesure que le besoin s'en fera moins sentir.

Mais la dilatation n'est pas toujours, même momentanément, couronnée de succès; quelquefois le rétrécissement lui résiste, ou bien il ne lui cède que pour se reproduire aussitôt. Il ne faut pas pour cela se décourager, puisque la science actuelle nous offre encore une ressource; c'est le débridement ou la division du point rétréci par l'instrument tranchant.

Je ne ferai pas ici l'historique de cette méthode; cependant je dois dire qu'elle ne remonte guère au-delà du commencement de ce siècle. Il paraît qu'elle a été imaginée par Physick, de Philadelphie, qui fit connaître pour cela, en 1795, un instrument composé d'une lancette renfermée dans une canule. Quand la canule était arrivée au niveau du rétrécissement, il faisait saillir la lame, et la bride se trouvait divisée. (Voy. Gaz. Méd., 1839, p. 553.) C'est un uréthrotôme de même genre qui a été imaginé par Doerner, et dont la description se trouve dans le premier volume du Siebold's chiron. Dzondi, de son côté, se servit d'un cathéter ouvert à son extrémité, et dans lequel on pouvait faire manœuvrer un bistouri en forme de lancette. (Klinishes Institut fur Chirurgie, zu Halle, 1818, pl. 11.) M'Ghie imagina un instrument analogue. (Edinburgh med. and surg. journ., 1823.) C'est M. Amussat qui le premier pratiqua cette opération en France et qui l'a véritablement régularisée (1824). Je ne décrirai pas ses instrumens, qui sont généralement connus, ainsi que ceux de MM. Ségalas, Tanchou, Ricord, L. Ratier, etc.

Je ne ferai qu'une remarque au sujet de ces uréthrotômes. Plusieurs peuvent être employés avec succès suivant les circonstances et suivant l'habitude qu'on a de s'en servir; mais ceux qui agissent d'avant en arrière et sans être guidés par un conducteur, exposent à des fausses routes dangereuses: on en a vu pénétrer jusque dans le rectum (Civiale, Mal. des org. génit. urin., t. I, p. 281). Les autres n'ont pas cet inconvénient; mais ils ont presque tous celui de ne pas indiquer les limites du rétrécissement, soit en avant, soit en arrière, et quelques-uns même dans aucun sens, ce qui expose à inciser les parties saines. C'est pour être sûr de n'agir que sur le tissu induré que j'ai fait construire celui dont je vais donner la description.

M. Leroy-d'Etiolles avait imaginé un instrument terminé par une olive recelant dans son intérieur deux, trois ou quatre petites lames qu'on peut faire saillir à la base de l'olive, de manière que si, après avoir fait passer ce renflement à travers la coarctation préalablement dilatée, on fait saillir ces lames, on peut, en retirant l'instrument, inciser l'anneau fibreux d'arrière en avant. Avec cet uréthrotôme, on ne court pas risque de blesser les parties postérieures au rétrécissement; mais il n'en est pas de même des antérieures qu'on est exposé à labourer dans une certaine étendue, surtout lorsque l'instrument s'échappe tout à coup de l'obstacle où il éprouvait de la résistance. Il peut en outre arriver, principalement dans la partie courbe de l'urèthre, qu'en le retirant on appuie plus fortement dans un sens que dans les autres, et que la scarification ne soit pas égale sur tous les points. Ajoutons que le rétrécissement n'étant pas soutenu en avant, ne se laisse pas couper aussi nettement, aussi facilement que s'il avait un point d'appui de ce côté.

Voici maintenant l'uréthrotôme que j'emploie depuis plusieurs années, et que j'ai présenté à l'Académie de médecine le 21 mars 1843. Il se compose d'un tube métallique de 3 millimètres de diamètre, long de 2 décimètres et demi, légèrement courbé à 5 ou 6 centimètres de son extrémité vésicale et terminé par un renflement olivaire de grosseur variable, suivant la dilatabilité du rétrécissement auquel on a affaire : je pense que trois numéros de 5, 6 et 7 millimètres de diamètre doivent suffire à toutes les indications. Ce renflement, qui se termine en cône allongé et bien lisse, présente vers sa base quatre fentes dans lesquelles se trouvent à couvert quatre petites lames supportées par une tige glissant dans le tube en forme de mandrin. Les fentes de l'olive se prolongent jusqu'à 4 ou 5 centimètres sur le tube, de sorte qu'en tirant ou poussant la tige centrale, les lames parcourent cet espace dans un sens ou dans l'autre.

Un second tube, moins long de 3 centimètres environ que le premier, engaîne celui-ci et peut glisser sur lui à la faveur d'une disposition qui lui permet de se mouler sur sa courbure. Il se termine également par un renflement de même volume que celui du tube intérieur; mais ce renflement est en sens inverse, c'est-à-dire que sa base regarde celle de l'autre et présente aussi quatre fentes correspondantes à celles dont il a été question plus haut.

De cette manière, l'olive du tube externe peut être rapprochée plus ou moins de celle qui termine le tube interne et les lames qui sont logées dans celle-ci peuvent venir se loger dans l'autre. En supposant donc que le rétrécissement corresponde à l'intervalle des deux olives, les lames l'inciseront chacune de leur côté en parcourant ce trajet.

Ces lames ne dépassant pas la circonférence des olives, il arrivait quelquefois qu'elles ne faisaient qu'effleurer la surface du tissu induré. J'ai depuis quelque temps imaginé un mécanisme qui permet de les faire saillir avant de leur faire traverser le rétrécissement, et de les faire rentrer ensuite dans l'olive destinée à protéger les parties saines du canal contre leur action.

Je vais dire maintenant comment j'opère et de quelles précautions je m'entoure.

Avant de procéder à la dilatation, il suffit, pour ainsi dire, de s'assurer que le canal est bien réellement rétréci, et heureusement que les autres notions ne sont pas indispensables, puisque ce n'est que par la dilatation

---

tons ou un livre sur ce que vous aurez observé; je puis vous assurer d'avance qu'à propos de la France les critiques français n'iront pas mettre en cause Milan et les rivières de la Lombardie. Vous avez cru peut-être que j'avais pris la plume pour déprécier l'Italie et ceux qui l'habitent. Non, mon cher confrère; j'ai écrit pour remplir un devoir, celui d'éclairer mes compatriotes valetudinaires ou malades qui vont chercher la santé sous le beau ciel de la Péninsule. C'est une manière d'être national qui vaut bien celle que vous avez employée pour défendre votre pays natal et vos compatriotes contre les observations que l'étude suivie des choses a inspirées à un médecin. Je vous remercie cependant de votre missive qui m'a donné l'occasion agréable de vous lire, et celle de justifier des opinions qui, je l'espère ne paraîtront ni fausses ni exagérées à ceux qui, comme vous, m'ont fait l'honneur de s'occuper un moment de mes feuilletons.

Ed. Carrière.

— Manuel de physiologie; par J. Muller, professeur d'anatomie et de physiologie à l'université de Berlin, etc., traduit de l'allemand sur la 4e édition (1844), avec des annotations, par A. J. L. Jourdan, membre de l'Académie royale de médecine.

Ouvrage complet, accompagné de figures intercalées dans le texte.

Sixième et dernière livraison, avec les fig. 157 à 275 et 4 pl. gravées.

Prix de l'ouvrage complet (2 beaux volumes grand in-8°, de chacun 800 p.): 20 fr.

N. B. On peut toujours retirer l'ouvrage par souscription, en six livraisons, chacune de 256 pages, avec figures. Une livraison par mois. Prix des livraisons 1 à 5 : chacune 4 fr. La sixième livraison gratis.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— Vade-mecum du médecin praticien, précis de thérapeutique spéciale, de pharmaceutique et de pharmacologie; par J.-G. Amédée Moure et J. Henri Martin, docteurs en médecine, membres de plusieurs sociétés savantes. Un beau volume grand in-18 compacte, contenant la matière de deux forts volumes in-8°.—Prix, broché : 6 fr.; relié : 7 fr.

Paris, chez Fortin, Masson et Ce, libraires, 1, place de l'Ecole-de-Médecine.

—Traité des angusties, ou rétrécissemens de l'urètre, leur traitement rationnel; par le docteur Leroy-d'Etiolles. — In-8° de 500 pages, avec 107 figures dans le texte et 5 planches lithographiées. Prix 7 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— Du hachisch et de l'aliénation mentale; études physiologiques; par J. Moreau (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre, membre de la Société orientale de Paris. — 1 vol. in-8°. Prix : 7 fr.

Paris, 1845. Chez Fortin, Masson et Comp.

ou après la dilatation qu'on peut les acquérir. Mais il n'en est pas de même quand on juge la scarification nécessaire.

La sensibilité du canal, la résistance du rétrécissement et sa grande tendance à se reproduire étant les raisons principales qui rendent la dilatation insuffisante, ces notions ont dû nous être fournies par le traitement antérieur, celui par lequel je commence toujours, celui qui d'ailleurs est indispensable pour en employer un autre avec sécurité. Mais on conçoit que, lorsqu'il s'agit de scarifier, il faut connaître en outre, d'une manière précise, le siége, l'étendue et le nombre des points sur lesquels on doit agir.

A cet égard, une sonde ordinaire ne donne pas des notions suffisantes: serrée par l'entrée même du premier rétrécissement qu'elle traverse, elle ne transmet plus que des sensations confuses de ce qui se passe plus loin. On a dit, et M. Civiale a particulièrement insisté sur ce point, qu'en laissant à demeure pendant quelques heures une bougie de cire, les rétrécissemens déterminent à sa surface une empreinte qui indique exactement leur nombre, leur siége et leur étendue. J'ai beaucoup employé ce moyen parce qu'il est véritablement utile; mais je dois dire que, seul, il est insuffisant.

D'abord, ce ne sont que les rétrécissemens les plus durs qui laissent une telle empreinte, et, même dans un rétrécissement, ce ne sont que les parties les plus résistantes; de sorte qu'on serait presque toujours trompé sur le nombre et sur l'étendue des points coarctés. Ajoutons qu'avant d'arriver à un second et à plus forte raison à un troisième rétrécissement, la bougie peut avoir été dépouillée de sa cire par le premier; car il faut, pour ramener une empreinte, que l'instrument ait été introduit avec une certaine force. D'ailleurs, il ne peut fournir des indications sur le champ même, parce qu'il faut un temps assez long pour que sa cire se ramollisse et que son tissu se gonfle, conditions qui sont essentielles.

La bougie à renflement dont j'ai déjà parlé est un moyen plus commode et plus sûr. On en choisit une dont l'olive terminale égale en diamètre la bougie à laquelle on avait été obligé de s'arrêter dans la dilatation, c'est-à-dire d'un volume tel qu'elle puisse passer, mais non sans éprouver une certaine résistance: on passe, s'il est nécessaire, un fil d'argent dans son intérieur; on l'introduit jusqu'au rétrécissement, et l'on voit alors, par l'échelle marquée sur sa tige, à quelle profondeur on est arrêté. On en prend note; puis on presse davantage, de manière à franchir l'obstacle; après quoi l'on retire doucement la bougie jusqu'à ce que son olive se trouve arrêtée derrière cet obstacle, et on prend également note de cette nouvelle mesure. La différence entre ces deux mesures représente la longueur du rétrécissement. Il est bon toutefois de retrancher de cette différence 1 ou 2 millimètres, parce que l'olive ne s'arrête pas dans les deux cas au même point. Je suppose, par exemple, que j'aie obtenu 7 centim. de distance de l'orifice de l'urèthre à la partie antérieure du rétrécissement, puis 8 centim. à sa partie postérieure, la longueur du rétrécissement ne sera pas d'un centimètre, parce que l'olive s'est arrêtée, dans le premier cas, au devant de sa partie la plus saillante, et, dans le second, derrière. J'évalue à 2 millim. environ cette différence, et je dis que le rétrécissement a 1 centim. moins 2 millim., c'est-à-dire 8 millim.

Cela fait, je pousse la bougie plus avant, et si je rencontre un second rétrécissement, j'agis comme pour le premier, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'olive ait pénétré dans la vessie. Je note également, chemin faisant, la résistance de chacun des rétrécissemens, la sensibilité des diverses parties du canal au passage de l'olive et la force nécessaire pour franchir le col de la vessie.

Enfin, je retire doucement la bougie, je vérifie, mais en sens inverse, l'exactitude de mes premières données, et je connais de cette manière le nombre des rétrécissemens, leur siége et leur longueur. J'ai de plus des notions exactes sur la sensibilité relative des diverses parties du canal, ce dont les bougies ordinaires ne donnent qu'une notion générale et tout à fait confuse; et, si le bord postérieur du col de la vessie faisait une saillie trop prononcée, la résistance éprouvée dans ce point m'en avertirait.

On voit, qu'avec ces données, je puis agir sans incertitude, et lorsque j'ai bien constaté quel est le rétrécissement qui s'oppose aux progrès de la dilatation, je le scarifie.

Pour cela, je le dilate autant que possible au moyen d'une bougie de cire que je laisse pendant quelques instans dans le canal. On arrive presque toujours ainsi à un degré assez avancé; car ordinairement le difficile est moins de dilater que de maintenir la dilatation; or, la distension du canal n'étant que momentanée, peut être opérée avec une certaine énergie. Alors, je retire la bougie et j'examine les empreintes qu'elle rapporte pour les mettre à profit en les comparant avec le résultat de mes premières explorations, sans oublier toutefois ce que j'ai dit de leur valeur.

Cela fait, je choisis un uréthrotôme à olives égales ou même légèrement supérieures en volume au point par lequel la bougie correspondait au rétrécissement: ce choix est facile à faire à l'aide d'une filière. J'huile l'instrument, j'éloigne les deux olives l'une de l'autre, et je pousse celle de l'extrémité au delà du rétrécissement que je veux inciser. Je laisse alors l'instrument en place jusqu'à ce que la coarctation soit assez revenue sur elle-même pour ne plus permettre de retirer l'olive sans l'emploi d'une certaine force, ce qui n'exige souvent que quelques minutes. Ceci bien constaté, je pousse tout doucement la canule externe jusqu'à ce que l'olive qui la termine soit arrêtée au devant du rétrécissement: je vois à une échelle marquée, sur la partie du tube interne qui dépasse l'externe, quelle est la distance des deux olives, et si cette distance est égale à la longueur du rétrécissement, je presse même un peu, de manière à rapprocher l'une de l'autre les deux extrémités de celui-ci, et à faire saillir davantage entre les deux olives le tissu induré qui le constitue; je fais exécuter à la totalité de l'instrument quelques légers mouvemens de va-et-vient, et lorsque je me suis ainsi assuré que le rétrécissement est bien fixé entre les deux renflemens, il ne me reste plus qu'à tirer le mandrin central pour que les quatre lames qu'il supporte passent de l'olive terminale dans l'autre, après avoir traversé et incisé dans un, deux, trois ou quatre sens, selon le nombre des lames, les tissus compris dans cet intervalle. La facilité avec laquelle sort alors l'olive terminale indique le succès de l'opération.

Celle-ci n'est que très peu douloureuse; le malade la sent à peine, parce qu'on n'incise que du tissu induré. La même raison fait aussi qu'il s'écoule à peine quelques gouttes de sang; mais ce qui prouve qu'on a réellement incisé le rétrécissement, c'est qu'on peut immédiatement, à moins de circonstances particulières, telles qu'une seconde coarctation, introduire une bougie presque double de celle qui, auparavant, avait déjà beaucoup de peine à entrer.

Si l'on a à scarifier plusieurs rétrécissemens, il y a avantage à le faire de suite, puis on passe un corps dilatant aussi fort que le canal peut l'admettre sans en être trop fatigué; et comme il est important de le laisser quelques heures en place pendant dix, douze et même quinze jours, s'il est possible, je préfère les bougies de cire pour les raisons que j'ai déjà exposées. Plus tard, le malade ne s'introduit plus la bougie que momentanément, matin et soir, puis une fois par jour; enfin, il éloigne ces introductions d'autant plus que la partie malade paraît avoir moins de tendance à se rétrécir de nouveau. Plusieurs fois il m'a suffi de ne les passer, dès le début, qu'une ou deux fois par jour.

Si, par une raison quelconque, on n'avait pu obtenir d'une première scarification toute la dilatation désirable, on en ferait une seconde avec un instrument plus fort; mais je pense qu'avec mon nouveau système qui permet d'augmenter la saillie des lames, il sera rarement nécessaire de recourir à une nouvelle opération.

Jusqu'à présent j'ai toujours employé un uréthrotome à quatre lames: cela se concevra si l'on réfléchit que je n'en fais jamais usage que pour des rétrécissemens assez avancés, et que, lorsqu'un rétrécissement en est venu à n'avoir plus qu'un millimètre à peine de diamètre, ou bien quand il offre une grande résistance à la dilatation, il est difficile d'admettre que toute la circonférence des parois urétrales ne soit pas affectée. Supposons, en effet, qu'elles soient restées saines dans un quart ou même un sixième de leur pourtour, la coarctation serait moins étroite et plus dilatable.

Admettons, au contraire, que l'altération de tissu occupe toute la circonférence, un instrument à quatre lames est évidemment plus avantageux que s'il en avait moins et surtout que s'il n'en avait qu'une, comme la plupart de ceux qui ont été inventés jusqu'à présent. J'ai dit, en effet, qu'un urèthre assez rétréci, assez induré pour avoir besoin d'être scarifié, est souvent comme étranglé extérieurement. On ne tarderait donc pas, pour peu qu'on incisât profondément, à dépasser de beaucoup l'épaisseur des parois et à pénétrer dans les parties ambiantes: de là pourraient naître, surtout dans les régions où le canal n'est entouré que de tissu cellulaire lâche, une inflammation, une infiltration urineuse et même une fistule. Or c'est ce à quoi on s'exposerait si l'on voulait obtenir d'une seule incision tout l'effet qu'on désire. Si, au contraire, on fait plusieurs incisions avec un instrument à lame unique, l'opération se trouve bien plus compliquée, très longue, et il est difficile de lui donner une grande précision.

Ainsi mon uréthrotôme n'expose ni à faire fausse route, ni même à dépasser les parties malades; le chirurgien le moins habitué peut en faire usage aussi bien que qui que ce soit, puisque toute l'habileté consiste à comprendre le rétrécissement entre les deux olives et qu'on peut y mettre tout le temps nécessaire; on n'a pas crainte d'appuyer trop dans un sens ou dans l'autre, puisque la partie rétrécie se moule sur l'instrument comme une sonde élastique sur son mandrin. En un instant presque indivisible, on incise dans quatre sens, ce qui, avec peu de profondeur des incisions, donne un résultat très marqué.

Quand il s'agit d'un rétrécissement à l'orifice même du gland, il suffit de

l'inciser par en bas à l'aide d'un bistouri boutonné, et alors on est presque maître d'obtenir une dilatation durable en ayant soin, comme le conseille M. Amussat, de détruire chaque jour, avec la pointe d'un bistouri, la cicatrice qui tend à se faire vers l'angle de réunion des deux lèvres de la plaie, jusqu'à ce que celles-ci soient recouvertes d'une pellicule bien formée. Je n'ai jugé qu'une seule fois nécessaire de mettre ce procédé en usage et j'ai parfaitement réussi. Il est dommage qu'il ne puisse être employé qu'à l'orifice même de l'urèthre là où il serait le plus facile de s'en passer.

Quant aux scarifications de l'intérieur, nous n'avons d'autres moyens que la dilatation pour prévenir leur réunion. On sait combien, après l'incision des cicatrices de la peau, on a de la peine à empêcher, par la distension, le rapprochement des bords de la plaie, et cependant l'expérience prouve qu'avec de la persévérance et des soins bien entendus on arrive, malgré cela, à des résultats avantageux. Il en est de même ici de la dilatation. Dans les cas où la scarification m'a le moins bien réussi, j'ai toujours obtenu plus d'elle que de la dilatation simple. Mais, je dois l'avouer, et ici le résultat est parfaitement d'accord avec l'analogie, on n'est jamais assuré d'une guérison radicale : la scarification ne modifie en rien le tissu fibreux et ne lui ôte pas sa rétractilité ; elle ajoute bien quelque chose à la surface précédemment existante ; mais ce quelque chose n'est qu'une cicatrice et chacun sait avec quelle énergie les cicatrices se rétractent quand elles ne sont pas maintenues en état de tension. Si donc on n'a pas soin de passer de temps en temps un corps dilatant dans l'urèthre, comme je l'ai dit à propos de la dilatation, on sera très exposé à voir le rétrécissement se reproduire, seulement dans un temps plus éloigné que si l'on s'était borné à la dilatation.

J'ai déjà cité, d'après Boyer, le cas d'un homme qui, après la section d'une partie de la verge, avait eu un rétrécissement très étroit de l'extrémité de l'urèthre. Or voici ce qui se passa : « Il fallut, dit l'auteur, agrandir cette ouverture avec le bistouri, et la tenir dilatée au moyen d'une sonde de gomme élastique. Après deux mois de l'usage constant de la sonde, le malade urinait librement et à gros jet ; mais comme je craignais le rétrécissement ultérieur de l'extrémité de l'urèthre, je lui recommandai de se servir de la sonde de temps en temps ; ce conseil ne fut pas suivi ; et l'urèthre s'étant rétréci de nouveau, il fallut revenir à l'usage des sondes *en commençant par les plus fines*. » (Mal. chir., t. x, p. 366, 4e éd.) Ce fait nous montre le degré de confiance que méritent certaines promesses de guérison infaillible et radicale.

Je pourrais rapporter ici, si l'espace me le permettait, un certain nombre de faits d'où découleraient les conséquences suivantes :

1° Il est des cas où la dilatation est impossible à cause de la sensibilité du canal qui ne permet pas, non seulement de laisser des instrumens à demeure, mais encore d'en introduire momentanément d'aussi volumineux et autant de fois qu'il le faudrait.

2° Il est d'autres cas où cette même méthode est inefficace, à cause de la dureté du rétrécissement qui ne cède pas ou qui ne cède que très difficilement à l'action des bougies.

3° Il en est d'autres encore où elle est insuffisante, parce que le rétrécissement est doué d'une rétractilité telle qu'il se reproduit presqu'aussitôt que l'action dilatatrice a cessé.

4° Dans tous ces cas, la scarification peut fournir de très bons résultats.

5° Cependant cette méthode ne met pas à coup sûr à l'abri de récidive et ne dispense pas de l'obligation de passer une bougie de temps en temps.

6° Enfin, il est des cas où, malgré la dilatation et la scarification, et bien que le canal laisse passer une bougie très volumineuse, l'excrétion urinaire ne se fait que très imparfaitement, très incomplètement. Cela tient presque toujours à ce qu'il s'est formé, au col de la vessie, une valvule à laquelle on n'avait pas fait attention jusqu'à présent.

Alors il faut bien se garder de tourmenter les malades par l'introduction répétée de sondes volumineuses, comme on le fait ordinairement. Cette manière d'agir ne sert qu'à irriter le canal et aggraver la dysurie. Le seul traitement rationnel est celui que j'ai proposé dans mes Recherches sur la nature et le traitement d'une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine, et particulièrement l'incision de la valvule.

Voici un fait qui aura ici d'autant plus d'autorité que je n'ai joué, dans son accomplissement, qu'un rôle tout à fait secondaire.

M. B....., 60 ans, fort et vigoureux. A 20 ans, blennorrhagie légère qui s'arrêta bientôt par des injections. Jusqu'à 55 ans environ, rien d'inquiétant ; mais, à partir de ce moment, diminution graduelle du jet urinaire, qui devient entortillé, bifide ; urines catarrhales.

Arrivé à Paris, au commencement de novembre 1844, cet homme s'adresse à M. Ségalas. Rétrécissement à 15 centim. (5 pouces 1/2). Dilatation et cautérisation, injections d'eau froide. Malgré cela, la vessie ne se vide que très incomplètement et les urines restent catarrhales. Le malade apprend à se sonder et acquiert ainsi la faculté de dormir. Une dixaine d'injections faites dans la vessie avec une solution de nitrate d'argent font disparaître le catarrhe ; mais la rétention résiste à tout pendant sept mois environ.

A cette époque, M. Ségalas, connaissant mes idées sur la complication des valvules du col de la vessie avec les rétrécissemens de l'urèthre, et témoin des heureux résultats que j'obtiens de l'incision de ces valvules, pensa que son malade pourrait bien en avoir une, et m'invita à l'examiner. L'exploration ayant confirmé les présomptions de cet habile et judicieux praticien, il fit lui-même l'opération, le 16 mai, à dix heures, moi présent, ainsi que M. le docteur Richard, régisseur des haras du Pin, et M. Dalean, élève des hôpitaux.

Sans m'arrêter aux détails, qui seront mieux placés dans un mémoire que je vais publier comme complément de mon dernier ouvrage, et où l'on trouvera plusieurs autres observations fort intéressantes, je dirai que, dès le jour même, le malade vida sa vessie sans efforts, que la nuit il n'urina que trois fois au lieu de 8 ou 10, que le lendemain les urines ne contenaient plus de sang, qu'il n'y eut point de fièvre, et qu'enfin, le 26, le malade traversa presque tout Paris, partie à pieds, partie en omnibus, pour se rendre chez M. Ségalas, qui s'assura de nouveau que la vessie se vidait parfaitement et que les urines étaient tout à fait naturelles.

Si je ne m'abuse, un pareil fait prouve sans réplique que la découverte des valvules du col de la vessie et de leur traitement a fait faire un pas immense à la thérapeutique des rétrécissemens de l'urèthre.

Quelques remarques sur les rétrécissemens de l'urèthre chez la femme.

Ce que j'ai dit au sujet des rétrécissemens spasmodiques et inflammatoires trouve son application aussi bien chez la femme que chez l'homme. Je crois même pouvoir ajouter que les valvules spasmodiques ou passagères du bord postérieur du col de la vessie sont, pour la première, la cause la plus ordinaire de dysurie (voy. mes Rech. sur une cause, etc., p. 102 et suiv.) ; car elle n'a pas de prostate et elle n'est très rarement affectée de rétrécissemens organiques, par quelques-unes des raisons peut-être qui font que l'homme n'a que rarement des rétrécissemens de la portion membraneuse avec laquelle l'urèthre de la femme a beaucoup d'analogie. Je n'ai jamais rencontré qu'un exemple de ce dernier genre ; mais ce cas m'a paru remarquable à plus d'un titre.

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années que j'ai eu occasion de voir à la Charité, dans le service de mon maître, M. le docteur Bally. Elle avait une difficulté d'uriner causée par un rétrécissement de l'urèthre commençant à 4 ou 5 millim. au-dessus de l'orifice externe. Elle me dit que cette dysurie lui était venue à la suite d'une couche laborieuse, qu'elle avait eue huit ans auparavant, et que cette infirmité n'avait toujours fait qu'augmenter jusqu'à présent. Elle n'avait jamais eu de blennorrhagie.

En peu de jours, je fis passer dans ce rétrécissement qui était assez dur, des bougies de plus en plus volumineuses ; mais, chose qui me surprit beaucoup, c'est que, dès le commencement du traitement, cette femme se plaignit d'une incontinence ; elle perdait ses urines goutte à goutte et continuellement. Je pensais d'abord que le sphincter avait été relâché par la distension que lui faisait éprouver l'urine arrêtée par le rétrécissement, et qu'il ne tarderait pas à reprendre sa contractilité ; mais il n'en fut rien ; car, quelque temps après sa sortie, cette femme revint nous voir affectée de la même infirmité.

J'espère que ne faisant rien au rétrécissement, il sera revenu à son premier état et que la malade n'aura rien perdu à en être traitée ; mais voici les réflexions que ce fait m'a suggérées.

1° Il est probable que, dans ce cas, l'urèthre, à partir du col de la vessie, aura été contus entre la symphyse du pubis et la tête de l'enfant, non pas assez pour se gangréner, comme cela n'a malheureusement lieu que trop souvent dans les accouchemens longs et laborieux ; mais de manière seulement à s'enflammer et à subir les conséquences de cette inflammation, à dégénérer en tissu fibreux. Des auteurs, et particulièrement Hoffmann (Oper. med., t. ii) et Saucerotte (Mém. de chir., t. i), ont rapporté des exemples de fistules vésico vaginales compliquées de rétrécissement et même d'oblitération de l'urèthre. On a attribué ces complications à ce que l'urine ne passait plus depuis longtemps par le canal naturel : le fait que je viens de rapporter semble plutôt démontrer qu'elles tenaient à ce que l'urèthre avait participé au travail morbide qui avait produit la fistule, mais pas assez cependant pour se gangréner. Et en effet pourquoi n'en serait-il pas de même dans une foule d'autres cas où l'urine s'écoule en totalité et depuis longtemps par une fistule ?

2° Comme il paraît que c'est particulièrement vers le col de la vessie et immédiatement au-dessus que la pression s'exerce en pareille circonstance, il sera fortement à craindre, lorsqu'on rencontrera des rétrécisse-

mens ayant une telle origine, que le constricteur du col ne participe à l'induration, à la dégénérescence fibreuse et ne reste inapte à se contracter, si l'on vient à en opérer la dilatation. Je regrette bien de ne m'être pas enquis d'avantage sur la manière dont se faisait la miction avant que j'eusse dilaté le retentissement; ce qu'il y a de certain, c'est que cette femme ne se plaignait pas d'incontinence et qu'elle parut plus tard regretter l'état où elle se trouvait en entrant à l'hôpital.

MALADIES SYPHILITIQUES.

RECHERCHES CLINIQUES FAITES A L'HÔPITAL SAINT-LAZARE, MALADIES DES FEMMES, SUR LES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS, SUR LES CHANCRES CHRONIQUES DES PARTIES GÉNITALES, LES BUBONS, L'URÉTRITE, LA VAGINITE, ETC.; par J. BOYS DE LOURY, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. COSTILHES, docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, ex-médecin interne de Saint-Lazare.

(Suite et fin des maladies de l'utérus. — Voir les numéros 24, 25, 27 et 28.)

DES CHANGEMENS DE POSITION DE L'UTÉRUS.

Nous dirons seulement quelques mots sur ce sujet.

Chez les femmes que nous avons l'habitude d'observer, il est assez remarquable que les vices de situation soient peu fréquens. Nous n'avons eu que très rarement l'occasion de noter la rétroversion; l'antéversion, au contraire, s'est présentée plus d'une fois à notre observation. Nous ne parlons ici que des changemens de position qui surviennent dans l'état de vacuité de l'utérus. Il est des déviations qui n'entraînent aucune douleur, aucun symptôme fâcheux et dont les femmes n'ont aucun sentiment. Voulant savoir si le col de l'utérus était toujours placé au milieu du vagin, nous avons examiné, à cette intention, une centaine de femmes jeunes, que nous n'avons pas prises dans nos salles, et qui, par conséquent, n'étaient pas malades; elles ont été toutes touchées debout, et pour être plus sûrs de la véracité de nos observations, nous avons fait ces expériences en présence d'autres praticiens. Nous pouvons mettre en fait qu'il est de la plus grande rareté de voir un col sain, sans engorgement, être placé bien droit au milieu du vagin. Chez la plupart des femmes, il était situé à gauche et en avant, très rarement à droite, et quand le col était dirigé en arrière, alors il n'y avait pas d'obliquité latérale.

Nous allons maintenant parler de l'obliquité que nous avons observée le plus souvent, *l'antéversion*.

Nous avons déjà, en parlant de l'engorgement du col, fait pressentir que l'antéversion était une affection d'une certaine gravité, puisqu'elle peut causer des douleurs assez vives pour faire croire à la présence d'un squirrhe. Nous sommes obligés de faire souvent les mêmes réflexions, mais ici nous ne pouvons trop insister sur l'utilité de toucher avant d'appliquer le spéculum. En effet, voici ce que maintes fois nous avons observé : les malades se présentent à notre consultation se traînant à peine, ne pouvant nullement supporter le mouvement d'une voiture; elles avaient été traitées par divers médecins et toujours pour des ulcérations. Si nous avions suivi la pratique de ces médecins, de voir immédiatement les femmes au spéculum, probablement nous serions tombés dans les mêmes erreurs; mais, en commençant par le toucher vaginal, il est facile de s'assurer que la paroi antérieure du vagin est flasque et plissée, que le corps de l'utérus vient reposer sur la vessie, ce que l'on reconnaît à une tumeur cylindrique, dure, large, le col appuie sur le rectum et est quelquefois difficile à atteindre; puis, lorsque nous l'examinons au spéculum, après l'avoir ramené dans une bonne position, nous découvrons alors l'ulcération superficielle qui accompagne constamment cette déviation, et que nous ne regardons du reste que comme secondaire.

Plusieurs auteurs attribuent l'antéversion à l'engorgement partiel de l'utérus; en effet, on conçoit que si la partie antérieure du corps est engorgée, le col se porte en arrière. Cependant, observons qu'il n'est pas très facile de vérifier un engorgement partiel de l'utérus si on le suppose en avant : le toucher vaginal n'indique que très peu de chose, et il faudrait un engorgement bien considérable pour qu'il pût être constaté à travers les parois, et encore faudrait-il avoir affaire à une personne amaigrie. Quant au col, nous avons vu assez souvent des femmes avoir une antéversion sans qu'il y eût le moindre engorgement. Le coït est peut-être la cause la plus fréquente de cette affection, que l'on observe principalement chez les femmes de petite taille et dont les organes sont le plus ordinairement en disproportion avec ceux des individus avec qui elles sont obligées de cohabiter. Il est assez commun de voir, chez les petites filles de la correction de St-Lazare, à la suite de coït et de masturbation, des péritonites partielles se bornant au petit bassin et déterminant des adhérences qui retiennent la matrice dans une position vicieuse. L'antéversion a souvent lieu à la suite de grossesse, chez des femmes assez robustes qui ont eu un accouchement laborieux et qui se sont levées trop tôt. Elle est quelquefois la suite du relâchement des ligamens de la matrice dont le corps se porte alors en avant. L'habitude sédentaire des femmes fait qu'elles sont souvent constipées; les efforts qu'elles font dans la défécation augmentent encore la laxité des ligamens et abaissent davantage cet organe.

Dans l'antéversion, comme dans presque tous les cas d'obliquité de la matrice, nous l'avons trouvée plus abaissée qu'elle n'est normalement. La matrice est quelquefois tellement basse que nous avons, maintes fois, vu le col en écartant l'entrée du vagin avec les doigts : c'est surtout dans les cas d'abaissement considérable avec antéversion que les femmes se plaignent d'un sentiment de pesanteur sur le siége, de douleurs vives et de tiraillemens dans les aines, les lombes; elles disent quelquefois qu'il leur semble que les organes contenus dans l'abdomen vont s'échapper par les parties génitales; quand une femme porte, depuis quelque temps, une antéversion de l'utérus, il est presque impossible qu'il ne se manifeste pas un écoulement muqueux quelquefois puriforme, en même temps qu'une ulcération s'empare d'une partie du col et tend à l'envahir tout entier. Les douleurs peuvent devenir telles qu'aucune position n'est possible pour la malade, même couchée. Les règles coulent avec difficulté et sont précédées et suivies de douleurs névralgiques du côté de l'utérus; et si la matrice a acquis une position dans laquelle elle est complètement transversale, alors l'inflammation s'empare de l'organe, et nous l'avons vue se propager jusque dans le péritoine, causer des péritonites qui présentaient une certaine gravité. Les douleurs pour uriner sont vives, elles feraient croire à une cystite; la malade ne peut uriner que goutte à goutte et a des envies fréquentes. C'est dans cette circonstance que l'utérus renversé en avant a été pris pour un calcul vésical (Levret); mais alors le toucher vaginal suffit pour établir le diagnostic.

Lorsque l'antéversion s'est formée lentement et qu'il n'existe pas de symptômes d'inflammation, le traitement consiste à réduire l'organe et à le maintenir en place. Pour opérer la réduction, nous faisons coucher la femme sur le dos, fléchir les cuisses sur le bassin, la tête sur la poitrine, de manière à relâcher les muscles du bas-ventre, et à l'aide du doigt indicateur de l'une ou de l'autre main, indifféremment, introduit dans le vagin, nous accrochons le col et le ramenons à sa position normale et l'y maintenons au moyen d'*éponges préparées à la ficelle* (1), de grosseur variable, que nous entourons d'un corps gras, le cérat blanc par exemple, de manière à faciliter l'introduction. Nous les laissons, en général, pendant les premiers jours, vingt-quatre à quarante-huit heures, puis deux ou trois jours sans les renouveler; faisons remarquer que ces éponges s'imprègnent de l'écoulement utéro-vaginal qui devient d'une fétidité insupportable, malgré les injections, et cela est cause que l'on est obligé de les remplacer souvent. En même temps, nous prescrivons des injections astringentes, le décubitus dorsal, les grands bains et quelques frictions résolutives. (Pommade d'iodure de plomb ou d'iodure de potassium.)

Lorsque, au contraire, il existe des symptômes de phlegmasie dans l'utérus, nous pratiquons alors une ou deux saignées variables en quantité, mais toujours proportionnées au tempérament, à la force de l'individu, le plus ordinairement de 125 à 250 grammes. Nous appliquons sur l'hypogastre des fomentations émollientes; nous faisons des injections émollientes, des frictions calmantes sur les aines et l'hypogastre. La malade prend quelques bains; nous pratiquons le cathétérisme, s'il est urgent, et nous redressons ensuite la matrice. On ne doit pas oublier de prescrire l'usage répété de lavemens émolliens et huileux, ainsi que les boissons laxatives.

Mais lorsqu'il y a des adhérences, comme nous l'avons dit plus haut, entre le péritoine et le corps de la matrice, on conçoit que, dans ce cas, cet accident ne puisse être modifié par l'emploi des moyens mécaniques, même celui des éponges.

ANTÉVERSION DE L'UTÉRUS COMPLIQUÉE D'ULCÉRATION, GUÉRIE PAR L'EMPLOI DES ÉPONGES PRÉPARÉES A LA FICELLE.

OBS. XX. — Une dame, mère de trois enfans, âgée de 28 ans, d'une constitution remarquable, éprouva à la suite de sa dernière couche, en 1841, du malaise,

(1) Ces éponges n'ont pas plus de 3 à 4 centimètres de longueur; le milieu de cette éponge est maintenu par un fil qui sort du vagin et qui est très utile pour retirer l'éponge, dont l'extraction, sans cette précaution, est difficile et fort douloureuse.

de la pesanteur dans le bas-ventre, des douleurs dans les reins et dans les aines. Cette dame, après avoir consulté plusieurs médecins sans éprouver aucun soulagement des divers traitemens qu'elle avait subis, eut recours à nos soins, au bout de huit mois de souffrance. Cette malade était arrivée à ce point de douleur de ne pouvoir plus faire quelques pas dans sa chambre sans s'appuyer sur les meubles. Nous constatâmes une antéversion considérable; le col était profondément placé en haut et en arrière et par conséquent très difficile à atteindre; tandis que le corps de l'utérus, couché presque transversalement, faisait saillie dans le vagin et déterminait des envies fréquentes d'uriner. Ce col était le siége d'une ulcération superficielle occupant tout le museau de tanche que nous supposâmes être causée par la déviation de cet organe.

Ayant appliqué les éponges préparées à la ficelle, comme nous l'avons indiqué plus haut, cette dame, au bout d'une quinzaine de jours, pouvait monter, descendre et vaquer à ses occupations, ressentant à peine quelques légères douleurs. Deux ou trois cautérisations au moyen du nitrate d'argent ont guéri l'ulcération du col dont nous avions éloigné la cause principale; et ayant continué l'usage des éponges, aidées des injections et frictions toniques et astringentes, cette dame que nous avons envoyée aux bains de mer en est revenue complétement guérie.

DE LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS.

Cette maladie se présente assez rarement à Saint-Lazare, ainsi que nous l'avons déjà dit. La rétroversion, l'inverse de l'antéversion, reconnaît à peu près les mêmes causes que cette dernière: relâchement des ligamens ronds et larges, suite de l'accouchement; l'engorgement de l'utérus; les efforts pour tousser, pour vomir; la constipation habituelle et les corps fibreux utérins. Nous noterons, comme causes prédisposantes, la saillie exagérée de l'angle sacro-vertébral que nous avons eu l'occasion de constater une fois, la courbure trop considérable du sacrum.

Nous ne parlerons ici que de la rétroversion dans l'état de vacuité de l'utérus.

Lorsque la maladie est peu avancée, la femme éprouve une pesanteur incommode dans le bassin, des tiraillemens dans les aines et les lombes; la défécation et l'émission des urines sont difficiles et fréquentes; l'écoulement du sang menstruel est pénible; il existe, en outre, un écoulement blanc-jaunâtre, quelquefois sanguinolent. Cette maladie, qui se rapproche beaucoup par les symptômes de celles que nous venons de décrire, devient quelquefois beaucoup plus grave. Ainsi, si, dans l'antéversion le col de l'utérus se trouve dans une position horizontale, ici on le voit souvent placé beaucoup plus haut que le corps; dans cette circonstance, on sent le corps de l'utérus faire saillie du côté du rectum à travers les parois du vagin, et le col est tellement élevé qu'il est très difficile de l'atteindre. En touchant par le rectum, on sent parfaitement le corps qui rétrécit le calibre de l'intestin. Une des causes les plus puissantes pour amener cette déviation à un pareil degré, c'est l'accumulation des matières fécales dans la partie supérieure du rectum; en effet les fèces, trouvant un obstacle dans l'intestin comprimé par le corps de l'utérus qui vient appuyer sur le sacrum, s'accumulent au-dessus de l'obstacle et par leur propre poids forcent l'organe à prendre une position de plus en plus vicieuse. Quand la maladie est portée à ce degré, les douleurs dans les aines sont occasionnées par le tiraillement des ligamens, et les malades ressentent une douleur continuelle sur le rectum se présentent à la selle, mais le rectum ne se vide que par dégorgement. Si les malades veulent prendre un lavement, ordinairement le liquide ne pénètre qu'à une petite distance, le corps de l'utérus s'y opposant.

Les douleurs que produisent quelquefois la rétroversion peuvent devenir si violentes et s'irradier si loin du siége du mal qu'à moins des circonstances qui ont accompagné la maladie et le toucher, on pourrait les attribuer à toute autre cause; on les voit non seulement s'irradier dans le bassin, les lombes, mais suivre les trajets nerveux des membres inférieurs, et même il n'est pas rare de voir la participation de tout le système nerveux, et des alternatives de syncope et de convulsions se succéder.

Cette maladie, comme nous venons de le voir, est donc grave, et il faut se hâter d'en arrêter les progrès.

La première indication à remplir lorsque les malades éprouvent de violentes douleurs est de chercher à les calmer: les grands bains, les bains de siége faits avec des plantes narcotiques, les potions opiacées, les cataplasmes et les frictions laudanisées sur l'hypogastre pourront venir en aide au médecin; mais on devra surtout tenter de replacer, aussitôt que possible, l'utérus dans sa position normale. Il faut quelquefois des efforts pour obtenir cette réduction, et encore si la matrice n'est pas retenue elle reprend bien vite sa situation. Ainsi dès que l'inflammation ou l'irritation est calmée, outre la position couchée, avec les membres inférieurs levés sur le bassin, nous conseillons l'application des éponges; mais au lieu d'être placées entre le rectum et le col, elles doivent être posées entre ce dernier et la vessie. La lèvre antérieure du col de l'utérus plus courte que la postérieure n'est pas toujours capable de maintenir l'éponge; et si on en met de trop petites, elles ne servent à rien. Les femmes qui en sont affectées peuvent très facilement, après en avoir acquis l'habitude, placer et ôter elles-mêmes l'éponge; ce qui est pour elles un grand avantage elles ne peuvent profiter dans le cas d'antéversion, l'insertion du col au vagin étant plus haut de ce côté. Mais aussi la guérison de cette déviation est beaucoup plus difficile à obtenir complétement que l'antéversion; la moindre cause occasionne une rechute; nous avons vu des femmes éprouver des symptômes graves plusieurs fois en quelques années, et si la guérison est complète, ce n'est le plus ordinairement qu'après une grossesse pendant laquelle la malade prend les plus grandes précautions, et aura, à la suite de ses couches, longtemps gardé la position horizontale.

Il est un excellent moyen que nous conseillons toujours et qui contribue puissamment à la guérison de cette maladie; c'est de faire coucher les malades autant que possible à plat ventre; par cette position le corps de l'utérus exécute un mouvement de bascule d'arrière en avant et tend à reprendre sa position normale.

On a inventé beaucoup de pessaires pour obvier à cette maladie. Les meilleurs consistent en une espèce d'anneau en caoutchouc dans lequel le col peut être introduit et dont le segment qui repose sur la vessie offre une dimension au moins triple de l'autre; mais le pessaire, outre la gêne et la compression qu'il exerce sur les organes voisins, a cet inconvénient que, si le col est engorgé quand on l'applique, ce qui a lieu le plus ordinairement, lorsque l'organe revient à des dimensions normales, le col ne remplissant plus l'intérieur de l'anneau, l'utérus ballotte et tend à reprendre sa position vicieuse; il faudrait, pour que le traitement pût réussir, changer autant de fois de pessaires que le col de l'utérus prend de différentes dimensions, au lieu que dans le procédé dont nous nous servons, quels que soient le volume et la direction du col, l'éponge lui fait une douce résistance qui lui permet de ramener le col au delà même de la direction naturelle et l'empêche par sa dilatation de reprendre jamais sa position vicieuse.

En résumé, les pessaires, quelles que soient leur forme et leur nature, ne sont, dans les déviations de l'utérus, que des palliatifs fort incommodes entraînant à leur suite de grands inconvéniens et qui n'ont aucun des avantages que possèdent les éponges préparées.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Les numéros d'avril 1845 contiennent les articles originaux suivans: 1° *Sur la pathologie et la phthisie*; par M. T. Addison. 2° *Cas de jurisprudence médicale*; par M. A.-S. Taylor; 3° *Sur quelques formes de mort subite à la suite de maladie, d'après dix-neuf cas de ce genre observés à l'hôpital de Manchester*; par M. Francis. 4° *Sur les maladies des enfans traitées à l'hôpital de Guy en 1843-1844*; par M. Golding Bird. 5° *Sur les plaies de poitrine*. (Énumération sommaire de 72 observations de contusions, ou de plaies de poitrine, sans aucunes considérations d'ensemble.)

SUR LA PATHOLOGIE DE LA PHTHISIE; par le docteur ADDISON.

Ce mémoire contient le développement d'une opinion de l'auteur, émise en 1837, dans ses ÉLÉMENS DE MÉDECINE PRATIQUE, et sur les changemens que produit la pneumonie dans les poumons, et que nous allons reproduire brièvement. Dans quelques cas de pneumonie, lorsque la matière albumineuse versée dans le tissu même du poumon est plus plastique et plus disposée à s'organiser, elle n'est pas complètement organisée et il en reste dans le tissu pulmonaire et d'une manière permanente. Dans ces circonstances et au bout de quelque temps, on la trouve en petites masses détachées et plus ou moins arrondies; elle est répandue dans le tissu pulmonaire en assez grande quantité et assez irrégulièrement, représentant sous ces deux formes les tubercules isolés et l'infiltration tuberculeuse. Le plus souvent l'historique du malade apprend qu'à une époque peu éloignée, quelques années peut-être, il a eu une inflammation des poumons, et après la mort on en trouve les preuves dans les adhérences des plèvres en les fausses membranes correspondant aux points où se trouvent les dépôts albumineux, qui eux-mêmes peuvent rester passifs pendant très longtemps, et sans éprouver aucune altération qu'une transformation graduelle en une masse calcaire. Cependant la part d'influence vitale qui les maintient dans cette intégrité est si faible que, si une inflammation vient à s'établir sur quelques points autour

d'eux, si surtout les forces vitales du malade ont été notablement diminuées, ils perdent leur cohésion, se ramollissent, etc. Quelques nouveaux faits sont rapportés par l'auteur à l'appui de cette opinion et démontrent que ces indurations permanentes du tissu pulmonaire sont quelquefois accompagnées d'une dilatation considérable des tuyaux bronchiques qui les traversent, sans que cependant M. Addison puisse décider si ces dilatations sont cause ou effet, et l'amènent à admettre trois formes différentes dans les désorganisations du tissu pulmonaire, déterminées par l'inflammation et ses suites, et qu'il décrit sous les noms de *phthisie pneumonique*, de *phthisie tuberculo-pneumonique*, et enfin de *phthisie tuberculeuse*. Arrêtons-nous quelques instans sur chacune de ces formes, qui produisent des effets analogues, bien que sous des influences différentes.

La première, la *phthisie pneumonique*, consiste uniquement dans la désorganisation des dépôts albumineux et du tissu dans lequel ils se sont opérés. Elle peut être *aiguë*, c'est-à-dire se faire, presqu'immédiatement après l'épanchement ou l'infiltration, et constituer une phthisie aiguë d'une rapidité extrême, ou *aiguë-chronique*, la matière albumineuse ayant tenté, à une ou plusieurs reprises, de se consolider, ou enfin chronique, et que l'auteur distingue en deux variétés : l'une, qui, frappant d'anciennes indurations, les détruit par un travail lent de désintégration, et donne lieu à des vomiques; l'autre, plus rare, dans laquelle une inflammation insidieuse travaille lentement à convertir une grande partie du tissu pulmonaire en induration grise, sans qu'il se produise d'excavation. Un cas de ce genre est rapporté par l'auteur.

La phthisie *tuberculo-pneumonique* est celle où il y a à la fois des tubercules pulmonaires et de la matière organisable épanchée ou infiltrée, et c'est surtout à l'action de cette dernière ou plutôt à sa destruction par l'inflammation que l'auteur attribue la plupart des accidens de phthisie; la présence des tubercules dans cette forme n'ayant d'autre effet que d'indiquer la nature strumeuse ou l'état cachectique du sujet et de le prédisposer aux inflammations; mais n'exerçant, suivant M. Addison, aucune influence essentielle sur les changemens graves qui s'opèrent dans le tissu pulmonaire. Le tubercule pulmonaire n'est point, pour lui, le produit de l'inflammation et il en distingue deux variétés, l'une d'une transparence vitreuse, homogène, résistant à la pression et qu'il appelle asthénique, et l'autre d'un blanc opaque, quelquefois avec une teinte jaune, plus mate et plus friable que la précédente et quelquefois plus volumineuse; c'est la variété asthénique qui est bien plus sujette à la désintégration et qui joue le principal rôle dans la phthisie tuberculo-pneumonique. Les tubercules un peu volumineux ne sont donc, en réalité, que des agrégations de tubercules simples ou des tubercules simples enveloppés des produits de l'inflammation, lesquels sont encore plus disposés à la désintégration que les tubercules simples et isolés. Lorsqu'ils sont à l'état simple ils sont difficiles à découvrir, leur présence ne déterminant aucune modification importante dans les tissus voisins; mais quand ces tissus commencent à s'enflammer, alors aussi commencent à se manifester les symptômes et les signes physiques de la phthisie. Alors, ou l'inflammation marche rapidement et arrive en peu de temps au ramollissement, à la désorganisation et à la formation de cavernes, ou une certaine quantité de matière albumineuse est versée dans le tissu, tend à se solidifier autour du tubercule dont elle augmente le volume et avec lequel elle est souvent confondue. Mais cette tendance à l'induration ou à la réparation est toujours imparfaite et de peu de durée, et, au bout d'un temps plus ou moins long, la désintégration s'empare de cette partie qui s'amollit et amène l'excavation après un temps plus ou moins long, des jours, des semaines, des mois et même des années après que le premier dépôt avait commencé à se faire.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description de ce qui arrive après la formation des cavernes soit que la maladie se termine par la mort, soit que la cicatrisation s'opère; nous n'y trouverions rien de nouveau pour ceux d'entre nous qui ont suivi avec soin les travaux faits en France sur ce point, et nous nous bornerons à signaler la comparaison établie par l'auteur entre les tubercules et la matière organisable que l'on confondrait souvent avec eux. Il reconnaît que malgré la tendance à l'induration et à la réparation qu'il attribue aux dépôts de lymphe coagulable dans le tissu pulmonaire, et malgré l'absence de cette même tendance dans le tubercule, il est cependant quelquefois bien difficile de juger si le changement arrivé dans le tissu pulmonaire est le résultat de tubercules ou d'une ancienne inflammation. Il faudrait d'abord, dit-il, déterminer exactement ce qu'est le tubercule, et il n'est pas probable que la chimie signale jamais de différences bien importantes entre le tubercule et les dépôts albumineux. La différence est plutôt moléculaire que chimique et se lie plutôt à une nouvelle disposition vitale inappréciable à la chimie. Il espère davantage du microscope et annonce qu'il ne tardera pas à faire connaître des résultats dignes d'intérêt sur des différences extrêmement fines et qui ne pourraient être appréciées par aucun autre moyen.

La *phthisie tuberculeuse* est celle qui consiste dans la production des tubercules et surtout de ceux que l'auteur a décrits sous le nom d'asthéniques et qui, en se groupant, forment souvent, dans le tissu pulmonaire, des masses qui, par la disposition à la désintégration inhérente au tubercule, se ramollissent, puis amènent la suppuration et même la destruction des parties qui les entourent. Retrouvant ici les opinions qui sont le plus généralement admises parmi nous, nous nous abstenons de suivre l'auteur qui termine, après avoir parlé de l'incurabilité de cette forme, en affirmant que si on arrive quelque jour à la découverte d'un moyen pour la prévenir plutôt que pour la guérir, ce ne sera qu'en s'éloignant des moyens énervans auxquels on a presque uniquement recours dans la pratique actuelle. Cinq planches coloriées donnent la représentation des altérations décrites dans ce mémoire.

OBSERVATIONS DE CAS DE MÉDECINE LÉGALE, SUIVIES DE REMARQUES; par M. A. TAYLOR.

Dans cette communication, il n'est question que d'un seul cas d'empoisonnement par l'acide hydrocyanique, mais autour duquel l'auteur en a groupé plusieurs déjà en partie connus, afin d'étudier quelques-unes des questions les plus controversées qui se rattachent à cet empoisonnement, et encore peu connues, malgré la fréquence des cas qui se multiplient considérablement depuis quelques années. Nous analyserons d'abord le fait, ensuite nous rapporterons les remarques de l'auteur.

OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE HYDROCYANIQUE; AUTOPSIE; ANALYSE; REMARQUES; ACTIONS VOLONTAIRES ET RÉFLÉCHIES APRÈS DES DOSES CONSIDÉRABLES; APPLICATIONS IMPROPRES DES RÉSULTATS OBTENUS DES EXPÉRIENCES FAITES SUR LES ANIMAUX; PREUVES TIRÉES DE L'ODEUR DU POISON; CAUSES DE SA DISPARITION; SENSIBILITÉ DES MOYENS EMPLOYÉS POUR RECONNAÎTRE LA PRÉSENCE DE L'ACIDE PRUSSIQUE.

OBS. — Un voyageur pour le commerce fut trouvé mort dans son lit dans une auberge, et quelques soupçons s'étant élevés sur les causes de la mort, M. Creed fut chargé de faire, sur cette mort, un rapport dont nous reproduisons les principaux détails. La mort paraissait remonter à dix ou onze heures lorsqu'il arriva près du cadavre, qu'il trouva couché, incliné sur le côté gauche, les bras croisés sur la poitrine, très raides, les mains non fermées et sans aucun indice que la mort eût été précédée de convulsions, le corps étant dans la position naturelle du repos. Une jambe était légèrement courbée; les extrémités inférieures et l'abdomen conservaient de la chaleur. L'expression des traits était naturelle, la pâleur extrême et sans traces de la moindre expression de souffrance mentale ou physique. Les yeux ouverts offraient un brillant particulier; les lèvres couleur pourpre et rétractées au point de faire voir les dents et une partie des gencives. Autour de la bouche, on ne trouvait rien qui rappelât l'odeur de l'acide prussique. Les draps du lit avaient été tirés carrément jusqu'aux épaules. Rien n'indiquait que la mort eût été précédée de convulsions. Sur un fauteuil placé au dos du lit, mais tout près, on trouvait une fiole garnie de son bouchon, et que M. Creed assura avoir dû contenir de l'acide prussique mêlé à une certaine quantité d'une huile essentielle, probablement de celle de limon. Il y restait même encore un peu de liquide au moment où on la trouva.

A l'autopsie, tous les organes paraissent être à l'état normal; l'estomac contient plus d'une demi-pinte d'un liquide visqueux ayant une forte odeur d'acide prussique. La vessie et l'extrémité des gros intestins étaient vides, et on trouva sous le cadavre des matières fécales et de l'urine qui paraissaient avoir été rendues involontairement.

L'estomac et le liquide qu'il contenait, ainsi que la fiole trouvée dans la chambre du mort, ne furent soumis à l'analyse qu'au bout de douze jours, et n'offrirent plus la moindre odeur d'acide prussique, mais bien, quoiqu'à un très léger degré, celle de l'essence de limon; l'emploi des divers réactifs, tels que le sulfate de fer, l'argent et le bleu de Prusse restèrent sans résultat. Il n'y avait plus de traces de liquide dans la fiole.

L'auteur reprenant en détail l'historique de ce fait examine quelques-unes des questions qui s'y rattachent, et montre d'abord que la réalité de l'empoisonnement dans ce cas n'a été prouvée que par les circonstances accessoires, et non point par aucune preuve directe, puisqu'on n'a pu constater par l'analyse la présence de l'acide prussique dans les organes; ce qui dépend, du reste, du long intervalle qui s'est écoulé entre la mort et les opérations d'examen (douze jours). M. Taylor n'ayant pas connaissance que l'on ait constaté dans aucun cas la présence du poison plus de huit jours après la mort, bien que, même dans ces cas, l'odeur de l'acide persistât encore. Aussi établit-il les deux propositions suivantes comme exactes, malgré leur apparente contradiction. C'est que, dans quelques cas où les matières que l'on suppose avoir été en contact ou avoir contenu l'acide prussique portent encore l'odeur de cet acide, on ne peut cependant constater sa présence par les réactifs les plus sensibles, et que, dans des cas où l'odeur n'indique rien qui ait rapport à cet acide, on constate cependant sa présence par ces mêmes moyens. D'où la vérité de cette conclusion qu'on ne doit jamais s'en rapporter à l'odorat pour prononcer sur l'existence ou sur l'absence de cet acide.

Les symptômes de l'empoisonnement ont été nuls; il n'y avait pas eu le moindre cri, le corps était resté dans la position du repos. Le seul phénomène était l'évacuation des matières fécales et de l'urine qu'on observe assez souvent chez les animaux tués par cet acide.

Les lésions cadavériques n'ont pu également révéler la cause de la mort; car si l'on excepte la congestion veineuse et la couleur noire du sang qui se trouvent dans tant d'états divers, aucune lésion spéciale n'a été observée, sauf l'odeur de l'acide prussique fournie, au rapport de M. Creed, par toutes les parties du corps, ce qui indiquait que le poison avait, dans ce cas, été absorbé et avait pénétré dans toute l'économie.

Une circonstance encore importante de ce fait, c'est que la mort n'a pas eu lieu instantanément, comme on eût dû le présumer, d'après la dose qu'avait probablement prise le sujet (environ 12 grammes); car il avait eu le temps, après avoir avalé l'acide, de reboucher la fiole, de la mettre sur le fauteuil placé à la tête de son lit, et de remonter ses draps au dessus de ses épaules. On croit communément que l'acide prussique administré à haute dose tue immédiatement, et cette croyance est appuyée sur les expériences faites sur les animaux. Mais ces expériences prouvent précisément le contraire et démontrent que la même dose administrée à des animaux d'une égale force détermine la mort chez chacun d'eux avec des différences assez notables dans l'intervalle. Pourquoi n'en serait-il pas de même chez l'homme? C'est aussi ce que prouve M. Taylor par le récit de plusieurs cas de suicides constatés.

Il n'en est pas tout à fait de même des convulsions qui sont presque constantes avant la mort chez les animaux empoisonnés par l'acide prussique, tandis que, chez l'homme, ces dernières seraient rares. Au fait consigné ci-dessus, où il paraît qu'il n'a pu y avoir de convulsions, il en ajoute plusieurs autres, et, parmi eux surtout, un cas de double suicide, recueilli par le docteur Latheby, qui trouva les deux morts dans une attitude calme, comme s'ils eussent dormi, et sans aucun indice de lutte ni de convulsions. Cependant, M. Taylor ne se dissimule pas qu'il peut y avoir en chez ces empoisonnés quelques convulsions légères qui n'auront dérangé ni les membres, ni même les couvertures du lit. L'auteur cite brièvement une foule de faits qui éclairent ces discussions et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, et, revenant à la disparition de l'odeur, qui a lieu plus ou moins rapidement, il étudie les causes de ce phénomène; il indique surtout la longue durée de l'exposition à l'air ou à un courant d'eau, la faiblesse de la dose, l'absorption de l'acide, surtout dans les cas où le sujet survit, le degré de dilatation, et enfin la présence d'autres odeurs qui empêchent de reconnaître celle de l'acide. Le mémoire est terminé par quelques détails sur les réactifs chimiques propres à déceler la présence de l'acide prussique, et qui sont le nitrate d'argent et les oxides mêlés de fer, et sur la manière de les employer.

RECHERCHES SUR QUELQUES-UNES DES VARIÉTÉS DE LA MORT SUBITE PRODUITE PAR UN ÉTAT MORBIDE RECUEILLIES DANS LA MAISON DE TRAVAIL DE MANCHESTER; par M. FRANCIS.

Sur près de 1000 habitans de cette maison de travail qui sont morts dans l'espace de deux ans et demi et qui tous ont passé sous les yeux de l'auteur, 19 ont succombé à ce qu'on appelle une mort subite, c'est-à-dire dans l'espace d'un quart d'heure après l'apparition des premiers symptômes. Cependant il est quelques points qui méritent d'être signalés et sur lesquels nous allons appeler l'attention du lecteur.

Ces observations sont disposées par groupes dont le premier comprend les cas dont la cause était dans le cerveau ou la moelle allongée et parmi lesquels nous ne citerons que l'histoire d'un tonnelier qui, après déjeuner, au moment où il se préparait à reprendre son travail, se plaignit tout à coup de mal de tête, tomba immédiatement sans connaissance et mourut dans l'espace de trois minutes; la face pâle et livide, les pupilles de la largeur ordinaire, sans convulsions ni écume à la bouche. A l'autopsie, on trouva la substance du cerveau à l'état normal; sans épanchement de sérosité ni de sang, mais avec une telle distension des sinus, des artères et des veines par un sang noir et fluide qu'il s'en écoula une grande quantité de tous les points à la fois aussitôt qu'on y porta l'instrument tranchant. Les appendices vermiformes inférieurs étaient très volumineux et très prolongés au point même qu'ils descendaient assez bas dans le canal spinal où ils contribuaient probablement à comprimer la moelle allongée. L'auteur voit dans ce cas un exemple de l'apoplexie sans épanchement ou de simple *coup de sang* et sous ce point de vue adopte l'opinion générale. Cependant quand on considère le grand nombre de cas où après la mort arrivée sous les formes les plus diverses, tous les vaisseaux sanguins de l'encéphale et de ses membranes offrent, non pas au moment de la mort, mais à celui de l'autopsie, c'est-à-dire de 15 à 40 heures après la mort, un état de turgescence extrêmement prononcé; et, d'un autre côté, le chiffre élevé des observations où, la mort ayant été précédée de tous les symptômes de l'état apoplectique, on ne trouve à l'autopsie aucun signe de congestion cérébrale, quelquefois même l'encéphale tout à fait exsangue, il est permis de douter de l'exactitude du diagnostic dans ce cas et dans ceux qui lui ressemblent; car il est loin d'être démontré que l'état congestionné ou anémique dans lequel on trouve le cerveau de 19 à 40 heures après la mort soit identiquement le même que celui dans lequel se trouvait cet organe au moment même de la mort. Ce qui se passe dans la circulation pendant les premières heures qui suivent la mort, au moment où l'influence des lois vitales disparaît graduellement, n'est pas assez connu pour qu'on doive adopter comme démontrée une opinion qui amène à des résultats aussi contradictoires.

Dans les trois groupes qu'il admet, l'auteur s'attache à trouver dans les lésions anatomiques les causes immédiates de la mort et dont l'explication puisse être donnée par les principes de la mécanique; ainsi, dans le premier, il range les cas où le premier obstacle est dans la respiration suspendue par la paralysie des nerfs respiratoires que peut causer une pression sur la moelle allongée. Dans le second, il place l'accumulation et le retard du sang dans le cœur droit et dans les poumons par des causes existant dans ces mêmes organes, comme dans l'asphyxie. Enfin le troisième groupe contient les cas où l'inhabileté du cœur gauche à projeter une quantité suffisante de sang vers le cerveau amène ainsi la syncope. Nous ne le suivrons pas dans le développement de ces différentes propositions qui peuvent être et sont le plus souvent exactes, mais qui n'apportent rien de nouveau à la science.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 JUILLET.

Cette séance a été consacrée à des sujets entièrement étrangers aux sciences médicales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— M. le préfet de police invite l'Académie à nommer une commission chargée d'examiner la question de savoir si les sangsues qui ont été appliquées sur des malades atteints d'affections contagieuses et transmissibles, préalablement dégorgées, sont dangereuses.

Cette demande est renvoyée à l'examen d'une commission.

— M. THÉOP. ROUSSEL écrit pour revendiquer la priorité du diagnostic de la pellagre à Paris, inexactement attribuée à une autre personne.

— L'Académie procède au scrutin pour la nomination des trois membres associés étrangers qui restent encore à nommer pour compléter la liste de huit.

ANATOMIE CLASTIQUE.

M. RENAULT lit en son nom et celui de MM. Duméril, Blandin, Girard, Barthélemy et Bouley jeune, un rapport sur le modèle de cheval exécuté par M. Auzoux d'après les procédés de l'anatomie clastique.

Tout a été dit dans cette enceinte, dit M. le rapporteur, sur la nature, le but et l'utilité de l'anatomie clastique. Je n'ai donc point à répéter les éloges et les observations générales dont elle a été l'objet lors des divers rapports qui vous ont été lus; j'arrive de suite à l'appréciation particulière de l'œuvre nouvelle mise sous vos yeux par M. Auzoux et je m'empresse de dire que si, dans l'exécution de cette difficile entreprise, il n'a pas atteint tout d'abord le degré de perfection auquel il est arrivé dans ses précédentes compositions, il en est arrivé assez près pour que la commission n'hésite pas à recommander d'une manière toute spéciale à votre attention et à vos suffrages ce premier essai d'application a un grand mammifère des ingénieux moyens de l'anatomie clastique.

Le modèle dont il s'agit est celui d'un très petit cheval: il a 1 mètre 16 centimètres de hauteur, sa longueur est régulièrement proportionnelle: son attitude est celle du repos forcé. Il est représenté dépouillé de son enveloppe cutanée: mais les muscles peaussiers ont été conservés, et lorsque ceux-ci sont enlevés, son aspect général est celui d'un écorché sur toute la périphérie duquel sont accusés avec leur saillie, leurs rapports, et leur teinte admirablement conservée, tous les muscles superficiels du corps.

Sur le modèle de M. Auzoux, l'une des moitiés latérales, celle de droite, ne forme qu'une seule masse sur laquelle se dessine l'écorché de ce côté avec muscles, aponévroses, vaisseaux, nerfs, et parties osseuses superficielles: sur l'autre représentant aussi à sa surface la seconde moitié de l'écorché, chacun de ces muscles peut être successivement détaché, et enlevé jusqu'au dernier, de manière à montrer, avec une étonnante exactitude, leur forme particulière, leurs rapports de juxtaposition et de superposition, les vaisseaux ou les nerfs qui les croisent ou les pénètrent, leurs attaches aux différentes parties du squelette; — Et quand tous ces muscles, petits et gros, ont été ainsi enlevés un à un, on peut

voir non moins distinctement les ligamens divers des articulations, les cartilages de prolongement de certains os, et, notamment, les toiles ou cordes épaisses de ce tissu fibreux jaune, si rare et si peu développé dans l'homme, si abondant dans les grands herbivores, ici interposé entre les muscles cervicaux droits et gauches, partout des vertèbres dorsales, s'attachant à l'occiput, et soutenant la tête par sa grande force de résistance, en même temps qu'il lui permet les mouvemens les plus étendus par sa remarquable élasticité : là formant une large couche sous les muscles des parois inférieures du ventre, où il supporte le poids énorme des viscères abdominaux, tout en se prêtant, par son expansibilité, à la dilatation quelquefois fort considérable que prennent momentanément l'estomac et les intestins, même dans l'état physiologique, circonstance d'organisation qui n'est pas sans intérêt dans l'étude de l'anatomie comparée, et que, pour cette raison, il faut savoir gré à M. Auzoux d'avoir indiquée et si bien reproduite.

La représentation qu'a faite M. Auzoux, de l'ongle du cheval et des organes d'élasticité et de sécrétion qu'il renferme, si elle ne répond pas tout à fait aux exigences des vétérinaires, suffit du moins pour donner une idée assez exacte et précise de la structure aux personnes qui se borneraient à l'étude générale de l'anatomie comparée.

A quelques modifications près, faciles à opérer dans la direction, la grosseur et la position relative de certaines artères ou veines principales et de quelques branches nerveuses, l'angéiologie et la névrologie ont été exactement reproduites.

Disons pourtant que la représentation des centres nerveux eût été rendue plus complète, si, en découvrant toute la longueur de la moelle épinière, comme il a découvert le cerveau, M. Auzoux eût ainsi permis de les comparer l'une à l'autre et de constater ce fait si digne d'attention, que, tandis que dans l'homme la masse du système nerveux encéphalique est relativement bien plus considérable que celle du cordon spinal, dans les herbivores, le cheval surtout, c'est au contraire ce dernier dont le développement est de beaucoup supérieur à celui du cerveau. On comprend tout ce que la mise en évidence de différences anatomiques d'une importance aussi fondamentale ajouterait à l'intérêt que présente déjà la pièce dont j'ai l'honneur d'entretenir l'Académie.

Ce qui ajoute à la valeur scientifique et au mérite d'exécution de la partie de l'œuvre que nous cherchons à analyser, c'est qu'après avoir pu embrasser d'un seul coup-d'œil, suspendus, groupés et maintenus dans leur place tous les importans viscères que contiennent le thorax et l'abdomen, on peut les détacher un à un, comme on fait des muscles, pour en examiner et connaître la configuration particulière ; on peut même, au moyen de coupes qui ont été pratiquées exprès, pénétrer dans l'intérieur de quelques-uns d'entre eux et étudier les circonstances d'organisation plus spécialement intéressantes qui les distinguent. C'est ainsi qu'une coupe de ce genre et une préparation bien faite de l'estomac permettent de reconnaître les deux aspects si différens que présente la muqueuse du ventricule, suivant qu'on l'examine dans les sacs droit et gauche ; c'est ainsi qu'en voyant le mode d'insertion de l'œsophage presqu'au milieu de la petite courbure de ce même viscère, la disposition et l'épaisseur considérable de la membrane charnue gastrique autour de cette insertion, on comprend comment la contraction de cette membrane, loin d'être une des causes principales ou seulement une des puissances auxiliaires du vomissement, est au contraire un obstacle insurmontable à son accomplissement.

Des préparations analogues ont été faites pour le cœur, dont elles font bien voir les cavités ; pour les poumons, de la structure desquels elles donnent une idée très heureuse.

M. le rapporteur exprime le regret que M. Auzoux n'ait pas pratiqué de pareilles coupes sur quelques autres organes dont les distributions intérieures et la texture profonde, sans présenter peut-être une aussi grande importance, n'en sont pas moins fort curieuses à bien voir.

Après avoir signalé encore quelques détails importans, et indiqué quelques lacunes qu'il croit de nature à pouvoir être réparées, M. le rapporteur termine en ces termes :

Quant à préciser le degré d'importance que doivent avoir ces préparations dans l'étude de l'anatomie du cheval, il est évident, comme l'ont dit les divers rapporteurs qui vous ont entretenus de l'anatomie clastique, qu'elles ne sauraient, dans aucun cas, tenir lieu et dispenser les élèves des dissections. Mais, dans l'enseignement vétérinaire, il est une foule de circonstances où il est utile de rappeler aux élèves certains faits, certaines dispositions anatomiques qu'il n'est pas toujours possible de démontrer sur des cadavres qu'on ne saurait avoir à chaque instant sous la main convenablement préparés ; mais il est un grand nombre de personnes qui se livrent à la production ou à l'éducation du cheval, des éleveurs, des officiers de cavalerie et des employés dans les haras, qui n'ont besoin que d'avoir des idées générales de son organisation, et à qui il serait bien difficile, soit de se procurer des animaux morts, soit, et surtout, de pouvoir disséquer ; il en est même parmi elles à qui ce genre d'étude répugne singulièrement ; enfin, il est des hommes dont la vaste intelligence, dont l'esprit élevé et philosophique aime à faire surgir de grandes idées de l'examen comparatif de l'organisation animale étudiée sur toute l'échelle des êtres, et qui, s'il est vrai qu'ils n'en doivent pas trouver le fondement dans les enseignemens que peut leur fournir la vue de pièces d'anatomie artificielle, peuvent du moins y trouver la raison première d'investigations qui, plus tard, les conduiront à d'importantes vérités. Qui donc hésiterait à reconnaître l'incontestable utilité de l'anatomie clastique du cheval dans ces diverses circonstances ?

En conséquence, votre commission vous propose :

1° D'adresser de nouveaux remercîmens à M. Auzoux pour cette nouvelle et intéressante communication.

2° De l'inviter d'une manière très pressante à persévérer dans l'excellente direction qu'il vient d'ouvrir à ses travaux.

3° D'appeler sur ces préparations l'attention du gouvernement, en l'invitant à les répandre dans tous les établissemens où l'on s'occupe de l'étude du cheval.

4° De le maintenir honorablement sur vos registres de candidature pour les premières élections à faire dans la section d'anatomie.

MM. Nacquart et Bouvier demandent la suppression de la dernière conclusion, comme contraire aux habitudes académiques.

Cette suppression est consentie par M. le rapporteur.

Les conclusions du rapport, moins la dernière, sont mises aux voix et adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Renauldin : M. Gaultier de Claubry a dit que la fièvre typhoïde et le typhus n'étaient point susceptibles de récidive. Cette opinion me paraît un peu trop absolue ; je crois, au contraire, qu'elles sont, dans quelques cas, susceptibles de récidive. J'en ai vu plusieurs exemples dans les armées à l'époque où régnait le typhus ; j'ai vu douze ou quinze malades atteints deux fois sous mes yeux du typhus, mais je n'en ai jamais vu aucun l'avoir trois fois. Je ferai remarquer toutefois que ces cas de récidive ne s'observent guère que dans les grandes épidémies.

M. Gaultier de Claubry : J'ai posé en principe que la fièvre typhoïde, comme le typhus, n'étaient point, en général, susceptibles de récidive ; mais je n'ai pas prétendu dire que cette récidive fût absolument impossible. Je suis d'autant plus éloigné de professer une opinion aussi exclusive, que j'ai vu plusieurs cas de récidive du typhus, et que j'en ai été atteint moi-même deux fois. J'ai voulu dire seulement que ces récidives n'étaient qu'exceptionnelles, que dans la généralité des faits on ne les observait point. Quant à ce qui est de la fièvre typhoïde, M. Chomel dit qu'il n'a point vu d'exemple de récidive ; il écrit du moins que s'il en existe ils doivent être très rares. Je crois que c'est aussi l'opinion de M. Louis.

M. Collineau monte à la tribune et lit un discours dont nous n'entendons à peine que quelques mots. Nous avons cru comprendre qu'il s'élevait également contre les deux propositions absolues qui ont été émises de part et d'autre sur l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus. Il a cherché à juger cette question en prenant pour base les rapports adressés à l'Académie sur les épidémies soit de typhus, soit de fièvre typhoïde, qui ont régné en France à diverses époques, et en parlant en quelque sorte au nom de l'opinion la plus commune des médecins. Cette opinion lui paraît favorable au maintien de la distinction qui a été établie entre ces deux affections. Si la fièvre typhoïde et le typhus, dit-il, étaient identiques, ce qui voudrait dire qu'il n'y a entre ces deux maladies aucune différence de degré ni de nuances, il faut effacer une de ces dénominations et n'en conserver qu'une qui devra leur être commune. La conservation des deux dénominations consacre en quelque sorte par elle seule des différences entre ces deux maladies.

Quant à la question de communication, nous croyons entendre que M. Collineau considère les faits de communication de la fièvre typhoïde comme réels, mais qu'il attribue cette communication à l'infection plutôt qu'à la contagion.

M. Castel : Un de nos collègues a mis en présence deux ennemis irréconciliables, le *distinguo*, vieux potentat qui a régné dans les anciennes écoles avec tout l'arsenal de l'ergoterie, et l'absolu, despote sans frein. M. Rochoux a pris parti tantôt pour l'un, tantôt pour l'autre ; dans la séance du 1er, il a fait valoir les avantages des distinctions introduites dans la science ; dans la séance qui a suivi, il a proclamé la domination de l'absolu. A cette occasion, il a fait un appel à ses fidèles atômes, à la constance, à l'indépendance de leurs combinaisons. *Tout est absolu* ; notre collègue a-t-il voulu dire que les mêmes agens produisent les mêmes phénomènes ? que les corps ont des propriétés et des attributs ? Vérités triviales que personne ne conteste ! J'oserai même ajouter qu'il n'y a jamais d'anarchie dans la nature ; mais l'uniformité dans les produits, les rapports entre les effets et les causes ne suffisent point pour constituer l'absolu. L'essence de l'absolu, si on le considère comme une cause primordiale, consiste dans une puissance invariable, qui n'a besoin ni de circonstances accessoires, ni de moyens auxiliaires, qui n'admet ni des modifications, ni des nuances, ni des degrés. Où la trouverons-nous ? dans le monde physique ? le fluide électrique possède un immense pouvoir : s'exerce-t-il également quand l'atmosphère est humide et quand elle a beaucoup de densité ?

Si tout est absolu dans l'économie animale, d'où vient que lorsqu'un sens s'éteint les autres font leur profit de la portion de sensibilité qui lui était dévolue ! Est-ce dans l'ordre moral que nous trouverons l'absolu ?.... *ainsi que la vertu, le crime a ses degrés....* Dans l'hypothèse de l'absolu, à quoi servirait l'éducation ? toutefois, s'il existait, ce ne serait que dans l'état normal ; il ne faudrait point le chercher dans les anomalies. Or c'est dans une question de pathologie que la prescription de l'absolu a été proposée. Les considérations qui, dans l'étiologie, la séméiotique, la thérapeutique, se rapportent à l'âge, au sexe, au tempérament, aux prédispositions, aux éventualités, ne sont-elles point une exclusion de l'absolu ? — J'arrive à un sujet plus sérieux.

Il y a quelque chose de physiologique dans la perplexité que les praticiens les plus exercés éprouvent, lorsqu'ils voient une fièvre, sans phlegmasie manifeste, persister au delà du deuxième jour. Ils ont acquis la certitude qu'une réaction de quelques heures n'a pas suffi pour dompter un agent délétère, et que la lutte qui a commencé n'admettra aucune trêve avant son dénouement. Dans les intervalles qui séparent les accès d'une fièvre intermittente, l'organisme répare ses forces. Si les fonctions ne sont pas revenues à leur état normal, elles ont du moins recouvré une partie de leur équilibre, à la suite d'un surcroît d'activité dans les sécrétions et les excrétions. Si l'issue de chaque accès n'est qu'une victoire passagère et incomplète, il prépare une guérison spontanée où il rend plus

facile et plus fructueuse l'intervention de la médecine. Il en est autrement dans une fièvre continue; la réaction est moins vive et ses résultats se font attendre davantage; ce n'est pas seulement à l'inertie ou au peu d'énergie de la réaction que doit être attribuée la lenteur avec laquelle les fièvres continues parcourent leurs périodes. Cette lenteur vient principalement du ferment fébrile, qui a plus de vénénosité, qui est plus oppresseur (pardonnez-moi ces expressions) dans la continue que dans l'intermittente. Je ne dirai point avec *Torti* que dans la première il est devenu un des élémens du sang, tandis que dans l'autre il n'y a pas pénétré, distinction à mon avis fort subtile; mais il est plus difficile à expulser et cette expulsion exige plus de travail, des moyens plus compliqués. En effet, si les exanthèmes, les abcès, ne sont pas exclusivement propres aux continues, ils interviennent dans ces fièvres plus souvent que dans les intermittentes. Ils sont aussi une excrétion qui porte au-dehors la matière morbifique. Aussi les fièvres accompagnées d'exanthèmes sont-elles plus transmissibles que les fièvres qui en sont exemptes. Il ne suit point de là que celles-ci ne se communiquent jamais; cette induction renfermerait deux hypothèses : la première, que les émanations qui se font par la peau sont les seules qui, d'un corps malade puissent passer dans un corps qui ne l'était point; la deuxième que, lorsque dans une fièvre il existe un principe contagieux, il ne reste jamais *intrà-muros*.

Dans le dessein de prouver que la contagion est inhérente à certaines fièvres, et contrairement à l'opinion que j'avais émise sur son existence, toujours relative, jamais absolue, soit dans le typhus, soit dans les autres fièvres, un de nos collègues a cité la contagion de la variole; ce rapprochement est fort hétéroclite. Poussé à des conséquences extrêmes, il placerait sur la même ligne toute inflammation aiguë et toute affection fébrile, la pneumonie, par exemple, et les fièvres dites essentielles. La variole a pris place entre les maladies virulentes, avant de trouver place dans le cadre des fièvres. La fièvre qui la précède cesse ou se modifie, dès que l'éruption est accomplie. L'éruption reste contagieuse, après la cessation ou pendant l'interruption de la pyrexie. L'élément contagieux est donc dans le virus. Plusieurs affections cutanées, exemptes de fièvre, sont éminemment contagieuses. Ce n'est point en considérant la variole comme une maladie fébrile qu'on découvrira comment elle est contagieuse; pour reconnaître des analogies et des contrastes, il faut la considérer comme maladie éruptive. Si les fièvres, même celles qui sont accompagnées d'une éruption, sont moins contagieuses que la variole, on doit l'attribuer : 1° à ce que l'infection variolique rencontre une prédisposition constitutionnelle; 2° à ce que tous les exanthèmes n'ont pas le même degré de malignité (1); toutefois, ils attestent la présence d'un ferment septique, qui s'est développé dans le corps ou qui s'y est introduit. Qu'il soit issu d'un marais ou d'une prison, qu'il soit le produit d'une mauvaise alimentation, toujours est-il qu'une altération du principe excitateur en sera la conséquence immédiate.

C'est par un surcroît de septicité dans ce ferment que le typhus est, non exclusivement, mais plus contagieux que les autres genres de fièvre. Il existe entre tous une étroite connexité sous le rapport des causes et des phénomènes; sous le rapport des causes, la plus commune de toutes est la diminution de la contractilité; elle est le prélude de toutes les fièvres qui ne dépendent point d'une phlegmasie locale et circonscrite. Sous le rapport des phénomènes, tels que la chaleur, la céphalée, l'accélération du mouvement du sang, est-il besoin de faire remarquer que les diverses fièvres diffèrent d'autant moins entre elles, quant aux symptômes et quant aux lésions que l'autopsie révèle, qu'elles sont plus redoutables? Et, par exemple, entre les fièvres qui ont de la malignité, serait-il possible d'en désigner une dans laquelle ne se rencontrent jamais ni proéminence dans les follicules muqueux, ni taches rouges dans le canal intestinal, ni engorgement des glandes mésentériques? Je cherche vainement des caractères tranchés qui séparent le typhus de la prétendue typhoïde. Admettre dans l'un un principe contagieux et le contester à l'autre, c'est oublier que ces deux fièvres ne diffèrent que sous le rapport du degré d'altération dans les liqueurs animales et du plus ou moins d'intensité dans les phénomènes. Hildenbrandt a dit du typhus que, dans sa première période, il laissait voir les symptômes d'une fièvre bilieuse. On est autorisé à le dire aussi de la typhoïde; on est autorisé à le dire des autres fièvres. Dans presque toutes, la sécrétion de la bile est troublée la première. Pourquoi? Parce que les fonctions du foie s'exécutent plus difficilement que celles de la plupart des autres viscères. L'influence de l'atonie est plus prompte sur le foie; aussi ses maladies sont plus fréquentes dans les climats chauds. Dans toutes les fièvres, des symptômes gastriques se manifestent. Pourquoi? Parce que la diminution de la tonicité exerce beaucoup d'influence sur l'absorption. Les viscères possèdent moins de contractilité que les muscles. En appréciant cette différence, on concevra comment, dans une maladie, le danger est d'autant plus grand que le système musculaire est frappé d'impuissance. Voyez combien il est facile de rendre raison même des phénomènes pathologiques; elle n'exige qu'une condition : comprendre l'organisme.

En résumé la contagion est subordonnée à la nature des émanations qui sortent d'un corps malade. Le genre de fièvre étant le même, les émanations varient selon le lieu, la saison, le climat, et aussi selon la période à laquelle la fièvre est arrivée. L'influence des émanations sera plus ou moins active, selon l'âge, l'idiosyncrasie et les dispositions de l'individu qui les reçoit; d'où il suit :

1° Qu'une fièvre qui n'est pas contagieuse aujourd'hui pourra devenir contagieuse demain;

2° Que, dans le cours d'une fièvre, l'élément contagieux peut naître, se développer spontanément dans le corps du malade;

3° Qu'il peut être communiqué à une partie des assistans, les autres restant sains et saufs.

La contagion suppose toujours l'infection, tandis que l'infection n'est pas toujours suivie de contagion. C'est des fièvres seulement, et non des maladies en général, que j'ai osé dire : il n'en est aucune qui soit toujours contagieuse; il n'en est aucune qui ne le soit jamais.

M. Rochoux : Quant à la fièvre typhoïde, j'ai dit tout ce que j'en savais, et j'ai vidé mon sac. M. Gerdy ayant parlé de la contagion et de l'infection, il me faudrait revenir sur cette question; mais la discussion trouvera tout naturellement sa place lors du rapport sur la peste. Je me bornerai à parler de quelques petits accidens, qui ont quelques rapports avec la discussion actuelle.

D'abord, M. Dubois (d'Amiens), lui, troisième, m'accuse d'avoir jugé trop sévèrement les ouvrages sur l'anatomie pathologique des fièvres publiés avant 1804. Eh bien! je défie M. Dubois de me citer le titre d'un seul livre sur ce sujet antérieur au travail de Prost, et j'annonce à l'avance qu'il ne réussira pas mieux sur ce point que n'ont fait MM. Ferrus et Mérat. Notre collègue, oubliant ce précepte de la logique d'Aristote, savoir : que de deux propositions contradictoires l'une est nécessairement vraie, l'autre nécessairement fausse, a également condamné les opinions de M. Gaultier de Claubry et les miennes. On peut donc hardiment conclure que notre savant secrétaire a condamné une opinion vraie, soit celle de M. Gaultier, soit la mienne.

Ce que M. Louis m'accuse d'avoir dit de M. Bretonneau ne se trouve pas dans nos comptes-rendus; sa critique est donc sans objet.

M. Castel m'accuse de ne vouloir que l'absolu; ce n'est pas ma faute, mais celle du bon sens et de la bonne philosophie. Cette philosophie est celle d'Epicure, qui repose sur un seul principe, aussi clair que possible : l'atome est pourvu d'activité.

M. Mérat fait remarquer que c'est la première fois que M. Rochoux parle d'ouvrages antérieurs à 1804. Il avait parlé de ce qui se passait dans les diverses cliniques, et c'est sur ce point seulement qu'on lui a répondu.

M. Gaultier de Claubry : Je n'ai rencontré jusqu'à présent d'adversaire sérieux à mes opinions que dans M. Rochoux, car à part lui toutes les personnes qui ont pris part à cette discussion se sont en général très peu écartées de ma manière de voir; je n'aurai donc à répondre qu'à M. Rochoux. Notre collègue a établi une distinction fondée sur les caractères du délire qui seraient différens, suivant lui, dans le typhus et dans la fièvre typhoïde; sur les caractères de l'exanthème, sur la durée des deux maladies, et enfin sur l'anatomie pathologique. A l'égard du délire on ne trouve rien dans les auteurs qui puisse servir de base à une opinion, car soit dans les dictionnaires, les compendium ou les traités généraux, ils se copient tous les uns les autres. J'ai dû en conséquence me borner à consulter les ouvrages cliniques, où j'ai trouvé, en faisant le relevé des observations consignées dans l'ouvrage de M. Chomel, que rien n'était moins constant que les caractères du délire dans la fièvre typhoïde. Chez un certain nombre de malades la typhomanie ne consiste qu'en un délire tranquille, en rêvasseries, tandis que chez d'autres on a constaté un délire agité, bruyant, avec efforts pour sortir du lit. J'ai consulté l'ouvrage de M. Louis, et j'ai constaté les mêmes observations. Il en résulte donc qu'on ne peut pas assigner un genre de délire particulier à la fièvre typhoïde, et qu'on ne peut par conséquent baser sur ses caractères une distinction avec le délire du typhus.

Relativement à l'éruption, les auteurs confondent souvent les taches rosées avec les pétéchies, ce qui a dû contribuer à induire M. Rochoux en erreur dans la distinction qu'il a voulu établir entre ces deux éruptions. Il est de fait que les éruptions rosées existent dans le typhus comme dans la fièvre typhoïde, et que celle-ci présente souvent aussi des pétéchies comme le typhus. Dans la fièvre typhoïde il peut y avoir d'ailleurs une éruption très abondante sans que cette éruption soit en rapport avec la gravité de la maladie, elle ne constitue pas par conséquent un caractère essentiel de la maladie. Je me suis rendu tout récemment sur l'invitation de M. Rostan à l'Hôtel-Dieu où ce professeur m'a fait voir un malade typhoïde couvert d'une éruption des plus abondantes, bien que sa maladie fût des plus légères. J'ai consulté encore l'ouvrage de M. Chomel, et il résulte pour moi, du relevé qu'il a fait des taches, de leur fréquence, de leur époque d'apparition, etc., qu'elles ne diffèrent en rien des taches du typhus.

Quant aux lésions anatomiques, je reconnais avec M. Rochoux qu'on examinait peu ou pas les cadavres sous ce rapport en 1811. Mais il a été fait depuis des recherches qui ne laissent rien à désirer à cet égard, et je rappellerai l'opinion de M. Cruveilhier, que j'ai déjà cité, et qui affirme avoir ouvert de 1810 à 1814 un grand nombre de sujets morts de typhus et avoir constaté des lésions parfaitement identiques à celles qui ont été décrites depuis comme constituant les caractères anatomiques de la fièvre typhoïde. Je ne vois pas dès-lors, puisque les altérations sont les mêmes, que les symptômes et la marche de la maladie sont les mêmes, qu'on puisse sérieusement contester l'identité de ces deux affections.

Je ne reviendrai pas sur la question de contagion, à l'égard de laquelle je conserve les mêmes convictions; je ne pourrais que répéter ce que j'en ai déjà dit.

M. Husson vivement : Je ne peux pas admettre la dernière proposition de M. Gaultier de Claubry. La contagion de la fièvre typhoïde n'est qu'un fait tout à fait exceptionnel. On ne peut pas émettre en principe que cette maladie soit contagieuse. J'attends pour l'admettre que M. Gaultier de Claubry vienne me démontrer l'existence de la contagion dans mes salles.

M. Desportes ne croit pas non plus à la contagion de la fièvre typhoïde. Cette question est d'ailleurs une des plus difficiles à résoudre à raison des influences atmosphériques dont il faut tenir compte et qui, agissant sur les personnes placées dans les mêmes conditions doivent produire des états morbides analogues, sans qu'on doive en accuser la contagion. Il cite un exemple d'une famille dont tous les membres tombèrent successivement malades sous l'influence d'une constitution médicale particulière; l'un eut une fièvre typhoïde, un autre une fièvre muqueuse, etc., et tous avec la fièvre. Il est évident qu'il ne pouvait y avoir contagion dans ce cas. Tous les faits qu'a cités M. Gaultier de Claubry

(1) *Diversus autem in his petechiis malignitatis gradus observatur....* Van Swieten.

en faveur de la contagion sont, à mon avis, du même genre. Je ne vois dans ces faits, comme dans ceux dont a parlé M. Bricheteau dans son rapport, comme dans ceux de M. Louis, que des faits qui s'expliquent tout simplement par l'influence des choses environnantes.

Il est cinq heures, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance. Cette séance aura lieu le jeudi au lieu du mardi à cause des fêtes de juillet.

Avant de clore la séance, M. le président fait connaître le résultat du scrutin pour la nomination des membres associés étrangers. M. Marshall-Hall (de Londres) a obtenu 49 suffrages, M. Arendt (de Saint-Pétersbourg) 37. Il n'y a pas eu de majorité pour le troisième. En conséquence, MM. Marshall-Hall et Arendt sont proclamés membres associés étrangers de l'Académie. On procédera à un dernier scrutin, dans la séance prochaine, pour la nomination du huitième membre devant compléter la liste.

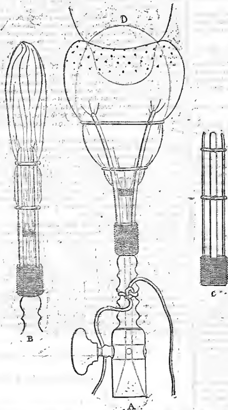
REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

UTÉROTHERME, NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE LA MATRICE; par C.-S. CLIET, D. M. P. Brochure in-8° de 24 pages.

L'utérotherme est un appareil propre à effectuer l'application locale continue des agens thérapeutiques sur le col de la matrice. Il consiste en une espèce de canule en ivoire, portant à une de ses extrémités (l'extrémité vaginale) une vessie (appendice cœcale) que l'on emplit à volonté de liquide; l'autre extrémité (l'extrémité libre) se termine par une ouverture libre, par laquelle on fait pénétrer l'injection; elle est munie d'un robinet pour s'opposer à la sortie du fluide injecté. Enfin, quatre tiges de baleine, réunies entre elles par deux fils de caoutchoux, entourent la vessie et exercent sur cette dernière une compression élastique. Pour favoriser l'écoulement continu du liquide contenu dans la vessie, on pratique au sommet de cette dernière, avec une forte aiguille, un certain nombre de trous, plus ou moins rapprochés, suivant la quantité de liquide qu'on veut faire écouler.

Pour rendre plus facile l'intelligence de cet ingénieux appareil, l'auteur en a mis la gravure à notre disposition.

UTÉROTHERME du docteur C.-S. CLIET (réduit d'un sixième).



A. Utérotherme chargé d'une injection.
B. Utérotherme vide.
C. Tiges de baleine.
D. Utérus en contact avec l'appareil.

L'application de l'utérotherme exige les précautions suivantes : on s'assure d'abord de la hauteur à laquelle est situé l'utérus dans les différentes positions prises par la femme. La longueur de l'instrument doit toujours, en effet, être établie de manière à ce qu'il y ait constamment un intervalle de un à deux centimètres environ entre le col de cet organe et l'extrémité libre des tiges de la baleine. Cette précaution prise, on renverse l'extrémité de la vessie sur les tiges de baleine, de manière à les coiffer; puis, après avoir mouillé l'instrument, on l'introduit dans le vagin avec les précautions convenables. L'appareil est maintenu en position au moyen de cordes élastiques, l'une antérieure et l'autre postérieure. L'utérotherme étant convenablement assujetti, on pousse l'injection avec assez de force pour remplir exactement la vessie; on s'oppose à la sortie du liquide en fermant la clef du robinet avant d'avoir retiré complètement le bec de la seringue. Les injections doivent être renouvelées à peu près de vingt en vingt minutes; ce temps varie, du reste, suivant le plus ou moins de consistance du liquide employé.

Pendant l'application de l'instrument, la femme doit être couchée sur le dos, le bassin étant plus élevé que le thorax. Mais bien que cette position soit la plus favorable à l'action de l'appareil, la malade peut néanmoins l'abandonner souvent et se coucher alternativement sur l'un et l'autre côté, en maintenant toutefois l'élévation du bassin. L'instrument ne cesse pas, en effet, de fonctionner dans le décubitus sur les côtés.

C'est, au surplus, à cette possibilité pour la femme de changer à volonté de position, et, au besoin, de se lever, de marcher, d'uriner, etc., etc., qu'il faut attribuer en partie le peu de fatigue qu'elle éprouve pendant les applications prolongées de l'appareil.

Le liquide injecté dans la vessie de l'utérotherme s'écoule très lentement par les acupunctures et se trouve ainsi mis en contact continu, sous forme de lubréfaction, avec le col de la matrice.

La durée de l'application de l'appareil peut être prolongée chaque fois pendant plusieurs heures et même pendant toute une nuit,

sans que jamais sa présence détermine chez la femme la moindre sensation douloureuse. Toutefois l'auteur fait remarquer que cette innocuité ne saurait nécessairement exister dans les cas d'inflammation aiguë de la muqueuse vaginale.

Ce fait important, qui constituerait au besoin à lui seul tout le mérite de l'utérotherme, s'explique facilement par linnocuité absolue des matières qui entrent dans sa composition.

Les agens thérapeutiques les plus divers, émolliens, résolutifs, astringens, toniques, narcotiques, antisyphilitiques, etc., peuvent, au moyen de l'utérotherme, être appliqués d'une manière continue et locale sur les surfaces malades du col de la matrice et du vagin.

Les émolliens (la guimauve, la graine de lin, etc.) ne doivent être employés ou du moins leur emploi ne doit être continué que dans les cas d'inflammation franche de la muqueuse utéro-vaginale. Leur contact continu avec cette membrane semble en effet plutôt favoriser que combattre les engorgemens du col de l'utérus.

Les agens thérapeutiques tirés du règne minéral, tels que les sulfates de zinc, d'alumine et de potasse, l'acétate de plomb, l'iode, le deutochlorure de mercure, etc., spécialement ce dernier, agissent avec une telle énergie lorsqu'ils sont mis en contact continu avec le col de la matrice, qu'on doit avoir le plus grand soin de ne jamais les employer au début d'un traitement par l'utérotherme qu'à des doses excessivement faibles.

La rapidité avec laquelle les préparations minérales sont absorbées dans leur contact continu avec l'utérus ne permet aucun doute sur les puissans effets curatifs que les médecins pourront obtenir de cette nouvelle médication dans une multitude de cas pathologiques.

Les toniques, tels que le kina, le ratanhia, etc., soit seuls, soit associés au besoin à la ciguë, à l'opium ou au datura stramonium, etc., ont réussi très fréquemment à l'auteur dans le traitement des engorgemens chroniques du col de la matrice. Sous l'influence de cette même médication, il affirme avoir vu plusieurs fois des granulations du col disparaître assez rapidement pour rendre l'emploi de la cautérisation tout à fait inutile.

L'application des narcotiques par l'utérotherme est encore un moyen très puissant pour calmer les douleurs du cancer utérin.

On comprend que l'utérotherme n'exclut rigoureusement aucun des moyens connus et mis en usage jusqu'à ce jour; au contraire, il en favorise et facilite singulièrement l'emploi.

Tel est le nouvel appareil dont M. Cliet vient d'enrichir la thérapentique des maladies de la matrice; nouveau n'est pent-être pas absolument le mot exact, car l'auteur avait déjà communiqué son instrument à l'Académie de médecine dès 1837. Les vicissitudes par lesquelles il a passé pour parvenir à se faire jour ne sont pas ce qu'il y a de moins curieux dans son histoire. L'auteur les raconte d'une manière fort spirituelle et fort plaisante. Nous en conseillons la lecture à ceux qui se croient obligés d'être ennuyeux pour se donner l'air d'être savans.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE; par M. LEBOUIDRE-DELALANDE. — Paris, chez Firmin Martin, éditeur, 20, rue de la Michodière.

Ce livre se distingue des autres traités de physiologie végétale par deux caractères particuliers. Le premier consiste en ce que la physiologie des plantes n'y est pas étudiée seulement au point de vue abstrait de la science, mais encore au point de vue tout pratique de l'agriculture. Ainsi, de longues considérations sont consacrées aux propriétés physiques et chimiques de la terre, à l'influence des engrais, à la classification des terrains, au degré d'humidité qui convient le mieux à la germination et à la nutrition des végétaux, aux travaux préparatoires que le sol doit subir pour devenir apte à produire de bonnes récoltes, etc. Le second caractère, le seul qui rentre dans le domaine de notre examen, réside dans une assimilation perpétuelle entre l'économie végétale et l'économie animale. Pour l'auteur, tout végétal, par cela seul qu'il vit, doit posséder, sous une forme quelconque, les principales propriétés et fonctions organiques de tous les êtres vivans, de l'homme comme des autres; et ces propriétés et ces fonctions, soumises à mille influences internes ou externes, sont susceptibles de perturbation, c'est-à-dire de maladie. Il y a donc une *physiologie normale* et une *physiologie pathologique* des végétaux. Conformément à ces principes généraux, M. Lebouidre étudie successivement, et toujours parallèlement à ce qui se passe chez les animaux, l'intussusception, la digestion ou élaboration, la circulation, l'absorption, l'exhalation; puis la veille et le sommeil des fleurs, la *feuillaison* et la *défeuillaison*, la floraison et la défloraison, et la germination; puis enfin la constitution des deux sexes, leur union et le produit de cette union. Voilà pour les fonctions proprement dites. Quant aux propriétés organiques, c'est le système de Bichat appliqué en partie au règne végétal. Les plantes sont douées d'*irritabilité* et de *contractilité*, et c'est cette contractilité organique insensible qui, faisant réagir toutes les parties végétales sur les liquides qui les traversent, préside à tous les phénomènes d'absorption, d'exhalation, de circulation, de nutrition. Ces propriétés peuvent être entravées, surexcitées, perverties dans leur action; de là des maladies, des monstruosités ou la mort. Enfin, pour suivre la comparaison jusqu'au bout, l'auteur étudie la plante successivement dans son enfance, dans son âge fait et dans sa vieillesse.

Il y a certes un aperçu ingénieux et vrai dans ce parallélisme établi, d'un bout à l'autre du domaine physiologique, entre le végétal et l'animal. On pourrait même dire qu'à ce point de vue la plante, avec son organisation compliquée, son appareil circulatoire, ses trachées, ses organes sexuels, son tissu cellulaire, etc., est plus près de l'homme que certains mollusques. Il y avait donc ici une belle et intéressante étude à entreprendre; mais, à la lecture des développemens auxquels se livre à ce sujet M. Lebouidre-Delalande, on regrette bien vite qu'à son titre d'*ancien pharmacien de Paris*, l'auteur ne joigne pas celui de docteur en médecine. Trop souvent, en effet, la légèreté bien excusable de son bagage anatomique et physiologique laisse son imagination sans contrepoids et lui permet de s'emporter hors des règles de la saine observation; de là des rapprochemens forcés ou tout à fait erronés. C'est, du reste, l'effet naturel d'un savoir peu approfondi de ne laisser voir entre les objets de comparaison que des analogies. De même qu'un regard superficiel croit souvent découvrir dans l'ombre, entre deux objets disparates, une certaine ressemblance qu'un regard plus attentif change bientôt en des dissemblances nombreuses; de même peu de science mène aux analogies, et beaucoup de science aux différences. Il serait injuste d'appliquer cette maxime dans toute sa rigueur à M. Delalande; mais il est impossible aussi de la lui épargner absolument. Nous ne voulons, pour le prouver, que citer le passage suivant, où l'auteur cherche à expliquer la *digestion* des plantes:

« C'est dans les feuilles que paraît s'opérer le grand travail des modifications parfaites de l'absorption et de la déperdition; car, en absorbant les gaz ou vapeurs atmosphériques, les feuilles *s'assimilent* d'abord ces substances et exercent une action puissante qui les altère et les décompose, pour les faire concourir à la *nutrition* du végétal; puis elles rejettent au dehors les principes inutiles à leur alimentation, tantôt sous la forme de gaz, *qui constitue la respiration*, tantôt sous la forme de vapeurs, qui est la *transpiration.....*, tantôt enfin sous la forme solide, qui constitue les *excrétions végétales*, dont la nature est très variée et qui fournissent les résines, la cire, etc. »

Il est inutile d'insister beaucoup pour faire ressortir la confusion que ce passage révèle dans les notions physiologiques de l'auteur. On se fait difficilement idée d'une *digestion* dont les résidus *constituent* à la fois la *respiration*, la *transpiration* et les *excrétions*. Et quand on songe que cette singulière théorie a été faite tout exprès pour établir une analogie de plus entre le végétal et l'animal, on ne peut s'empêcher de faire remarquer combien la tentative a été malheureuse; car où est l'animal jouissant de fonctions digestives semblables?

Quoi qu'il en soit, nous l'avons dit, l'idée dominante du livre de M. Delalande mérite d'être approfondie. Non pas qu'elle n'ait encore pénétré dans la science; elle y a déjà laissé, au contraire, de curieuses et savantes applications; mais il est à penser qu'une investigation assidûment et spécialement poursuivie dans cette voie enrichirait promptement de nouvelles acquisitions la physiologie générale des êtres organisés.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

NOTE SUR L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE PUERPÉRALE QUI A RÉGNÉ A L'HÔTEL-DIEU, A L'HÔTEL-DIEU-ANNEXE ET A L'HÔPITAL ST-LOUIS, PENDANT LES ANNÉES 1843 ET 1844; par MM. Bidault et Arnoult, internes des hôpitaux, membres de la Société anatomique.

La fièvre puerpérale a fait depuis plusieurs années, dans les hôpitaux de Paris, de fréquentes invasions. Plusieurs de ces épidémies ont eu leur historien, et des travaux pleins d'intérêt ont été publiés à ce sujet. Mais ces maladies qui, presque chaque année, viennent dévaster nos grands centres d'accouchement avec un fonds commun et de nombreuses analogies, présentent presque toujours dans la forme quelque particularité importante et digne d'être signalée. Si nous venons après tant d'auteurs recommandables apporter ici notre tribut d'observation, c'est que nous sommes persuadés que pour la fièvre puerpérale comme pour toutes les maladies qui sévissent épidémiquement, ce n'est qu'en parcourant l'histoire de leurs diverses invasions et en les réunissant, en étudiant attentivement les formes variées qu'elles revêtent, en comparant les faits entre eux et en les coordonnant, que l'on parviendra à en tracer une histoire complète, à éclairer sa nature, et à soulever le voile qui couvre encore aujourd'hui son étiologie et sa thérapeutique.

Placés dans des circonstances favorables pour étudier la fièvre puerpérale dans différens hôpitaux et à des époques différentes, nous nous proposons de réunir, dans ce travail, les faits que nous avons observés, de les comparer entre eux et de les opposer à ceux que nous fournissent les relations déjà publiées.

L'excellente thèse de M. Moreau met sous nos yeux les particularités que présenta l'épidémie de la Maternité pendant les années 1842 et 1843; d'un autre côté, M. Bouchut, dans un travail publié dans la Gazette Médicale (fév. 1844), trace le tableau varié des *accidens puerpéraux secondaires* qu'il observa à l'hôpital Necker dans le service de M. le professeur Trousseau où venaient se rendre des malades sorties, peu après leurs couches, de la Maternité ou de la clinique où régnait l'épidémie, soit récemment accouchées chez elles : ces accidens qui se caractérisent par des localisations variées dans les annexes de l'utérus, les articulations, les glandes mammaires, les veines des membres, etc., constituent une des formes de la fièvre puerpérale, moins grave et plus rarement funeste que celle qui se développe dès les premiers jours de la délivrance dans les maisons d'accouchement et nous montrent une sorte de manifestation tardive de l'influence épidémique que l'on rencontre fréquemment dans les hôpitaux ordinaires chez des femmes placées pendant leur grossesse et leurs couches dans de mauvaises conditions hygiéniques. Les obser-

Feuilleton.

DÉPOSITION EN JUSTICE. — MÉDECINS. — SECRET. — CONSULTATION POUR LE POURVOI EN CASSATION DE M. LE DOCTEUR ST-PAIR, DE LA POINTE-A-PITRE (1)

Le Conseil soussigné, consulté par l'association des médecins de Paris sur le point de savoir si la prétention de M. le docteur Saint-Pair est conforme à la loi, et si, en conséquence, l'ordonnance de M. le juge d'instruction près le tribunal de la Pointe-à-Pître, qui le condamne à l'amende, doit encourir la censure de la Cour suprême; enfin si le pourvoi dirigé contre l'arrêt de la Cour d'assises de la Pointe-à-Pitre qui le dispense de déposer doit être ou non accueilli;

Vu les décisions et les pièces à l'appui;

Est d'avis des résolutions suivantes :

Il serait sans utilité d'exposer ici une théorie complète sur le secret médical, et de rechercher les diverses applications que peut renfermer en germe l'art. 378 du code pénal; il suffira, pour l'appréciation du cas spécial en ce moment soumis à la Cour, de rappeler quelques principes déjà consacrés par la Cour elle-même, et dont la violation, serait, à notre avis, une atteinte sérieuse portée à l'exercice de la profession médicale dans ce qu'elle a de plus noble et de plus rassurant pour l'honneur et la sécurité des familles.

Commençons d'abord par bien préciser le fait et par poser nettement la question qu'il soulève.

Un médecin est appelé auprès d'un malade; tout ce qu'il voit, tout ce qu'il entend, tout ce qu'il sait, il ne le voit, il ne l'entend, il ne le sait *qu'en sa qualité de médecin*, et *sous le sceau du secret*. Appelé plus tard devant la justice pour révéler ce qu'il a vu et entendu, quelle conduite ce médecin doit-il tenir? Déférera-t-il au vœu des magistrats qui l'interrogent? Devra-t-il, au contraire, ou pourra-t-il du moins refuser de répondre?

Disons sans hésitez que, pour le médecin placé dans cette position, le silence est à la fois un droit et un devoir. C'est ce que démontrent jusqu'au plus haut degré d'évidence la saine interprétation de la loi pénale et les documens nombreux fournis par la jurisprudence.

L'art. 378 du code pénal dispose en ces termes : « Les *médecins*, *chirur-*

(1) Nous avons publié, au commencement de cette année, tous les détails relatifs à l'affaire de M. le docteur St-Pair. L'association des médecins de Paris s'étant chargée de suivre le pourvoi de notre honorable confrère, a obtenu de ses conseils, MM. Orfila, président, Fouquier, Adelon, vice-présidens, Perdrix, secrétaire-général, Deville, secrétaire-annuel, Vosseur, trésorier, la consultation que nous reproduisons aujourd'hui, et qui a été adressée à la Cour de cassation.

vations qui font la base de ce travail se rapportent toutes aux accidens primitifs de la fièvre puerpérale épidémique. Prises dans des circonstances différentes, elles montreront les modifications que peuvent faire subir à la maladie le temps et la localité. Réunies aux faits signalés par MM. Moreau et Bouchut, elles compléteront l'histoire de la fièvre puerpérale telle qu'elle s'est présentée, à Paris, pendant les années 1842, 1843 et 1844.

Les trois épidémies dont nous avons été témoins régnèrent : la première, pendant les mois de janvier, février et mars 1843, dans le service de M. Guéneau de Mussy à l'Hôtel-Dieu (1); la seconde, en novembre et décembre de la même année, dans le service provisoire d'accouchement établi à l'Hôtel-Dieu-Annexe, confié à M. le docteur Tessier (2); la troisième, dans les mois de septembre, octobre et novembre 1844, à l'hôpital Saint-Louis (3), dans le service de M. Boyer.

Si nous voulions décrire isolément chaque épidémie, nous serions exposés à tomber dans de fréquentes répétitions que nous tâcherons d'éviter en les embrassant dans une description générale, dans un tableau d'ensemble, tout en signalant, chemin faisant, les particularités de chacune d'elles.

Nous étudierons ensuite les altérations anatomiques que l'examen des cadavres nous a révélées.

Enfin, quelques considérations sur l'étiologie et sur le traitement termineront ce travail.

SYMPTÔMES ET MARCHE.

Dans la majorité des cas, les premiers accidens se sont manifestés du deuxième au troisième jour de l'accouchement, époque habituelle de la fièvre de lait; chez une malade, la fièvre éclata six heures seulement après la délivrance; quelques autres, au contraire, ne furent prises qu'au bout de quatre à cinq jours. Ordinairement un frisson général ou partiel ouvrait la scène. Variable dans son intensité et dans sa durée, nous l'avons vu sur une malade à l'Hôtel-Dieu persister plus de trois heures, et s'accompagner d'un violent claquement de dents. Généralement à l'Hôtel-Dieu le frisson initial offrit plus de durée et d'intensité que dans l'épidémie de l'hôpital Saint-Louis où souvent il ne fut qu'erratique et passager. A l'Hôtel-Dieu-Annexe, nous l'avons parfois vu manquer : toutes les fois qu'il se manifesta, il fut toujours accompagné d'un état d'angoisse extrême, et suivi d'une chaleur réactionnelle qui s'établissait quelquefois difficilement, et que l'on favorisait à l'aide d'alèses chaudes et de sinapisations répétées.

Si le frisson manquait, la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, l'agitation et l'anxiété, une douleur abdominale plus ou moins vive, annonçaient l'invasion de la maladie, invasion quelquefois insidieuse et difficile à constater.

Dans tous les cas, le pouls acquit, dès le début, une fréquence très grande; fort et large, lorsque la réaction s'établissait franchement, il restait, au contraire, petit et dépressible lorsque les malades ne se relevaient que difficilement du frisson initial. Dans l'un et l'autre cas, on comptait ordinairement de 110 à 120 pulsations. En même temps, il existait une céphalalgie d'autant plus vive que la forme inflammatoire était plus tranchée; dans toute cette première période, la face était ordinairement rouge et injectée, les yeux brillans, les joues vives et colorées. La langue, couverte d'un enduit blanchâtre avec ou sans rougeur sur les bords, se desséchait rapidement; l'anorexie était complète, la respiration fréquente et pénible.

Parmi les phénomènes initiaux se faisaient surtout remarquer quelques symptômes, tels que les vomissemens, la diarrhée ou la constipation, qui méritent de fixer un instant notre attention.

Chez presque toutes les malades, le début a été marqué par des vomissemens, ordinairement formés par des matières bilieuses. Ces vomissemens cessaient le plus souvent après le premier et le second jour, pour reparaître ensuite, comme phénomène alterne, sous forme de régurgitations.

En même temps survenaient, dans quelques cas, des évacuations alvines de matières mucoso-bilieuses s'accompagnant quelquefois de ténesme. Cette diarrhée, que nous observâmes à l'Hôtel-Dieu, offre un contraste frappant avec la constipation opiniâtre dont toutes les malades de l'hôpital Saint-Louis furent atteintes; constipation dont les purgatifs les plus énergiques ne pouvaient souvent triompher. Nous trouverons dans l'anatomie pathologique les raisons de cette différence. A l'hôpital Saint-Louis, nous n'avons jamais rencontré d'altération de la muqueuse intestinale, tandis que les autopsies faites à l'Hôtel-Dieu nous ont toujours montré les follicules de Brunner hypertrophiés.

Une douleur abdominale se faisait ordinairement sentir, dès le début, dans l'une des fosses iliaques ou dans la région des reins; quelquefois peu vive et provoquée seulement par la pression, les mouvemens du corps, les efforts de toux, les vomissemens, la flexion et l'extension des cuisses; d'autres fois, aiguë et s'irradiant dans tout l'abdomen, elle arrachait des cris à la malade. La main, en palpant l'hypogastre, trouvait le corps de l'utérus encore très volumineux; le ventre présentait en même temps du ballonnement et de la tension ; ce météorisme excessif que favorisait la laxité des parois abdominales et que nous observâmes, presque dès le début à l'hôpital Saint-Louis, se rattache surtout aux cas où la maladie revêt promptement les caractères typhoïdes.

(1) Il existe à l'Hôtel-Dieu une salle de neuf lits destinée aux femmes en couches ; elles n'y sont admises que lorsque le travail est déjà commencé. Sur 45 femmes qui accouchèrent pendant les trois mois que dura l'épidémie, 11 succombèrent, tandis que dans tout le reste de l'année, le nombre des accouchemens restant proportionnellement le même, il n'y eut pas un seul décès.

(2) Lorsque la mortalité effrayante qui régnait à la Maternité et à l'hôpital des Cliniques força de diriger les femmes enceintes sur d'autres établissemens, on créa à l'Hôtel-Dieu-Annexe un service d'accouchement de 40 lits; il dura deux mois. Sur 64 accouchées, 16 furent atteintes de fièvre puerpérale et 14 succombèrent.

(3) Le service d'accouchement de Saint-Louis est établi d'après le même système que celui de l'Hôtel-Dieu. Les femmes y sont admises dans les mêmes conditions. Quelques cas isolés de fièvre puerpérale se montrèrent dans tout le cours de l'année 1844. Mais pendant les trois mois que nous avons signalés, la mortalité devint plus considérable, il y eut épidémie. Sur 44 accouchées, 9 succombèrent.

On voit que la mortalité s'est à peu près élevée au même chiffre dans les trois établissemens.

Hôtel-Dieu	45	accouchemens	11	décès
Hôtel-Dieu-Annexe.	67	—	14	—
Hôpital Saint-Louis.	44	—	9	—

giens et autres officiers de santé, les sages-femmes et toutes autres personnes *dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie ;* qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront *révélé ces secrets*, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 fr. à 500. »

Cette disposition prend sa source dans une pensée morale qui donne à la fois la raison de son existence et la mesure de son étendue. Le législateur a compris que si, dans les situations ordinaires de la vie, la violation des secrets est une action blâmable, cette action devient plus blâmable encore lorsque la confiance dont on abuse est une confiance obligée, nécessaire : il a pensé qu'il fallait, selon les expressions de M. Faure (1), considérer et punir comme un délit grave « des révélations qui souvent ne tendraient à rien moins qu'à com» promettre la réputation de la personne dont le secret serait trahi, à détruire » en elle une confiance devenue plus nuisible qu'utile, et à *déterminer ceux » qui se trouveraient dans la même position à mieux aimer être victimes » de leur silence que de l'indiscrétion d'autrui.* »

On comprend donc que, dans la pensée du législateur, l'obligation du silence, qui résulte de l'art. 378, ait dû être absolue, impérieuse, applicable enfin à tous les cas où il y avait eu secret reçu, secret accepté. Ajoutons sur le champ que les médecins l'ont de tout temps entendue et observée en ce sens; car, même avant que la loi eût édicté des peines contre la violation du secret, ils avaient adopté comme première règle de conduite le précepte du serment d'Hippocrate dont les anciens statuts de la Faculté de Paris résumaient en ces termes l'énergique expression : « *Ægrorum arcana, visa, audita, intellecta, eliminet nemo.* (Art. 77 des statuts de 1751, et art. 19 des statuts de 1600 de la Faculté de Paris.) »

De cette *obligation* imposée aux personnes mentionnées dans l'art. 378, naît incontestablement pour elles un *droit :* ce droit, c'est celui de se taire et de refuser de répondre à toutes les questions qui seraient relatives aux confidences reçues dans l'exercice de leur profession.

Mais la règle créée par cet article, le devoir et le droit qui en résultent ne disparaissent-ils pas lorsque les révélations sont provoquées par la justice elle-même? — Un commentateur (M. Legraverend, LÉGISL. CRIM., t. I, p. 284) a cru devoir adopter cette opinion : il a enseigné que telle était en effet la conséquence nécessaire de la combinaison de l'article 378 avec l'article 80 du code d'instr. crim., qui oblige tout citoyen à déposer en justice des faits parvenus à sa connaissance. Mais ce commentateur est resté seul de son avis (1), et la Cour de cassation, se montrant plus large et plus libérale dans son interprétation, s'est exprimée à cet égard, à plusieurs reprises, dans des termes qui ne permettent aucun doute.

(1) Exposé des motifs, Locré, t. 30, p. 494.

(1) V. en sens contraire Chauveau et Hélie, Th. C. pén., t. 6, p. 532; Merlin, Rép. v. *Déposition*, § 2 et *Témoin judiciaire*, § 1, art. 6 ; Favard de Langlade, Rép. vº *Enquete*, sect. 1, § 4, nº 3 ; Dupin aîné (LETTRES SUR LA PROFESSION D'AVOCAT), t. 1, p. 225. — Et parmi les anciens auteurs, Jousse, t. 2, p. 98 et 101; Muyart de Vouglans, p. 786; Domat, lois civ., part. 1re, p. 154.

Quant à l'écoulement des lochies, nous l'avons, dans presque tous les cas, trouvé diminué, rare, entièrement suspendu.

Les seins, quand la montée du lait avait eu lieu, s'affaissaient, et quand la maladie avait débuté avant qu'aucun phénomène de la sécrétion laiteuse eût eu le temps de s'accomplir, les glandes mammaires ne se tuméfiaient pas.

La sécrétion urinaire diminuait. L'expulsion des urines était souvent difficile; quelquefois même la vessie se remplissait sans que les malades en eussent conscience, ce qu'il fallait surveiller avec grand soin et ne pas hésiter à recourir à la sonde, si la malade n'avait pas uriné depuis quelques heures qu'elle en éprouvât ou non le besoin. A ces phénomènes qui apparaissent dès le début de la fièvre puerpérale succèdent ou s'ajoutent des symptômes qui caractérisent une seconde période.

Sous l'influence des émissions sanguines qui furent quelquefois employées à l'Hôtel-Dieu-Annexe, ou par les progrès de la maladie, toute apparence de réaction cessait bientôt. La face pâlie s'altérait profondément, les yeux plongés dans l'orbite s'entouraient d'un cercle noirâtre; les lèvres devenaient livides, les narines sèches et pulvérulentes, l'anxiété la plus grande et une prostration extrême se révélaient dans l'altération profonde des traits. Les douleurs abdominales sourdes et générales cessaient bientôt de se faire sentir et laissaient le ventre indolent, mais tendu et considérablement ballonné. Cette tympanite excessive rendait la respiration de plus en plus fréquente et pénible; on comptait de 45 à 50 inspirations par minute, la dyspnée était extrême. Le pouls, qui s'était rapidement élevé jusqu'à 140 et 150 pulsations, devenait petit, dépressible, irrégulier. Les matières fécales s'échappaient involontairement; les boissons ingérées étaient rendues par régurgitation.

La langue sèche était couverte d'un enduit fuligineux, l'haleine, d'une fétidité caractéristique; les extrémités froides et cyanosées. Arrivées à cette période, les malades ne tardaient pas à succomber, et la mort survenait ordinairement avant le cinquième ou le sixième jour de l'invasion, frappant des malades qui conservaient encore le plus souvent l'intégrité parfaite de leur intelligence.

Tels sont, dans leur exposé général, les symptômes de cette maladie aussi rapide dans sa marche que fatale dans sa terminaison. Dans quelques cas cependant nous avons observé une *rémission* assez tranchée pour faire espérer un moment une terminaison favorable; mais ce calme n'était que de courte durée; après quelques heures la maladie reprenait sa marche vers une terminaison funeste.

Chez les deux malades qui ont guéri, nous avons vu les symptômes généraux s'améliorer successivement, la respiration devenir moins gênée, le pouls se relever et perdre sa fréquence, la langue s'humecter, la soif devenir moins vive, etc. Chez toutes deux, la convalescence demanda les plus grands ménagements et les retint plusieurs mois à l'hôpital.

Indépendamment des symptômes que nous venons de présenter, et que toutes nos malades ont offerts à un degré plus ou moins marqué, il se joignit, dans quelques cas, à l'Hôtel-Dieu-Annexe, dans tous à l'hôpital Saint-Louis, un catarrhe bronchique très intense qui se manifestait dès le début de la maladie et devenait une complication fâcheuse à cause des douleurs abdominales que provoquait la toux, et de la gêne considérable de la respiration qu'amenait la phlegmasie bronchique.

Pour ne rien omettre, nous devons signaler les pétéchies que nous observâmes sur plusieurs malades à l'hôpital Saint-Louis. Ces taches bleuâtres, que l'on rencontre dans certaines fièvres typhoïdes, apparaissaient en même temps que les plus graves symptômes; elles occupaient la partie interne des cuisses et des jambes. En les incisant sur le cadavre, on les trouvait formées par une légère ecchymose sous-épidermique.

ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES.

Les lésions anatomiques que l'on observe dans les diverses épidémies de fièvre puerpérale sont nombreuses, variables dans leur étendue et dans leur siége; c'est là l'origine de cette multitude d'opinions qui tour à tour ont régné sur la nature des maladies puerpérales. Les anciens médecins, frappés du caractère particulier de ces lésions, les avaient considérées, les unes comme des dépôts laiteux, les autres comme le résultat de la résorption des lochies; hypothèses que dut renverser l'anatomie pathologique. Mais si l'examen attentif des cadavres apporta de vives lumières dans la connaissance des maladies, il faut convenir cependant que pour celle qui nous occupe les inductions tirées des altérations organiques, en entraînant dans la voie des localisations et en présentant des résultats de la maladie pour la maladie elle-même, servirent plutôt à égarer le pathologiste qu'à l'éclairer sur sa véritable nature. Et comme de toutes les lésions, les plus communes, les plus étendues, les plus apparentes sont celles du péritoine, elles fixèrent d'abord l'attention; et l'on considéra bientôt la péritonite comme la cause de tous les accidens. La fièvre puerpérale, que Hulme, White, Doublet venaient de décrire, fut rayée des cadres nosologiques et rangée par Pinel dans les phlegmasies séreuses et considérée par lui comme une *péritonite des plus fréquentes et des plus dangereuses*.

Cependant les progrès de l'anatomie pathologique firent découvrir de nouvelles lésions. Dance décrit l'histoire de la métrite puerpérale et de la phlébite utérine. Les lymphatiques de l'utérus et du bassin remplis de pus (Tonnelé, Nonat) donnèrent l'occasion de décrire l'angioleucite utérine comme une des formes de la fièvre puerpérale.

Mais les recherches se multiplièrent encore et l'on constata de nouvelles lésions: des articulations remplies de pus, des collections purulentes développées presque instantanément dans le tissu cellulaire et dans les muscles, une tendance générale à la suppuration, une altération spéciale des follicules de l'intestin (Ducrest, Lasserre); altérations variées, s'associant diversement les unes aux autres, suivant les épidémies; dans chaque épidémie, suivant les formes, et dans chaque forme, suivant les individus, sans qu'il soit possible d'avoir la raison de ces variations dans les phénomènes symptomatiques observés.

A l'aspect de tant de lésions si variées, comment localiser encore une maladie qui porte ses ravages dans tous les points de l'organisme, qui frappe en même temps tous les systèmes! comment ne pas la placer à côté de ces maladies générales auxquelles les pathologistes réservent le nom de *fièvres*, et qui tiennent sans doute à une infection générale, à une altération primitive du sang?

Pour nous donc, comme pour MM. Tonnelé, Voillemier, Bourdon, Lasserre, P. Dubois, Morean, qui ont observé les maladies des nouvelles accouchées sévissant épidémiquement, et qui ont constaté les lésions multiples et variées qu'elles laissent après elles, l'existence d'une fièvre puerpérale ne saurait être douteuse.

UTÉRUS ET SES ANNEXES. Le corps de l'utérus a toujours présenté un

---

Ainsi elle a successivement jugé, 1° qu'un prêtre ne peut être *tenu de déposer ni même être interrogé (hors les cas qui tiennent immédiatement à la sûreté de l'Etat)*, sur les révélations qu'il a reçues dans le secret de la confession ou même hors de la confession, mais en qualité de confesseur, et par suite de la confession (1); 2° (par application de l'article 378 du code pénal), « qu'un avocat qui a reçu des révélations qui lui ont été faites à raison de ses » fonctions ne pourrait *sans violer les devoirs spéciaux de sa profession et » la foi due à ses cliens*, déposer de ce qu'il a appris de cette manière, et » que s'il est appelé comme témoin dans une instance relative à des faits » qui lui avaient été confiés, avant de prêter le serment prescrit par la loi, il » peut annoncer au tribunal qu'il ne se croira pas obligé par ce serment à déclarer comme témoin; *ce qu'il ne sait que comme avocat* (2), 3° que les avocats » des parties ne sont pas incapables d'être témoins; *que seulement ils ne » sont pas tenus de révéler ce qu'ils ont appris par suite de la confiance » qui leur a été accordée* (3); » 4° qu'un témoin qui, en sa qualité d'avoué de l'accusé, et *sous le sceau de la confiance* due à son ministère, aurait eu connaissance des faits sur lesquels il était appelé à déposer, *a la faculté de ne pas déposer de ces faits* (4).

(1) Arr. C. Cass., 30 nov. 1810. (JOURN. DU PAL. A SA DATE.)
(2) Arr. C. Cass., 20 janvier 1826 (JOURN. DU PAL. A SA DATE).
(3) Arr. C. Cass., 22 février 1828 (JOURN. DU PAL. A SA DATE).
(4) Arr. C. Cass., 18 juin 1835 (JOURN. DU PAL. A SA DATE). Cet arrêt est cité dans certains ouvrages comme du 18 juin 1834).

Enfin, dans une affaire récente où il s'agissait de savoir si les médecins sont tenus de comprendre dans la déclaration de naissance prescrite par l'article 56 du code civil l'indication du nom de la mère, la Cour, pour relever les médecins de cette obligation, s'est fondée non-seulement sur ce que l'article 56 du code civil et l'article 346 du code pénal n'exigeaient pas cette indication, mais encore sur ce que l'article 346 ne pouvait *spécialement* être appliqué au médecin qui n'avait su *qu'à raison de son état* la grossesse et le nom de la mère et *à qui tout avait été confié sous le sceau du secret*; qu'au lieu d'être puni par l'art. 346, *le silence* sur toutes ces choses *à lui confiées* lui est imposé *par l'article 378 du même code*, qui lui défend, sous des peines sévères, *de révéler de tels secrets* (1).

Ainsi, on le voit, la Cour de cassation n'admet pas que l'intervention de la justice puisse en rien modifier la position de ceux auxquels l'article 378 défend la révélation des *secrets confiés dans l'exercice de leur profession*; que la révélation soit ou non provoquée, elle leur rappelle que leur devoir est de se taire, qu'ils ne pourraient parler sans violer « *les devoirs spéciaux de leur état et la foi due à leurs cliens*, » et que dès-lors ils ne peuvent être « *tenus de déposer ni même être interrogés*, » sur des confidences ainsi reçues.

Elle va même plus loin encore, et dans la crainte que la liberté de ceux auxquels elle s'adresse ne soit gênée par de trop pressantes investigations, elle

(1) Arr. C. Cass., 1er juin 1844 (JOURN. DU PAL., t. 2, 1844, p. 305). Devilleneuve et Carrette, t. XLIV, p. 670.

volume plus considérable que celui qu'il devait avoir d'après le nombre de jours écoulés depuis l'accouchement. Sa cavité contenait des fausses membranes grisâtres, sanieuses, d'une odeur fade souvent fétide. Le lavage entraînait facilement ces matières pseudo-membraneuses, et, chose remarquable! la surface recouverte par ces fausses membranes était blanche et tout à fait saine. M. Morean (thèse 1844) a rencontré, au contraire, à la Maternité, la membrane interne de l'utérus, tantôt rouge et enflammée, tantôt présentant une suppuration bien manifeste, tantôt enfin seulement colorée en jaune.

Le lieu d'implantation du placenta se reconnaissait aux petits caillots qui oblitèrent les vaisseaux utérins. Aucun de ces vaisseaux n'était béant dans la cavité utérine.

Le tissu de la matrice était sain et très ferme. Nous n'avons jamais observé cette gangrène de l'utérus ni cette putrescence (*putrescentia uteri*) indiquée par les Allemands, et dont M. Tonnelé a rencontré plusieurs exemples, ni ces abcès circonscrits développés dans le tissu même de l'utérus.

Les tissus utérins, que l'on n'oublie jamais d'examiner depuis que Dance a signalé la gravité de leur inflammation, ne nous ont offert aucune altération : ni opacité, ni épaississement des parois, ni collection purulente dans leur intérieur.

Le péritoine qui revêt la surface de l'utérus participait souvent des altérations de la séreuse abdominale. Aussi le corps de l'utérus était-il souvent recouvert de fausses membranes, et le tissu cellulaire sous-séreux de la base et des parties latérales de cet organe était-il souvent infiltré dans une certaine étendue.

Vaisseaux lymphatiques. Si nous n'avons jamais rencontré de phlébite utérine, un grand nombre de cas de lymphites se sont présentés à notre observation. A l'Hôtel-Dieu-annexe, l'inflammation des lymphatiques ne s'étendait pas au delà de la matrice. En indiquant avec soin les parties latérales de cet organe, nous avons plusieurs fois trouvé, au milieu du tissu cellulaire infiltré, des vaisseaux lymphatiques remplis d'un pus blanc plastique et crémeux, dans l'étendue de plusieurs centimètres, et parfaitement reconnaissables à leurs renflemens en chapelet. A l'Hôtel-Dieu, chez quelques femmes, et à l'hôpital St-Louis, chez toutes, nous avons pu disséquer, dans l'épaisseur des ligamens larges et à la surface des ovaires, un grand nombre de vaisseaux lymphatiques distendus par du pus. Ces vaisseaux pouvaient être suivis dans la gaîne celluleuse de la veine ovarique, qu'ils recouvraient quelquefois dans une partie de son étendue. Leur dilatation était telle dans ces points, que l'on pouvait croire, après les avoir incisés, avoir affaire à une phlébite de la veine ovarique. Ils allaient se rendre dans les ganglions situés au devant de la veine-cave et de l'aorte. Ceux du col utérin présentaient aussi une dilatation telle, que l'on croyait au premier abord reconnaître un abcès; ils s'arrêtaient aux ganglions pelviens et sacrés, qui eux-mêmes étaient quelquefois ramollis et remplis de pus, jamais nous n'avons trouvé que les *vaisseaux efférens fussent le siége d'une altération*.

Indépendamment de cette inflammation des lymphatiques des annexes de l'utérus, les ligamens larges étaient en même temps recouverts de pseudo-membranes, et les ovaires volumineux, ramollis et infiltrés de pus se laissaient facilement rompre sous le doigt. En les incisant, nous trouvâmes souvent les vésicules ovariennes de Graaf remplies de pus. Ne serait-ce pas par l'inflammation de ces vésicules que débutent les phlegmons de l'ovaire, si fréquens à la suite des couches ou des menstruations orageuses? Les veines ovariques ont toujours été trouvées saines.

Nous n'avons jamais rencontré de phlébite. Ce fait mérite d'être signalé; on sait que, dans quelques épidémies, on a trouvé les veines enflammées et remplies de pus. En rapprochant nos observations des faits signalés par M. Bouchut, qui plusieurs fois a rencontré la suppuration et l'oblitération des veines, nous voyons que, dans notre épidémie, les altérations des veines se rapportent plutôt aux accidens secondaires de la fièvre puerpérale qu'à ses accidens primitifs. Les observations de phlébite signalées dans le mémoire de Dance se rapportent également aux accidens de la fièvre puerpérale.

Abdomen. Les altérations du péritoine ont présenté de notables différences, suivant les caractères généraux de la maladie et suivant le lieu où nous l'avons observée.

A l'Hôtel-Dieu et à l'Hôtel-Dieu-annexe, où les symptômes de la phlegmasie péritonéale se présentèrent dès le début avec plus d'intensité qu'à l'hôpital St-Louis, nous avons trouvé les altérations du péritoine plus étendues et plus tranchées.

La cavité péritonéale renfermait une quantité plus ou moins considérable de sérosité purulente dans laquelle baignaient des matières pseudo-membraneuses libres et flottantes. Les ligamens larges, l'utérus, les trompes étaient recouverts de ces matières pseudo-membraneuses, molles, jaunâtres, infiltrées de sérosité et de pus, qui réunissaient également les anses intestinales agglomérées et adhérentes. Le péritoine paraissait légèrement épaissi et se détachait facilement des tuniques sous-jacentes de l'intestin. Dans quelques cas, une ingestion sous-séreuse dessinait sur les anses intestinales des arborisations plus ou moins vives, plus ou moins rapprochées.

A l'hôpital St-Louis, où prédominèrent les accidens typhoïdes, nous ne trouvâmes dans la cavité abdominale qu'un épanchement blanchâtre et lactescent, sans fausses membranes, sans adhérences des intestins entre eux. Le péritoine était pâle, visqueux, sans ingestion inflammatoire. C'est alors que nous trouvâmes l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal, et la suppuration des vaisseaux lymphatiques de la région lombaire. En présence de ces altérations et d'un épanchement de cette nature, on comprend comment les anciens ont pu croire à la métastase des produits de la sécrétion laiteuse.

Canal intestinal. L'estomac était, dans la majorité des cas, rempli d'une énorme quantité de liquide verdâtre; mais nous n'avons jamais rencontré l'inflammation ni le ramollissement de cet organe. L'attention des observateurs a été appelée, dans ces derniers temps, sur l'état des follicules de Brunner. Signalée par M. Ducrest, décrite ensuite avec beaucoup de soin par M. Lasserre, l'altération de ces glandules ne s'est offerte à notre observation qu'à l'Hôtel-Dieu. Chez certains sujets, cette altération consistait en une éruption boutonneuse à sommet blanchâtre. M. Lasserre, en étudiant le développement de cette éruption, par rapport à la marche de la maladie, est arrivé à ces conclusions : « L'éruption folliculaire de Brunner se développe rapidement; on la trouve avec tous ses caractères chez des femmes qui succombent quelques heures après l'accouchement; elle reste stationnaire pendant un certain temps, et tend ensuite à disparaître. » La marche de la maladie ayant été beaucoup moins rapide chez

---

leur dit (arrêt précité, 22 février 1828) que c'est à eux, lorsqu'ils sont appelés en témoignage, à « *interroger leur conscience et à discerner ce qu'ils doivent taire,* » les laissant ainsi souverains appréciateurs de l'application d'un principe qu'ils doivent observer uniquement dans l'intérêt de la morale et de l'humanité et non dans le but de nuire à la découverte de la vérité et au succès des investigations de la justice.

Ajoutons que les Cours royales se sont rangées à l'opinion consacrée par la Cour suprême (1)

La Cour d'Angers a même fait une application bien remarquable de l'art. 378, lorsqu'elle a jugé que l'évêque ou l'ecclésiastique auquel il a donné une délégation régulière, cité comme témoin dans un procès correctionnel dirigé contre un ecclésiastique de son diocèse, n'est pas tenu de déposer des faits dont il n'a acquis connaissance que sous la condition d'un secret absolu, et dans l'exercice de sa juridiction disciplinaire, par suite d'une enquête canonique ordonnée par lui contre l'ecclésiastique inculpé (2).

Par toutes ces décisions, la Cour de cassation et les Cours royales ont rendu un solennel hommage à la haute moralité de l'article 378. Elles ont pensé, comme le disent justement MM. Chauveau et Hélie, p. 335, que, si la société a intérêt à découvrir les indices de crimes, un intérêt non moins sacré l'engage à ne pas détruire la sûreté des rapports de certaines professions avec les citoyens,

(1) Arrêts Montpellier, 24 sept. 1827; Grenoble, 23 août 1828; Rouen, 9 juin 1835 (Journ. du Pal. a leurs dates).

(2) Arr. du 31 mars 1841 (Journ. du Pal., t. 2, 1841, p. 529).

à protéger la foi jurée, à veiller à l'accomplissement des devoirs moraux; elles ont pensé qu'il ne fallait pas, même dans un but respectable, risquer d'enlever indiscrètement, à des professions sur lesquelles la société a besoin de pouvoir s'appuyer, la confiance qui doit les environner.

Il serait superflu d'ajouter que l'interprétation de l'article 378, ainsi fixée en faveur des prêtres, des avocats, etc., etc., ne saurait être différente à l'égard des médecins, puisque c'est à eux, avant tout, et nominativement, que s'adresse cet article.

C'est, au surplus, ce qui résulte de l'arrêt du 1er juin 1844, précité; c'est aussi ce qui a été décidé formellement par la Cour de Grenoble, le 23 août 1828 (1), et ce qu'enseignent MM. Merlin, Rép. v° *Déposition*, § 2, et Favard de Langlade, v° *Enquête*, sec. 1, § 4, n° 3.

Ces principes trouvent, dans la cause, leur évidente application.

En effet, M. le docteur Saint-Pair était appelé devant M. le juge d'instruction, et devant la Cour d'assises, pour répondre sur des faits dont il n'avait été témoin *que dans l'exercice de son art*, sur la nature et la gravité de blessures *par lui soignées*, sur toutes choses enfin, qui, *suivant sa déclaration recueillie et constatée par la Cour d'assises*, n'étaient arrivées à sa connaissance que sous le *sceau du secret*. En pareille occurrence, il pouvait se taire; c'était même pour lui un devoir impérieux; et la Cour d'assises n'a pas hésité à le reconnaître, rejetant ainsi l'interprétation assez étrange, il faut en convenir, donnée par M. le juge d'instruction, à l'art. 378 du code pénal.

(1) Journ. du Pal. a sa date (Aff. Fournier contre dame Rémusat).

les femmes où nous avons observé cette altération, nous ne pouvons pas affirmer qu'elle existât peu après l'invasion de la maladie. Cependant, comme sur une femme qui succomba quarante-huit heures après l'accouchement, l'intestin grêle était, dans presque toute son étendue, recouvert de véritables pustules; que, chez toutes celles où, à l'autopsie, semblable altération fut trouvée, la diarrhée avait signalé l'invasion de la fièvre puerpérale; et qu'à l'hôpital St-Louis, la muqueuse de l'intestin grêle, dans un état d'intégrité parfaite, coïncidait avec des symptômes de constipation opiniâtre, nous sommes conduits à regarder l'altération des follicules de Brunner comme un phénomène du début, lié intimement aux symptômes de diarrhée avec lesquels il coïncide.

Le foie ne nous a jamais présenté d'altération.

La rate, quelquefois volumineuse, n'avait souvent pas augmenté sensiblement de volume. Elle était ramollie et se laissait facilement déchirer.

Organes respiratoires. Le parenchyme pulmonaire était le plus souvent sain; l'engouement hypostatique, que nous constatâmes quelquefois, avait la plus grande analogie avec celui de la fièvre typhoïde. Dans quelques cas, toute la partie postérieure des poumons offrait une coloration noire et se déchirait avec la plus grande facilité. Nous n'avons jamais rencontré de pneumonies partielles ni d'abcès métastatiques. A l'hôpital St-Louis, chez quelques sujets, nous avons trouvé les petites bronches obstruées par des mucosités épaisses. Les épanchemens pleurétiques étaient au contraire fréquens à l'Hôtel-Dieu-annexe; quelquefois simples, le plus souvent doubles, ils offraient d'ailleurs les altérations connues de la pleurésie suppurée. Sur six malades, quatre fois ils furent trouvés doubles; ils se développaient, dans le courant de la maladie, en vertu de cette tendance qu'ont les phlegmasies dans l'état puerpéral à envahir les différens organes, et spécialement les membranes séreuses.

Organes circulatoires. Nous n'avons jamais rencontré de lésions dans le péricarde ni dans le cœur; les cavités gauches étaient vides et les cavités droites ordinairement distendues par du sang en partie fluide, en partie coagulé. Les veines viscérales étaient aussi remplies d'un sang noir et cailloté. Cet état du sang rappelait celui qui se présente dans la fièvre typhoïde.

Centres nerveux. Dans les cas rares où la fièvre puerpérale s'accompagne de délire, nous trouvâmes une légère injection des méninges accompagnée d'un piqueté rouge de la surface de quelques circonvolutions, et deux fois un ramollissement superficiel de ces mêmes circonvolutions. Nous n'observâmes du reste aucun épanchement séreux à la base du cerveau ou dans les ventricules, sauf un cas où des symptômes de méningite franche éclatèrent deux jours après l'invasion de la fièvre.

Étiologie.

Pour se faire une juste idée de l'étiologie de la fièvre puerpérale, il faut s'enquérir des circonstances qui déterminent ou accompagnent l'invasion des épidémies, et de celles qui, l'épidémie une fois déclarée, agissent isolément sur les nouvelles accouchées. Il y a donc des causes générales et des causes individuelles. Les nombreuses tentatives que l'on a faites pour trouver dans les conditions météorologiques la cause première et *essentielle* des typhus puerpéraux sont jusqu'alors restées infructueuses; cependant, il est certaines circonstances atmosphériques qui semblent favoriser leur développement. C'est l'observation des diverses épidémies qui peut seule éclaircir ce point de l'étiologie de la fièvre puerpérale.

Conditions atmosphériques. On a fait jouer un grand rôle à l'influence du froid dans l'étiologie de la fièvre puerpérale. Dublet, après de nombreuses recherches, était arrivé à croire que les pays froids sont ceux où les suites de couches sont les plus fâcheuses. Des recherches ultérieures ont donné un démenti à cette conclusion. Mais, dans un même pays, les saisons froides y prédisposent-elles plus que les autres? Plusieurs auteurs penchent vers cette opinion, que confirment des recherches statistiques faites par M. Lasserre à la Maternité de Paris, et consignées dans sa thèse inaugurale. Disons cependant que l'on a vu des épidémies se développer pendant les mois les plus chauds de l'année. Mais la saison froide n'agit pas tant par l'abaissement de la température que par ses variations et l'humidité de l'air : rien, en effet, n'est plus meurtrier que ces alternatives subites de chaleur et de froid que l'on observe dans nos climats. M. Voillemier insiste sur ce point et rapporte qu'une épidémie qui sévissait dans l'un des mois les plus chauds de l'année (le mois de juillet), avait été précédée d'un abaissement sensible de la température.

Les trois épidémies dont nous avons été témoins ont eu lieu dans des conditions atmosphériques à peu près semblables. La première, à l'Hôtel-Dieu, se manifesta pendant les mois de janvier, février et mars. La deuxième, à l'hôpital St-Louis, pendant les mois de septembre, octobre et novembre. A l'Hôtel-Dieu-annexe, le service n'ayant été ouvert que pendant les mois de novembre et décembre, il nous est impossible de savoir quelle est l'influence relative de la saison sur la mortalité.

Infection. Bien que la fièvre puerpérale se rencontre quelquefois hors des hôpitaux, il n'est pas moins vrai que ses désastreux effets se font surtout sentir dans les grands centres d'accouchemens, qu'elle désole presque chaque année. C'est qu'il existe dans ces établissemens des conditions spéciales qui en favorisent le développement et rendent en même temps ses coups plus meurtriers. Ces conditions tiennent à l'infection et peut-être à la contagion. Cependant, s'il est incontestable que l'accumulation d'un grand nombre d'accouchées, dans un endroit peu spacieux, a eu de funestes conséquences, il faut avouer aussi que souvent l'épidémie se déclare sans qu'il y ait dans les salles un nombre d'accouchées plus considérable qu'en temps ordinaire. C'est ce que nous avons été à même de voir à l'Hôtel-Dieu et à St-Louis; dans ce dernier établissement même, le nombre des accouchemens fut moindre pendant les trois mois de l'épidémie que dans les mois qui avaient précédé.

Mais cette cause n'agit pas seule; d'autres agens viennent combiner leur action à la sienne; les émanations qui s'exhalent des femmes en couches, en si petit nombre qu'elles soient réunies, le renouvellement incomplet de l'air qui les entoure, sont une cause puissante de maladie.

Lorsqu'il fut question d'évacuer la Maternité sur l'Hôtel-Dieu-annexe, l'on se demanda si l'on devait disperser les femmes enceintes dans les divers services de l'hôpital, ou bien créer une salle spéciale où toutes les femmes seraient réunies. L'on s'arrêta au dernier projet. C'était rentrer dans des conditions analogues à celles qu'offrait la Maternité; aussi les résultats obtenus sont-ils remarquables :

Si M. Saint-Pair pouvait et devait se taire, son refus de répondre n'était donc pas une infraction aux règles tracées par le code d'instruction criminelle, et l'ordonnance qui l'a condamné comme coupable de cette infraction a encouru la censure de la Cour suprême; comme aussi le pourvoi dirigé contre l'arrêt qui a refusé de lui appliquer la peine infligée aux témoins rebelles doit être rejeté.

Ici devraient se borner nos observations, et nous croirions en avoir assez dit pour la défense de M. le docteur Saint-Pair, s'il n'était nécessaire de répondre, par avance, à une objection dont l'indication se trouve dans l'ordonnance de M. le juge d'instruction. Cette objection sera-t-elle reproduite, nous l'ignorons; mais enfin, et à tout événement, quelques mots suffiront pour en faire justice.

L'art. 378, peut-on dire, ne pose pas une règle complètement absolue; il excepte de sa disposition un cas spécialement prévu, celui où la loi oblige les personnes assujetties d'ailleurs à l'obligation du silence, à se porter *dénonciateurs*. Ainsi, dans ce cas, l'article 378 et les priviléges qui en résultent disparaissent; le silence n'est plus ni un droit ni un devoir, et dès lors le principe consigné dans l'article 80 du code d'instr. crimin. reprend son empire. Or, il existe, en ce qui concerne les médecins et les chirurgiens, certains édits et réglemens de police qui leur enjoignent impérieusement, et sous peine d'amende, de déclarer au commissaire de police « *les blessés qu'ils auraient pansés chez eux ou ailleurs.* » Donc, lorsqu'il s'agit de soins administrés à *des blessés*, les médecins ne peuvent se retrancher derrière l'article 378 du code pénal; déjà coupables et passibles d'une peine pour ne pas avoir *déclaré ou dénoncé*, ils ne sauraient impunément refuser de venir en aide à la justice qui les interroge sur ce qui devait faire l'objet de leur dénonciation spontanée.

Telle est l'objection, et nous croyons ne l'avoir ni dénaturée, ni affaiblie. »

La réponse est facile.

Et d'abord, il faut le reconnaître, le cas réservé par l'article 378 n'est autre chose qu'une exception à une règle d'ailleurs générale et absolue, et cette exception aurait pour but de transformer occasionnellement en une infraction répréhensible un silence que la Cour de cassation considère, en thèse ordinaire, comme l'accomplissement d'un devoir, même en présence des investigations de la justice. Or, il est de principe que les exceptions doivent être restreintes dans les termes spécialement prévus. — A quoi donc le législateur a-t-il voulu faire allusion lorsque, dans l'art. 378, il a parlé du cas où les médecins, ou autres, doivent se porter *dénonciateurs?*

Il existait dans l'ancien Code pénal de 1810 plusieurs articles (art. 103 et suiv.) renouvelés de l'ancienne législation, et notamment d'une ordonnance de Louis XI, du 22 décembre 1477, qui imposaient « *à toutes personnes* qui auraient eu connaissance de complots formés ou de crimes projetés contre la sûreté intérieure de ou extérieure l'Etat, » l'obligation de faire la déclaration de ces complots ou crimes, de « révéler au gouvernement ou aux autorités administratives ou de police judiciaire les circonstances qui en seraient venues à leur connaissance, » et qui enfin punissaient « le seul fait de non révélation. »

Ainsi, dans les termes de ces articles, la révélation, la dénonciation étaient, lorsqu'il s'agissait de certains crimes, un devoir pour *toutes personnes*, et le législateur avait considéré ce devoir comme tellement impérieux, qu'il avait jugé nécessaire d'y assujettir même les personnes que leur situation exceptionnelle

Sur 67 femmes accouchées dans le service spécial et venant toutes de la maison d'accouchement, nous avons eu 14 décès.

Sur 21 femmes accouchées dans les services de médecine et venant toutes de la ville, nous n'avons eu qu'un seul décès.

Pour expliquer la différence si notable qui s'observe dans la mortalité, nous ne trouvons que deux raisons : le séjour antérieur des femmes enceintes à la Maternité, où régnait l'épidémie ; et la réunion, dans une même salle, d'un certain nombre de femmes en couche. Cette dernière considération entraîne pour conséquence qu'au lieu de créer des services spéciaux et de réunir des femmes dans de nouveaux centres d'accouchement, lorsqu'une épidémie force d'évacuer la Maternité ou tout autre hôpital spécial, il vaudrait mieux disperser les femmes enceintes dans les divers services des différens hôpitaux.

Contagion. Ce point de l'étiologie est complexe et soulève plus d'une importante question :

1° La contagion s'exerce-t-elle directement d'une femme malade à une femme bien portante et récemment accouchée? Il est difficile de trouver dans les faits une solution rigoureuse de cette question ; cependant plusieurs auteurs, et M. le professeur Dubois lui-même, inclinent vers l'affirmative. Parlerons-nous de deux cellules de l'hôpital St-Louis, malheureusement privilégiées et dans lesquelles, pendant un certain temps, les femmes qui s'y succédèrent furent atteintes de fièvre puerpérale ? Les auteurs ont déjà signalé des faits semblables. Serait-ce encore par une simple coïncidence que nous vîmes deux cas de fièvre puerpérale éclater vingt-quatre heures après l'admission, dans le service d'accouchemens du même hôpital, d'une femme accouchée depuis peu de jours en ville, et atteinte de fièvre puerpérale ? Depuis quinze jours, l'épidémie semblait éteinte, aucun cas ne s'était manifesté. Si des faits de cette nature ne démontrent pas la contagion d'une manière positive, du moins commandent-ils la circonspection et engagent-ils les médecins à redoubler de précautions pour éviter toutes les causes capables de la produire.

2° Que penser d'une contagion indirecte dont une personne saine serait en quelque sorte le moyen de transport? On cite certains faits qui ont porté quelques médecins à l'admettre. M. le professeur Moreau est d'une opinion tout à fait contraire.

3° Une femme hors l'état puerpéral et placée au milieu d'une épidémie de fièvre puerpérale est-elle exposée à contracter des accidens de même nature ? M. Chailly rapporte qu'une élève sage-femme de la Maternité, non enceinte, succomba pendant une épidémie à la maladie régnante dont elle présenta les symptômes et les lésions. Nous avons vu nous-mêmes à l'hôpital Saint-Louis un cas que l'on peut jusqu'à un certain point rapprocher de celui-ci : une femme opérée depuis deux jours d'un polype de l'utérus et placée pendant l'épidémie dans un des lits du service d'accouchemens, succomba à des accidens analogues à ceux que détermine la fièvre puerpérale, et ne présenta d'autre altération qu'un *épanchement lactescent* du péritoine qui ne présentait du reste ni injection ni fausses membranes ; l'utérus était parfaitement sain, et les veines et les lymphatiques examinées avec le plus grand soin n'ont offert aucune trace d'inflammation.

Nous venons d'examiner les causes qui agissent sur l'ensemble des nouvelles accouchées ; il en est d'autres qui agissent sur certaines femmes en particulier. Tous les auteurs ont signalé ; la faiblesse de la constitution, la durée du travail et la primiparité, les écarts de régime, les influences morales, etc., influences sur lesquelles nous n'avons rien à ajouter. Il nous reste seulement quelques mots à dire sur une circonstance à laquelle la plupart des médecins font maintenant peu d'attention, et qui cependant a vivement préoccupé les auteurs anciens : la non lactation. On lit dans Van Swieten : *Patet puerperas lactantes minus periclitari ab hâc causâ quam illas quæ natis ubera negant... Succio enim lac in mammes evacat, retropulsio autem metastasis talis periculum facit.* Sans adopter entièrement l'idée de métastase développée par l'illustre commentateur de Boerhaave, répugne-t-il d'admettre que la succion opérée par l'enfant ne soit une condition favorable à l'accomplissement normale de la fonction ? La fièvre puerpérale se développe le plus souvent à l'époque de la fièvre de lait, et n'a-t-on pas observé que chez les femmes qui nourrissent, cette dernière souvent manque ou est beaucoup moins intense que chez celles qui n'allaitent pas. Nous avons cherché à éclaircir cette question par la statistique ; les faits que nous avons observés ne sont pas assez nombreux pour nous permettre d'arriver à une solution positive à cet égard ; cependant nous pouvons affirmer que la majorité des femmes atteintes de fièvre puerpérale qui ont été soumises à notre observation se trouvaient dans ces conditions.

TRAITEMENT.

Bien des médications ont été tour à tour vantées et abandonnées dans la fièvre puerpérale ; c'est qu'en effet chaque épidémie, entraînant des modifications dans la forme de la maladie, doit en amener aussi dans le traitement. Les phénomènes pathologiques ne participent pas de la stabilité des lois physiques, et leur traitement ne saurait être assujeti à une formule unique et invariable. Notre but n'est point de faire ici l'histoire complète des diverses médications employées contre la fièvre puerpérale, mais seulement d'exposer les faits dont nous avons été témoins.

Les difficultés souvent insurmontables que l'on éprouve à conjurer les accidens d'une fièvre puerpérale une fois déclarée témoignent de l'importance qu'il y a d'écarter par une bonne prophylaxie toutes les conditions favorables à son développement. Aussi, insisterons-nous avec tous les auteurs sur la nécessité de donner aux nouvelles accouchées des salles vastes et très bien aérées ; d'en renouveler l'air plusieurs fois le jour et d'éloigner tous les objets capables d'en altérer la pureté. Nous devons aussi insister sur un moyen qu'il est souvent difficile dans les hôpitaux de faire pratiquer avec tout le soin désirable ; ce sont les injections vaginales tièdes ; outre leur action topique sur des organes contus et endoloris, elles ont pour but d'entraîner les matières sanguinolentes qui, séjournant dans les parties génitales, y contractent rapidement une odeur fétide, et deviennent ainsi une cause puissante d'infection. Nous rappelerons enfin qu'il est important d'entretenir la liberté du ventre par de légers laxatifs, de combattre avec soin tous les points fluxionnaires qui tendent à s'établir, et d'éviter de troubler par une médication intempestive la fièvre de lait si elle vient à se déclarer.

La fièvre puerpérale étant une fois déclarée, quels sont les moyens à employer contre cette redoutable maladie ? Nous allons successivement passer en revue les agens thérapeutiques que nous avons vu mettre en usage dans les différens services où nous nous sommes trouvés.

Chacun sait que Doulcet, en présence d'une épidémie qui survint à

---

aurait pu en dispenser.

C'est ce qu'il a voulu exprimer dans l'article 378, et telle est la seule portée qu'il faut donner au mot *dénonciateur* (1). Cet article se réfère aux articles 103 et suivans, et non à d'autres, car il n'en est aucun autre qui fasse à qui que ce soit une obligation légale de *la révélation*, *de la dénonciation*.

Ajoutons que les articles 103 et suivans du Code pénal de 1810 ont été abrogés par la loi du 28 avril 1832 ; que l'exception réservée dans l'article 378 a donc cessé d'être applicable, et que si elle y est restée écrite, c'est, ainsi que le font remarquer MM. Chauveau et Hélie, page 530, « par une inadvertance, l'obligation de se porter dénonciateurs, à l'égard des médecins, des avocats, des prêtres, ne résultant plus *d'aucune loi*. »

(1) Cette vérité incontestable est consignée dans les motifs de l'arrêt de la Cour de Grenoble du 23 août 1828 précité. « L'art. 378, dit cet arrêt, dispose » que les médecins, chirurgiens, etc., qui hors le cas où la loi les oblige à se » porter dénonciateurs (*s'il s'agit du salut public*), auront révélé ces secrets. » Elle est également consignée dans l'arrêt de la Cour de cassation du 20 novembre 1810 : « Attendu, dit cet arrêt, qu'un prêtre ne peut être tenu de déposer, » ni même être interrogé, *hors les cas qui tiennent immédiatement à la sûreté de l'Etat*, sur la révélation qu'il a reçue dans cet acte de religion (le se» cret de la confession). » Enfin, M. Favard de Langlade, v° *Enquête*, sect. 1, § 4, n. 3, traduit les mots « hors le cas où la loi les oblige de se porter dénonciateurs, » par ceux-ci : « *hors le cas où il s'agit de crimes qui compro» mettent la sûreté de l'Etat.* »

Nous disons *aucune loi*. — Il est en effet impossible de considérer les édits et réglements de police invoqués par le juge d'instruction comme des *lois* auxquelles l'article 378 aurait voulu se référer.

L'édit de 1666, qui enjoignait aux médecins et chirurgiens de déclarer aux commissaires de police les blessés qu'ils auraient pansés chez eux ou ailleurs, ne prescrivait qu'une mesure de simple police, restreinte à certaines localités, en dehors desquelles il ne devait recevoir et il n'a jamais reçu aucune exécution ; il en a été de même de tous les réglemens et ordonnances de police qui ont pu successivement en reproduire les dispositions, et dont l'effet a toujours été circonscrit dans la ville de Paris, et quelques communes environnantes. Or, l'esprit se refuse à croire que le législateur ait eu en vue de pareils édits ou ordonnances de police, lorsqu'à côté du principe absolu, *d'ordre public*, posé dans l'art. 378, il réservait le cas où *la loi* obligeait les médecins, chirurgiens, et autres personnes à se porter dénonciateurs. Evidemment sous ce mot *la loi*, il n'a entendu comprendre que les dispositions générales, ayant réellement et incontestablement le caractère de lois, empruntant leur autorité à la puissance même du pouvoir d'où elles procèdent, applicables à l'ensemble des citoyens, ou tout au moins à une classe entière de citoyens, et non des prescriptions de police, nées le plus souvent des circonstances, et tombant d'elles-mêmes avec les circonstances qui les ont fait naître, n'ayant qu'une action limitée, applicables dans un département, et sans effet dans un autre, enfin des actes réglementaires qui peuvent bien avoir, dans certaines matières, force de loi, mais qui ne sont pas la loi elle-même. Admettre que le secret médical, qui se rattache à des considérations si élevées, et qui constitue le plus essentiel des devoirs de la pro-

l'Hôtel-Dieu à la fin du siècle dernier, a tiré un très grand parti de l'ipécacuanha administré dès le début des accidens. Depuis lors, plusieurs observateurs ont constaté les bons effets de ce médicament; mais souvent aussi il échone comme la plupart des autres moyens connus. Nous l'avons vu employer plusieurs fois à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Saint-Louis; son administration nous a paru amener dans quelques cas et pour quelques heures seulement une légère amélioration; mais bientôt les symptômes reprenaient toute leur gravité, malgré des doses nouvelles du médicament. Nous l'avons vu chez quelques maladies arrêter les accidens, mais c'était hors les temps d'épidémie et dans des cas de fièvre puerpérale secondaire. Les saignées générales et locales ont été employées dès le début. Les premières qui furent mises en usage à l'Hôtel-Dieu-annexe, lorsque la réaction était vive, le pouls large et vibrant, n'ont pas eu une influence heureuse sur la marche de la maladie. Malgré leur emploi modéré, l'affaiblissement du pouls et la prostration succédaient rapidement à la réaction apparente qui précédait les émissions sanguines. Quant aux sangsues appliquées sur les parois abdominales pour combattre la péritonite si elle vient à se déclarer, les malades en ont presque toujours éprouvé du soulagement, mais il n'était que momentané, et les douleurs ne tardaient pas à reparaître soit au même point, soit dans d'autres parties de l'abdomen, car la phlegmasie parcourait rapidement toute l'étendue du péritoine. Aussi fallait-il avoir recours à des applications fréquemment répétées. C'est pour cette raison qu'il est prudent de n'appliquer qu'un petit nombre de sangsues à la fois pour ménager les forces des malades.

Il faut bien se rappeler que l'on opère dans des circonstances spéciales et que la péritonite est liée à un état général dont il faut toujours tenir compte.

Dans quelques cas, on faisait appliquer les sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses dans le but de ramener l'écoulement des lochies. Nous n'avons jamais constaté aucun effet favorable de cette médication; elle n'a pas, comme les applications faites sur le ventre, l'avantage de diminuer l'intensité des douleurs. Le mercure fut administré de deux manières: à l'intérieur et en frictions. Intérieurement, on fit usage du calomel à la dose d'un gramme, ou 1 gr. 50 c. divisé en six prises, dans la journée. Presque toujours nous vîmes des garderobes survenir pendant son administration. La salivation ne s'établit dans aucun cas. La courte durée de la maladie empêchait d'y avoir recours pendant plus de deux ou trois jours. On sait que beaucoup de médecins, en administrant le calomel, ont pour but d'amener la salivation, qu'ils considèrent comme une condition favorable à la guérison. Des frictions mercurielles furent aussi pratiquées chez quelques malades; portées même, dès le début, chez deux d'entre elles à la dose énorme d'un kilogramme dans les vingt-quatre heures, elles n'empêchèrent pas la terminaison funeste de la maladie. Il en fut de même d'un médicament vanté outre mesure par des médecins anglais; l'huile essentielle de térébenthine qui fut administrée sans résultat à trois de nos malades.

Les deux malades de l'Hôtel-Dieu-annexe qui ont guéri ont été soumises, par M. Tessier, aux antiphlogistiques dès le début, puis aux préparations mercurielles tant à l'intérieur qu'en frictions, et à l'usage pendant plusieurs jours de la teinture d'aconit. Ce dernier médicament qui n'avait pas encore, que nous sachions, été administré dans la fièvre puerpérale, fut prescrit par M. Tessier à plusieurs malades; on le donnait en teinture à la dose d'un gramme d'abord dans une potion de 125 grammes à prendre d'heure en heure. Quelques jours après, on le portait à 2 grammes.

Nous avons observé chez plusieurs malades des rémissions assez tranchées pour nous porter à croire que dans ces circonstances l'administration du sulfate de quinine pourrait avoir une influence favorable sur la marche de la maladie.

Peut-être même l'administration du quinquina aurait-elle sur le sel de quinine l'avantage de joindre aux propriétés antipériodiques de ce dernier l'action tonique et antiseptique qui lui est propre.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'EMPHYSÈME VÉSICULAIRE ET DE L'EMPHYSÈME INTERLOBULAIRE DES POUMONS; par ÉDOUARD BONINO, docteur en médecine, lauréat du Val-de-Grâce, chirurgien aide-major au 1er régiment de ligne.

Bien que l'attention soit depuis assez longtemps portée sur l'emphysème des poumons, on est loin d'être encore fixé sur sa nature. L'air, dans cette maladie, distend-il les vésicules? est-il infiltré dans le tissu cellulaire interlobulaire ou bien peut-il occuper ces deux lieux isolément ou en même temps? Si l'on consulte tout ce qui a été écrit sur l'emphysème des poumons, on ne trouve de réponse un peu précise à ces questions que dans l'ouvrage de Laënnec, celui qui, le premier, décrivit la maladie. Après lui, parmi les médecins qui s'en sont occupés, les uns n'admettent que l'emphysème vésiculaire, d'autres que l'emphysème interlobulaire, et ceux qui, moins exclusifs, reconnaissent la possibilité de ces deux espèces, n'ont point établi entr'elles une distinction qui permît de les séparer et de leur donner à chacune une place bien tranchée; cependant la chose n'est point impossible, et l'étude attentive des faits peut conduire à faire reconnaître de profondes différences entre l'emphysème vésiculaire et l'emphysème interlobulaire. C'est à quoi Laënnec était arrivé; mais puisque l'on paraît s'être éloigné de ses idées, il n'est peut-être pas inutile de revenir sur ce sujet.

Nous commencerons par mettre en regard l'une de l'autre deux observations d'emphysème pulmonaire.

OBS. 1. — Un homme de 47 ans, menuisier, entre le 17 novembre 1843, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Andral. Il est atteint de dyspnée depuis sa première enfance; sa mère est morte asthmatique, et de ses deux sœurs, l'une est affectée comme lui; toux depuis 20 ans seulement, palpitations, pas d'œdème.

Au moment de son entrée: face bleuâtre, orthopnée, toux fréquente et par quintes, expectoration puriforme abondante; poitrine globuleuse, saillie très marquée à droite, creux sus et sous claviculaires effacés du même côté, sonorité exagérée dans tous les points; grande faiblesse de la respiration, quelques râles sibilans et ronflans, assez forte impulsion des battemens du cœur. La dyspnée alla croissant, et le malade mourut dans un état demi-asphyxique, après un mois de séjour à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva que le poumon droit tout entier était le siège d'un emphysème vésiculaire; le poumon gauche ne présentait cette lésion qu'à sa

fession de médecin, ait été livré par le législateur à la merci des ordonnances de police, c'est admettre, selon nous, l'impossible.

Répétons-le donc, les art. 103 et suivans de l'ancien Code pénal une fois abrogés, il n'a plus existé *aucune loi* obligeant les médecins ou autres à se porter dénonciateurs, et venant déroger ainsi aux principes qui concernent le secret médical.

Il y a plus, et en admettant même que l'édit de 1666 fût une loi générale, et qu'au milieu de tant de lois de cette nature, abrogées par la législation intermédiaire, il eût prolongé son existence jusqu'à la promulgation du Code pénal, nous disons que, bien loin d'être rajeuni et remis en vigueur par l'art. 378, cet article l'aurait, au contraire, virtuellement mis au néant.

On ne saurait, en effet, se le dissimuler, il existe entre les prescriptions contenues dans l'édit de 1666 et les principes déposés dans l'art. 378, *tel qu'il a été interprété par la jurisprudence*, une incompatibilité radicale. Si l'édit de 1666 est en vigueur, l'article 378 perd en quelque sorte toute sa moralité, et tandis que depuis des siècles *le secret* a été considéré comme le premier devoir de la profession médicale, il faudra dire désormais que son premier devoir sera la *dénonciation*. En vain prétendrait-on que l'article 378 constitue la règle, et l'édit de 1666 l'exception; l'exception serait plus large que la règle, car elle s'étendrait à presque tous les cas où les médecins sont appelés à connaître, dans l'exercice de leur art, de faits qui peuvent intéresser la justice. — Or, comment supposer qu'après avoir sanctionné, dans un intérêt d'ordre public, une règle reconnue nécessaire, et consacré un des privilèges les plus précieux et les plus rassurans de la profession médicale, le législateur se soit en même temps laissé entraîner à compromettre, par une réserve d'une portée incalculable, tout le bienfait de ses salutaires dispositions?

Ce qui prouve d'ailleurs que l'édit de 1666 n'est plus qu'une lettre morte, c'est que depuis le Code pénal, et même dès avant ce code, il n'a jamais reçu ni pu recevoir aucune application. Ce n'est pas toutefois que les occasions aient dû manquer; ce n'est pas non plus que la police ait négligé d'en rappeler les dispositions: loin de là, les arrêtés et ordonnances se pressent en foule; — on les voit se renouveler, mais sans succès, en l'an X, en l'an XIII, en 1816, en 1822, témoignant ainsi, par leur nombre même, de leur perpétuelle impuissance; — on voit enfin le regrettable édit de 1666 exhumé de nouveau en 1832, à l'occasion de troubles civils, succombant, sans que les magistrats aient cherché à en requérir l'application, sous la réprobation publique et l'imposante manifestation du corps médical.

Ce silence obstiné de la justice répressive, en présence de tant de textes accumulés, ne renferme-t-il donc pas un enseignement profond?

Oui, disons-le à l'honneur des magistrats chargés de l'exécution de la loi, le sentiment d'exquise délicatesse qui les a guidés dans l'interprétation de l'article 378 du Code pénal, ne les a pas abandonnés lorsqu'il s'est agi d'apprécier la valeur légale de cet édit de 1666, et des arrêtés et ordonnances qui ont vainement tenté de le raviver: aussi n'ont-ils jamais consenti à invoquer des dispositions aussi contraires aux préceptes religieux, à la charité, à la morale, et dont le triste résultat serait de ravir aux médecins la noble indépendance de leur profession, et de les transformer en dénonciateurs d'office des malades qui se seraient livrés à eux avec une entière confiance.

base; mais elle y était beaucoup plus avancée; on y voyait des dilatations aériennes de la grosseur d'une noix, dans lesquelles apparaissaient encore des débris de cellules, pas de traces d'emphysème interlobulaire. Les bronches étaient enflammées, mais surtout dans leurs conduits principaux, volume considérable du cœur, surtout du côté droit dont les cavités sont distendues par une grande quantité de sang noir.

Obs. II. (1) — Une petite fille de 5 ans eut, à la fin du mois de novembre 1814, une rougeole qui fut suivie d'une coqueluche. Pendant cette maladie, l'enfant fut prise d'une affection du poumon droit qui fut vraisemblablement une pneumonie, et que deux applications de sangsues jugèrent complètement. Mais en même temps les accès de coqueluche devinrent extrêmement fréquens; les moyens employés pour calmer la toux demeurèrent sans résultat. Le 27 décembre, la respiration était laborieuse. Il s'alluma une fièvre très vive. Le pouls devint très accéléré, quoiqu'il restât très petit. Ces symptômes allèrent en croissant jusqu'à la nuit du 30, pendant laquelle la petite fille mourut évidemment asphyxiée.

Autopsie. La poitrine percutée rend un son sonore dans tous les points, excepté pourtant à la partie postérieure. Les poumons, de couleur pâle, sont assez volumineux; ils présentent à leur surface un très grand nombre de bosselures plus ou moins larges et irrégulièrement arrondies. Ils sont très crépitans au toucher, mais ils présentent cependant une résistance particulière. L'air ne se déplace pas comme il arrive dans un poumon sain; il se rassemble volontiers sous la plèvre, et, quand on fait une très légère piqûre à cette membrane, de manière à ne pas intéresser le tissu pulmonaire, l'air s'échappe alors de lui-même par cette voie, et une étendue assez considérable du poumon s'affaisse. Plusieurs incisions pratiquées profondément dans cet organe, font voir que le tissu n'est changé ni dans sa couleur ni dans sa consistance; mais il est évident qu'il renferme beaucoup d'air, et cet air existe plus particulièrement dans le tissu lamineux interlobulaire. Les poumons, dans leur partie postérieure, sont gorgés de sang noir. Sur le bord antérieur du poumon droit, on trouve un noyau de pneumonie récente. Les bronches sont saines. Le cœur droit est rempli par du sang noir.

Voilà bien évidemment deux observations d'emphysème pulmonaire, et cependant combien elles diffèrent sous le rapport de la cause, du mode de production, de la marche, de la durée! elles n'ont qu'un point commun, à savoir, la distension aérienne des poumons; mais qu'à l'autopsie on y regarde de près, et on trouvera que dans le premier cas, l'air est contenu dans les vésicules; que, dans le second, il est renfermé dans le tissu cellulaire interlobulaire. Eh bien! si l'on examine les faits, on en trouvera qui se rangeront à côté de notre première observation; d'autres à côté de la seconde, et nous aurons deux groupes bien tranchés. Nous verrons que, quand la maladie procède comme dans la première observation, il y a toujours emphysème vésiculaire; qu'il y a toujours, au contraire, emphysème interlobulaire quand elle procède comme dans la seconde. On arrive ainsi à cette conclusion que ces deux espèces d'emphysèmes des poumons sont des affections bien distinctes, c'est ce que nous allons essayer de démontrer plus complètement, en les considérant successivement sous le rapport de leurs causes, de leur anatomie pathologique et de leur pathogénie, de leur marche et de leur durée, de leur diagnostic et de leur pronostic. Nous nous fonderons, dans tout ce qui va suivre pour l'emphysème vésiculaire, sur 24 observations que nous avons recueillies nous-même, et, pour l'emphysème interlobulaire, sur 15 cas épars dans les auteurs et les recueils périodiques et que nous avons rassemblés.

§ I. — Étiologie.

Emphysème vésiculaire. — Parmi les 24 observations que nous possédons, 4 sont des cas d'emphysèmes héréditaires, les 20 autres se rapportent à l'emphysème vésiculaire accidentel. Ces 20 observations présentent un point commun, c'est que toujours l'emphysème a été précédé de bronchite, et dans toutes la bronchite a paru exercer une influence évidente sur la production de l'emphysème. Si nous cherchons à apprécier rigoureusement le temps qu'a mis la bronchite à former cette maladie, dans les différens cas, nous nous trouverons arrêté sur-le-champ, parce que les malades ne se rappellent pas assez les circonstances diverses de leur affection pour en indiquer avec précision les phases successives, et surtout pour assigner une date certaine à la première manifestation des symptômes qui la constituent. Cependant, dans 7 observations, nous trouvons des renseignemens à ce sujet, et nous voyons qu'il s'est écoulé, entre l'apparition du catarrhe et celle des symptômes de l'emphysème, une période de temps variable entre 2 ans et 12 ans. Mais encore une fois ces chiffres ne sauraient être rigoureux.

Il résulte de nos observations que l'emphysème peut se former et après une bronchite aigüe et après une bronchite chronique, mais bien plus souvent après une bronchite chronique. 17 fois en effet, nous avons constaté cette étiologie, et 3 fois seulement nous avons vu la bronchite aigüe déterminer l'emphysème. Dans ce dernier cas, celui-ci se forme plus rapidement; dans le premier cas, au contraire, sa production est plus lente, quand il dépend d'une bronchite aigüe, et c'est presque toujours une bronchite capillaire; on peut l'entendre, en quelque sorte, se former sous l'oreille, et suivre les progrès de chaque jour.

Il arrive que le catarrhe chronique existe depuis longtemps et que la dyspnée ne se montre qu'à l'occasion d'une récrudescence aigüe. (Nous avons deux cas de ce genre). Dira-t-on que dans cette circonstance l'emphysème s'est produit sur-le-champ, sous l'influence de l'inflammation aigüe des bronches, et qu'il n'existait pas auparavant, tant que l'inflammation était chronique? Cette supposition ne nous paraît pas admissible; car, en examinant les malades, on observe des symptômes, des saillies de la poitrine entr'autres, qui attestent que la maladie ne date pas seulement que de quelques jours, on conçoit du reste, comment le malade n'en avait pas eu conscience jusqu'au moment de la récrudescence aigüe; l'emphysème, en effet, s'était formé graduellement, il avait diminué insensiblement la surface de l'hématose, et avait, en quelque sorte, habitué le malade à sa présence. Il avait pu ainsi demeurer latent, jusqu'au moment où une circonstance est venue exiger une puissance respiratoire plus grande, et où celle-ci, étant affaiblie, fait défaut.

Mais cette étiologie de l'emphysème pulmonaire par le catarrhe a été souvent combattue; on a dit qu'à l'autopsie on ne trouvait pas les tuyaux bronchiques rétrécis, et qu'ils ne pouvaient par conséquent apporter une gêne à la libre sortie de l'air. Mais d'abord, il y a des cas où l'on a trouvé ces tuyaux rétrécis; ensuite ses produits de sécrétion ne suffisent-ils pas pour déterminer cette obstruction des rameaux bronchiques? On a encore dit que très souvent le catarrhe ne précède pas l'emphysème, quand

(1) Cette observation a été communiquée par M. Magendie à Breschet, qui l'inséra dans l'article *Emphysème* du Dictionnaire des sciences médicales. Nous le donnons ici un peu en abrégé.

La dénonciation n'est plus de nos mœurs: même dans les circonstances qui intéressent au premier chef la tranquillité de l'État, elle ne constitue plus un devoir légal. La loi a donné sous ce rapport une grande et légitime satisfaction au sentiment public. Comment donc M. le juge d'instruction de la Pointe-à-Pitre a-t-il pu concevoir l'idée qu'une classe de citoyens soit encore demeurée soumise à l'humiliante nécessité de dénoncer, et que cette classe soit précisément celle à laquelle ses traditions honorables et la loi elle-même font une rigoureuse obligation du secret?

Evidemment, M. le juge d'instruction n'a pas senti la pensée humaine et morale de l'article 378 du Code pénal. Il ne s'est préoccupé que d'une chose, l'intérêt d'une poursuite judiciaire, au risque de froisser des susceptibilités de cœur et de conscience dont la loi, par des considérations d'un ordre supérieur, s'est déclarée la vigilante protectrice.

C'en est assez sur l'edit de 1666 et sur les ordonnances qui l'ont reproduit; jamais, nous en avons la conviction (et à supposer même que ces ordonnances aient été publiées dans les colonies), les magistrats ne voudront en faire la base de leurs arrêts (1).

Il est d'ailleurs une dernière considération qui nous frappe et qu'il importe, en terminant, de soumettre à la cour.

Comment, si l'obligation de dénoncer *les blessés* qu'ils soignent chez eux ou ailleurs existe encore pour les médecins, et si cette obligation en fait désormais des auxiliaires complets de la justice, les magistrats arriveront-ils à la connaissance exacte, certaine de la contravention commise? Comment leur sera-t-il donné de distinguer dans quels cas il y aura eu *blessures*, dans quels cas au contraire il s'agira de *maladies ordinaires* auxquelles les édits et ordonnances ne seraient pas applicables? Quels documens, quels témoignages interrogeront-ils à cet égard? Et cependant, cette distinction sera nécessaire, indispensable, capitale, puisque, selon qu'il y aura eu ou non cas de *blessures*, le médecin devra être confident fidèle ou dénonciateur, forcé de dévoiler les secrets de ses malades, ou relevé de cette nécessité en vertu des devoirs sacrés de sa profession.

Qui ne voit, sur le champ, quelles impossibilités viendront se dresser devant la justice, et la cause actuelle en est une preuve évidente.

M. le juge d'instruction a considéré comme constant qu: M. Saint-Pair avait été appelé auprès *d'un blessé;* sur quoi sa conviction s'est-elle fondée? Est-ce sur un acte de poursuite dirigée contre M. Saint-Pair en vertu de l'édit de 1666? Nullement. — Est-ce sur les explications et les aveux de M. Saint-Pair? Non, encore, car à toutes les questions qui lui ont été adressées, M. Saint-Pair n'a répondu qu'une seule chose, à savoir *qu'il ne voulait pas, qu'il ne pouvait pas répondre!* — Ainsi, c'est sur une simple supposition, puisée nous ne savons à quelle source, que M. le juge d'instruction a refusé à M. Saint-Pair l'honorable privilége de sa profession.

Position étrange que celle d'un médecin! Le juge lui dirait: « Vous avez été » appelé auprès d'un blessé et vous deviez le dénoncer. » Et le médecin, ainsi accusé, ainsi menacé personnellement, se trouverait dans cette alternative, ou de

(1) MM. Chauveau et Hélie, Th. C. pén., *loc. cit.*, sont également d'avis que l'édit de 1666 n'est plus en vigueur et que la règle du secret s'applique désormais à tous les actes de l'exercice médical.

celui-ci remonte à l'enfance. Cela est très vrai, et nous devons nous arrêter ici pour établir une distinction précise.

L'emphysème vésiculaire peut être congénital, il peut être accidentel, il peut être sénile.

L'emphysème congénital est toujours héréditaire. Deux de nos observations déposent en notre faveur, et, si elles sont trop peu nombreuses pour avoir une grande valeur, nous nous autoriserons des opinions de Jackson. Ce médecin a trouvé l'influence de l'hérédité plus marquée quand l'emphysème remonte à sa première jeunesse que quand il vient après vingt ans, on un peu avant; en effet, sur 14 individus emphysémateux dès l'enfance, 14 avaient eu leurs parens asthmatiques; sur 14 atteints tardivement, 2 seulement avaient vu leurs parens mourir de la maladie. L'expérience de M. Louis dépose dans le même sens que Jackson; il n'est donc pas étonnant que l'emphysème congénital ne soit pas précédé de catarrhe, puisque les enfans l'apportent avec eux en naissant. C'est ce qui a été constaté par les autopsies de M. Ledriberder, qui a trouvé de l'emphysème pulmonaire chez des enfans morts peu de temps après leur naissance; quant à l'emphysème héréditaire qui n'est point congénital, comment se produit-il? ceux qui en sont atteints, n'ont-ils apporté avec eux, en naissant, qu'une prédisposition à contracter un catarrhe et à se trouver ainsi dans les conditions de développement de l'emphysème? c'est une opinion qui a été émise, et que viendraient appuyer les deux cas d'emphysème héréditaire, non congénital, que nous avons recueillis.

L'emphysème accidentel, si nous nous en rapportons à nos observations, est toujours le résultat d'un catarrhe. Laënnec, tout en ne considérant pas, en théorie, la bronchite comme une complication nécessaire de l'emphysème, fait cependant remarquer qu'il l'a toujours observée chez ses malades. M. Louis a contesté l'opinion de ceux qui prétendent que l'emphysème, sans distinction, est toujours le résultat d'un catarrhe, et il l'a fait avec raison; mais ouvrons son mémoire (1), et nous verrons qu'il y fait remarquer que la toux, soit continue, soit intermittente, ne débuta, dans aucun cas, avec la dyspnée, quand celle-ci remontait à la première jeunesse; qu'elle ne parut, au contraire, après l'oppression, chez ceux où ce symptôme se manifesta après l'âge de 20 ans, on peu avant, que chez un sujet seulement. Or qu'avons-nous dit précédemment? que l'emphysème congénital est héréditaire et qu'il n'est point précédé du catarrhe, et que ce n'est que l'emphysème accidentel qui est consécutif à cette affection. Les assertions de M. Louis viennent donc confirmer nos observations. Ce médecin a cité, il est vrai, un cas qui fait exception à la règle générale, mais ce cas unique ne saurait suffire pour la renverser.

Quant à l'emphysème sénile, il ne mérite pas ce nom; ce n'est qu'une usure du poumon, résultat nécessaire de l'âge. C'est un état normal dans la vieillesse et ce n'est point un véritable emphysème. Il ne se traduit par aucun symptôme, parce que si le champ de l'hématose est diminué, le champ qui le parcourt est en moindre quantité, et par conséquent il y a appropriation du volume de ce fluide à la puissance de l'organe qui se doit élaborer. C'est un fait qui a été parfaitement signalé par MM. Magendie (1) et Andral (2). Il résulte de là qu'il faut prendre garde de confondre chez les vieillards, l'état normal avec un état pathologique. Aussi avons-nous eu soin, à Bicêtre, où nous avons recueilli cinq de nos observations, de ne regarder comme atteints d'emphysème que les vieillards qui présentaient à un haut degré, les symptômes de cette maladie.

Enfin, pour terminer cet article, citons comme pouvant exercer une certaine influence sur la production de l'emphysème vésiculaire, le rétrécissement des tuyaux bronchiques, suite d'une compression occasionnée par des tumeurs de nature quelconque développées dans la cavité de la poitrine, ou sur des spasmes de ces conduits. Ces causes peuvent très bien être admises en théorie, mais on doit dire que l'on possède peu on point de faits authentiques d'emphysème causé par leur action. Nous en pourrions dire autant des maladies du cœur considérées comme causes d'emphysème pulmonaire, quoique cependant leur influence soit peut-être déjà plus marquée. Les maladies des poumons qui ont pour résultat de soustraire, pendant longtemps, à la fonction respiratoire une certaine étendue de ses organes, peuvent encore déterminer la dilatation emphysémateuse des portions demeurées saines. C'est là une vérité que l'on peut constater chaque jour dans les autopsies. Seulement il faut ajouter que, dans ces circonstances, l'emphysème est en général peu développé; de plus, comme nous le verrons plus loin, il n'est pas exclusivement vésiculaire.

En résumé, les différentes causes que nous venons d'examiner, présentent ce caractère commun, qu'elles agissent lentement, et il doit résulter de leur étude cette impression générale que l'emphysème vésiculaire présente un développement insensiblement progressif.

EMPHYSÈME INTERLOBULAIRE. — Voyons maintenant les cas où l'emphysème était interlobulaire, et nous trouverons que les causes qui l'ont déterminé étaient de nature toute différente. Dans 15 cas que nous avons rassemblés, 4 fois (3) l'emphysème se produisit pendant les efforts de l'accouchement; une fois au milieu des quintes de toux de la coqueluche (4); 5 fois par une toux violente, spasmodique, déterminée, dans un cas (5); par la respiration de vapeurs irritantes, dans un autre (6), par la présence d'un corps étranger dans la trachée-artère; dans un troisième (7), par le rcoup, et dont la cause dans les deux autres (8) n'a pas été spécifiée; une fois à la suite d'une violente émotion morale (9); une fois pendant des efforts de vomissement; à la suite de l'administration d'un

(1) MÉMOIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION, t. I.

(1) JOUR. DE PHYSIOL., MÉMOIRE SUR LA STRUCTURE DES POUMONS, t. I. 1821.

(2) ANAT. PATHOL., t. II, p. 524.

(3) Boddaut, ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND, 1840. — 3 cas rapportés dans le MÉMOIRE DE M. DEPAUL, et dont un lui est propre. GAZETTE MÉDICALE, pag. 689.

(4) Obs. de M. Magendie, rapportée par Breschet. — DICT. DES SCIENCES MÉD., ARTICLE EMPHYSÈME.

(5) Obs. de M. N. Gueneau de Mussy, rapportée par M. Depaul, *loc. cit.*

(6) Louis, MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE, t. IV, pag. 514.

(7) Peyraud, MÉM. DE LA SOCIÉTÉ MÉD. D'ÉMULATION DE LYON, 1er vol. 1842.

(8) THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, 1er trimestre 1837. — Obs. de M. Marjolin, rapportée par Breschet, *loc. cit.*

(9) Obs. d'Olivier d'Angers, ACADÉMIE DE MÉDECINE, SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1845.

---

se laisser condamner sans défense, ou de trahir, pour se défendre et prouver qu'il ne s'agissait ni de blessé, ni de blessure, celui auquel il aurait donné ses soins!

Toutes ces anomalies, toutes ces impossibilités n'attestent-elles donc pas la nécessité de se retrancher dans la règle si simple et si sûre de l'art. 378, et de maintenir dans toute sa pureté la jurisprudence de la cour.

Si le corps médical venait réclamer un privilège nouveau : si, étendant outre mesure les bornes de l'article 378, il soutenait qu'en matière de témoignage, la qualité de médecin domine toujours et absorbe celle de citoyen et d'homme privé, on comprendrait les incertitudes de la justice! Mais il s'agit pour lui d'un privilége ancien, traditionnel, reconnu depuis longtemps, consacré par la loi elle-même dans l'intérêt social, d'un privilege renfermé dans les limites de la pratique médicale, et qui n'est, au surplus, que le droit d'exercer noblement, avec bonneur, d'une manière rassurante pour la société, une profession qui est avant tout une profession de dévouement et de confiance.

En quoi donc cette prétention si légitime pourrait-elle paraître inquiétante ?

La cour d'assises de la Pointe-à-Pitre n'a pas partagé à cet egard les impressions de M. le juge d'instruction. En consacrant au profit de M. Saint-Pair le droit incontestable écrit dans l'article 378, celui de ne pas dévoiler ce qu'il n'avait connu *qu'en qualité de médecin et sous le sceau du secret*, elle a fait bonne justice.

Le Conseil soussigné n'hésite donc pas à penser que le pourvoi de M. Saint-Pair doit être accueilli, et que celui de M. le Procureur du Roi doit être rejeté.

AMABLE BOULLANGER,
Avocat à la Cour royale, Conseil judiciaire de l'Association des Médecins de Paris.

PAUL FABRE,
Avocat plaidant.

— En rendant compte, dans la GAZETTE MÉDICALE du samedi 26 juillet, de la brochure du docteur C.-S. Chet, nous avons omis d'indiquer qu'elle se vend, à Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17; et à Lyon, chez Savy, quai des Célestins. — Prix : 1 fr., avec un dessin.

— TRAITÉ DE CHIMIE MINÉRALE, VÉGÉTALE ET ANIMALE; par J.-J. BERZELIUS. — Seconde édition française, traduite, avec l'assentiment de l'auteur, par MM. ESSLINGER et HOEFFER, sur la cinquième édition que publie M. Berzelius, à Dresde et à Leipzig.

L'ouvrage formera huit gros volumes in-8°, qui se publieront par livraisons de 192 pages accompagnées de gravures sur bois, et quelquefois d'une planche. Prix de chaque livraison : 2 fr. 75 c.

La première livraison est en vente.

émétique (1); enfin, dans 3 cas (2), la cause de l'emphysème n'a pas été signalée, mais quelle que fût sa nature, elle agit avec rapidité, car l'emphysème se montre rapidement.

Plusieurs de ces causes agissent fréquemment pour produire l'emphysème. Ainsi, les médecins qui ont occasion d'ouvrir des enfans savent combien on trouve souvent les lésions propres à cette affection chez les enfans morts à la suite de la coqueluche; et comme la coqueluche ne détermine évidemment l'emphysème des poumons que par les efforts de toux qui la caractérisent, on est en droit de penser que, sous l'influence d'une toux violente, spasmodique, revenant par accès, quelle que soit sa cause, les poumons deviennent souvent emphysémateux. Si on n'a pas signalé ce fait plus souvent, c'est que l'attention n'a pas été dirigée sur ce point, et l'on n'en a été frappé que quand l'infiltration gazeuse était considérable pour occasioner des accidens graves et même la mort.

On voit que toutes les causes que nous venons d'énumérer agissent de la même manière : elles ont toutes pour effet immédiat de distendre fortement et tout à coup les vésicules pulmonaires. Cette distension se produit, soit pendant les inspirations profondes et énergiques qui ont lieu dans les accès de toux, comme dans les quintes de la coqueluche, soit pendant que l'air, dans la production d'un grand effort, est renfermé dans les poumons et dilaté par la température à laquelle il y est soumis. Toutes agissent de cette façon que l'air va exercer une sorte de violence contre les parois des vésicules, violence qui est d'autant plus efficace pour les rompre, qu'elle est subite.

Les expériences sur les animaux confirment ce que nous annonçons. Si on insuffle de l'air dans les voies respiratoires d'un animal, on produit un emphysème interlobulaire, et cet emphysème sera d'autant plus considérable que l'insufflation aura été plus forte et plus brusque; il peut être porté au point de déterminer une mort instantanée. Ceux qui expérimentent sur les animaux savent aussi que souvent les chiens, par exemple, à la suite de violens efforts qu'ils font en se débattant sous le scalpel, meurent tout à coup, sans que cette mort puisse être attribuée aux lésions qu'ils ont éprouvées, à cause du peu de gravité de celles-ci. Dans ces cas, il y a production d'un emphysème interlobulaire par le même mécanisme que celui que nous avons signalé chez l'homme.

Le cas où l'emphysème fut déterminé par une toux causée par des vapeurs irritantes nous paraît surtout caractéristique; nous allons le transcrire tel que nous le trouvons dans le mémoire de M. Depaul.

Obs. III. — Le 18 janvier 1837, fut reçu à l'Hôtel-Dieu un homme âgé de 34 ans, d'une constitution athlétique, et qui avait toujours joui d'une excellente santé. La veille de son entrée, travaillant dans un atelier de fonderie, au moment où les métaux étaient en fusion, il fut enveloppé par une vapeur épaisse et irritante, et pris immédiatement d'une quinte de toux des plus violentes. Dès ce moment, une dyspnée intense se manifesta, et, quelques heures après, il s'aperçut d'une tuméfaction dans la région du col.

A son entrée à l'hôpital, la percussion et l'auscultation firent facilement reconnaître que les poumons étaient emphysémateux dans la plus grande partie de leur étendue. Le col était tuméfié, ainsi que la région supérieure et antérieure du thorax, et, par sa pression, on déterminait une crépitation manifeste dans ces parties. A cela se joignaient toutes les autres modifications qui appartiennent aux troubles profonds de la respiration; on pratiqua une large saignée, 30 sangsues furent appliquées, et on promena des cataplasmes sinapisés sur les extrémités. Le lendemain, une amélioration marquée existait; elle continua les jours suivans, et, le huitième, le malade voulut sortir, il était presque entièrement rétabli.

Dans cette observation, la production de la maladie est aussi instantanée que l'action de la cause qui la détermine. Dans la coqueluche, les quintes de toux se succèdent pendant un certain temps, avant qu'un effort plus actif vienne à rompre les parois vésiculaires affaiblies sans doute par les efforts précédens. Ici les parois ont cédé au premier choc, et il est impossible de trouver un cas plus propre à démontrer avec quelle rapidité peut se produire l'emphysème interlobulaire. Nous disons emphysème interlobulaire, bien que l'autopsie ne soit pas venue prouver son existence, parce que la marche de l'affection et surtout la tumeur du col démontrent surabondamment la nature de l'affection. Mais nous aurons occasion de revenir sur ce point à l'article des symptômes.

Quant au cas où l'emphysème a été produit par une violente émotion morale, tout le monde le connaît, c'est celui d'Olivier d'Angers. La mort suivit subitement une violente colère comprimée. Nous n'essaierons pas de donner l'explication de la formation de l'emphysème dans cette circonstance; il nous suffit, pour que ce fait vienne à l'appui de notre opinion, que l'emphysème se soit produit rapidement.

En somme, les causes qui déterminent l'emphysème interlobulaire ont toutes ceci de commun, qu'elles agissent très rapidement et produisent de même l'affection qui est sous leur dépendance.

On voit donc que les auteurs qui, en s'occupant de l'emphysème, se contentent de dire, à l'article *Etiologie*, que cette maladie est occasionnée par les affections de l'ame, les grands mouvemens du corps ou les efforts, et les maladies des poumons et du cœur, sans chercher à établir de distinction entre les modes d'action de ces différentes causes, confondent des choses qui doivent être séparées, ou, en confondant les causes, ils confondent nécessairement aussi les effets qui en dépendent. Laënnec, en évitant cette erreur, avait donc judicieusement analysé les causes de l'emphysème des poumons.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) Obs. de M. N. Gueneau de Mussy, rapportée par M. Depaul, *loc. cit.*
(2) Obs. rapportée par M. Prus, Mémoire lu a l'académie de médecine, 1842. — 2 obs. qui nous ont été communiquées par notre camarade Hérard, interne des hôpitaux, et qui ont été recueillies à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service de M. Sandras.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE,

Publié par les docteurs ROSER et WUNDERLICH.

Les deux premiers cahiers de 1845 contiennent : 1° *Du rapport entre la médecine physiologique et la pratique médicale;* par le professeur Wunderlich. 2° *Sur la chimie médico-légale en face des tribunaux et du public;* par le docteur Schlosslerger. 3° *Généralités sur les sécrétions morbides;* par le docteur Frey. 4° *De la coïncidence des ossifications des artères, avec les maladies des voies urinaires;* par le docteur Seitz. (Quatre autopsies : dans deux, on a trouvé des ossifications très étendues de l'aorte abdominale; une autre fois, un anévrisme de l'aorte descendante avec des plaques d'ossification dans la membrane fibreuse de l'artère; chez le quatrième, un anévrisme du cœur également avec des plaques de phosphate calcaire dans les artères; dans tous les quatre cas, les reins étaient plus ou moins malades.) 5° *De la dynamie de la saignée;* par le docteur Zimmermann. (Recherches chimiques et physiques sur les proportions des élémens du sang dont les détails échappent à l'analyse.) 6° *Remarques sur les expectorations;* par le docteur Gunsburg. (D'après les élémens des matières expectorées, l'auteur peut reconnaître par le microscope le siége de la sécrétion.) 7° *Sur une nouvelle théorie des fistules;* par le docteur Roser. (L'auteur appelle de nouveau l'attention sur les cancers qui s'opposent à la cicatrisation des fistules. (Gaz. Méd., 1841, p. 218.) 8° *Guérison d'une maladie du foie, d'ictère, de ptyalisme arrivée à un état de marasme, par l'alloxan;* par le docteur Scuhr. (Principe cristallisable extrait de l'acide urique des excrémens du serpent, recommandé par M. Liebig. Comme on n'a eu recours à ce moyen qu'une seule fois dans un cas désespéré, son utilité n'est pas encore prouvé.) 9° *Sur la gastromalacie des enfans à la mamelle;* par le docteur Kreuser. (Dans deux cas où on soupçonnait un ramollissement de l'estomac, cet organe a été trouvé à l'état sain; mais il existait une hydrencéphale, tandis que dans deux autres, outre une pneumonie reconnue pendant la vie, il y avait un ramollisment de l'estomac tout à fait méconnu. L'auteur rattache la gastro-malacie à un défaut d'innervation du nerf pneumo-gastrique.) 10° *Recherches sur la périodicité;* par le docteur Schweig. 11° *Sur l'hyperhémie du poumon;* par le docteur Mendelsohn. (Extraits tirés d'un ouvrage de physiologie expérimentale que l'auteur publiera sous peu.) 12° *Cas de luxation de l'avant-bras;* par le docteur Weber. (Dans des exercices gymnastiques pour mesurer les forces, un jeune homme eut une luxation de l'avant-bras; la manière dont celle-ci s'est faite vient à l'appui de cette opinion qui admet que la luxation a toujours lieu par une flexion brusque à la suite d'une extension forcée.) 13° *Sur l'insuffisance de l'une ou de l'autre valvule (tricuspide et mitrale) du cœur;* par le docteur Muhlhaeuser. (Deux cas où cette affection n'a pas été reconnue pendant la vie. 14° *De l'ablation du ptérygion à l'aide de la ligature;* par le docteur Szokalski. (Mémoire lu à la société des médecins allemands à Paris.)

Recherches sur la périodicité; par le docteur Schweig.

Ce mémoire est divisé en deux parties; dans la première, il est ques-

tion de la périodicité de la menstruation, et dans la seconde des intervalles des attaques d'un épileptique. Les résultats auxquels l'auteur est arrivé sont les suivans : il s'est passé entre le commencement d'une menstruation et le commencement d'une menstruation subséquente :

1 fois.........	8 jours.	62 fois..........	27 jours.
1 »	9	73 »	28
1 »	10	39 »	29
3 »	11	28 »	30
1 »	12	28 »	31
2 »	14	14 »	32
4 »	15	15 »	33
1 »	16	16 »	34
1 »	17	11 »	35
1 »	18	3 »	36
7 »	19	3 »	37
11 »	20	5 »	38
11 »	21	4 »	39
9 »	22	2 »	40
19 »	23	» »	41
29 »	24	1 »	42
36 »	25	» »	43
56 »	26	2 »	44

Si on additionne les 500 intervalles de menstruation, égalant 13,697 jours, observés sur 60 femmes, et qu'on divise cette somme par 500, on trouvera une moyenne de 27, 39 jours qui s'accorde avec le nombre le plus fort du tableau, 28; l'intervalle le plus court était de 8 jours, le plus long de 44.

L'auteur est encore arrivé à la même moyenne en n'opérant que sur des fractions du chiffre 500 et en prenant les intervalles tels que l'observation les lui a fournis.

Ainsi	50	observations	ont donné...	1384	jours.	Moyenne	27,68
	100	—	—	2791	—	—	27,91
	150	—	—	4193	—	—	27,94
	200	—	—	5489	—	—	27,44
	250	—	—	6920	—	—	27,68
	300	—	—	8318	—	—	27,72
	350	—	—	9636	—	—	27,53
	400	—	—	10906	—	—	27,27
	450	—	—	12324	—	—	27,38
	500	—	—	13697	—	—	27,39

La périodicité de la menstruation correspond donc, non pas, comme on l'admet généralement, aux phases de la lune, qui sont de 29 jours et demi, encore moins aux mois des calendriers, comme le croyait Desormeaux, mais bien aux nœuds de la lune, c'est-à-dire au temps que celle-ci met à revenir au même point de son orbite, c'est-à-dire 27, 56 jours.

En appréciant sur 242 menstruations l'heure exacte de la journée où la menstruation a commencé avant ou après l'apogée, l'auteur a constaté qu'à peu près 31 fois sur 100 les intervalles d'une menstruation à l'autre coïncident à la période anomalistique, et que les défauts de coïncidence sont d'autant plus rares qu'ils sont plus considérables. Les menstruations qui s'approchaient à 1, 2, 3 jours près de la période anomalistique se sont retrouvées :

21	fois simples,	ainsi	42	observations.
15	2e	—	45	—
5	3e	—	20	—
3	4e	—	15	—
1	5e	—	6	—
1	6e	—	7	—
1	7e	—	16	—
1	8e	—	9	—
1	12e	—	13	—
1	13e	—	14	—
			187	

Ainsi, sur 242 cas la menstruation est revenue avec les nœuds de la lune, 187 fois, ou 76 pour 100, ou trois-quarts de la totalité, et elle s'est répétée dans cet ordre 14 fois de suite sur la même personne. Le retour de la menstruation du dernier quart des 242 cas ne dépassait pas la moitié d'une période anomalistique. Il y a des femmes qui sont réglées chaque fois après la moitié ou la révolution complète d'une période anomalistique; d'autres le sont 2 fois pendant 2 périodes anomalistiques, d'autres 3 fois pendant 3 périodes et demie, d'autres 4 fois pendant 4 périodes et demie. Il y a autant de menstruation pendant le temps que la lune met à s'approcher de la terre que pendant celui où elle met à s'en éloigner, ce qui ressort du tableau suivant, indiquant le nombre de menstruations qui ont eu lieu le jour d'apogée ou de périgée, leur lendemain, leur surlendemain,

A.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total.
25	22	27	28	24	23	22	16	20	20	26	24	16	11	13	8	318
P.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total.
20	17	16	24	28	16	31	22	21	27	30	22	13	9	12	8	316

Il n'en est pas de même lorsqu'on calcule le nombre de menstruations qui ont eu lieu pendant le temps où la lune est le plus rapprochée ou le plus éloignée de la terre, ainsi en additionnant d'après le tableau suivant les menstruations qui ont eu lieu avant et après l'apogée, on trouve 271, et celles avant et après le périgée 231.

Avant apogée	5e jour...	20	122	271
	4e » ...	24		
	3e » ...	27		
	2e » ...	30		
	1er » ...	21		
Apogée...		25		
Après apogée	1er jour...	22	124	
	2e » ...	27		
	3e » ...	28		
	4e » ...	24		
	5e » ...	23		
Avant périgée	5e jour...	21	110	231
	4e » ...	26		
	3e » ...	17		
	2e » ...	21		
	1er » ...	25		
Périgée...		20		
Après périgée	1er jour...	17	101	
	2e » ...	16		
	3e » ...	24		
	4e » ...	28		
	5e » ...	16		

Dans un second article, M. Schweig rend compte d'un épileptique observé durant un grand nombre d'accès, et il est arrivé à ce résultat que la périodicité des accès s'accorde aussi avec les périodes anomalistiques de la lune. Pour expliquer ces coïncidences de la menstruation et des accès épileptiques avec les nœuds de la lune, l'auteur émet l'hypothèse d'un système d'ondulations tenant le milieu entre la lumière et le son qui agit sur quelques parties de l'organisme, comme la lumière agit sur la rétine et le son sur le nerf acoustique.

II. ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMMTE MEDICIN,

Publié par le docteur OPPENHEIM.

Les cahiers d'octobre, novembre, décembre 1844, janvier, février, avril et mai 1845, contiennent les notices et articles originaux suivans : 1° *Remarques sur la céphalotripsie* ; par le docteur Flamm. (Observation d'un accouchement laborieux où l'on a eu recours à la perforation du crâne, suivie de la céphalotripsie. Le médecin de Varsovie, accoucheur depuis vingt-quatre ans, s'est servi pour la première fois de l'instrument de Baudelocque, dont il fait une critique assez sévère.) 2° *Variétés* ; par le docteur Osiander. 3° *Sur la constitution médicale de Hambourg en* 1843; par le docteur Stuhlmann. 4° *Sur le poids et la grandeur des nouveau nés* ; par le docteur Flamm. (Exemple d'un enfant mort-né ayant 22 pouces de long et pesant 14 livres et demie.) 5° *Observation d'inflammation diffuse* ; par le docteur Helmbrecht. (Un homme de 28 ans, à la suite d'une contusion à la jambe droite, eut un abcès, le périoste fut détaché et l'os dénudé; bientôt des phlegmons nombreux se déclarèrent sur différentes parties du corps. L'individu succomba à la fièvre de suppuration, en conservant ses facultés intellectuelles jusqu'au dernier moment.) 6° *Résumé de quelques nouvelles recherches sur la menstruation* ; par le docteur Alexander. 7° *Guérison d'une amaurose rhumatismale des deux yeux par l'extrait de pulsatille* ; par le docteur Helmbrecht. (Il est difficile de dire si c'est à ce médicament donné à la dose de 3 à 4 grains trois fois par jour qu'on doit attribuer cette guérison; car déjà, avant l'administration de ce remède, les yeux étaient redevenus sensibles à la lumière; en outre, des moyens extérieurs, tels qu'un séton à la nuque, des frictions de teinture de cantharides et d'esprit de romarin, et même des vésicatoires sur les paupières, ont été mis en usage.) 8° *Remarques sur l'action de quelques médicamens sur les facultés intellectuelles et affectives* ; par le docteur Weber. (Article de critique non achevé.) 9° *Sur les hôpitaux des vénériens de Paris et sur les traitemens qu'on y suit* ; par le docteur Bœnech. 10° *Observation de mort subite* ; par le professeur Blosfeld. (A l'autopsie d'un jeune

homme de 23 ans, mort subitement au milieu d'un état de santé florissante, on a trouvé, dans les veines de la tête, des bulles de gaz, et dans tout le système circulatoire un sang très fluide; à la face interne de la paroi postérieure de l'aorte descendante, il y avait une couche très mince d'exsudation plastique et une accumulation de sang dans le médiastin postérieur; le poumon était distendu par de l'air. A quoi fallait-il attribuer la présence des bulles de gaz dans les veines de la tête? Le cadavre n'était pas encore en état de putréfaction.) 11° *Observations et réflexions sur quelques médicamens contre la coqueluche*; par le docteur Panck. 12° *Observations tirées de comptes-rendus faits par des médecins danois*; par le professeur Otto. (Rien d'inconnu.) 13° *Cas d'un homme élevé jusqu'à l'âge de 26 ans comme appartenant au sexe féminin*; par le même. (Il y avait hypospadias, et entre le méat urinaire et l'anus, un enfoncement de la profondeur et de la largeur d'environ un pouce, qui avait déjà été pris, lors de la naissance, pour l'entrée du vagin; au reste, tous les signes de la virilité existaient.) 14° *Des extrémités du corps de l'homme*; par le docteur Ross. (Articles chirurgico-anatomiques tirés d'un ouvrage devant paraître plus tard.) 15° *Problème médical*; par le docteur Seidlitz. (C'est un individu affecté de symptômes, tantôt pris pour la goutte, tantôt pour la syphilis; après beaucoup de traitemens infructueux, il a fini par mourir à l'établissement d'eau froide à Græfenberg.) 16° *Sur les avantages de l'extrait d'opium sans narcotine*; par le docteur Isenbeck. (Observation de tic douloureux où ce remède parut avoir été utile.) 17° *Guérison d'une pleurésie chronique*; par le docteur Cautzler. 18° *Sur le crétinisme*. (Monographie à consulter.) 19° *Deux cas de maladie chronique des viscères abdominaux guéris par les eaux de Carlsbad*; par le docteur Fleckles.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR QUELQUES MÉDICAMENS CONTRE LA COQUELUCHE; par le docteur PANEK, médecin à l'hospice des Orphelins à Moscou.

L'*assa fœtida* (1 gros; mucilage de gomme arabique, 1 once et demie; sirop de guimauve, 1 once: une cuillerée à café toutes les deux heures), si recommandé par Kopp, a été employé sans succès évident pendant une épidémie, en 1839.

L'*acide muriatique* (2 gros; eau distillée, 6 onces; sirop simple, 1 once: une cuillerée à bouche toutes les deux heures), préconisé par Thiel, a rendu à l'auteur de très grands services, en abrégeant considérablement la durée de la maladie lorsqu'il administrait le remède dans la période nerveuse, sans symptômes inflammatoires. Ce médicament n'a jamais produit d'effets fâcheux; une seule fois il a donné la diarrhée.

Le *calomel* est très utile, surtout dans les cas de coqueluche avec symptômes inflammatoires fébriles ou gastriques, etc.

L'*huile de foie de morue* est un excellent remède contre la coqueluche chez des enfans scrofuleux.

La *belladone* et d'autres narcotiques paraissent, à l'auteur, dangereux chez les jeunes enfans, déjà si disposés aux congestions sanguines vers la tête.

Le *tannin*, préconisé par Fuchs, a été expérimenté dans une épidémie en 1844. Il a été donné à la dose d'un demi à un grain quatre fois par jour. Son effet a été nul, à l'exception d'un seul cas, où il a paru utile, chez une fille de 11 ans qui, dans les accès de coqueluche, a expectoré du sang.

De toutes ses expériences, l'auteur conclut qu'il n'y a point de spécifique contre la coqueluche, et qu'il faut remplir les indications suivant le cas particulier.

III. JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN;

PUBLIÉ PAR LES PROFESSEURS BAREZ ET ROMBERG.

Nous empruntons aux cahiers de mars et d'avril 1845 l'article suivant:

SUR LES MALADIES DU BAS-VENTRE (LA SCARLATINE, LA ROUGEOLE, LA ROSEOLE, LA VARIOLE ET LA COQUELUCHE) OBSERVÉES A L'HÔPITAL DES ENFANS A MOSCOU, EN 1843; par le docteur KRONENBERG.

GASTRITE. 52 cas. Les symptômes les plus constans étaient la céphalalgie, la douleur au creux de l'estomac et la dilatation de la pupille.

PÉRITONITE. Elle a été observée sans complication cinq fois chez des enfans scrofuleux qui avaient antérieurement des éruptions à la tête. La maladie a commencé deux fois par des frissons et de la douleur; chez les autres, il n'y avait que de la chaleur. Le bas-ventre était toujours douloureux et sensible au moindre attouchement, la langue chargée et sèche, la fièvre forte, l'urine rouge, la pupille toujours dilatée. Chez deux sujets, le ventre n'était pas tendu comme à l'ordinaire, mais mou; deux fois il y a eu des vomissemens; tous, à l'exception d'un seul, avaient des constipations. Dans deux cas, les vertèbres cervicales étaient sensibles à la pression. La durée de la maladie était de seize jours à sept semaines. Une fois la maladie s'est terminée par des sueurs; une autre fois par des abcès à la tête.

Le traitement était antiphlogistique: saignées, sangsues, cataplasmes émolliens, application d'onguent mercuriel étendu sur des linges, mais principalement bains tièdes paraissant être très efficaces; à l'intérieur, purgatifs huileux, calomel, nitrate de sonde, etc.

HÉPATITE. 7 cas; tous guéris. Six fois il y avait ictère; une fois la maladie était compliquée de pneumonie et une fois de splénite, une fois de sensibilité aux vertèbres dorsales supérieures; le plus souvent c'était le lobe gauche du foie qui était le siége de la maladie; fièvre peu forte; durée de la maladie, deux à quatre semaines.

Traitement: sangsues, frictions mercurielles, calomel, laxatifs et résolutifs.

SPLÉNITE ET HYPERTROPHIE DE LA RATE. Chez les six enfans affectés de splénite, la région de la rate était très sensible au toucher, la fièvre peu prononcée; quelquefois il y avait céphalalgie, une fois vomissemens.

Traitement: sangsues, calomel, purgatifs rafraîchissans et sulfate de quinine; ce dernier principalement contre les douleurs spasmodiques, consécutives des intestins.

Les affections des muqueuses de la bouche, de l'estomac et des intestins étaient les plus fréquentes, telles que diarrhée, dysenterie, choléra sporadique, gastro-entérite muqueuse, le muguet, la stomacace, la diphthérite, et quelquefois le noma, la lienterie et l'entéromalacie. Les aphthes étaient les plus fréquentes et accompagnées souvent d'autres maladies, de sorte qu'on n'en a pas tenu note exacte; les purgatifs et le borax en sirop ont toujours suffi pour les guérir.

MUGUET. 19 cas ont été observés cette année. Chez tous les enfans, il s'était déjà formé dans la bouche une membrane d'un blanc laiteux, assez épaisse, occupant tantôt une partie de la langue, tantôt une partie des joues, et deux fois toute la surface interne de la cavité buccale; il y avait, en outre, diarrhée, vomissemens, amaigrissement, grande faiblesse, insomnie, agitations, soif, chaleur à la peau et toujours pouls fébrile, contrairement aux observations de Valleix et d'autres médecins français qui disent n'avoir jamais rencontré la fièvre dans le muguet. La diarrhée manquait rarement, le vomissement souvent.

L'enfant le plus âgé avait 20 mois et le plus jeune quinze jours. La maladie était la plus fréquente dans les mois d'été, surtout en août. Les mères, en général fortes et bien portantes, avaient du lait de couleur et de consistance normales. Quoique tous les enfans présentassent les symptômes indiqués comme les plus graves de la maladie, un seul a succombé, et encore plutôt par la syphilis dont il était atteint en même temps que du muguet.

Traitement: Potions mucilagineuses huileuses, quelquefois purgatifs, rarement des vomitifs, mais le plus souvent et avec le plus grand succès, la liqueur de carbonate de soude.

DIARRHÉE. 197 cas sérieux, sur lesquels 11 morts. Dans 9 autopsies qui ont été faites, on a trouvé six fois toute la muqueuse du gros intestin injectée et couverte depuis la valvule iléo-cœcale d'ulcères ronds, superficiels, de 2 à 3 lignes de diamètre, à bords plats et fond lisse, une fois seulement couverts de pus; une fois la muqueuse surtout du rectum était très épaisse; deux fois molle et facile à déchirer. Chez deux enfans qui, peu avant la mort, avaient la rougeole, on a rencontré à la partie inférieure du gros intestin, principalement du rectum, des excroissances charnues, irrégulières, allongées, rouges et très saillantes. Dans les septième et huitième autopsies, la muqueuse de l'iléon était fortement injectée, sans coloration, et une fois la muqueuse du rectum épaissie et enflammée. Dans tous les cas, il y avait encore d'autres organes malades.

Traitement: Il consistait à donner toujours les médicamens directement aux enfans et non aux nourrices. Lorsque la diarrhée était récente, on a eu recours au sirop de rhubarbe pour les enfans à la mamelle, et à l'huile de ricin pour ceux qui étaient plus âgés; lorsque la diarrhée était accompagnée d'aigreurs, on a employé le charbon et la liqueur de carbonate de potasse. Était-elle accompagnée d'irritation, c'était la décoction de guimauve, le nitrate de soude, la terre foliée de tartre, et chez les enfans plus âgés du calomel à petites doses. Dans la diarrhée séreuse, la poudre de Dower, avec salep et surtout des bains chauds; dans la diar-

rhée sanguine, le nitrate de soude, l'alun et la potasse; dans les diarrhées chroniques où l'on pouvait soupçonner des ulcères, le nitrate d'argent et l'acétate de plomb en potion ou en lavemens paraissent avoir été très utiles; dans les cas de relâchement évident des fibres, l'extrait de noix vomique était très efficace.

La maladie était surtout fréquente en juin, juillet et août.

DIPHTHÉRITE. 2 croups pharyngés chez un enfant de 10 mois et chez un autre d'un an ont été observés; ils guérirent. Traitement : oxymel scillitique comme vomitif, médicamens huileux, la liqueur de carbonate de potasse et l'acide muriatique en topique.

STOMACACE. 10 enfans de 5 à 12 ans; guérison. Traitement par les purgatifs et par l'application locale de l'acide muriatique.

NOMA. 3 cas suivis de mort. A l'autopsie de l'un d'eux, on a trouvé la substance cérébrale molle, les ventricules remplis d'eau, 3 onces de sérosité dans le péricarde, les poumons sains, l'S du colon et le rectum ulcérés, couverts de pus, le colon transverse parsemé de petites taches noires dont quelques-unes sont passées en ulcères; l'ulcère de la bouche avait perforé les joues, s'était étendu au voile du palais et avait dénudé l'os de la mâchoire inférieure.

GASTRO-ENTÉRITE. En ne comptant que les cas où l'inflammation des intestins était grave et s'étendait aux appareils glanduleux et à l'estomac, on a noté 18 nourrissons de l'âge de 4 à 14 mois, et 2 enfans âgés de plus de 2 ans. La mort de 2 seulement est bien constatée. Le plus grand nombre des cas se sont présentés au mois de juillet. Le traitement, principalement extérieur, consistait dans les applications de sangsues, de cataplasmes, de sinapismes, de vésicatoires, de frictions mercurielles et de bains. A l'intérieur, des émulsions, du nitrate de soude, du carbonate de potasse, la terre foliée de tartre, du calomel à petites doses, la poudre de Dower.

DYSENTERIE. L'inflammation bornée au rectum, avec diarrhée sanguine, a été observée sur 38 enfans (22 garçons et 16 filles), de l'âge de 4 semaines à 5 ans. L'un d'eux est mort; pour 5, l'issue de la maladie est restée inconnue; tous les autres ont guéri. Le traitement était celui de la diarrhée muqueuse, plus l'huile de ricin administrée toujours au début.

LIENTÉRIE. 5 enfans (2 garçons et 3 filles); le plus jeune de 6 mois, le plus âgé d'un an et demi, ont rendu par les selles des alimens non digérés; chez tous, il y avait un appétit vorace, une peau décolorée, abattement des forces et amaigrissement; l'un d'eux eut des vomissemens. Le traitement variait suivant la cause, la durée et le caractère de la maladie; lorsqu'elle était la suite d'une inflammation chronique, on donnait avec succès : nitrate d'argent, 1 demi-grain; une décoction de guimauve, 3 onces; sirop diacode, 2 gros, trois cuillerées par jour.

GASTRO ET ENTÉROMALACIE. De 3 enfans dont on a diagnostiqué le ramollissement des voies digestives, l'un est mort; les 2 autres (1 garçon et 1 fille), âgés de 2 ans, se sont remis lentement. Symptômes principaux : évacuations de flocons mucoso-séreux mêlés d'excrémens ténus; parfois, vomissemens de même nature, amaigrissement rapide, perte de force, grande agitation, soif extrême caractéristique, tantôt insomnie, tantôt assoupissement, fièvre nulle. Le nitrate d'argent était le médicament principal.

SCARLATINE. 22, dont 4 sont morts. Les mois de décembre et de janvier contenaient le plus de malades. Les abcès, principalement au cou et à d'autres parties du corps, étaient fréquens et d'un mauvais pronostic. Dans deux autopsies, on a trouvé dans les poumons des abcès analogues aux dépôts métastatiques à la suite de phlébite. Des expériences faites avec le carbonate d'ammoniac ont été peu concluantes; par contre, l'auteur regarde l'emploi de la belladone (1 grain d'extrait dans une once d'eau de cannelle, à prendre journellement autant de gouttes que l'enfant a d'années d'âge) comme un excellent préservatif quand elle est administrée pendant deux à trois semaines.

ROUGEOLE. 47; la maladie a sévi surtout en décembre, janvier et février; dans les 5 cas de morts, il y avait complication de pneumonie et de diarrhée.

ROSÉOLE. 9 cas ont été observés en octobre, novembre et décembre; chez 4, qui sont morts, la roséole était compliquée de pneumonie et d'encéphalite, la diarrhée n'a jamais manqué et la desquammation ne s'est pas faite avant la mort. La roséole tient le milieu entre la rougeole et la scarlatine, en ce que plusieurs de ces enfans avaient déjà eu antérieurement ces deux maladies; deux fois les yeux étaient injectés comme dans la rougeole, et la gorge enflammée comme dans la scarlatine; et chez 4, dont 2 seulement avaient les yeux rouges, les amygdales étaient tuméfiées.

VARIOLE ET VARIOLOÏDE. La première a été observée une fois chez un garçon de 13 ans qui avait été vacciné; la deuxième chez deux enfans également vaccinés.

COQUELUCHE. 182, dont 82 garçons et 100 filles; le plus jeune enfant avait 3 mois et le plus âgé 13 ans. La maladie est bien plus fréquente au dessous de 7 ans qu'au dessus, dans la proportion de 7 et demi à 1; elle atteint plus de filles que de garçons, principalement après la septième année; de neuf enfans atteints de coqueluche après l'âge de 7 ans, il n'y a eu qu'un garçon.

Les complications sont de nature nerveuse, catarrhale et inflammatoire; parmi ces dernières, la pneumonie est en général moins fréquente que dans la rougeole. Sur les 42 coqueluches traitées à l'hôpital même, il y eut 5 pneumonies, dont une suivie de mort. Pendant la complication de la pneumonie, les symptômes de la coqueluche ont diminué ou même complètement disparu pour reparaître de nouveau après la disparition de la pneumonie. Traitement de la première période : terre foliée de tartre; extrait de belladone avec soufre doré, plus tard gui de chêne; le soir, poudre de Dower ou pilules de cynoglosse; quelquefois le sulfate de quinine avec fleurs de zinc. La maladie n'a jamais duré moins de six semaines.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 JUILLET.

ANTHROPOLOGIE.

M. JACQUINOT adresse une lettre en réponse aux dernières observations de M. Serres, relatives aux caractères des races américaines. M. Serres ayant, à cette occasion, critiqué la méthode dont M. Jacquinot avait fait usage pour la détermination des caractères et de l'origine des Ioways, et énoncé quelques principes généraux sur la manière dont il convient d'étudier les races humaines et sur la valeur respective des caractères anthropologiques et des caractères zoologiques, M. Jacquinot réfute la critique de ce savant professeur et s'attache à démontrer que les dénominations dont il s'est servi tendraient à jeter quelque confusion dans la science.

Les caractères que M. Serres désigne par le nom de *caractères anthropologiques*, dit-il, bien qu'importans sans doute, sont par plusieurs points inférieurs aux caractères empruntés aux formes extérieures et rentrent naturellement d'ailleurs dans ces derniers, car les formes du crâne et du squelette sur lesquelles reposent principalement les caractères que M. Serres appelle anthropologiques, se traduisent au dehors. Ensuite, ajoute M. Jacquinot, ces caractères tirés du crâne et du squelette, très distincts entre des races éloignées, deviennent extrêmement difficiles, pour ne pas dire impossibles, à distinguer dans la foule des races et des variétés intermédiaires. Enfin, l'observateur a bien rarement l'occasion d'examiner ces caractères anatomiques.

La supériorité des caractères extérieurs est évidente pour M. Jacquinot. C'est par eux que le vulgaire reconnaît au premier abord les variétés les plus fugitives d'une même race, les caractères nationaux, en un mot; à plus forte raison l'observateur parviendra-t-il à reconnaître des races plus tranchées.

Un seul de ces divers caractères pris isolément ne saurait suffire pour la détermination des races humaines; aussi c'est de leur réunion que M. Jacquinot entend parler, et non de l'un ou de l'autre de ces caractères exclusivement.

M. Jacquinot croit ne s'être pas écarté dans la détermination qu'il a faite des caractères des Ioways, des principes qu'il vient de rappeler; cependant M. Serres en ayant contesté l'exactitude, a reproché à l'auteur « d'avoir négligé les véritables caractères anthropologiques, bases de la science. »

M. Jacquinot, cherchant dans les écrits mêmes de M. Serres la valeur de ces caractères, trouve que, soit dans la description qu'il a donnée des Botocudos, soit dans la détermination qu'il a faite des Ioways, il n'a indiqué en définitive que ces mêmes caractères extérieurs.

Mes déterminations restent donc entières, dit en terminant M. Jacquinot, et je regarderai comme complète l'analogie entre les Ioways et les Polynésiens jusqu'à ce que M. Serres ait démontré leur ressemblance avec les Scandinaves; par la comparaison exacte et détaillée des caractères zoologiques ou anthropologiques.

M. SERRES présente quelques nouvelles observations sur cette communication. Les deux points principaux que j'ai voulu établir, dit-il, lors de la première communication de M. Jacquinot, savoir, d'une part, la ressemblance de certaines peuplades de l'Amérique du Nord, en particulier des Botocudos et des femmes Ioways avec les Mongols, et, d'autre part, la ressemblance des hommes Ioways avec la race scandinave, ne sont nullement infirmés par les nouvelles observations de M. Jacquinot et me semblent inattaquables. Quant à la ressemblance que M. Jacquinot prétend exister entre les Ioways et les Polynésiens, je n'ai rien dit à cet égard, c'est à M. Jacquinot à en fournir la preuve.

En ce qui concerne la première partie de la lettre de M. Jacquinot relative aux caractères anthropologiques et aux caractères zoologiques, il n'est pas étonnant qu'il n'ait rien trouvé dans mes ouvrages qui ait pu lui donner l'idée du sens

différent que j'attache à ces deux ordres de caractères, car je n'ai encore rien publié sur ce sujet. J'en ai fait l'objet de mes leçons au muséum depuis quelques années et je me propose de les exposer dans cette enceinte à l'occasion du rapport qui devra être fait sur les communications de M. Jacquinot et celles de M. Lebâtard sur le même sujet. Je ferai remarquer seulement pour le moment que ce qui différencie essentiellement ces deux ordres de caractères, c'est que les uns, les caractères zoologiques, constatent principalement les différences, tandis que les autres, au contraire, les caractères anthropologiques font ressortir les points d'analogie et de ressemblance.

GÉOLOGIE FOSSILE.

M. Agassiz adresse un fragment d'un grand travail de géologie, dans lequel on trouve un résumé de tous les résultats généraux auxquels ce savant est arrivé par l'étude des fossiles. On comprendra assez l'importance physiologique de ce travail en disant qu'il fait ressortir par la comparaison des faits :

1° L'analogie qui existe entre les premiers états de l'embryon des poissons et l'organisation des poissons fossiles des terrains les plus anciens.

2° Le parallélisme que présentent les phases du développement embryonique des poissons avec la succession des différents types dans la série des terrains.

3° Les rapports qu'il y a entre cet ordre de succession et la gradation zoologique des types de la classe des poissons, dans la création actuelle.

Enfin, il montre que pour plusieurs autres classes du règne animal, on peut déjà reconnaître des analogies semblables, alors même que les travaux publiés jusqu'ici sur ces classes n'ont pas été faits dans le même but que les siens.

STRUCTURE DES POUMONS.

M. Maleschott, médecin de l'université de Heidelberg, adresse une dissertation écrite en latin sur la structure du poumon. Ce travail contient des observations nouvelles sur la division, la fin et la nature des dernières ramifications des bronches. L'auteur soutient, contrairement à l'opinion que plusieurs anatomistes professent aujourd'hui, que les dernières radicules des bronches se terminent en vésicules et non en canaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 31 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Honoré demande la parole à l'occasion du procès-verbal. S'il a bien entendu, M. Collineau aurait dit que, dans tous les rapports sur la fièvre typhoïde qui ont été adressés à l'Académie depuis un grand nombre d'années par les médecins des départemens, il est question de la contagion. J'ai fait partie, à plusieurs reprises, de la commission des épidémies, depuis environ une douzaine d'années; j'ai eu par conséquent occasion de voir un grand nombre de rapports sur la fièvre typhoïde, et je puis affirmer que, pendant les trois ou quatre premières années pendant lesquelles j'ai fait partie de cette commission, je n'ai pas vu qu'il y fût question une seule fois de contagion. Si ces rapports sont encore conservés dans les archives de l'Académie, on pourra facilement se convaincre de l'exactitude de ce que j'avance. Ce n'est que plus tard, et depuis quelques années seulement, que nous avons vu poindre pour la première fois l'opinion de la contagion.

M. Collineau : Les faits que j'ai cités sont authentiques ; je les ai puisés dans les documens officiels que possède l'Académie.

M. Villeneuve : J'ai fait le dépouillement des relations d'épidémies qui ont été communiquées à l'Académie depuis un grand nombre d'années, et j'ai trouvé qu'il était question de la contagion dans quelques-unes de ces relations qui remontent à une date déjà très éloignée.

M. Bricheteau : C'est depuis la relation de l'épidémie de Nancy, par M. Leuret, qu'il est question de la contagion dans presque tous les rapports.

NOMINATION DES MEMBRES ASSOCIÉS.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un huitième associé étranger. M. le professeur Nægelé obtient la majorité des suffrages (37 sur 62 votans), et est proclamé membre associé.

EFFETS DE LA FOUDRE.

M. Renauldin lit une note sur les effets de la foudre qu'il a observés récemment à Ville-d'Avray. Un orage violent ayant éclaté au dessus de Ville-d'Avray, où il avait été appelé pour voir un malade, il s'est mis à en suivre les progrès et à calculer, d'après ses pulsations, l'intervalle de temps qui séparait chaque éclair des détonations à mesure que l'orage paraissait s'approcher. Son pouls battant 65 fois à la minute, chaque intervalle des pulsations équivalant ainsi à peu près à une seconde ; et divisant chacun de ces intervalles en autant de parties qu'il pouvait compter de nombres, afin d'avoir des fractions de secondes, il a pu apprécier de cette manière le temps écoulé entre l'éclair et le bruit, mieux qu'il n'eût pu le faire avec une montre dont les détonations l'eussent empêché d'entendre le tic-tac. Dans un moment où l'éclair et la détonation furent presque instantanés, il n'a pu compter qu'un quart de seconde. La foudre venait de tomber dans ce même moment à une distance de 13 mètres du lieu où il se tenait en observation ; elle était tombée sur un arbre qu'elle avait en quelque sorte broyé, et de là s'était enfouie dans la terre en y pratiquant un trou en forme d'entonnoir. Un homme placé à peu de distance de l'arbre était tombé à l'instant sans connaissance et frappé de paralysie momentanée. Revenu à lui, il a dit n'avoir rien vu ni entendu, ce qui tendrait à établir que le courant électrique se propage avec plus de rapidité encore que la lumière.

M. Dubois (d'Amiens) s'étonne que M. Renauldin n'ait pas préféré se servir d'une montre pour apprécier les intervalles de temps, que des pulsations, qui ne peuvent, suivant lui, donner que des évaluations infidèles.

M. Rochoux fait la même observation.

M. Londe : La différence entre la rapidité avec laquelle se propage le son et la rapidité avec laquelle se propage la lumière est telle que le son parcourt 337 mètres par seconde, et la lumière 77,000 lieues dans le même intervalle de temps ; or, évidemment, M. Renauldin, en évaluant à un quart de seconde l'intervalle entre l'éclair et le son, commet une erreur, puisqu'il dit que l'arbre frappé de la foudre était à 40 pieds ou 13 mètres. Ce serait réduire le parcours du son à 52 mètres par seconde, ce qui, d'après les expériences souvent répétées, est fort loin de la vérité; le moyen dont s'est servi notre honorable collègue, l'appréciation du temps par le pouls, l'a donc induit en erreur.

M. Castel : M. Renauldin a attribué l'absence de la vue et de l'audition chez l'individu qui a été frappé par la foudre à une paralysie instantanée, produite par la décharge électrique. Je crois que ce phénomène s'explique plus naturellement par la raréfaction de l'air, devenu ainsi insuffisant pour servir de véhicule au son et à la lumière.

M. Delens : L'explication de M. Castel n'est pas admissible, du moins dans cette circonstance, car le phénomène s'est produit dans un lieu clos. S'il y avait eu raréfaction de l'air au point d'empêcher la production du son, les murs eussent été renversés.

M. Renauldin : Il en est de cette raréfaction de l'air comme du prétendu vent du boulet. Le vent du boulet n'a jamais tué personne. C'est une supposition toute gratuite, dont les faits mieux observés ont depuis longtemps fait justice. Les effets attribués au vent du boulet sont tout bonnement produits par l'action contondante du boulet lui-même. J'ai vu à l'armée des membres dont les chairs avaient été broyées sans qu'il y eût aucune lésion à la peau. J'ai vu aussi des coups de pied de cheval produire la rupture des intestins sans que la peau offrît la moindre trace de violence.

Quant à la paralysie, j'en abandonne l'explication ; je me borne à constater le fait.

M. Dubois (d'Amiens) : On concevrait jusqu'à un certain point que la raréfaction de l'air eût amorti le bruit, mais il n'en aurait pu être de même pour la lumière, qui n'a pas besoin d'air pour se propager.

M. le Président : L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde. (De toutes parts : Assez, assez; la clôture.) Personne ne demande la parole ; — en ce cas, je vais mettre aux voix la clôture. Elle est mise aux voix et adoptée à l'unanimité, moins deux voix.

TYPHUS. — ÉPIZOOTIE.

M. Parisot lit, au nom de M. André, de Vienne, un travail sur le typhus du gros bétail et sur l'inoculation comme moyen d'en arrêter les progrès. Pendant le cours d'une des grandes épizooties de typhus qui ont ravagé récemment le gros bétail dans une partie de l'Allemagne, M. André dit avoir fait des expériences d'inoculation qui tendraient à prouver qu'on pourrait par ce moyen enrayer la marche des épizoties. Se fondant sur l'analogie du typhus avec la petite-vérole, il a pratiqué des inoculations sur des animaux sains avec la salive d'animaux atteints de typhus, et il a déterminé de cette manière des phénomènes morbides analogues, mais d'une bénignité telle que sur la quantité des animaux inoculés (nous ne nous rappelons pas le nombre), il n'en est mort qu'un seul. Les animaux ainsi inoculés ont été préservés de la maladie. Lorsque l'inoculation a été faite sur des animaux déjà atteints du typhus, elle est restée sans effet. En un mot, l'auteur a observé en tout les plus grands rapports entre les phénomènes déterminés par l'inoculation du typhus et ceux qui suivent l'inoculation de la variole.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Rayer, Bouley et Renault.

MALADIES DE LA PEAU.

M. Gibert lit un travail sur les classifications des maladies de la peau. Nous donnerons plus tard l'analyse de ce travail.

CLIMAT DE LA FRANCE.

M. Fuster lit un travail intitulé : Coup-d'œil sur les grandes révolutions du climat de la France.

M. Fuster établit dans ce mémoire, d'après une série de données météorologiques et historiques, que le climat de la France, depuis les temps les plus reculés, a subi et continue à subir de grandes vicissitudes. Ces changemens peuvent être rapportés, suivant l'auteur, à deux grandes périodes, l'une d'amélioration, l'autre de détérioration, ayant chacune environ neuf siècles de durée et comprenant toute l'histoire du climat de la France, depuis les premières années de l'ère chrétienne jusqu'à nos jours. M. Fuster nous montre successivement la Gaule,

au temps de la conquête de Jules César, éprouvant un froid excessif, des pluies diluviales et de violentes vicissitudes; son climat s'adoucissant pendant les premières années de l'ere chrétienne, devenant à la fois plus chaud, moins pluvieux, plus égal et moins agité, et cette amélioration se continuant progressivement pendant les sixième, septième et huitième siècles; l'amélioration cessant au neuvième siècle et faisant place à une détérioration qui, comme l'amélioration, s'opère par degrés et de proche en proche en descendant du nord vers le midi, c'est-à-dire en suivant une direction contraire à celle qu'avait suivie l'amélioration. L'auteur signale enfin les causes et le concours d'influences qui semblent avoir amené successivement ces deux grandes transformations dans les conditions atmosphériques de la France. Une heureuse transformation de la surface du sol, sous un concours d'influences privilégiées, aurait amené les améliorations des neuf premiers siècles, comme une transformation en sens inverse, sous un concours d'influences désastreuses, a opéré, depuis, les détériorations des derniers siècles.

Cet intéressant mémoire, dont l'Académie a entendu la lecture avec une attention soutenue, se rattache à un travail plus important et complet sur la matière, que notre collaborateur vient de livrer à l'impression, et dont nous aurons occasion prochainement de rendre compte.

BIBLIOGRAPHIE.

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE M. LE DOCTEUR CUNIER PENDANT L'ANNÉE 1844; par A.-S. DE ABREU, médecin adjoint de l'Institut ophthalmologique de Bruxelles, etc. — Broch. in-8°, 28 pages.

L'ophthalmologie a pris, depuis quelques années, un grand développement. Au nombre des personnes qui ont le plus contribué à ses progrès, on doit compter M. le docteur Cunier. Fondateur d'un journal spécial, qui jouit d'une grande estime parmi les praticiens, il a créé à Bruxelles une clinique ophthalmologique, qui, depuis le 1er juillet 1840, époque de son ouverture, a reçu plus de 7000 malades. Un pareil champ d'observation a dû offrir des résultats nombreux et variés; c'est ce que déjà les années précédentes, nous avons été à même de constater. Le compte-rendu pour l'année 1844, que vient de publier M. le docteur Abreu, médecin adjoint de M. Cunier, renferme des résultats aussi remarquables par leur importance que par leur nombre et leur variété. Si nous voulions en donner une idée, et une idée seulement, il faudrait copier d'un bout à l'autre ce compte-rendu. Nous nous bornerons à quelques indications.

Le nombre total des malades qui se sont présentés en 1844 a été de 741. Ce nombre comprend à peu près toutes les affections oculaires, depuis l'ophthalmie jusqu'aux difformités des paupières et des annexes de l'œil. Nous regrettons que la classification adoptée par l'auteur du tableau ne nous permette pas d'en donner un résumé; mais l'indication numérique des cas traités suffit à montrer l'importance et l'activité du service de M. Cunier.

45 cas d'ophthalmie catarrhale et 17 cas d'ophthalmie égyptienne ont cédé à l'emploi du nitrate d'argent, appliqué soit avec le pinceau, soit en instillation; on y a joint quelquefois les lotions avec l'eau de Conradi, ou une solution de pierre divine. Dans presque tous les cas, il a été fait usage de purgatifs (sulfate de magnésie, émétique, calomel et jalap) à époques rapprochées. Dans quelques cas, les onctions mercurielles et l'emplâtre de Janin derrière les oreilles ont paru contribuer à la guérison. *Dans aucun cas*, les saignées n'ont été mises en usage, malgré l'ancienneté du mal. Nous signalons aux praticiens cette particularité remarquable et nous ajouterons que l'expérience a confirmé entre nos mains les heureux résultats sous ce rapport de la pratique de M. Cunier.

Ce chirurgien a eu à traiter 42 cas de pannus vasculaire; ils étaient tous doubles, et dus, sans exception, à des granulations sous-conjonctivales. Contre l'opinion de ceux qui regardent le pannus vasculaire comme le produit constant de l'ophthalmie de l'armée, l'auteur rapporte le cas suivant, aussi intéressant sous le point de vue pratique que sous le point de vue étiologique:

OBS. — Marie Pollenus, 11 ans, de la commune de Halles, s'est présentée au mois de mai 1844; elle était aveugle depuis plus de 18 mois. Cette jeune fille a contracté, il y a deux ans, à la suite d'un refroidissement, une ophthalmie catarrhale, qui a été traitée par un purgatif, l'application d'un vésicatoire à la nuque, et des lotions, pratiquées d'abord avec l'eau froide, puis avec une eau blanche (sans doute l'eau de Goulard). La maladie n'a pas tardé à passer à l'état chronique; peu à peu la vision a diminué; six mois après, la malade ne pouvait plus se conduire. Réduite dès lors à l'état sédentaire, la constitution s'est altérée et a pris le caractère scrofuleux. Paupières recouvertes de granulations végétantes. Lorsqu'on retourne les paupières supérieures, on fait saillir un énorme bourrelet, qui les maintient renversées. Les cornées sont complètement envahies dans leurs cinq sixièmes, par un lacis de vaisseaux venant de la conjonctive, de la sclérotique, et se perdant vers leur centre. Il ne reste de transparence que dans leur sixième inférieur; pupilles impossibles à distinguer; blépharospasmes et photophobie considérables; douleurs frontales, qui s'exaspèrent surtout le soir; selles irrégulières. — Excision à l'aide des ciseaux courbes du bourrelet conjonctival des paupières supérieures. On favorise l'écoulement à l'aide de l'eau tiède. Pour le lendemain, sulfate de magnésie à l'intérieur, lotions avec une solution de pierre divine (3 décigrammes pour 100 grammes d'eau distillée de belladone), frictions toutes les trois heures sur le front et les tempes avec gros comme une noix de pommade d'onguent napolitain et d'extrait alcoolique de belladone par parties égales. Le lendemain, amélioration sensible, vascolarisation du globe moindre. (Soir et matin une pilule bleue de la pharmacopée d'Edimbourg; instiller deux fois par jour entre les paupières, quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent : 5 centigrammes pour 4 grammes d'eau distillée.)

Le 24, amélioration sensible; plus de photophobie ni de blépharospasme. Les paupières n'étaient plus agglutinées le matin. Les cornées s'étaient éclaircies au point de laisser distinguer les pupilles. La malade pouvait discerner les figures et les formes. (Onction belladonée soir et matin.)

Le 26 et le 28, cautérisation en bas et en haut.

Le 30, cautérisation en haut des deux côtés.

Le 1er juillet, la malade pouvait se conduire. A partir de cette époque, la vascularisation a diminué de plus en plus. Un commencement de salivation a fait cesser les onctions mercurielles. (Purgatif salin; emplâtre de Janin derrière les oreilles.) Les instillations ont été remplacées par la cautérisation directe des granulations. Soir et matin, entre les paupières, gros comme un grain de blé d'une pommade au précipité rouge. A l'intérieur, on donne le sirop d'iodure de fer à la dose de quatre cuillerées à bouche par jour. Ce médicament fut continué jusqu'au 28, et remplacé alors par l'extrait alcoolique de feuilles de noyer (4 décig. par jour). Alimentation animale. Sous l'influence de ce traitement, l'œil reprit sa parfaite transparence, et la santé générale se rétablit complètement.

Le 11 septembre, la malade est retournée chez elle sans la moindre vascularisation du globe et des cornées.

Nous avons reproduit presque littéralement cette observation, d'abord comme un beau cas de guérison, puis pour montrer l'habileté du chirurgien et son excellent sens dans le choix et la combinaison des différens ordres de moyens. C'est ainsi qu'il faut concevoir et appliquer la spécialité; c'est-à-dire, embrasser dans le cas spécial toute la généralité des indications et leur appliquer avec discernement les différens ordres de moyens locaux et généraux qu'elles réclament.

On sait que M. Cunier attribue l'ophthalmie des nouveau-nés à une inoculation leucorrhéique de la mère. Sur 10 cas qu'il a observés en 1844, il a noté, dans tous, que les mères étaient leucorrhéiques, l'écoulement fort abondant, que la présentation avait eu lieu par la face, et que la tête avait été engagée pendant longtemps. La propriété contagieuse de cette espèce d'ophthalmie donne un nouveau poids à cette opinion. M. Cunier cite un cas de transmission à la bonne qui soignait l'enfant. Dans tous les cas, on a pu triompher de la maladie à l'aide de la solution de nitrate d'argent, de 4 à 12 grammes de nitrate pour 32 grammes d'eau distillée. On ne saurait trop recommander ce mode de traitement aux praticiens; c'est une des conquêtes les plus sûres de la thérapeutique moderne. L'ophthalmie blennorrhagique ne retire pas moins d'avantages de cette méthode. Mais, une particularité qu'il importe de signaler cependant, c'est que, chez tous les malades que M. Cunier a traités de cette manière, il s'est développé une violente arthrite du genou gauche, en même temps que la blennorrhée oculaire cessait. L'auteur ayant répété et étendu ses observations a constaté le même résultat à Bruxelles, dans la proportion de 7 fois sur 10. Nous avions observé plusieurs fois la même coïncidence à Paris, mais sans être fixé sur ses proportions ni sur sa cause.

M. Cunier traite les ophthalmies rhumatismales par le nitrate de potasse à hautes doses et le colchique en extrait ou en teinture. Dans aucun cas il n'a recours aux saignées générales; quelquefois les sangsues au siége, ni les vésicatoires en guise de révulsifs.

Les résultats les plus remarquables ont surtout été obtenus dans le traitement des ophthalmies scrofuleuses; et pour nous ils sont facilement explicables par la manière toute rationnelle dont l'auteur institue sa thérapeutique. Il considère avec raison la maladie locale comme un accident, comme un effet d'une maladie générale beaucoup plus importante à prendre en considération. Il dirige donc tous ses efforts vers la constitution du malade, qu'il améliore à l'aide d'un traitement spécifique et d'une alimentation choisie. Il serait trop long d'entrer dans les détails du mode de faire de M. Cunier, bornons nous à indiquer sa méthode dans sa généralité : c'est la méthode étiologique, celle des vrais praticiens de tous les temps, servie par les moyens les mieux établis par l'expérience. La formule générale de M. Cunier comprend deux ordres de moyens. Les moyens *généraux* : 1° les purgatifs; 2° le calomel jusqu'à salivation; 3° le sirop d'iodure de fer; 4° les préparations amères; 5° le régime animal. Les moyens *locaux* sont à ses yeux d'un ordre secondaire. Cependant il ne les néglige point. Ce sont : 1° la pommade rouge à l'huile de foie de morue, la pommade

au cyanure de zinc; 2° les instillations avec le nitrate d'argent, le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre et autres moyens, suivant les indications particulières. D'après M. Cunier, l'usage de la pommade rouge est indispensable toutes les fois que les paupières sont agglutinées le matin. Sur 141 malades offrant les diverses formes et complications de l'ophthalmie scrofuleuse, et traités d'après ces principes et cette méthode, on n'a eu à déplorer aucun accident : 5 malades seulement ont conservé des taies, et il n'a eu de rechute que dans la proportion de 1 sur 18.

Voilà pour la partie en quelque façon médicale du compte-rendu du service de M. Cunier. Voici pour la partie chirurgicale : celle-ci ne le cède en rien, ni pour le nombre de faits, ni pour l'importance des résultats, à celle qui précède.

304 opérations ont été pratiquées durant l'année 1844, non compris les excisions, cautérisations, scarifications, etc. Toutes ces opérations, qui comprennent à peu près la médecine opératoire oculaire tout entière, ont donné lieu aux résultats les plus remarquables. Nous ne suivrons pas l'auteur du résumé dans ses énumérations, d'abord parce qu'elles manquent de détails propres à les faire apprécier, et surtout à les expliquer suffisamment. Disons seulement qu'elles témoignent, par leur ensemble, de l'habileté comme de l'activité du chirurgien. Nous ne nous arrêterons donc que sur les opérations de cataracte. M. Cunier en a pratiqué 99. Sur ce nombre, il y a eu

83 dépressions réclinaisons, dont 75 avec succès ;
10 extractions, dont 7 avec succès ;
6 kératonyxis, dont 3 avec demi-succès.

Et, en résumé, sur 66 malades, 64 ont retiré un bénéfice positif de l'opération.

Ces résultats sont du plus grand intérêt. Il eût été à désirer que le rédacteur du relevé les eût rendus avec moins de confusion, car on peut difficilement saisir les rapports des faits entre eux, et les spécialiser avec le mode opératoire employé. Cette confusion est d'ailleurs générale, et nous fait regretter que M. Cunier n'ait pas cru devoir introduire dans le travail de son collaborateur un peu de cet ordre, de cette lucidité qui se remarquent dans tout ce qu'il écrit. Quoi qu'il en soit, les faits dont il s'agit sont des plus importans et des plus dignes d'attention. Personne jusqu'ici, que nous sachions, n'était arrivé à d'aussi heureuses proportions. Nous ne devons pas le dissimuler, comme tout ce qui est important, nouveau, et surtout en contradiction avec la pratique du plus grand nombre, les résultats de M. Cunier rencontreront quelques incrédules. Déjà même il en est qui, pour les expliquer, seraient disposés à les attribuer à des influences climatériques, et ils ne seraient pas éloignés de reconnaître à l'air de Bruxelles des propriétés toutes particulières pour assurer le succès des opérations de cataractes, comme jadis on reconnaissait à l'air de Rome, de Florence ou de Milan, des propriétés toutes spéciales pour la guérison de telles ou telles espèces de plaies ou blessures. Cependant, il ne nous paraît pas nécessaire de recourir à ces causes occultes pour expliquer les succès de M. Cunier. Ces succès, il les doit sans aucun doute à sa rare dextérité d'abord, puis à son bon jugement, à l'excellent sens pratique qui le dirige dans le choix des méthodes opératoires, dans l'appréciation des indications et contre-indications, et l'emploi des moyens d'y satisfaire. Il y a des esprits ainsi faits qu'ils ne peuvent pas croire au bien; il en est qui supposent difficilement le mal. Nous sommes du nombre de ces derniers. Cependant, nous ne sommes pas, plus que personne, disposé à admettre toutes les assertions sur parole. C'est pourquoi nous exprimons franchement à M. Cunier le désir de connaître avec plus de détails la manière dont il opère, les précautions qu'il prend avant et après l'opération ; enfin, les faits détaillés qui l'ont conduit aux remarquables résultats annoncés par M. Abreu. A cet égard, notre franchise et notre confiance nous donnent plus qu'à tout autre le droit de lui adresser un reproche, celui de n'avoir pas veillé à ce que son COMPTE-RENDU fût rédigé avec plus de soin, plus de clarté, plus de précision; et, pour dire toute notre pensée, nous aurions préféré qu'il l'eût rédigé lui-même ; il y eût probablement mis plus d'ordre et de méthode ; il eût senti les points qui manquent de développement, les faits qui avaient besoin de preuves. L'auteur du relevé annonce, il est vrai, que M. Cunier reprendra plusieurs des questions en sous-œuvre; ce qui complétera notre satisfaction, en nous mettant à même de rendre une plus complète justice à l'habile ophthalmologue de Bruxelles.

VARIÉTÉS.

— TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE FONDÉ SUR DE NOMBREUSES OBSERVATIONS CLINIQUES ; par F. BARRIER, D. M., chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ancien interne de l'hôpital des Enfans-Malades de Paris, président de la Société médicale d'émulation de Lyon, etc. — Deuxième édition revue et augmentée. 2 vol. in-8°. Prix : 16 fr.

A Paris, chez Fortin, Masson et comp., libraires, 1, place de l'Ecole-de-Médecine ;

A Lyon, chez Charles Savy jeune, libraire-éditeur, 14, place Louis-le-Grand.

— TABLEAU SYNOPTIQUE DES RACES HUMAINES, montrant leur origine, leur distribution géographique, leurs caractères distinctifs, les peuples dérivés, etc.; par le docteur SAUCEROTTE, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

Feuille in-plano. Prix : fig. noires, 3 fr.; fig. color., 4 fr.

Paris, chez Just Rouvier, libraire, 8, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— TRAITÉ DE L'ART DE FORMULER, ou Notions de pharmacologie appliquée à la médecine ; par le docteur MIALHE, pharmacien, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ex-pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, etc. — Un vol. Prix : 4 fr. 50 c.

A Paris, à la librairie de Fortin, Masson et comp., 1, place de l'Ecole-de-Médecine ;

A Leipsig, même maison, chez L. Michelsen.

— DU DÉLIRE AIGU OBSERVÉ DANS LES ÉTABLISSEMENS D'ALIÉNÉS ; par M. le docteur BRIERRE DE BOISMONT, directeur d'un établissement d'aliénés. In-4° de 124 pages. Prix : 3 fr. 50 c.

— NOUVEAU FORMULAIRE MAGISTRAL; précédé d'une Notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler; suivi d'un Précis des eaux minérales naturelles et artificielles, d'un Mémorial thérapeutique, de notions sur l'emploi des contre-poisons et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés ; par M. le docteur BOUCHARDAT, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, agrégé de la Faculté de médecine. Troisième édition, enrichie de l'histoire de plusieurs médicamens nouveaux, tels que la digitaline, le valérianate de zinc. Un vol. in-18 de 500 pages. Prix : 3 fr. 50 c.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— A. DELAHAYS (rue Voltaire, 10, à Paris), acquéreur de tous les volumes séparés du GRAND DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES en 60 vol. in-8°, édition Panckoucke, prévient MM. les élèves et docteurs en médecine qu'il complète, au prix de 2 fr. le volume, les tomes 2, 5, 9, et de 11 à 60 indistinctement. — Les demandes au-dessus de 20 volumes seront fournies au prix de 1 fr. 50 c.

— DE LITHIASI VESICÆ URINARIÆ IN GENERE, ET, IN SPECIE, DE EXTRACTIONE CALCULI PER SECTIONEM PERINÆI; diss. medico-chirurgica, quam annuente amplissimo medicorum ordine in universitate Cæsarea Mosquensi, pro gradu doctoris medicinæ et chirurgiæ legit. obtinendo, publice defendet BASILIUS BASSOW. Mosquæ MDCCCXLI (Grand in-8° jésus de 110 pages avec 9 planches gravées.)

— TRAITÉ COMPLET DES BAINS considérés sous le rapport de l'hygiène et de la médecine, ou Nouveau guide des baigneurs, contenant, sous une forme abrégée, tout ce qui concerne l'administration des bains et douches d'eau simple, d'eaux minérales naturelles, avec l'indication de leurs localités, d'eaux minérales artificielles; les divers bains médicamenteux, les bains et douches de vapeur, les bains russes et orientaux, et les fumigations ; précédé d'une Notice historique sur les bains chez les anciens et au moyen-âge, et suivi d'un Exposé de l'hydrothérapie, ou méthode de traitement par l'eau froide, la sueur, l'exercice et le régime; par CORBEL-LAGNEAU, D. M. P., ancien médecin des Néothermes, médecin honoraire adjoint des établissemens de la Légion-d'Honneur, membre de la Société de médecine pratique et de la Société médicale du 1er arrondissement, etc. — 1 vol. in-12, format Charpentier. Prix : 3 fr.; et franc de port par la poste : 3 fr. 50 c.

Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

— ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LA PHARMACODYNAMIE AU POINT DE VUE DE LA SOLUTION DE CES QUESTIONS : POURQUOI, QUAND ET COMMENT LE MÉDECIN DOIT-IL EMPLOYER LES AGENS PHARMACODYNAMIQUES ; par H. GOLFIN, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8°. Prix : 4 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Montpellier, chez L. Castel, Grande-Rue, 32.

A Londres, chez L. Baillière, 219, Regent-Street.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET C°, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MALADIES ENDÉMIQUES.

NOTE SUR LES MALADIES ENDÉMIQUES PÉRIODIQUEMENT DÉVELOPPÉES PAR LES ÉMANATIONS DE L'ÉTANG DE LINDRE-BASSE; par M. Assalon, médecin à Dieuze.

Nous voyons de loin en loin d'effroyables épidémies parcourir le globe et disparaître, pour jamais, après l'avoir dépeuplé; nous en voyons d'autres se montrer à des époques plus ou moins rapprochées, plus ou moins régulières; nous voyons beaucoup de contrées, semblables aux Marais-Pontins, désolées par de constantes endémies; et, chaque année, tous les praticiens peuvent remarquer que les constitutions médicales modifient à leur gré toutes les affections qu'elles rencontrent; mais, ce que probablement aucun médecin n'a signalé jusqu'à ce jour, ce que l'on ne retrouverait dans aucune histoire d'épidémies, c'est le retour exact, à périodes fixes, d'états pathologiques graves, affectant presque toujours la même marche, les mêmes symptômes, les mêmes caractères.

Cette note a pour but de faire connaître ces endémies, si remarquables par leur régulière intermittence. La plus importante, celle qui a dû tout d'abord attirer nos regards, c'est la fièvre typhoïde; les deux autres, dignes de remarque par leurs retours périodiques, ont moins de gravité sous le rapport pathologique. Nos observations relatives à la fièvre typhoïde portent sur les épidémies plus ou moins circonscrites des années 1830, 33, 36, 39 et 42. Il existe entre elles des différences peu marquées. Après avoir parlé de l'*entérite folliculeuse*, nous aurons à nous occuper des fièvres intermittentes observées pendant le cours des années 1829, 32, 35, 38 et 41. Enfin, il nous restera à signaler les affections charbonneuses que nous avons observées en 1831, 34, 37, 40 et 43.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

Pour acquérir quelque certitude relativement aux causes à assigner au développement de nos fièvres typhoïdes, et surtout à la *régulière intermittence* qu'elles affectent dans leur apparition, il importait de se livrer, dans le pays, à de sérieuses recherches sur la nature du sol et sur ce qui se passa avant notre arrivée dans le pays.

La partie de la Lorraine que nous habitons se trouve à un niveau très bas (200 mètres au dessous de l'Océan), ses campagnes sont humides, marécageuses, couvertes de nombreux et vastes étangs, et sillonnées de ruisseaux limoneux, presque sans écoulement, à cause du peu de pente qu'ils rencontrent. Toute la partie du sol, qui n'est point fangeuse, peut être considérée comme un terrain très gras, bien propre à vicier l'air quand la chaleur trop forte ou trop constante (comme en 1842) entr'ouvre la terre et permet aux miasmes de l'intérieur de s'exhaler à la surface.

Feuilleton.

Antagonisme des fièvres et de la phthisie. — Lettre adressée à M. le docteur Ménière, médecin de l'Institut royal des Sourds-Muets, par M. le docteur H. Schedel.

Mon cher ami,

Me voici encore errant par monts et par vaux. J'obéis à l'instinct qui me pousse en avant, je fuis le repos, je cherche des diversions à de tristes pensées; mais *post equitem sedet atra cura*, et de nouvelles régions à parcourir ne sont pas une sauvegarde contre les soucis qui m'accablent. Le travail, ce me semble, doit être plus efficace, et un récent essai m'a prouvé qu'il était fertile en consolations. J'ai continué cette épreuve, j'ai rempli mes journées de recherches, j'ai voulu utiliser mon temps, et vous me direz si j'ai réussi.

Tout récemment vous me disiez, en parlant des nouveautés médicales, que l'idée du docteur Boudin sur l'antagonisme des fièvres intermittentes et de la phthisie était une chose capitale, qu'il importait beaucoup de savoir à quoi s'en tenir sur ce point, que là se trouvait peut-être en germe une de ces grandes lois destinées à servir de base à l'hygiène générale, dernier terme de la science qui doit tendre à substituer la prophylaxie à la médecine, à empêcher le développement des maladies en modifiant la santé publique par des institutions qui immortaliseront leurs auteurs.

Ce sentiment, que je partageais, m'a inspiré le désir de soumettre à quelques épreuves la thèse si brillante et si ingénieusement soutenue par le docteur Boudin. J'ai pensé qu'il y aurait quelque utilité à rechercher des preuves capables d'appuyer ou d'infirmer cette loi d'antagonisme. Déjà en France, et même dans quelques pays voisins, des hommes éclairés ont attaqué ou soutenu cette doctrine nouvelle au moyen de faits observés dans des localités différentes, de relevés statistiques, et ces documens, d'un haut intérêt, n'ont pas suffi pour trancher la question. Le monde médical est loin de pouvoir prendre parti pour le docteur Boudin ou pour ses adversaires, et je pense que, dans un procès de ce genre, de nouvelles pièces seront consultées avec fruit.

Je me suis dirigé vers la Belgique et la Hollande, dans le but de m'assurer de la réalité de cette exclusion de la phthisie dans des lieux où règnent les fièvres d'accès. J'ai pensé qu'en élargissant le cercle des observations, les faits devenaient plus nombreux, plus probans; j'ai cru que la médecine ne devait pas s'isoler dans un pays comme la France, qu'elle devait tendre à généraliser toutes les questions, et que les découvertes scientifiques ne pouvaient pas plus se passer de la consécration du temps que de celle des lieux. L'unité pathologique est chose rare, surtout quand il s'agit de ces affections qui envahissent les organes principaux. La fièvre typhoïde des auteurs français subit des transformations étranges en Angleterre et en Allemagne; l'éruption pustuleuse de l'intestin manque tout à fait dans certaines localités, et le caractère, pathognomonique suivant les uns, n'a aucune valeur suivant les autres.

Mais nos épidémies affectent de débuter toujours au même point. Voici ce que nous avons recueilli à cet égard.

La commune de Guermange, considérée comme le principal foyer de nos endémies typhoïdes, se trouvait autrefois entourée de vastes étangs; la fièvre typhoïde y sévissait *tous les ans*, tantôt au nord-est, tantôt au sud-ouest, et y tuait beaucoup de monde. Depuis vingt-cinq ans environ, il s'est fait un changement notable dans la direction affectée par l'invasion de la maladie, qui ne se montre désormais que de l'ouest à l'est. C'est que, depuis vingt-cinq ans, un étang voisin, placé au nord-est du village, a été supprimé; que toute la partie nord-ouest des habitations est baignée en quelque sorte par les flots de l'immense étang de Lindre-Basse; et enfin, depuis cette époque, nos épidémies de fièvre typhoïde *ne nous reviennent que chaque trois années*.

Cette périodicité tient évidemment au mode d'exploitation de notre étang de Lindre.

Cet étang, ou plutôt ce lac, a une surface de 671 hectares; sa profondeur moyenne est d'un moins 3 mètres, et sa contenance d'environ 20 millions de mètres cubes d'eau. Pendant deux ans il est plein d'eau et de poissons, puis il est vide en automne, et livré à l'agriculture la troisième année. C'est un cercle que les propriétaires parcourent sans cesse.

L'apparition des épidémies dothinentériques coïncide avec la seconde année durant laquelle l'étang de Lindre est plein d'eau. On pourrait trouver l'explication de ce phénomène pathogénique dans la transformation par l'eau et la chaleur, en un détritus putride, d'une immense quantité de débris végétaux et animaux, poussés vers le rivage pendant deux ans du côté de l'est surtout. Cette cause ne suffirait peut-être pas à elle seule pour développer la fièvre typhoïde, si elle n'en rencontrait d'autres bien propres à favoriser son évolution, dans la malpropreté de nos villages toujours boueux, dans la construction vicieuse des habitations, trop basses, dont le plancher est toujours au dessous du niveau du sol, dont les ouvertures, mal disposées, sont trop petites, et où sont entassées de nombreuses familles en opposition constante avec les plus vulgaires lois de l'hygiène; dans l'action des rayons solaires sur la tête, sur l'épine dorsale et sur une grande partie de la surface cutanée des ouvriers occupés des travaux des champs, et qui n'ont, pour se désaltérer, que des sources saumâtres, et qu'une alimentation grossière et la plupart du temps insuffisante. Il faudrait peut-être rayer l'abus des alcooliques du nombre des causes prédisposantes de la fièvre typhoïde : elle s'attaque rarement aux ivrognes dans notre pays.

Nous pourrions affirmer qu'elle n'est point contagieuse; que la ville de Dieuze la redoute peu à cause des émanations de ses immenses usines.

L'observation conduit à cette conclusion vraie : la fréquence de la fièvre typhoïde est en raison inverse de l'âge; sa mortalité, au contraire, est en raison directe de l'âge, l'enfance exceptée.

Nos endémies, si régulièrement intermittentes, se montrent au plus tôt vers le commencement de juin, au plus tard dans la dernière quinzaine d'août, ou, en d'autres termes, quand la température commence à s'élever d'une manière constante dans notre zône tempérée. On dirait qu'elles suivent en quelque sorte les variations et les soubresauts de l'atmosphère. Il suffit d'un peu de pluie, d'un faible abaissement de thermomètre pour en enrayer le développement. Ainsi, en 1839, la fièvre typhoïde a paru et s'est développée dans les derniers jours de juillet. Un léger orage, suivi d'un refroidissement atmosphérique peu considérable, l'a arrêtée, dès le 20 août, durant un septenaire; puis elle a repris, en s'emparant d'un plus vaste rayon, et, disons-le toutefois, avec moins d'intensité. Mais cette heureuse influence des vicissitudes météoriques sur la cause morbide ne s'étend jamais jusqu'aux sujets affectés. On se rappelle jusqu'où et combien de temps s'est élevé le thermomètre en 1842. Six mois de chaleur et de sécheresse continuelles ont amené une large épidémie, qui se prolongea indéfiniment en 1843; c'est qu'aussi l'étang de Lindre-Basse livra à l'évaporation pendant l'été de 1842 plusieurs kilomètres carrés de surface vaseuse.

Tout en négligeant une foule de causes secondaires, nous croirions laisser une lacune impardonnable si nous ne placions ici une remarque très importante pour les médecins. Toutes les autres affections prennent le cachet de la maladie régnante : les fièvres puerpérales se transforment ordinairement en dothinentéries; celles ci n'abandonnent jamais brusquement le pays, et une foule de cas se font assez ordinairement remarquer à sa suite et pendant les mois d'automne et d'hiver.

Dans une simple note de la nature de celle-ci, ce n'est pas le lieu de donner une description détaillée des symptômes de la fièvre typhoïde. Cependant nous ne pouvons nous empêcher de reprocher aux nosographes de n'avoir pas assez insisté sur le tremblement des membres, qui, chez quelques malades, va jusqu'à simuler des secousses épileptiques; de n'avoir pas attaché assez d'importance au gargouillement iléo-cæcal; de n'avoir étudié ni l'état parcheminé de la peau, ni l'endolorissement musculaire, cause de toutes les erreurs de l'école physiologique qui rapporte aux souffrances intestinales la sensibilité exaltée des parois abdominales. Le seul professeur Forget a signalé la remarquable contraction partielle des muscles sous l'influence d'un léger pincement. Peut-être Vicq-d'Azyr soupçonnait-il cette sorte de contraction; car, dans un rapport qu'il fut chargé de faire sur une épizootie de fièvre pernicieuse, il dit « que la région épigastrique des chevaux qu'il piquait se contractait d'une manière extraordinaire. » A l'aide de ces différentes considérations pathologiques et d'autres encore mieux connues, on arriverait, sans aucun doute, à déterminer le siége et la nature de la fièvre typhoïde. On se préoccuperait beaucoup moins de la phlegmasie gastro-intestinale qui, en dépit d'une foule d'autopsies négatives, domine toujours l'esprit des anatomo pathologistes et des continuateurs de Broussais. Peut-être, de ce point de vue, serait-on conduit à ne voir comme nous, dans cette terrible maladie, qu'une *affection du système nerveux ganglionnaire*. Les conséquences pratiques déjà déduites par nous de notre manière de voir ont eu pour résultats des succès constans et incontestables. Nous n'employons que des toniques, le quinquina à l'intérieur et à l'extérieur, la décoction de polygala et l'eau de Seltz naturelle pour boisson; et à l'encontre de ce qui se fait dans les maladies aiguës, nous nourrissons de très bonne heure nos malades.

L'expectation, les antiphlogistiques et les évacuations sanguines, la méthode évacuante, l'hydrothérapie, n'ont pas été suivis d'aussi brillans résultats entre nos mains.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

Au nord, et à un niveau fort au dessous de la longue digue de l'étang, se trouve le petit village de Lindre-Basse; en amont de la Seille, et tout à fait à l'extrémité sud de l'étang, est situé Assenoncourt. C'est de ces deux communes rurales que part le signal de l'invasion des fièvres intermittentes ...

Ne peut-il en être de même pour beaucoup d'autres maladies? Personne n'en doutera si l'on veut avoir égard aux influences locales, au régime particulier de chaque nation, aux différences de race, de caractère, de constitution. Pourquoi tel fait observé en France ne se rencontre-t-il pas ailleurs, et *vice versâ*? Si, dans quelques localités, M. Boudin a constaté la rareté de la phthisie et la fréquence des fièvres intermittentes, doit-il s'ensuivre que la même remarque pourra être faite dans les régions voisines? C'est là la question à résoudre, et je m'y suis appliqué dans la proportion de mes faibles moyens. En entendant M. le docteur Louis exprimer des doutes sur la réalité de l'antagonisme découvert par M. Boudin; en voyant ces doutes partagés par le docteur Carswel, j'ai pensé que ces deux observateurs, dont l'opinion fait presque loi en matière de tubercules, possédaient déjà quelques données pour résoudre ce grand problème, et j'ai voulu leur en fournir de nouvelles.

Comme il faut absolument qu'il n'y ait rien de nouveau sous le soleil, l'idée de M. Boudin a déjà été avancée, en 1832, par le professeur Schonlein, dans ses leçons cliniques, recueillies et publiées à cette époque, et ce médecin lui-même n'avait peut-être rien fait autre chose que de donner un peu d'extension à cette sentence hippocratique : qu'une constitution médicale dominante affaiblit et efface même toutes celles qui pourraient régner concurremment. Quoi qu'il en soit de la priorité, l'idée est féconde; elle ouvre une perspective nouvelle, et chacun doit essayer de la rendre viable, s'il y a lieu.

Mes premières observations ont été faites à Anvers. Cette ville, située sur le bord d'un grand fleuve, à peu de distance de son embouchure, sur un sol bas et marécageux, entrecoupé de canaux, se trouve dans des conditions favorables au développement des fièvres intermittentes; aussi ces maladies y sont-elles endémiques, et souvent elles revêtent un caractère épidémique très grave. M. le docteur Haeseodonck, médecin en chef de l'hôpital civil, a recueilli depuis longtemps des documens nombreux qui prouvent la fréquence des maladies tuberculeuses au sein de la population d'Anvers. Il y a plus, les polders, vastes terrains d'alluvion sur la rive gauche de l'Escaut, incomplètement protégés par des digues contre les inondations du fleuve, les polders, où règnent presque constamment les fièvres d'accès, fournissent à l'hôpital d'Anvers un grand nombre de phthisiques, et souvent la tuberculisation se développe avec rapidité chez les fébricitans eux-mêmes. J'en ai vu plusieurs exemples dans les salles de M. le docteur Haesendonck, et ce praticien semble penser, avec Laënnec, que l'influence paludéenne est également efficace pour la production de ces deux ordres de maladies. Des renseignements identiques m'ont été fournis par plusieurs autres médecins d'Anvers et des environs.

Cependant, comme cette grande ville n'est pas positivement traversée par des canaux, que les bassins du port sont animés par le flux et le reflux de la mer, et que le voisinage des dolders et du sas de Gand ne constituent pas des conditions d'une efficacité exceptionnelle, j'ai continué mon voyage et je suis arrivé à Rotterdam. Je me suis bientôt trouvé en rapport avec M. le docteur Groshans, directeur de la Clinique médicale de cette ville. Cet honorable confrère m'a fourni les chiffres que voici. Depuis trois ans qu'il est chargé de la Clinique, le nombre des malades reçus dans son service est de 523, parmi lesquels se trouvent 60 phthisiques. Depuis le 1er septembre 1842 jusqu'au 30 juin 1843, il a reçu 115 malades, présentant 22 cas de fièvre

tes. Leur apparition répond à la première année durant laquelle l'étang de Lindre-Basse est plein d'eau, alors que l'atmosphère trouve à se charger de miasmes qui, si l'on peut s'exprimer ainsi, n'ont pas encore mûri aux rayons du soleil pendant deux années.

Au printemps, les fièvres quotidiennes, après avoir ouvert la scène pendant quelques semaines, font place aux fièvres tierces, qui s'effacent presque complètement, quand arrive la chaude et sèche température de l'été, pour reparaître avec les brumes de l'automne, transformées quelquefois en quartes bien déterminées. Nous avons quelques raisons de craindre les saisons chaudes et moites qui nous amènent souvent des doubles tierces difficiles à guérir et des tierces céphaliques pernicieuses. Les saisons brumeuses et humides leur impriment un cachet catarrhal; les chaleurs trop vives amènent la stupeur et transforment très promptement les quotidiennes en typhoïdes. Il est douteux que l'on ait rencontré des fièvres larvées; il en est beaucoup de catarrhales, très souvent de névralgiques, moins souvent de pernicieuses.

Généralement le frisson des fièvres quotidiennes est peu prononcé; leurs accès semblent subintrans; celui des fièvres tierces dure quelquefois plusieurs heures; il est fort long dans les fièvres quartes; il me souvient au deuxième accès dans les fièvres pernicieuses. Les fièvres que nous nommons névralgiques n'ont pas de frisson; il est remplacé par des douleurs fort aiguës des membres et des diverses parties de l'économie. Le type catarrhal manque de période de sueur.

Les terminaisons funestes sont rares, les récidives fréquentes, les engorgemens viscéraux disparaissent de plus en plus à mesure que diminue le préjugé contre le sulfate de quinine. (On croit généralement dans ce pays, *où les phthisies pulmonaires sont très communes* et accompagnées presque toujours d'un mouvement fébrile, affectant le type tierce, que le sulfate de quinine *attaque la poitrine*.)

Ce serait se tromper beaucoup que de croire que le fébrifuge par excellence est toujours efficace. De nombreuses récidives sont là pour nous prouver le contraire et force nous est souvent de recourir aux martiaux, à l'opium et aux amères indigènes. Dans un grand nombre de cas, nous avons vu céder, à une application de sangsues à l'épigastre, des fièvres quotidiennes tierces et doubles tierces. Les engorgemens de la rate cèdent assez bien au sulfate de quinine à haute dose et les autres engorgemens viscéraux à l'iode sous toutes les formes.

Nous devons faire remarquer que la plus puissante cause d'insuccès est l'influence constante d'une atmosphère chargée de miasmes. Il nous est arrivé souvent de faire cesser brusquement et sans autre moyen, des fièvres intermittentes, en changeant les malades de lieu et de les voir reparaître à l'heure du retour de ceux-ci dans leur habitation.

AFFECTIONS CHARBONNEUSES.

Lorsque, pendant deux années, l'étang de Lindre a été couvert d'eau, on le vide lentement en automne, on le pêche, puis définitivement on le dessèche en hiver pour le livrer, dès le printemps suivant, à l'agriculture. Le soc qui déchire ce sol limoneux, dans le courant de mars et d'avril, nous prépare pour l'été, surtout s'il est un peu chaud, une ample moisson de maladies charbonneuses. Ce n'est plus à Guermange, foyer de la fièvre typhoïde, ce n'est plus dans le petit village de Lindre-Basse, point de départ des fièvres intermittentes, que nous rencontrons les premiers cas de charbon; c'est, au contraire, sur un point assez élevé au-dessus du niveau de l'étang.

Il existe, dans une des anfractuosités sud de l'étang, une éminence d'environ 55 hectares de superficie, formant une presqu'île, sur laquelle est bâti le petit village de Tarquimpol. Là était, au centre d'une étoile formée par la réunion de plusieurs voies romaines, une ville puissante, « qui succomba lentement, disent les chroniqueurs, autant par l'effet des »miasmes délétères des marais que par la faim et le fer des barbares. » Là se retrouve encore, chaque trois années, le foyer de nos affections charbonneuses.

Il semble que la haute température des mois de juillet, août et quelquefois de septembre, soit seule favorable au développement et à l'action du miasme charbonneux; nous n'avons pas remarqué qu'il agit, au moins d'une manière générale, sous l'influence des diverses températures des autres mois de l'année.

Presque toujours les malades atteints de tumeurs charbonneuses prétendent devoir leur accident à la piqûre d'une mouche toute particulière, qu'ils décrivent suivant l'état actuel de leur imagination. Sans vouloir rejeter cette assertion, qui n'est pas sans analogues dans la science (Bertrandi), nous pensons n'avoir jamais eu affaire qu'à des affections charbonneuses par cause interne : les symptômes qui les accompagnent, la rapidité de leur marche, les points que, le plus souvent, occupent les tumeurs, sont pour nous autant de motifs propres à déterminer notre manière de voir. Dans le courant de juillet 1834, un maçon, travaillant à réparer une maison de Tarquimpol, sentit tout à coup, au-dessus du nombril, un prurit insupportable. Au bout d'une heure, le point imperceptible où s'était développée la démangeaison s'était tuméfié; il y avait une tumeur dure, du volume d'un œuf d'oie, offrant tous les caractères du charbon, avec fièvre et lipothymie. Les cordiaux et le *cautère actuel* mirent fin à tous les accidens. Malheur aux malades atteints d'inflammations phlegmoneuses, pendant les mois que nous venons de noter plus haut; elles revêtent promptement le caractère charbonneux et finissent presque toujours d'une manière funeste. Nous avons eu occasion de rencontrer, en juillet 1837, une pneumonie qui se termina par la gangrène. Une autopsie scrupuleuse a révélé, à nos médecins vétérinaires, l'existence d'une maladie charbonneuse de la rate, avec altération du sang, chez les grands ruminans, qui reconnaît pour cause l'influence du miasme paludéen et la mauvaise qualité des fourrages altérés par nos fréquentes inondations.

De ce qui précède, on peut tirer cette conclusion : qu'il y a une frappante analogie entre les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde et les maladies charbonneuses, qu'elles reconnaissent une cause unique, le miasme marécageux, agissant sans interruption et produisant, suivant son intensité, suivant les saisons, suivant l'état hygrométrique de l'air, les fièvres intermittentes l'entérite folliculaire, ou le charbon malin. Il faut ajouter toutefois que cette action du miasme suit exactement, dans son action, la périodicité d'exploitation du vaste étang de Lindre-Basse.

---

intermittente, 20 cas de tubercules pulmonaires et 18 cas de typhus. Il y a eu 23 décès, dont 10 phthisiques. L'année scolaire 1843 et 1844 a fourni, sur 108 malades, 20 cas de tubercules.

Je sais que l'on peut reproduire ici l'objection que l'on a adressée au travail du professeur Forget, de Strasbourg. Les hôpitaux des grandes villes sont peuplés d'individus appartenant à une foule de localités diverses, et les influences multiples auxquelles ils sont soumis tendent à détruire toute prédominance et à donner un résultat général qui infirme toutes les idées préconçues. Mais ce reproche ne peut être adressé à un relevé d'une autre nature. Il s'agit du registre de la mortalité de toute la ville de Rotterdam. Pendant le mois de mai 1845, le nombre des décès a été de 229, parmi lesquels on compte 64 phthisiques. La proportion est énorme, comme on le voit, et cependant elle est tout à fait en rapport avec les chiffres fournis en 1824, par le docteur Fhyssen, dans son ouvrage sur la phthisie dans les Pays-Bas. Suivant cet auteur, l'affection tuberculeuse emporte à Rotterdam le quart des individus qui meurent. Et cependant on a dit que cette ville, en proie à la fièvre intermittente, jouissait de l'heureux privilége de ne pas connaître la phthisie! Mais poursuivons notre course.

L'île de Walcheren, si tristement célèbre par l'abondance et l'intensité de ses émanations paludéennes, appelait toute mon attention ; je me rappelais les documens pleins d'intérêt publiés en France par M. Ferrus, et en Angleterre par Jackson, et j'eus le bonheur de trouver un guide aussi bienveillant qu'éclairé en la personne de M. le docteur Yonge, qui exerce la médecine depuis plus de trente ans à Middelbourg, et qui dirige toutes les affaires médicales de la Zélande. Tout le monde en Hollande me citait le docteur Yonge comme une autorité irrécusable en matière d'influences morbides locales; tout le monde invoquait sa longue expérience, sa sagacité, sa parfaite connaissance du pays et des maladies qui y règnent. Ce praticien affirme que les tubercules du poumon entraînent le quart des décès dans l'île, et que cette proportion est quelquefois dépassée.

Cette assertion du docteur Yonge s'applique directement à Middelbourg et à ses environs, théâtre de sa pratique médicale. L'île, qui a 48 kilomètres de circonférence, offre des parties basses, entrecoupées de petits canaux, très humides par conséquent, et où les fièvres d'accès règnent toujours. La ville, qui contient 16,000 habitans, est dans une situation plus favorable, un seul canal la traverse, et le sol est assez ferme pour que l'on puisse y creuser des caves, ce que l'on ne peut faire à Leyde, à Rotterdam et en beaucoup d'autres localités hollandaises. Sous ce rapport donc Middelbourg offre des avantages réels de salubrité, et cependant, quand arrive l'automne, la fièvre intermittente s'y établit de telle façon qu'on pourrait difficilement trouver une maison exempte de malades. Souvent même ces fièvres prennent un caractère pernicieux et causent la mort dès le deuxième ou le troisième accès. Flessingue, dont la position paraît bien plus défavorable, compte toujours moins de fiévreux et de tuberculeux, mais en revanche la fièvre typhoïde s'y montre bien plus fréquemment. Les docteurs Verwey et Kerst ont confirmé, sur tous les points, les observations du docteur Yonge. On doit établir un large canal qui ira de Flessingue à Middelbourg, desséchera le sol marécageux qui sépare ces deux villes et maintiendra les eaux à une hauteur régulière. On espère que cette circonstance aura une heureuse influence sur la santé publique et que les fièvres automnales deviendront moins

PATHOLOGIE INTERNE.

De l'emphysème vésiculaire et de l'emphysème interlobulaire des poumons; par Édouard Bonino, docteur en médecine, lauréat du Val-de-Grâce, chirurgien aide-major au 1er régiment de ligne.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ II. — Anatomie pathologique et pathogénie.

Emphysème vésiculaire. — Les poumons dont les cellules sont dilatées présentent, au toucher, une surface plus sèche que les poumons sains. Ils sont très pâles, et la matière noire contraste davantage avec le fond blanc sur lequel elle est déposée. Leur superficie, quand l'emphysème n'est pas très avancé, offre à l'œil nu ou à la loupe un aspect qui rappelle celui des feuilles desséchées, dans lesquelles on n'aperçoit plus que les nervures, le parenchyme ayant disparu: les nervures sont représentées par les parois des cellules agrandies. Si l'emphysème est plus prononcé, on voit, sous la plèvre, des saillies arrondies, formées par ces mêmes cellules. Ces saillies varient en grosseur depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois et même d'une aveline; mais alors elles sont constituées par la réunion de plusieurs cellules.

Quand l'emphysème est partiel, et qu'il n'a envahi que des lobules isolés, on voit les polygones que ceux-ci présentent extérieurement s'élever au-dessus de la surface des lobules et former ainsi des îles saillantes qui rappellent un peu les plaques gaufrées de l'intestin.

Les coupes pratiquées dans le tissu pulmonaire emphysémateux et desséché laissent voir les vésicules, cellules ou capillaires aériens, comme on voudra les appeler, évidemment dilatées et appréciables à l'œil nu. Étudiées au microscope, toujours les parois de ces cellules nous ont paru plus minces qu'à l'état sain, et nos observations sont, sur ce point, parfaitement conformes à celles du docteur Lebert.

Dans un degré plus avancé de la maladie, les cellules ne sont plus entières; elles tendent à se réunir. La paroi très amincie qui sépare deux vésicules se crève et forme ainsi une sorte de diaphragme entre les deux petites cavités aériennes; bientôt cette cloison se rompt davantage et ne présente plus que des lambeaux flottans, lesquels ne sont bientôt que des fils très ténus, ne séparant déjà plus ces deux cellules, qui n'en font plus qu'une. Ce travail ne s'opère pas seulement entre deux cellules, mais entre un grand nombre, et ainsi ces petites cavités se réunissent, se confondent, pour former des cavités plus grandes, dans lesquelles on voit flotter les débris des parois des vésicules disparues. On conçoit que ces cavités doivent présenter des formes variées à l'infini, suivant la direction qu'aura suivie le travail de résorption interstitielle, suivant la manière dont il aura gagné de proche en proche, en s'éloignant de son point de départ. Nous avons vu quelquefois de ces cellules juxta-posées sur une même ligne droite se réunir de manière à former une espèce de canal. C'est ainsi qu'on explique en botanique la formation de certains vaisseaux par la réunion des cellules végétales superposées. « Il se forme de la sorte des espèces de cavernes, ou de chambres aériennes vagues, entrecoupées par des membranes déliées, que le passage des bulles d'air a criblées de petits trous... Dans la destruction très avancée, la masse d'un ou de plusieurs lobules, par la déchirure commune des cloisons vasculaires, ne présente plus, à l'état sec, qu'une sorte de duvet cotonneux très fin (1). »

Quand un lobule, fortement emphysémateux, est isolé au milieu de lobules sains, on le distingue aussi bien à la surface des coupes pratiquées qu'à la superficie du poumon; il est moins coloré; son tissu paraît plus rare; il est à peu près au tissu des lobules voisins ce que le tissu réticulaire des os est à leur tissu celluleux. Cet aspect est très tranché, et une ligne de séparation bien nette permet de reconnaître, même à distance, la partie emphysémateuse de celle qui ne l'est point.

En ouvrant les vésicules qui font saillie à la surface du poumon, on les trouve souvent plus volumineuses qu'elles ne le paraissent, et à côté on en voit d'aussi grandes, qui cependant ne faisaient aucun relief extérieur. On aperçoit presque toujours sur leurs parois des débris dont nous avons parlé et qui prouvent que ces petites cavités aériennes ne sont pas le résultat de la dilatation d'une cellule unique. Quand la cavité surpasse le volume d'un pois, si ces débris ne paraissent pas, il est raisonnable de croire que c'est parce qu'ils ont été entièrement résorbés. On trouve, sur plusieurs points de ces petites excavations, des orifices qui les font communiquer avec les cellules environnantes; il en est de même pour ces vésicules qui semblent pédiculées, mais dont le pédicule n'est pas réel et n'est qu'un simple étranglement au point où la tumeur commence à s'élever à la surface du poumon; c'est une véritable hernie de la petite cavité aérienne.

En examinant comparativement au microscope une tranche de poumon sain et une tranche de poumon emphysémateux, on trouve la vascularisation évidemment diminuée dans ce dernier, tandis que dans le poumon sain on aperçoit les ramifications des vaisseaux se répandre, sous forme de lignes rouges très appréciables, autour de chaque cellule; on ne voit plus dans le poumon emphysémateux que le tronc du vaisseau principal, mais toutes les divisions ont disparu. Ce résultat, aussi obtenu par le docteur Lebert, et que l'on pouvait soupçonner, d'après l'aspect du poumon emphysémateux, nous paraît très important.

Quand l'emphysème vésiculaire s'était développé lentement, jamais nous n'avons constaté d'emphysème interlobulaire coexistant. Ces deux emphysèmes n'étaient réunis que dans les cas où la lésion s'était produite avec assez de rapidité; ainsi nous avons constaté la coïncidence de ces deux espèces d'emphysème à la suite de l'imperméabilité d'une grande partie des poumons, par tuberculisation étendue, par hydro-pneumo-thorax, par pneumonie double, par variole avec engorgement pulmonaire considérable; et encore, dans ces cas, l'emphysème interlobulaire était très peu étendu. Avec l'emphysème vésiculaire coexistent souvent des bulles d'emphysème sous-pleural, lesquelles sont toujours mobiles sous la plèvre. Cette coexistence s'explique facilement, parce qu'en se rompant les vésicules superficielles doivent nécessairement laisser épancher sous la plèvre l'air qu'elles contiennent.

Essayons maintenant, en nous fondant sur ces détails anatomiques, d'expliquer la pathogénie de l'emphysème vésiculaire et sa nature. Cette

(1) Bourgery, Anatomie de l'homme, t. IV, p. 69.

---

fréquentes dans la capitale de cette île.

A La Haye où les fièvres intermittentes sont moins nombreuses qu'en Zélande et à Amsterdam, la phthisie existe en même proportion que dans ces localités. D'après MM. les docteurs Evers et Van Dœvereu, les maladies thoraciques débutent surtout au printemps, tandis que les fièvres d'accès arrivent plutôt en automne.

La ville de Leyde semble réunir toutes les conditions les plus favorables au développement des fièvres intermittentes. Bâtie sur un vaste marais coupé de canaux nombreux par un ancien bras du Rhin, sur lequel sont jetés une multitude de ponts, elle est plongée dans une atmosphère humide et marécageuse au plus haut degré, surtout à la fin de l'été, lorsque les eaux évaporées par la chaleur sont devenues de plus en plus rares. Alors, en effet, les fièvres d'accès envahissent la population si misérable de cette ville privée désormais de toute industrie. Et cependant les scrofules se montrent partout, les tubercules ne sont pas moins communs, et le docteur Suringar m'a affirmé que le quart de la mortalité appartenait à la phthisie pulmonaire.

On a dit que les médecins des Gueldres avaient coutume d'envoyer leurs phthisiques à Amsterdam, et que l'air humide de cette ville, avait la propriété d'empêcher le développement des tubercules chez les habitans et de guérir les bronchites suspectes des personnes qui venaient s'y établir. Cet heureux privilége qui a été, non pas découvert, mais vanté par M. le docteur Schonlein, ne serait rien moins que réel aux yeux des médecins les plus distingués de cette grande ville. Les docteurs Tilanus, Van Geuns, Arntzenius, Sarphati, Schneevoogt, Sybrandi et autres considèrent comme absolument illusoire cette immunité chaque jour démentie par les faits; tous sont d'avis que cet antagonisme prétendu entre les fièvres d'accès et la tuberculisation est une pure spéculation de l'esprit que rien ne motive, que rien ne légitime et qui tombe à plat au premier examen sérieux.

M. le docteur Sybrandi avait déjà saisi l'occasion de s'élever contre l'opinion attribuée au professeur Schonlein, dans sa traduction hollandaise de l'ouvrage du docteur Scharlau sur le traitement rationnel de la phthisie. « Quant à nous, » dit-il, nous nous élevons contre cette assertion et nous la considérons comme » purement théorique. Pour tous ceux qui ont exercé la médecine à Amsterdam, » la fréquence de la phthisie pulmonaire est un fait incontestable, et aujourd'hui » l'on peut encore dire avec Tulpius: « *Pulmonis vomica conspicitur vix* » *ullibi locorum frequentius quam in nostra Batavia.* » Le docteur Nieuwenhuys, dans sa Topographie médicale d'Amsterdam (1817) parle du » grand nombre de phthisiques que l'on y observe toujours; seulement il ajoute » que le cours de cette maladie est moins rapide en Hollande que dans le midi » de l'Europe. »

La ville d'Amsterdam, dans sa vaste étendue, contient des quartiers plus malsains les uns que les autres, là où toutes les causes morbides sont accumulées et où les maladies subissent en outre toutes les fâcheuses influences de la misère et des vices. Le docteur Sybrandi, qui a exercé pendant plusieurs années les fonctions de médecin des pauvres (*stad armen doctor*), m'a dit qu'au milieu de cette population mal vêtue, mal nourrie, vivant entassée dans des maisons obscures et humides, en proie aux privations ou livrée aux excès de tous genres, les fièvres intermittentes sont très communes et souvent très graves; mais que

explication ne peut, sans doute, être qu'une hypothèse; mais une hypothèse qui rend bien compte des faits observés peut avoir quelque valeur, et devenir une probabilité.

Quand cet emphysème n'est pas congénital, il dépend presque toujours d'un catarrhe aigu ou chronique. Celui-ci, soit par le dépôt de produits de sécrétion, soit par le gonflement de la membrane muqueuse, soit enfin par ces deux causes à la fois, détermine le rétrécissement des petits tuyaux bronchiques; mais l'air, appelé dans l'inspiration par une force considérable, surmonte la résistance et pénètre dans les vésicules pulmonaires. Le mouvement expiratoire se produit, mais il ne s'opère que par la contractilité de ces vésicules, aidée des muscles intercostaux. Sa force est bien moins puissante que la force inspiratoire; aussi ne peut-elle produire autant, et elle ne rejette au-dehors qu'une partie de l'air introduit; à chaque mouvement respiratoire la même chose se renouvelle; l'air s'accumule dans les cellules pulmonaires, dont il distend les parois; il se dilate par la chaleur, et de là une cause de distension plus grande. Ces parois deviennent de moins en moins aptes à réagir contre l'air qu'elles renferment, et la respiration tend sans cesse à être plus incomplète. Bientôt les cellules soumises à une cause toujours agissante de dilatation voient leurs parois portées au-delà de leur degré d'élasticité normale; elles sont forcées, et dès lors l'acte respiratoire devient plus imparfait, plus pénible que jamais.

Mais quel changement dans les conditions anatomiques du poumon va amener cette dilatation des cellules? Le premier effet produit sera le refoulement du tissu cellulaire qui les sépare; par la compression, il sera transformé en une lame continue et compacte. Les ramuscules veineux et artériels qu'il renferme] seront aplatis, et bientôt deviendront imperméables au sang. La circulation sera ainsi étouffée dans la partie du poumon où siége l'emphysème. De là la pâleur, la sécheresse de ce poumon; de là l'absence de vaisseaux observée dans son tissu. Les parois des vésicules pulmonaires ne recevront plus de sang, et par conséquent plus de nutrition; d'autre part, elles sont soumises à l'action mécanique qu'exercent sur elles les cavités aériennes qui tendent à s'agrandir en se rencontrant; il y a donc une double cause pour qu'elles s'amincissent, qu'elles disparaissent par une résorption interstitielle. On se rend donc bien compte ainsi de la raréfaction des poumons emphysémateux.

Si nous considérons, d'une part, la gêne que le sang éprouve à traverser les poumons, d'autre part la diminution de la surface propre à la fonction de l'hématose, et enfin le renouvellement difficile de l'air, nous comprendrons très bien la dyspnée des emphysémateux, dyspnée qui s'augmente, il est vrai, de celle qu'entraîne avec lui le catarrhe, si celui-ci existe, mais qui ne trouve pas évidemment sa source dans cette cause unique, et la preuve, c'est qu'elle se montre alors même que le catarrhe ne se montre point. Cette dyspnée existant, on s'explique l'impossibilité où sont souvent les malades de conserver la position horizontale, position défavorable au développement des forces musculaires nécessaires pour produire un acte respiratoire un peu efficace. De là la plus grande fréquence des accès la nuit, où cette position est la plus ordinaire. Les malades se tiennent assis dans leur lit, les bras étendus en avant, afin de donner un appui solide aux muscles respirateurs. La respiration est abdominale, s'accompagne d'un soulèvement en masse de toute la cage thoracique, soulèvement auquel les muscles scalènes prennent une part très active, parce que les parois, soulevées autant qu'elles peuvent l'être, ne sont pas susceptibles de se dilater davantage pour augmenter l'amplitude de la poitrine. Cette impossibilité d'une dilatation plus grande rend compte de la faiblesse ou de l'absence du bruit respiratoire dans l'emphysème, puisqu'il n'y a plus d'expansion ni d'ampliation vésiculaire possibles. Enfin, les poumons tuméfiés, en repoussant de dedans en dehors les parois qui les emprisonnent, doivent changer nécessairement la forme de la cage thoracique, par suite de l'effort qu'ils exercent sans cesse sur elle; de là les voussures des emphysémateux.

Nous trouverons encore facilement la raison d'un fait d'observation que nous avons consigné précédemment, à savoir: que l'emphysème vésiculaire, quand il s'est formé lentement, ne se complique jamais d'emphysème interlobulaire. En effet, les cellules, se dilatant insensiblement, ne se rompent qu'à une époque avancée de la maladie; alors le tissu cellulaire comprimé, refoulé, ou bien n'existe plus, et alors une vésicule, en se rompant, ne peut s'ouvrir que dans une autre vésicule; ou bien il est tellement aminci et condensé qu'il n'est plus susceptible de recevoir de l'air dans des mailles qui ont disparu; mais on conçoit sans peine que les cellules de la superficie, venant à se briser, laissent échapper l'air qu'elles contiennent dans le tissu cellulaire sous-pleural, lequel ne se trouve pas dans les mêmes conditions, et qu'ainsi l'emphysème sous-pleural, à bulles mobiles, se puisse rencontrer. Laennec, qui avait signalé cette sorte d'exclusion mutuelle des deux espèces d'emphysème, dit ne les avoir jamais vues réunies, et n'avoir jamais rencontré, même dans les cas les plus intenses, d'autre infiltration aérienne que quelques bulles d'air dans le tissu cellulaire qui sépare la plèvre des poumons.

Nous avons établi une exception à cette règle d'exclusion pour les cas où l'emphysème résulte de l'imperméabilité d'une grande partie des poumons; alors les portions demeurées saines doivent fonctionner plus activement. De là une dilatation exagérée des vésicules, qui, sans être instantanée, n'est au moins pas assez graduelle; aussi leurs parois peuvent-elles se rompre à une époque beaucoup plus rapprochée du début de la lésion, quand elle n'est pas encore assez avancée pour que le tissu cellulaire soit par trop condensé, et par conséquent celui-ci est encore susceptible d'infiltration. C'est ainsi que nous avons trouvé les deux espèces d'emphysème réunies dans les cas que nous avons cités. Laënnec n'a sans doute jamais rencontré cette coïncidence parce qu'il la recherchait, comme il le dit lui-même, dans les cas les plus intenses, tandis que ce n'est que dans les cas moyens ou légers qu'elle peut exister.

Nous avons avancé que, dans l'emphysème vésiculaire, il y a atrophie ou plutôt résorption des vésicules. Des médecins, dont l'opinion est considérable, pensent au contraire qu'il y a hypertrophie; ils ont été surtout conduits à ce jugement par l'analogie avec ce qui arrive dans nos organes quand ils sont dilatés. On a cité l'œsophage, l'estomac, les intestins, le cœur, qui s'hypertrophient quand ils sont le siége d'une dilatation, par suite d'obstacle au libre cours des fluides ou des solides qui les doivent traverser; mais cette analogie ne nous paraît pas exister. Observons, en effet, que la condition n'est pas la même pour les cellules pulmonaires; l'estomac ou le cœur, quand ils sont dilatés, se développent facilement, sans trouver autour d'eux de barrière pour les arrêter; mais en est-il de même pour les vésicules du poumon? Elles sont circonscrites dans des espaces étroits qu'elles ne peuvent franchir; elles trouvent un obstacle dans toutes les vésicules voisines qui cherchent aussi à s'étendre, et auxquelles elles deviennent obstacle à leur tour; de plus, la compression des

---

cela n'empêche pas que les affections scrofuleuse et tuberculeuse ne fassent un grand nombre de victimes. Bien qu'il partage l'opinion des médecins que j'ai cités relativement à la marche plus lente de la phthisie, il m'a rapporté plusieurs faits de dégénérescence tuberculeuse aiguë, et entre autres l'observation d'une jeune fille de 20 ans, qui a succombé à une phthisie aiguë dont la durée n'a pas dépassé dix semaines. Ces faits sont fort rares, et M. le docteur Van Geuns a particulièrement insisté sur la rareté des hémoptysies en Hollande.

La fréquence des affections tuberculeuses, à Amsterdam, m'a été également affirmée par M. le docteur Schneewoogt, médecin de l'hôpital civil, *extrà muros*. Cet établissement est placé au centre d'un quartier très marécageux, et où l'on rencontre encore des fièvres d'accès lorsque le reste de la ville en est privé. Eh bien! ce même quartier est peut-être celui qui fournit un plus grand nombre de décès, par suite de la tuberculisation pulmonaire. Qu'y a-t-il en cela d'étonnant? La misère et tous les inconvénients qu'elle entraîne n'est-elle pas la cause la plus active de toutes les cachexies qui sapent la vie dans ses bases? *A priori*, ne peut on pas établir qu'une localité où règne la fièvre intermittente, c'est-à-dire qui est froide, humide, et remplie d'émanations paludéennes, devra également produire des affections catarrhales, des engorgements strumeux, des tubercules et toutes leurs tristes conséquences? Bien loin d'y voir une cause d'exemption, il faut y reconnaître un motif déterminant de plus; il y a connexion entre ces maladies diverses, au moins quant à leur étiologie générale, et ce serait merveille qu'il en fût autrement. L'influence marécageuse, l'intoxication paludéenne, comme on l'appelle, tend à déterminer dans l'économie un mouvement fébrile intermittent, cela est vrai; mais n'est-il pas également vrai que ce même ordre de causes produit des phénomènes fébriles intermittents qui accompagnent la tuberculisation pulmonaire? Broussais disait que la fièvre carbume, que les alternatives de froid et de chaud qui marquent les stades d'une pyrexie à périodes, sont très efficaces pour produire des phlegmasies muqueuses ou viscérales; et ces assertions, vraies sous un certain point de vue, établissent un nouveau rapport entre ces maladies, que l'on veut faire antipathiques.

Je pourrais accumuler ici les témoignages de beaucoup de médecins hollandais placés dans les conditions les plus favorables pour approfondir cette question d'antagonisme, qui leur semble entièrement dénuée de solidité; il me suffira de consigner ici quelques chiffres officiels dont je dois la communication à M. le docteur Beckers, ancien élève et docteur de la Faculté de Paris, et chef du service de santé de l'armée hollandaise. Ce médecin distingué a organisé ce service de façon à pouvoir produire les résultats statistiques les plus exacts, et j'ai vu entre ses mains un travail qui ne le cède en rien à ceux que l'on doit à l'Amirauté britannique. Pendant les années 1842, 1843 et 1844, le nombre total des malades dans toute l'armée hollandaise a été de 23,002, le nombre des morts de 242, parmi lesquels on a compté 96 phthisiques. Et notez que l'on se montre fort sévère dans l'admission des jeunes soldats, et que l'on refuse tous ceux qui sont notoirement prédisposés à l'affection tuberculeuse. L'armée hollandaise, disséminée sur tous les points du territoire, compte un grand nombre de fiévreux, et M. le docteur Beckers est parfaitement convaincu de la non existence de l'antagonisme Boudin, au moins dans toute l'étendue des Pays Bas.

Si je ne me trompe, l'opinion unanime des médecins hollandais sur cette grande question de pathologie générale a une valeur incontestable. Il s'agit ici

vaisseaux est le premier effet de cette condition anatomique; comment donc alors pourrait survenir l'hypertrophie, puisque la première condition de son existence est, au contraire, une riche circulation? Ensuite, en admettant l'hypertrophie, il nous semble bien difficile de comprendre la raréfaction du tissu pulmonaire, la rupture des parois des cellules qui ne s'opère évidemment que quand ces parois sont très amincies. L'hypertrophie ne serait-elle pas, au contraire, l'état le plus propre à mettre les poumons à l'abri des lésions anatomiques dont on les trouve précisément atteints dans l'emphysème? Enfin le microscope ne démontre-t-il pas que les parois des vésicules sont amincies au lieu d'être hypertrophiées?

Si cette analogie, dont nous parlions tout à l'heure, peut être invoquée, ce n'est que pour rendre compte d'un fait, à savoir : la dilatation des vésicules. Quand on voit, en effet, les organes creux se dilater presque toujours par suite d'un obstacle au libre cours des matières qui les doivent traverser, on comprend que les vésicules pulmonaires se peuvent dilater, elles aussi, sous une même influence.

Emphysème interlobulaire. — On constate son existence en examinant la superficie du poumon et en pratiquant des coupes dans son épaisseur. A sa surface, on trouve les lignes polygonales, qui séparent les lobules, élargies, transparentes. Cette disposition est surtout évidente sur les bords de l'organe; en interposant un de ces bords entre l'œil et la lumière, on aperçoit des bandes diaphanes, plus larges à la surface du poumon, et devenant plus étroites à mesure qu'elles pénètrent vers l'intérieur, dans lequel elles s'avancent plus ou moins; elles ont ainsi une forme triangulaire qui les a fait comparer, par Laënnec, à des segmens d'orange contenant de l'air dans leurs vésicules. Au moyen des coupes, on retrouve ces rubans transparens dans les parties profondes des poumons; mais là ils sont en général plus étroits et n'affectent pas la forme triangulaire. Ceux que l'on observe aux bords tranchans peuvent atteindre une largeur de 5 à 6 lignes et même d'un pouce. Ces bandes interceptent entre elles des lobules pulmonaires plus ou moins considérables; quelquefois ceux-ci sont entourés de toute part par cette infiltration aérienne, et ils sont ainsi comme isolés du reste de l'organe.

Dans un petit lobule, de forme pyramidale triangulaire, qui se trouvait dans cette condition, nous avons constaté l'état suivant : un seul vaisseau traversait l'atmosphère celluleuse, pénétrait dans le lobule par son sommet, et se ramifiait dans sa partie centrale; mais, en s'éloignant du centre, la circulation allait, toujours en diminuant, jusqu'aux cellules les plus éloignées, autour desquelles elle était tout à fait nulle. Une forte loupe permettait d'apprécier facilement cette disposition. En même temps, le tissu de la périphérie du lobule était raréfié; les parois des cellules étaient extrêmement minces, plusieurs étaient rompues, et, par suite, les vésicules étaient agrandies. Cette raréfaction du tissu pulmonaire était moins marquée, à mesure que l'on se rapprochait davantage du centre du lobule, où les cellules étaient normales, aussi bien que la circulation. Ajoutons que ces cellules, même les plus externes, étaient séparées de l'espace interlobulaire emphysémateux par une lame bien tranchée et bien nette. Que faut-il voir là? N'est-ce pas un commencement de disparition de ce lobule? Ne peut-on penser que les espaces interlobulaires qui le cernaient se seraient rejoints pour n'en plus former qu'un seul, si le travail de destruction avait continué? Ce fait nous semble vérifier l'hypothèse de Laënnec qui se demandait, ne comprenant pas une dilatation si grande d'une cloison cellulaire si mince, si les lobules pulmonaires existant entre deux cloisons infiltrées ne pouvaient disparaître dans l'infiltration. Nous dirons tout à l'heure comment nous entendons cette disparition.

Quand l'infiltration aérienne a gagné le tissu cellulaire qui entoure un vaisseau, ce tissu se dilate de manière à former des bulles isolées et juxtaposées dont la disposition rappelle celle d'un chapelet. Cet aspect se retrouve aussi bien à la superficie du poumon et dans les parties profondes.

Quand l'infiltration est voisine de la racine des poumons, elle gagne promptement le médiastin, le cou et quelquefois, mais rarement, le tissu intermusculaire et sous-cutané de tout le corps.

Arrivons maintenant à la pathogénie de l'emphysème interlobulaire. Il se produit toujours rapidement, souvent même instantanément. Il résulte d'un effort exagéré dans l'acte respiratoire; cet effort a besoin, dans certains cas, d'être réitéré assez souvent, et, dans d'autres cas, il n'a besoin d'être produit qu'une seule fois, comme le prouvent les faits cités précédemment; c'est ce qui arrive dans les efforts violens pour hâter, par exemple, un accouchement difficile. La poitrine renferme une grande quantité d'air, afin de fournir un appui solide aux muscles qui vont concourir presque tous à l'accomplissement d'une action puissante; la glotte est fermée, et présente à cet air une barrière infranchissable; cependant celui-ci, soumis à une température assez élevée, se dilate, et tend par conséquent à occuper un espace plus grand. Cette dilatation étant très rapide, les cellules sont distendues subitement et outre mesure; elles ne peuvent résister à cette sorte de surprise, et elles se crèvent. L'air qu'elles contenaient s'épanche dans le tissu cellulaire interlobulaire, dont toutes les mailles, en état normal, sont parfaitement perméables à ce fluide; d'autre part, les vésicules, distendues momentanément, n'ont pas perdu toute leur élasticité et reviennent sur elles-mêmes. Il est facile, d'après cela, de comprendre, dans ces cas, l'existence de l'emphysème interlobulaire seul, sans l'emphysème vésiculaire.

Revenons maintenant à ce lobule que nous avons décrit plus haut. Ses conditions anatomiques sont faciles à expliquer. Les cloisons qui l'entouraient étaient infiltrées par l'air, et comme elles tendaient toujours à s'accroître, elles le comprimaient. La compression avait arrêté la circulation, et de ces deux faits était résultée la résorption du lobule, résorption plus avancée à la périphérie, parce que la compression y était plus active. C'est le même phénomène que celui de la résorption des parois des vésicules dans l'emphysème vésiculaire. On pourrait peut-être vouloir attribuer la raréfaction du lobule en question à cette dernière espèce d'emphysème; mais s'il en eût été ainsi on aurait trouvé des ruptures de la lame qui séparait le lobule de l'espace interlobulaire, puisque l'air avait infiltré cet espace; mais ces ruptures n'existaient point.

Ces détails sont sans doute minutieux; mais ils deviennent une nécessité quand on étudie les lésions survenues dans des organes dont les élémens sont aussi délicats.

L'emphysème sous-pleural coexiste aussi avec l'emphysème interlobulaire, parce qu'il y a des communications larges et directes entre la plèvre et le tissu cellulaire qui sépare les lobules.

Il résulte, ce nous semble, des longs développemens dans lesquels nous venons d'entrer, que, considérés anatomiquement, l'emphysème vésiculaire et l'emphysème interlobulaire sont des lésions bien distinctes; de plus ils

---

d'une expérience faite en grand, dans une localité exceptionnelle, où tout se réunit pour fournir un résultat tranché, décisif. Ne pourrait-on pas, d'ailleurs, recueillir des documens semblables dans quelques départemens français, comme la Charente-Inférieure, l'Indre, l'Ain, et autres, où les fièvres d'accès sont endémiques? Mais, en pareil cas, il faut se montrer sévère dans l'admission des preuves à l'appui d'une idée qui séduit par sa simplicité féconde, et craindre de voir seulement ce qui tend à la corroborer. Il est difficile de ne pas céder à l'entraînement de la nouveauté, et il faut plus que du courage pour accepter les faits négatifs que les confrères ne manquent jamais de vous présenter en foule.

En voilà assez pour aujourd'hui. Plus tard, je vous dirai ce que j'ai recueilli sur un autre point de cette grande question. M. Boudin pense que la fièvre typhoïde et la phthisie pulmonaire sont également rares dans les localités marécageuses qui impriment à l'économie une modification profonde. Nous verrons si, en Hollande, le typhus n'est pas aussi commun que la phthisie partout où les fièvres d'accès sont endémiques.

M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, commencera, au Jardin-des-Plantes, mardi 12 août 1845, à une heure, son cours de physiologie comparée.

Les leçons auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à la même heure, dans l'amphithéâtre de géologie, celui d'anatomie étant fermé pour cause de réparation.

— Des changemens dans le climat de la France, histoire de ses révolutions météorologiques; par le docteur Fuster. — 1845. Prix : 8 f.

Paris, chez Capelle, libraire-éditeur, 10, rue des Grès-Sorbonne.

— Du délire aigu observé dans les établissemens d'aliénés; par M. le docteur Brierre de Boismont, directeur d'un établissement d'aliénés. In-4° de 124 pages. Prix : 3 fr. 50 c.

— Traité complet des bains considérés sous le rapport de l'hygiène et de la médecine, ou Nouveau guide des baigneurs, contenant, sous une forme abrégée, tout ce qui concerne l'administration des bains et douches d'eau simple, d'eaux minérales naturelles, avec l'indication de leurs localités, d'eaux minérales artificielles; les divers bains médicamenteux, les bains et douches de vapeur, les bains russes et orientaux, et les fumigations; précédé d'une Notice historique sur les bains chez les anciens et au moyen-âge, et suivi d'un Exposé de l'hydrothérapie, ou méthode de traitement par l'eau froide, la sueur, l'exercice et le régime; par Correl-Lagneau, D. M. P., ancien médecin des Néothermes, médecin honoraire adjoint des établissemens de la Légion-d'Honneur, membre de la Société de médecine pratique et de la Société médicale du 1er arrondissement, etc. — 1 vol. in-12, format Charpentier. Prix : 3 fr.; et franc de port par la poste : 3 fr. 50 c.

Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

sont, dans un degré élevé, exclusifs l'un de l'autre. En effet, dans les cas bien caractérisés, on ne voit jamais ces deux espèces d'emphysème coïncider, et les détails anatomiques qui précèdent conduisent théoriquement à ce fait que démontre l'expérience. Nous ne pensons donc pas qu'on puisse donner comme trois degrés par lesquels passent toujours, et successivement, la maladie: 1° la dilatation des cellules; 2° leur rupture; 3° l'infiltration d'air dans le tissu lamineux interlobulaire. Ce n'est que dans les cas moyens, en quelque sorte, que l'emphysème vésiculaire peut s'accompagner d'emphysème interlobulaire, et quand l'action de la cause n'a été ni assez lente pour produire le premier seulement, ni assez rapide pour produire seulement le second. La cause est pour ainsi dire mixte, et la lésion qu'elle détermine est mixte elle-même; de sorte qu'il y a un rapport constant entre l'espèce d'emphysème qui survient et le plus ou moins d'activité de la cause qui le produit.

Nous ne nous sommes pas arrêté à l'emphysème sous-pleural, dont quelques médecins font, à tort, une espèce séparée, parce qu'il n'a pas d'existence indépendante; il ne peut jamais survenir qu'à la suite de l'une ou de l'autre des deux espèces dont nous nous occupons.

§ III. — MARCHE ET DURÉE.

La marche de l'emphysème vésiculaire est essentiellement chronique; celle de l'emphysème interlobulaire est aiguë. Le premier dure plusieurs années et même toute la vie, quand il est congénital; le second se produit, existe et se termine dans un très court espace de temps. Voici les chiffres que nous trouvons dans les observations: la guérison survint, dans 5 cas, une fois après quinze jours; une fois après huit jours; deux fois après dix jours; enfin, un malade qui voulut quitter l'hôpital au bout de huit jours était presque complètement rétabli. La mort survint dans 9 cas; elle fut subite deux fois; elle arriva après quelques heures dans un cas; après un jour dans deux cas; après deux jours dans un cas; dans un cas au bout de trois jours; enfin, dans deux autres, elle tarda une fois neuf jours, et l'autre fois onze jours. Dans le quinzième cas, qui ne se termina pas par la mort, la durée de la maladie n'est point indiquée.

En réfléchissant sur la nature des deux espèces d'emphysème, on ne sera pas étonné de ces résultats si opposés. L'emphysème vésiculaire, en effet, constitue une lésion organique des poumons que la médecine ne saurait modifier. La texture de l'organe est altérée de façon à ne pouvoir être ramenée à l'état normal; seulement cette altération est encore compatible avec la vie. On comprend dès lors la lenteur de la marche et la longue durée de l'emphysème vésiculaire. L'emphysème interlobulaire, au contraire, est plutôt une lésion traumatique qu'une maladie interne: c'est un emphysème en tout semblable à l'emphysème chirurgical, une simple infiltration d'air dans le tissu cellulaire, et l'absorption s'en opère dans le tissu cellulaire des poumons, comme dans le tissu cellulaire souscutané. Il n'est donc point surprenant que sa marche soit rapide et que sa durée soit courte, puisqu'elle est mesurée par le temps que met l'air à se résorber.

Cependant, quand l'emphysème interlobulaire coexiste avec l'emphysème vésiculaire, dans le cas d'imperméabilité d'une certaine portion des poumons, il présente une durée plus longue, parce que sa cause productrice présente aussi une action prolongée. Le tissu cellulaire des poumons ne peut se vider de l'air qui l'infiltre que quand la portion pulmonaire imperméable est rendue aux fonctions de l'hématose; d'autre part, l'emphysème vésiculaire peut aussi présenter une marche plus prompte; c'est ce qui arrive surtout quand il est consécutif à une bronchite capillaire.

§ IV. — DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

Nous ne nous étendrons pas sur le diagnostic, parce que les observations d'emphysème interlobulaire que nous avons rassemblées ne donnent pas à ce sujet des détails suffisans. Nous signalerons seulement une dyspnée très vive qui survint tout à coup dans tous les cas, et nous renverrons, pour de plus amples renseignemens, à l'ouvrage de Laënnec. Mais il est un point sur lequel nous insisterons, parce qu'il est très important et qu'il n'a pas été assez signalé; nous voulons parler du gonflement emphysémateux qui envahit le col, la poitrine et quelquefois le corps entier. Ce phénomène se trouve noté dans 7 des cas que nous avons rassemblés. Il a une grande valeur, parce que jamais il ne s'est présenté dans l'emphysème vésiculaire, et parce qu'il témoigne évidemment que l'air n'est pas contenu dans les cellules des poumons, mais bien qu'il s'est infiltré dans le tissu lamineux de ces organes, pour passer ensuite dans celui du médiastin, et gagner de là le col et les parties voisines. Aussi n'avons-nous pas hésité à ranger au nombre des cas d'emphysème interlobulaire ceux dans lesquels ce gonflement caractéristique fut observé, bien que, la guérison étant survenue, l'autopsie n'en ait pas donné l'entière démonstration. Du reste, tous les autres traits de l'affection étaient en même temps trop tranchés pour qu'ils pussent appartenir à un emphysème vésiculaire.

Quant au pronostic, nous n'hésitons point à le déclarer plus grave pour l'emphysème vésiculaire que pour l'emphysème interlobulaire. Cette conclusion paraît en contradiction avec les faits sur lesquels nous nous sommes fondé; car, dans 15 cas d'emphysème interlobulaire, 9 fois la mort survint, tandis qu'elle n'eut lieu que 2 fois dans les 24 observations d'emphysème vésiculaire que nous avons recueillies. Mais il faut remarquer que l'on n'a signalé l'infiltration d'air dans le tissu cellulaire des poumons que quand les faits, par leur gravité, ont attiré l'attention, et ces faits sont peu nombreux, tandis que l'on peut poser en principe que cette lésion est très fréquente, et qu'à chaque instant elle est méconnue quand elle est peu intense; de sorte que le nombre des terminaisons heureuses est incomparablement supérieur à celui des terminaisons funestes.

Le pronostic de l'emphysème vésiculaire n'est sans doute pas très grave en lui-même, puisque cette affection est très longtemps compatible avec la vie; mais il est cependant sérieux, en ce que l'emphysème vésiculaire se révèle par des accidens très fréquens, qu'il met la santé dans un état continuel d'incertitude, si l'on peut ainsi parler, et qu'enfin il peut, quand il est intense et surtout qu'il s'accompagne de catarrhe, aller jusqu'à causer l'asphyxie.

Quand l'emphysème vésiculaire cause la mort, ce n'est jamais subitement. La terminaison funeste peut sans doute, dans certains cas, survenir rapidement par asphyxie, mais le malade y sera conduit par degrés; l'état du malade deviendra plus grave jusqu'à ce qu'il amènera la mort. De plus, les phénomènes observés alors ne seront que l'exagération de ceux qu'on aura observés auparavant, pendant un temps plus ou moins long, suivant la durée de la maladie. L'emphysème interlobulaire, lui, peut causer la mort instantanément, et c'est à cette espèce que se rapportent, en effet, ces cas de mort subite dont on s'est tant occupé, et qui du reste sont très peu nombreux. Quand la mort n'est pas instantanée, elle survient, en général, plus rapidement que dans l'emphysème interlobulaire, et, avant la manifestation des premiers accidens, aucun phénomène qui aurait eu avec eux de l'analogie n'était venu antérieurement donner la possibilité de prévoir la mort qui surviendrait. Quant à la rapidité avec laquelle la vie s'éteint dans les cas graves d'emphysème interlobulaire, faut-il l'attribuer à ce fait qu'une très grande étendue, ou même la totalité des poumons deviennent instantanément imperméables à l'air et au sang, par suite de la compression exercée par le gaz infiltré? Doit-on la rapporter à un pneumothorax qui, dans quelques cas, se serait développé incontinent? Faut-il recourir à une action du système nerveux? Ce point n'est pas encore éclairci; mais la première hypothèse nous paraît au moins la plus probable. L'expérimentation, du reste, a démontré l'étouffement de la circulation dans le tissu pulmonaire affecté d'emphysème interlobulaire. M. Poiseuille a déterminé, sur un poumon insufflé mais non emphysémateux, le temps que mettait à s'écouler une certaine quantité de sérum, en se plaçant dans l'artère pulmonaire et sous la pression donnée par le ventricule droit; ensuite, après avoir insufflé le poumon, de manière à déterminer l'emphysème de l'organe, il a reconnu qu'il ne donnait plus alors passage qu'à la moitié, au tiers, au quart du liquide qui le traversait d'abord, selon que l'emphysème était plus ou moins considérable.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 contiennent les mémoires originaux suivants: 1° *Recherches sur la structure de la membrane muqueuse intestinale*; par M. Masselot. 2° *Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale*; par M. Petrel. 3° *Mémoire sur l'entérotomie de l'intestin grêle dans les cas d'oblitération de cet organe*; par M. Maisonneuve. (Voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 793.) 4° *De la température chez les enfans à l'état physiologique et pathologique*; par M. Roger. 5° *Luxation complète de la jambe en avant produite par la seule extension; très peu de désordre; guérison*; par M. Jacquot. 6° *Du traitement des fractures qui se consolident ordinairement d'une manière vicieuse*; par M. Guérin (de Vannes). 7° *Expériences sur l'inoculation de la syphilis de l'homme aux animaux*; par M. Cullerier. (M. Cullerier a fait infructueusement sur le chien, le chat, le cochon d'inde, le lapin et le

singe, 25 essais d'inoculation. Pour plus de certitude, il a prié M. Auzias-Turenne de répéter devant lui ces expériences; M. Auzias-Turenne s'y est prêté, mais n'a pas obtenu des résultats plus satisfaisans que M. Cullerier). 8° *Résumé des travaux modernes sur la menstruation et la fécondation;* par M. Mandl. 9° *Mémoire sur les calculs des fosses nasales;* par M. Demarquay. (Collection intéressante d'exemples, peu connus pour la plupart, de cette affection.) 10° *Note sur l'influence de certaines altérations du lait comme cause de divers états pathologiques des enfans nouveau-nés;* par M. Girard. 11° *Observation sur le tétanos des enfans nouveau-nés;* par M. Thore.

RECHERCHES ANATOMIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR LES AMAS DE CHARBON PRODUITS PENDANT LA VIE DANS LES ORGANES RESPIRATOIRES DE L'HOMME; par M. NATHALIS GUILLOT (1).

Depuis que l'attention des observateurs s'est fixée sur la présence de matières noires au sein des tissus, et plus particulièrement du tissu pulmonaire, plusieurs opinions ont été émises sur le mode de formation de ces matières et sur leur nature intime. Les uns les ont assimilées, sous le nom de *mélanose* et de *cancer mélanique*, aux dégénérescences organiques, comme est le cancer proprement dit. D'autres en ont fait de véritables tissus accidentels, résultant d'une sécrétion organisée. Pour ceux-ci, la matière noire est tout simplement une sorte de pigment anormal, analogue à celui qui existe normalement dans l'homme en d'autres parties du corps. Pour ceux-là, elle est le caractère de l'inflammation chronique. D'autres enfin, la considérant spécialement dans les organes pulmonaires, la croient produite par la fumée des lampes et les émanations carbonées. Quant à sa composition intime, deux opinions sont en présence. Dans l'une, c'est le résidu d'anciennes infiltrations sanguines; dans l'autre, c'est un simple dépôt de matière carbonée. Il faut reconnaître cependant que, tandis que la première opinion a été étayée d'expériences nombreuses, la seconde n'a été émise que sous forme dubitative, et il n'existe pas, que nous sachions, d'expériences chimiques qui la consacrent.

M. Guillot prend la question dans cet état; et, limitant ses recherches aux organes pulmonaires du vieillard, il se propose de démontrer : 1° que la matière colorante noire des poumons n'est pas formée par du sang; que ce n'est point un produit de sécrétion; qu'elle n'a aucune analogie avec le pigment; qu'elle n'est pas due à l'inflammation chronique, ni à la fumée des lampes; 2° que cette matière est du *charbon déposé en nature* pendant la durée de la vie humaine; 3° que le charbon, en augmentant de quantité, peut déterminer, par sa présence, des phénomènes morbides appréciables à l'examen du médecin, et même entraîner la mort en rendant une partie plus ou moins étendue des poumons impropre à la circulation et à la respiration.

Les analyses chimiques auxquelles l'auteur s'est livré de concert avec M. Melsens, sur des poumons chargés de matière noire et ayant appartenu à des individus dont la profession ne les avait pas exposés plus que le commun des hommes aux émanations charbonneuses, ont consisté, premièrement, à dissoudre les matières albuminoïdes dans un mélange d'acide nitrique, d'acide chlorhydrique et d'eau; secondement, à dégager les matières grasses à l'aide de la potasse, de l'ammoniaque et de l'éther; enfin, à isoler la matière noire au moyen de liqueurs fortement alcalines ou acides. Or, ainsi isolée, cette matière offre, suivant M. Guillot, tous les caractères du charbon. Elle brûle sur une lame de platine, sans flamme, et sans dégager visiblement de produits étrangers; la potasse à 45° est sans action sur elle; la potasse solide en fusion la dissout en la brûlant et reste incolore. L'acide sulfurique concentré et bouillant ne paraît pas l'attaquer après une ébullition prolongée; mais, au bout d'un ou deux jours, le charbon se dépose et l'acide surnageant est presqu'aussi blanc que l'acide pur. L'acide nitrique, concentré et bouillant, ne dissout cette matière charbonneuse que par une ébullition prolongée. L'acide chlorhydrique est sans action sur elle. Suspendue dans de l'eau bouillante, dans laquelle on fait arriver du chlore, elle est attaquée à la façon du charbon.

Ces expériences montrent déjà que la matière noire des poumons du vieillard est constituée par du charbon, et que ce charbon n'y est pas arrivé du dehors, puisque les sujets des expériences n'avaient pas été soumis aux émanations charbonneuses. Pour prouver maintenant que le charbon a été déposé en nature, sans l'intervention d'un travail organique tel que l'inflammation, M. Guillot a recours à l'inspection anatomique. Il commence par insuffler les poumons, qu'il fait ensuite dessécher; ou bien il les place, encore mous et privés d'air au moyen de la pression, sous une couche d'eau, et attend que l'eau ait pénétré dans tous les canaux aériens, les ait distendus, et que le regard, aidé de la loupe ou du microscope, puisse pénétrer, au moins en partie, dans leur profondeur. Or voici quel a été le résultat de son examen. Lorsque la matière charbonneuse commence à être déposée dans l'épaisseur des tissus, elle offre l'apparence d'une poussière très noire, irrégulièrement semée dans la transparence du parenchyme; cette poussière est constituée par un ensemble de petits grains excessivement ténus, séparés les uns des autres par des espaces variables en étendue. Dans un état plus avancé, aucun intervalle appréciable ne sépare ces particules matérielles les unes des autres. En laissant tomber à la surface d'un canal aérien une goutte d'acide nitrique qui produit immédiatement l'opacité du tissu, il est facile de s'assurer que la matière noire est située, non à la surface libre de ce canal, mais plus profondément « dans l'épaisseur de la paroi qui sépare chacun des canaux aériens adossés »; car elle cesse d'être visible dès que le tissu perd sa transparence. Il a paru à l'auteur que, dans le principe, le dépôt de matière charbonneuse n'est précédé ou accompagné d'aucune modification appréciable, soit dans l'épaisseur des tissus qui séparent les conduits aériens les plus distincts, soit dans les vaisseaux sanguins qui parcourent ces tissus et s'y multiplient à l'infini. « *Il n'y a surtout, dans ces parties, rien de ce qui pourrait révéler l'existence d'un épanchement sanguin ou d'une pneumonie.* »

Telle est la première partie du travail de M. Guillot. N'ayant pas eu l'occasion de vérifier par nous-mêmes les résultats qui y sont annoncés, nous n'avons qu'une observation à faire à leur égard. L'auteur s'était engagé dès le début à démontrer, contre l'opinion de MM. Breschet, Trousseau, Leblanc, etc., que la matière noire des poumons des vieillards n'est pas formée par du sang, et, contre l'opinion de M. Andral, qu'elle n'est pas non plus le produit de la pneumonie chronique. Il paraît, en effet, démontrer victorieusement qu'il n'en était pas ainsi dans les poumons soumis à son examen; mais peut-il en conclure que ce soit là l'unique et constante origine de la matière noire des poumons? En fait, il est certain qu'une stase sanguine longtemps prolongée laisse quelquefois dans les tissus une teinte noirâtre indélébile, et MM. Trousseau et Leblanc affirment que, dans la mélanose, les globules cruoriques *se reconnaissent avec la plus grande facilité*. En fait encore, le poumon qui est demeuré quelque temps hépatisé, l'intestin soumis à cet état morbide qu'on appelle l'inflammation chronique, finissent par se colorer en noir. Ces faits-là sont-ils renversés par ceux de M. Guillot? Nullement. Il lui reste encore à démontrer, ou que la stase sanguine et la phlegmasie ne suffisent pas à engendrer la mélanose, ou que, dans ces cas, c'est toujours du charbon et jamais du sang altéré qui donne lieu à la coloration noirâtre du tissu. En vain l'auteur prend-il le soin de spécifier qu'il ne s'agit que des organes pulmonaires du vieillard; dans la vieillesse, comme dans l'âge adulte, les poumons sont susceptibles de stase sanguine et d'inflammation; l'objection qui précède s'y applique donc aussi bien qu'à tous les autres organes de l'économie.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur cherche à établir que l'accumulation successive du charbon dans le parenchyme pulmonaire a pour effet de déterminer l'oblitération des petites extrémités vasculaires, tant artérielles que veineuses, et de déterminer ainsi la formation d'îlots noirâtres, durs, imperméables au sang et à l'air. Ces masses noires, dit-il, ont, en général, l'aspect d'anciennes cicatrices; la surface du poumon est flétrie, ridée, grippée, parsemée d'inégalités légères que l'on distingue très bien par la pression. C'est de la même manière qu'il explique la coloration noire et l'endurcissement graduel des parties du parenchyme qui avoisinent les dépôts tuberculeux chez les vieillards. Ici encore, nous ne voulons pas contredire l'opinion de l'auteur, dans le cercle des observations sur lesquelles il la fait reposer, mais nous craignons qu'il n'en tire des conclusions trop générales. Ayant vu, d'une part, la pneumonie affecter souvent (principalement dans la vieillesse) cette forme d'îlots dont il est question ici; ayant souvent rencontré, d'autre part, des indurations noirâtres là où avait été constatée plusieurs années auparavant une hépatisation, il nous est difficile de croire, avec l'auteur, que *la plupart* des indurations qu'on observe au sommet des poumons, chez les vieillards, ne soient autre chose que des portions de parenchyme dans lesquelles se sont déposées des molécules de charbon. Nous ne concevons pas surtout comment les molécules ajoutées au tissu normal du poumon lui donneraient un aspect flétri, ridé, c'est-à-dire une apparence d'atrophie. En tout état de cause, si la coloration noire, dans ces cas, tient *toujours ou presque toujours* à la présence d'une matière charbonneuse (ce qui n'est pas du tout établi dans le travail que nous avons sous les yeux), il reste encore à démontrer, ainsi que nous le disions tout à l'heure, que cette matière s'est déposée d'emblée et sans inflammation préalable.

Mais, hâtons-nous de le dire, parmi les douze observations publiées par M. Guillot, il en est plusieurs qui nous paraissent démontrer sans réplique que l'accumulation graduelle de matière noire dans les organes pulmonaires peut, à elle seule et sans le concours d'aucune autre altéra-

(1) Cet article appartient à la revue précédente.

tion du parenchyme, amener la gêne de la respiration, l'allanguissement des forces, l'amaigrissement et tous les autres symptômes assignés par Bayle à la phthisie mélanique. Pâleur, débilité, toux habituelle, crachats opaques, parfois hémophysie, respiration lente, battemens du cœur sans énergie, fonctions digestives paresseuses, anorexie, constipation d'abord, puis diarrhée, marasme et mort, tel est le tableau qu'on peut extraire de l'ensemble des observations de M. Guillot. A l'autopsie, rien autre chose pour expliquer ces symptômes qu'une accumulation de matière noire dans les poumons. La douzième observation est surtout remarquable; le tissu pulmonaire était entièrement pénétré de matière charbonneuse semblable *à une masse de pâte de carton noir*. Les vaisseaux sanguins n'existaient que dans certaines places dont l'étendue ne paraissait pas équivaloir à la vingtième partie du tissu pulmonaire. Pas d'autres altérations cadavériques qu'un peu de congestion de la base des poumons, quelques traces de pleurésie remontant à deux ou trois jours, une rougeur intense de la surface du lobe postérieur de l'hémisphère cérébral du côté droit, recouvrant un ancien kyste hémorrhagique.

En résumé, le travail de M. Guillot ouvre la voie à des recherches intéressantes qu'il fera bien de poursuivre lui-même, non seulement dans les poumons, mais dans les différens autres organes où la mélanose a été souvent rencontrée.

LUXATION COMPLÈTE DE LA JAMBE EN AVANT PRODUITE PAR LA SEULE EXTENSION; TRÈS PEU DE DÉSORDRE; GUÉRISON; par M. JACQUOT.

OBS. — Un sergent, âgé de 21 ans, fort et sanguin, s'amusait à sauter en longueur sur un terrain plat. Il lui arriva de retomber ainsi sur le pied gauche seul, la jambe étendue et un peu rejetée en arrière, tandis que la jambe droite portée en avant ne touchait pas encore le sol. Il éprouva une vive douleur et tomba sur le ventre. Apporté, une demi-heure après, à l'hôpital, on reconnut l'état suivant. Le membre pelvien fait un coude brusque à l'article fémoro-tibial, de sorte que l'axe de la jambe tombe bien en avant de celui de la cuisse. La surface tibiale supérieure est recouverte par la rotule dont la face sous-cutanée regarde en avant et en haut. Les condyles du fémur sont sentis en entier dans le creux poplité sous la peau qui est très tendue. M. Jacquot ne sent pas l'artère battre aussi superficiellement que les auteurs le disent; elle est cachée dans l'échancrure inter-condylienne. Le triceps crural fait saillie et les tendons des muscles cruraux qui s'insèrent en dedans et en dehors au tibia et au péroné sont tendus et forment deux petites cordes légèrement courbes, antéro-postérieures, à concavité regardant en haut. Membre très mobile, flexion très facile et à peu près sans douleur, extension un peu moins facile et avec un peu de douleur. Le pied est déjeté en dedans ou en dehors, selon la position qu'on donne au membre. Le raccourcissement ne dépasse pas 28 millim. Un gonflement à peine sensible existe à chaque extrémité du diamètre transverse du genou. Le malade souffre très peu. On ne peut apercevoir aucune ecchymose; il est vraisemblable que, si quelque chose est rompu, ce ne peut être que les ligamens croisés et quelques fibres seulement des jumeaux; il est évident que tous les tendons sont intacts.

M. Jacquot, de concert avec M. Hénot, fit l'extension, le membre étendu, à l'aide de trois hommes qui tirèrent modérément, et au bout de quelques secondes la réduction fut obtenue sans qu'il y eût eu besoin de faire la coaptation. Saignée le même soir; puis bandage à fracture dans l'extension maintenue pendant vingt jours. Au bout de ce temps, le malade couché ne pouvait fléchir la jambe que jusqu'au point où le talon atteignait la malléole interne de l'autre jambe; les mouvemens imprimés étaient faciles. Les fonctions du membre se rétablirent peu à peu; et, le 3 septembre 1844 (41e jour de l'accident), le malade marchait avec un bâton; il ne boitait pas, si ce n'est le soir quand il était fatigué. Il conservait un peu de faiblesse dans le genou avec tendance à la flexion. Il n'y avait plus aucun gonflement.

Il est rare de voir une luxation du genou produite par une violence aussi peu considérable. L'explication donnée par M. Jacquot du mécanisme de cette lésion nous semble trop peu vraisemblable pour mériter même d'être rapportée. Nous préférons celle que donnent les rédacteurs du journal : « Dans ce cas, disent-ils, il y a eu non seulement extension de la jambe, mais encore chute rapide du corps vers le sol, c'est-à-dire une force qui tendait à faire glisser les condyles du fémur sur la surface articulaire de la tête du tibia. Or il nous semble que de la combinaison de deux forces tendant à produire l'extension de la jambe et l'abaissement rapide du fémur vers le sol, il peut très bien résulter une luxation de la jambe en avant. »

DU TRAITEMENT DES FRACTURES QUI SE CONSOLIDENT ORDINAIREMENT D'UNE MANIÈRE VICIEUSE; par M. GUÉRIN (de Vannes).

FRACTURES DE LA CLAVICULE. — C'est une vérité expérimentalement reconnue que les fractures de la clavicule se consolident dans la très grande majorité des cas, avec un cal vicieux dont la saillie atteste que le déplacement n'a pas été suffisamment combattu. La plupart des auteurs attribuent ce résultat à ce que les bandages, quelque méthodiques qu'ils soient dans leur construction, n'ont une action ni assez forte ni assez continue. M. Guérin va plus loin : ce sont les indications même de cette fracture, telles qu'elles sont partout professées et remplies, qu'il déclare fautives et incomplètes. Les chirurgiens, dit-il, ne se sont occupés que d'une chose : mettre le fragment externe en contact avec l'interne et maintenir cet affrontement en agissant sur le bras ou l'épaule malades. Mais personne n'a encore songé à *prévenir la mobilité du fragment interne*.

Pour prouver que le fragment sternal de la clavicule est mobile et qu'il est réellement mis en mouvement chez les sujets qui ont eu cet os fracturé, voici les faits qu'invoque l'auteur. Fracturez une clavicule sur un cadavre en le laissant tomber sur une épaule; puis élevez le bras du côté opposé. Vous verrez alors que le fragment sternal n'est point immobile et qu'il glisse de haut en bas sur le fragment externe; si vous portez en arrière le bras du côté sain, le fragment sternal glissera sur l'autre d'arrière en avant, tandis qu'il suivra une direction opposée si vous portez le bras en avant.

Ce n'est pas tout : si vous dites à un homme, ayant une fracture de clavicule et dont les deux bras pendent le long du corps, d'imprimer à la tête un mouvement de rotation par suite duquel la face sera tournée du côté sain, vous verrez alors le fragment interne se porter de bas en haut, ce qui est une conséquence de la traction exercée sur lui par le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Ce déplacement du fragment sternal sera en raison de la longueur de l'insertion claviculaire du muscle. La mobilité du fragment est en raison inverse de sa longueur, c'est-à-dire d'autant moindre que la fracture a lieu plus loin de l'insertion du muscle cléido-mastoïdien.

M. Guérin s'est en effet assuré, chez plusieurs malades atteints de fracture et porteurs d'un bandage de Desault convenablement appliqué et dextriné, que les mouvemens imprimés à la tête et au bras sain produisaient une crépitation et un glissement entre les deux fragmens très appréciables au toucher.

D'après lui, pour remédier à cette cause d'irrégularité dans la consolidation, il faut, après avoir appliqué l'appareil de Desault, fixer le membre thoracique sain à la poitrine de manière à en prévenir les mouvemens. Je sais bien, ajoute l'auteur, que le malade se trouvera ainsi souvent dans l'embarras; ne pouvant manger sans le secours d'un infirmier ou d'un ami, incapable de se lever seul, etc., il faudra toujours qu'il ait près de lui une personne bienveillante chargée de l'aider dans tous ses mouvemens.

Il reste encore une dernière indication à remplir : s'opposer à la contraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien. On atteindra ce but en maintenant la face du malade tournée du côté de la fracture, au moyen de bandes dextrinées embrassant la tête et l'épaule malade et mettant ainsi le muscle dans le relâchement. Je ne me dissimule pas, dit l'auteur, l'inconvénient d'un pareil traitement qui paralyse pendant un mois tous les mouvemens de la partie supérieure du corps; mais plus d'une femme du monde s'y soumettra de grand cœur pour avoir une fracture consolidée sans difformité. D'ailleurs il serait possible que cet os spongieux fût déjà assez soudé au bout de quelques jours de contention exacte pour qu'on pût sans danger permettre alors les mouvemens de la tête. L'expérience en décidera.

—Les causes de déplacement sur lesquelles M. Guérin appelle ici l'attention sont de deux espèces bien distinctes. L'une est la contraction du cléido-mastoïdien; l'autre la communication des mouvemens du tronc au fragment interne. La première avait déjà été signalée par Delpech; mais, malgré l'autorité du célèbre professeur, elle ne fut admise par personne. Une raison toute simple empêche et empêchera toujours qu'il en soit autrement. De deux choses l'une en effet : ou la clavicule est fracturée obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, et alors le fragment interne ne peut s'élever; ou bien l'obliquité est en sens opposé (cas le plus ordinaire), mais alors l'ascension du fragment interne s'explique si naturellement par le chevauchement sur lui de l'externe que si l'on peut soupçonner la contraction du cléido-mastoïdien d'y aider, il serait bien difficile du moins de prouver la réalité de cette influence.

Quant à l'effet des mouvemens du bras sain et de la tête sur les rapports des deux fragmens, nous ne pouvons qu'approuver M. Guérin d'avoir appliqué à la clavicule les notions qui ont généralement cours à cet égard relativement aux fractures des autres os très rapprochés du tronc. Il n'en ressort pas, à la vérité, d'indication bien susceptible d'être utilisée; car, d'un côté, cette cause de déplacement est minime; de l'autre, il serait presque impossible, l'auteur en convient, de la neutraliser complètement; enfin, il est constant que les fonctions de la clavicule ne sont point entravées par l'irrégularité même considérable de sa consolidation. Malgré ces motifs toutefois il y avait, ou doit le reconnaître, une lacune dans l'étude de ces fracture, et dût-il n'en ressortir pour le moment qu'un

progrès théorique, il ne saurait être indifférent de voir cette lacune comblée.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Mémoire à consulter sur une affection chronique de la poitrine, compliquée d'hypochondrie, et consultation de M. Cayol.* 2° *Note sur le siége de la pneumonie*; par M. Prus. 3° *Mémoire sur le diagnostic des anévrismes des grosses artères*; par M. Gendrin. (Simple exposé des signes diagnostiques des grosses artères, sans démonstration expérimentale. Travail qui sera consulté avec fruit, mais peu susceptible d'analyse.) 4° *Coup-d'œil sur l'histoire de la médecine depuis son origine jusqu'à nos jours*; par M. Renonard. (Suite.) 5° *Nouvelles remarques sur l'emploi de l'alcoolé tannique dans le traitement de la leucorrhée et des ulcères du col de l'utérus*; par M. Gibert. 6° *Mémoire sur les phénomènes physiologiques qu'on observe en s'élevant à une certaine hauteur sur les Alpes*; par M. Le Pileur. 7° *Histoire des sciences de l'organisation, et de leurs progrès comme base de la philosophie*; par MM. de Blainville et Maupied. 8° *Note de M. Cayol sur la philosophie des causes finales comme moyen de régénération des sciences.* 9° *Mémoire sur l'efficacité des frictions mercurielles dans le traitement de la variole*; par M. Gobelin. 10° *Note sur l'épidémie variolique de Stains*; par M. Fauconneau-Dufresne; *avec deux observations*; par MM. Gobelin et Louvet. 11° *Recherches pratiques sur les fistules de la face dans leurs rapports avec les maladies dentaires*; par M. Oiivet. (Observations sur celles des fistules de la région maxillaire inférieure qui, comme cela est généralement connu, tiennent à une carie dentaire et sont guéries par l'extraction de l'ostéide malade.)

NOTE SUR LE SIÉGE DE LA PNEUMONIE; par M. PRUS.

Après un exposé lucide des travaux dont cette question a été l'objet de la part de Laënnec, Lobstein, MM. Andral, Hourmann, Dechambre, Grisolle, Lallemand, Lonis, et avoir montré que ces différens auteurs sont loin de s'accorder entre eux, M. Prus se pose les trois questions suivantes : 1° l'hépatisation du poumon résulte-t-elle de l'existence dans l'intérieur des vésicules d'une matière plastique qui y aurait été sécrétée à l'état solide, ou qui, déposée à l'état liquide, s'y serait coagulée? 2° Doit-on admettre que cette hépatisation résulte de l'épaississement des parois vésiculaires qui oblitèrent la cavité des vésicules, celles-ci restant vides; 3° ou bien faut-il croire que la pneumonie n'est autre chose que le phlegmon du tissu cellulaire des poumons avec des lésions variables des bronches et des vésicules?

Considérant que la présence d'une matière solide ou liquide dans les bronches capillaires et les vésicules n'a encore été rencontrée qu'exceptionnellement par Laënnec, Lobstein, MM. Louis, Dechambre et Hourmann; que les crachats de la pneumonie ne présentent jamais de corpuscules rougeâtres comme on en suppose dans les petites cavités aériennes; que la pneumonie, même assez avancée pour donner du souffle, de la bronchophonie, une matité prononcée, suit quelquefois une marche ambulante et se déplace d'un côté à l'autre avec une grande rapidité, M. Prus est amené à résoudre négativement, au moins pour la généralité des cas, la première question. Relativement aux deux autres, qui sont connexes, il se demande s'il est raisonnable de supposer que l'immense surface représentée par la réunion de toutes les vésicules d'un poumon puisse s'enflammer, s'épaissir à la fois, et comment il se fait que la membrane muqueuse pulmonaire ait le privilége, à l'encontre des autres membranes muqueuses, de tendre promptement à la suppuration. En admettant, au contraire, que la pneumonie a son siége dans le tissu cellulaire du poumon, tout s'explique, suivant M. Prus. On comprend pourquoi la grande quantité de sérosité que contient le poumon au premier degré de la phlegmasie n'est pas rendue avec les crachats qui restent rares et visqueux. On comprend mieux par l'autre hypothèse la solidité complète du poumon hépatisé par suite de l'*affaissement* des parois vésiculaires, la matité jécorale, la respiration tubaire, la bronchophonie. La pneumonie est donc le phlegmon du parenchyme pulmonaire.

Cette manière de voir de M. Prus, partagée aujourd'hui par plusieurs pathologistes, peut se soutenir par de bonnes raisons, et l'auteur a su les réunir avec sagacité. Mais il ne faut pas se dissimuler qu'elle est ellemême susceptible de plus d'une objection. Par exemple, si l'on peut dire que la pneumonie *tend à la suppuration*, il n'en est pas moins vrai qu'elle y arrive rarement, tandis que la suppuration est la terminaison ordinaire des phlegmons. Puis, il faut maintenant expliquer l'aspect granulé du poumon enflammé. M. Prus renvoie, pour réponse, à cette remarque de MM. Hourmann et Dechambre : « qu'il suffit d'examiner avec attention une granulation rouge ou grise, de la toucher, de la tourmenter avec la pointe d'une lancette, pour voir qu'on a affaire, non pas à une simple petite outre membraneuse distendue par un liquide, mais bien à un petit mamelon susceptible de s'écraser. » Mais cette disposition s'expliquerait à la rigueur dans l'hypothèse d'une tuméfaction des parois vésiculaires, et il reste encore à l'expliquer dans l'hypothèse d'un phlegmon. M. Prus a raison de le dire, de nouvelles recherches sont encore nécessaires.

NOUVELLES REMARQUES SUR L'EMPLOI DE L'ALCOOLÉ TANNIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA LEUCORRHÉE ET DES ULCÈRES DU COL DE L'UTÉRUS; par M. GIBERT.

Nous publiâmes, en 1838 (Voy. GAZ. MÉD., p. 202), un extrait d'un premier travail où M. Gibert avait conseillé l'emploi de ce médicament; mais son mode de préparation ne s'y trouvait pas indiqué avec les détails suffisans. Nous suppléons aujourd'hui à cette lacune, en empruntant aux nouvelles recherches de M. Gibert les renseignemens suivans sur la fabrication de l'alcoolé tannique, telle qu'elle a été modifiée et perfectionnée par M. Boutigny.

On introduit, dans un grand appareil à déplacement, huit livres de poudre grossière de noix de galles; cette poudre étant légèrement tassée et recouverte d'une lamelle criblense en zinc, on verse dessus cinq litres d'alcool à 33°. Le liquide pénètre la masse couche par couche, successivement, et reste en contact avec la poudre pendant trois ou quatre jours, après quoi on le laisse écouler par le robinet inférieur. Cette opération est répétée trois ou quatre fois, avec une nouvelle addition d'alcool, jusqu'à ce que la poudre soit bien épuisée. Quinze litres d'alcool suffisent pour cela; alors on remplace l'alcool par l'eau, qui, ajoutée à la quantité de cinq à six litres, déplace et chasse au dessous d'elle l'alcool que retient la poudre.

L'épuisement par l'alcool étant terminé, tout ce liquide est réuni dans le bain-marie d'un alambic pour être distillé; et cette distillation permet de recueillir environ quatorze litres d'alcool sur les quinze employés dans l'opération. Reste dans le bain-marie, après la distillation, un extrait sur lequel, encore chaud, on verse deux litres d'alcool. La solution opérée, on aromatise avec les essences de bergamotte, citron, lavande, etc., et la teinture alcoolique de benjoin : on laisse ensuite refroidir en repos, puis l'on filtre au papier. La filtration terminée fournit une liqueur brune, limpide, astringente et aromatique, qui est l'*alcoolé tannique*.

Cette liqueur s'emploie en injections, dans la proportion d'un huitième environ sur sept huitièmes d'eau. C'est la proportion la plus élevée dont M. Gibert se soit servi. Il a soin que les femmes se servent d'une canule de gomme élastique à une seule ouverture, de manière à ce que le jet du liquide pénètre bien dans la profondeur du vagin et vienne encore frapper avec une certaine force le col de l'utérus.

Quelques essais faits sur l'homme ont prouvé à M. Gibert que ces injections sont des plus efficaces dans les *blennorrhées*; mais c'est surtout dans les écoulemens des femmes qu'il les a employées en grand; il avoue qu'il craint leur action très fortement astringente sur le canal de l'urètre de l'homme (1).

M. Gibert cite, à l'appui de ces assertions, 6 cas de leucorrhées, d'ulcères du col utérin, soit vénériens, soit atoniques, soit fongueux avec complication d'engorgement et de prolapsus, toutes maladies guéries en peu de temps par l'usage de ces injections.

Quant à leurs indications, l'auteur n'hésite pas à déclarer qu'il ne les présente point comme spécifique. La nature des cas auxquels il les applique se trouve fort bien désignée dans les lignes qui suivent.

« Les affections utérines, dit M. Gibert, dont on a, depuis une vingtaine d'années, si ridiculement exagéré la fréquence et l'importance, se réduisent, chez la plupart des femmes qui ne sont atteintes ni de cancer, ni de

(1) Rien de mieux fondé, selon nous, que cette crainte. Notre propre expérience a, depuis deux années, changé en contr'indication formelle ce judicieux pressentiment de M. Gibert. Il semblerait, au premier coup d'œil, que rien ne serait plus facile que d'annihiler l'action trop irritante du mélange en y diminuant la proportion de cette substance tannique. Toute rationnelle que semble cette prévision, la pratique ne la justifie point. Dans les injections faites contre les blennorrhées chez l'homme, nous avons inutilement abaissé cette proportion jusqu'à des quantités presqu'insignifiantes; toujours une irritation plus ou moins vive leur a succédé, et constamment beaucoup plus vive qu'à la suite des autres astringens usités en pareil cas, eau blanche, sulfate de zinc, etc. On dirait presque qu'ici l'effet est attaché à la nature de la substance, et nullement à sa quantité. (NOTE DU RÉD.)

tumeurs de diverse nature; 1° ou à des maladies *vénériennes* (ulcères, soit *primitifs*, soit *consécutifs* du col de l'utérus, ou suites de *blennorrhagie*); 2° ou à des *leucorrhées*, qui tantôt ne sont qu'un épisode insignifiant d'un état général auquel le médecin doit ses principaux soins, et tantôt, au contraire, ont une influence prédominante qui peut devenir la source de divers accidens nerveux plus ou moins généraux, ou se borner à déterminer des incommodités locales. A cette dernière catégorie doivent encore être rapportés ces cas de congestion passive du col, d'ulcères accidentels, de prolapsus utérin, qui se rattachent le plus ordinairement aux suites de l'accouchement.

Eh bien! dans tous ces cas, l'*alcoolé tannique*, soit comme adjuvant, soit comme remède principal, est un remède topique dont les avantages ne sauraient être révoqués en doute, et sur lequel je n'hésite pas à appeler de nouveau l'attention de mes confrères.

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT ABORTIF DU CORYZA AIGU PAR L'EMPLOI DE LA SOLUTION DE NITRATE D'ARGENT.

Bien qu'étant sans gravité dans le plus grand nombre de cas, le coryza aigu ne laisse pas que de constituer une affection parfois très pénible, d'abord parce qu'elle s'accompagne quelquefois de phénomènes très fatigans, tels que violens maux de tête, perte de l'odorat, altération marquée du timbre de la voix, courbature générale, communication de la phlegmasie à la gorge et au larynx de manière à passer à l'état d'angine ou de laryngite qui peuvent être difficiles à dissiper. Ajoutez à cela que le coryza aigu peut passer à l'état chronique, et qu'alors il devient une maladie sinon sérieuse, du moins toujours incommode, dont beaucoup de personnes se tourmentent, qui peut dégénérer elle-même en une espèce d'ozène. On s'habitue beaucoup trop à considérer le coryza aigu comme ne durant à n'plus que quinze jours. Il n'est pas rare de rencontrer des individus qui, toutes les fois qu'ils sont pris de cette affection, la conservent pendant un mois et plus encore sans pouvoir s'en débarrasser.

M. Teissier, souvent témoin de cet état de choses, a pu l'être chaque fois aussi de l'inefficacité des moyens préconisés contre le coryza aigu. De tous ceux que la médecine conseille, il n'en est que deux auxquels son expérience lui permette d'accorder quelque valeur; ce sont les fumigations de vinaigre pour diminuer la durée de la maladie, et les onctions faites avec l'huile d'amandes douces laudanisée sur la muqueuse enflammée afin de diminuer la sensation pénible de sécheresse et de cuisson qui accompagne habituellement le coryza, surtout lorsque le malade s'expose au grand air.

Excité par la répétition fréquente chez lui-même de ces ennuyeuses phlegmasies à chercher un remède plus actif contre elles, M. Teissier imagina de leur appliquer le topique qu'on peut appeler l'abortif par excellence, le nitrate d'argent, déjà vanté par M. Cazenave, de Bordeaux, dans le cas de coryza chronique. Le choix de cet agent substitutif fut déterminé par la considération qu'il modifie d'une manière énergique la muqueuse affectée, qu'il forme une petite couche blanchâtre qui la protège contre l'action de l'air extérieur, enfin et surtout parce que l'expérience a déjà prononcé qu'il réussit mieux à juguler les phlegmasies des muqueuses que les autres moyens de même ordre.

Rien de plus simple que le *manuel opératoire*. Il suffit de prendre un petit tampon de charpie fine, de le tremper dans une solution de 25 à 50 centigr. de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau, de l'exprimer un peu afin que le liquide ne tombe pas sur les lèvres (ce qui aurait l'inconvénient de les noircir) d'introduire ce bourdonnet, ainsi mouillé et exprimé, dans les fosses nasales et de le promener pendant six ou huit secondes sur toute la partie antérieure et inférieure de ces cavités.

Il vaut mieux faire cette application le soir, avant de se mettre au lit. On évitera ainsi de s'exposer de nouveau à l'air froid, ce qui pourrait annihiler les bons effets de la cautérisation; puis, le malade se couchant immédiatement après, sur le dos et la tête renversée, on comprend que le liquide caustique pourra couler en arrière et étendre son action aux parties de la muqueuse situées plus profondément, tandis qu'il risquerait de couler en dehors si l'on demeurait debout après l'opération.

Souvent une seule application suffit pour faire avorter le coryza; mais quand on a affaire à un coryza intense et qui dure déjà depuis un certain nombre de jours, il peut être nécessaire de répéter l'application plusieurs jours de suite pour en obtenir un résultat complet.

M. Teissier affirme que ce traitement n'occasionne aucune douleur, pourvu qu'on n'approche pas trop le bourdonnet des sinus frontaux.

Quant à son efficacité, l'observation de M. Teissier, qui remonte déjà à plus d'un an, lui a fourni sur ce point des faits aussi concluans par leur nombre qu'à cause des circonstances qui, chez ses malades, présageaient à la phlegmasie une longue durée si on ne lui avait opposé un traitement aussi actif. Parmi ceux qu'il cite, nous choisirons le suivant :

Obs. — Au mois de novembre dernier, dit l'auteur, un jeune homme revenait, par une nuit très froide, tête nue parce qu'il n'avait pu retrouver son chapeau, d'un bal offert par la ville de Lyon à leurs A. R. le duc et la duchesse d'Aumale. Le lendemain, ce jeune homme avait un coryza tellement intense qu'il ne pouvait presque plus ni parler, ni souffler. Je le rencontrai dans cet état, et comme il me témoignait vivement son déplaisir par ce que les coryzas chez lui, toutes les fois qu'il en prenait, duraient au moins quatre semaines, et comme il se moquait de la médecine parce qu'elle ne pouvait pas seulement, disait-il, guérir un rhume de cerveau, je lui dis que je connaissais un moyen qui le guérirait probablement en moins de douze heures. Il voulut alors que je l'appliquasse immédiatement. Je ne l'appliquai cependant que le soir à dix heures, et, le lendemain matin, quand il se réveilla, il fut tout étonné de pouvoir parler, respirer facilement et de n'avoir plus de coryza. Il vint chez moi en toute hâte pour me remercier et me faire part de sa joie.

— Toute innovation thérapeutique qui n'a pas encore été largement expérimentée a besoin de garanties pour être admise dans la pratique. Celle-ci risque certes moins qu'une autre d'être repoussée faute de titres, car elle en a deux et des plus puissans à faire valoir. Le premier est l'analogie des succès dus à ce même agent employé comme abortif dans le traitement des autres phlegmasies de muqueuses. Le second ne sera sans doute pas davantage contesté par nos lecteurs, puisque c'est l'autorité attachée à la parole d'un médecin, dont le nom les a déjà accoutumés à des conceptions aussi solidement établies qu'ingénieusement déduites (v. GAZ. MÉD., 1841, p. 609 et 625). Il ne nous répugne donc en rien d'admettre que le nitrate d'argent réussisse aux fosses nasales comme il le fait dans l'urètre, sur la conjonctive, à l'arrière-bouche. Là, comme ailleurs, il y aura souvent des mécomptes; mais les insuccès ne prouveront rien contre le principe, si l'on a soin de remarquer qu'ils n'arrivent que lorsque la médication est appliquée après la période de début, ou lorsqu'elle n'a pas porté sur toute la surface malade, ou enfin que la solution caustique n'était pas suffisamment concentrée.

Pour ce qui regarde le coryza en particulier, il est fort à craindre que la difficulté d'opérer très profondément sur les fosses nasales ne fasse souvent échouer le procédé de M. Teissier. Nous en dirions volontiers autant de la proportion du caustique qui nous semble (*à priori* il est vrai) un peu faible dans la dissolution telle qu'il la formule. — Enfin, ne pourrait-on se demander jusqu'à quel point M. Teissier a désiré être cru sur parole lorsqu'il avance que son traitement *n'occasionne aucune douleur*? De quelque manière qu'il convienne de traduire en langage de praticien cette expression, nous sommes d'avis qu'une souffrance même assez aiguë, mais seulement momentanée, ne devrait pas détourner et ne détournera pas de se soumettre à la cautérisation abortive ceux chez lesquels le coryza a ordinairement une durée ou s'accompagne des complications qui en font une maladie réellement incommode.

OBSERVATION D'UNE HERNIE DE L'OVAIRE DROIT ÉTRANGLÉE; OPÉRATION; GUÉRISON; par M. NEBOUX.

Obs. — Madame C..., âgée de 50 ans, mère de plusieurs enfans et encore bien réglée, fit appeler, le 24 juillet 1841, M. Neboux, alors chirurgien-major de l'escadre du Brésil, à Rio-Janeiro. Depuis plusieurs années, cette dame avait, du côté droit, une hernie qu'elle n'avait maintenue qu'irrégulièrement avec un bandage. Elle n'y avait jamais éprouvé jusque-là que des accidens de peu d'importance et passagers, lorsque, le 22 juillet, elle devint en proie à tous les symptômes de la hernie étranglée. M. Neboux la trouva le faciès crispé, la peau sèche, le pouls très petit et fréquent, la langue blanchâtre et humide. Abdomen très volumineux, tympanisé, partout très douloureux à la moindre pression. Vomissemens fréquens de matières muqueuses et quelquefois bilieuses. L'excrétion stercorale existait à peine : la veille, cependant, il y avait eu une légère évacuation alvine à la suite de plusieurs lavemens purgatifs.

Une tumeur ovoïde, de la grosseur du poing, existait dans le pli de l'aine du côté droit, au dessus du ligament de Fallope et dirigée dans le sens du pli inguinal. La tumeur, sans changement de couleur à la peau, n'était pas re. due douloureuse par la pression. M. Neboux essaya de la repousser au devant, et parvint en effet à la réduire de moitié; mais il lui fut impossible de la faire rentrer en totalité, et la pression portée à ce point déterminait de la douleur. Peu d'instans après avoir cessé le taxis, la hernie revint à son premier volume.

Les saignées générales et locales, les ventouses sèches, les purgatifs en lavement, le calomel, les bains, etc. ayant déjà été employés sans succès, l'opération parut la seule ressource à tenter. Cependant elle ne put être pratiquée que le 28 au matin. Après avoir divisé les tégumens dans l'étendue de 12 centimètres, selon le grand diamètre de la tumeur, on arriva peu à peu sur le sac, qui fut aussi ouvert. Il était très épais, de 3 ou 4 millimètres dans quelques points.

De l'incision faite au sac sortirent plusieurs hectogrammes de sérosité. « Au moyen de la sonde cannelée, dit l'auteur, introduite par cette petite ouverture, j'incisai le sac largement en haut et en bas, et alors, au fond de la plaie, je reconnus l'ovaire engagé dans l'anneau interne, et étranglé. Il formait une tumeur grosse comme un œuf de pigeon. Sa couleur était d'un rouge très foncé tirant sur le violet. A l'aide d'un bistouri boutonné, je débridai l'anneau interne dans deux endroits : mais quand je voulus opérer la réduction, je reconnus une adhérence en haut et en dedans; je détruisis cette dernière avec l'ongle, après quoi je réduisis facilement l'ovaire. » Comme le sac était très épais, M. Neboux se détermina à en retrancher deux lambeaux, puis il fit le pansement des plaies qui suppurent.

A peine une heure était-elle écoulée que les douleurs se faisaient moins sentir, le pouls était meilleur, les vomissemens avaient disparu. Lorsqu'on reporta la malade à son lit, elle eut une évacuation alvine abondante qui la soulagea beaucoup.

Le 28 et le 29 juillet, le bien se soutenait.

Le 30 et le 31, il y eut deux accès de fièvre intermittente que l'on combattit avantageusement par le sulfate de quinine uni à l'opium.

Au bout de quarante jours, la guérison était complète.

Cette observation est certainement remarquable, ne fût-ce que sous le rapport de la rareté de faits semblables. L'auteur a voulu en tirer une règle relative au diagnostic. D'après lui, « chez la femme, la diminution d'une tumeur située dans le pli de l'aîne, diminution obtenue par le taxis jusqu'à un certain point et sans pouvoir dépasser ce point, jointe à l'accroissement de la dureté de cette tumeur et à une plus grande intensité de la douleur déterminée par le toucher, pourrait être considérée comme un signe de la présence de l'ovaire. » C'est à l'avenir de prononcer sur la valeur de ces indications, que, pour notre compte, nous hésiterions beaucoup à regarder comme signe pathognomonique de la hernie ovarique; mais, quelle que soit leur importance, ce seront toujours des renseignemens utiles pour l'étude d'une maladie aussi rarement observée que l'a été celle-ci.

IV. JOURNAL DE CHIRURGIE.

Les numéros d'avril et mai 1845 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Du traitement abortif de l'urétrite chez la femme*; par M. Cullerier. 2° *Mémoires sur les luxations des phalanges des doigts entre elles*; par M. Malgaigne. (Rien de nouveau sous le rapport du traitement.) 3° *Note sur un mode particulier de réunion des plaies, usité chez les Arabes*; par M. Furnari. 4° *Note sur les résultats d'une abrasion de la cornée, constatés deux ans après l'opération*; par M. Malgaigne. (M. Malgaigne annonce la guérison définitive de son opérée du 20 mars 1843, dont nous avons entretenu nos lecteurs (voy. GAZ. MED. 1844, p. 562). En acceptant ce résultat, il est difficile de l'attribuer en entier à l'opération, et de n'en pas rapporter, comme l'a déjà fait observer un autre critique, une grande partie au traitement local dirigé, pendant près de six semaines, contre l'opacité qui avait récidivé quatre mois après l'abrasion.) 5° *Observations sur la nature et la gravité de l'emphysème traumatique spontané*; par M. Malgaigne. (L'auteur ne nous semble pas avoir beaucoup éclairé le mécanisme de cet accident. Voici tout ce qu'il dit sur cette partie de la question : « Je pense, pour mon compte, qu'il s'opère dans les tissus, sous l'influence du choc et de la stupeur, une altération spéciale qui attaque la vie comme un froid excessif tue le germe dans l'œuf et la vitalité dans le caillot du sang, sans aucun changement appréciable à la vue. » Il a aussi fait analyser dans un cas le gaz de cette espèce d'emphysème; mais les détails de l'observation montrent clairement qu'on a confondu le gaz de l'emphysème primitif avec celui provenant de la gangrène ou même avec les produits de la décomposition cadavérique.) 6° *Mémoire sur l'insufflation de l'air dans les voies aériennes chez les enfans qui naissent dans un état de mort apparente*; par M. Depaul. (Premier article.)

DU TRAITEMENT ABORTIF DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME; par M. CULLERIER.

L'injection de nitrate d'argent ne peut réussir que si on la met exactement en contact avec toute l'étendue de la surface malade. Si cette condition n'est pas remplie, si on laisse un seul petit point sans le toucher, ce point fera la tache d'huile (l'expression est de M. Cullerier), si l'on peut ainsi dire, et lorsque l'escarre superficielle, causée par l'injection, sera tombée, il s'étendra avec d'autant plus de facilité qu'il trouvera une surface rendue plus apte à recevoir une impression morbide. Voilà ce qui explique les insuccès de la méthode abortive. M. Cullerier l'a essayée dans la blennorrhagie chez l'homme, et chez la femme dans la blennorrhagie vaginale; mais faute, sans doute, de pouvoir porter l'action caustique sur toutes les parties sans exception, il a constamment échoué chez la femme, et n'a obtenu chez l'homme qu'un petit nombre de succès.

L'urètre de la femme, canal large et court, se prête mieux à l'application du caustique. Mais là il n'y a pas d'injections possibles; car en raison même de la brièveté du conduit, elles passeraient en entier dans la vessie. M. Cullerier s'est donc servi du crayon de nitrate d'argent fondu, en le choisissant assez gros pour qu'il puisse bien distendre la membrane muqueuse et effacer ses plis naturels. Il commence par promener le doigt introduit dans le vagin sur toute la longueur de l'urètre, afin de bien exprimer le muco-pus qu'il contient, puis il introduit le crayon et il le promène lentement dans tout le canal en le lui faisant parcourir deux ou trois fois. Cette cautérisation détermine souvent de très violentes douleurs qui durent de douze à vingt-quatre heures, mais il n'y a jamais, quelle que soit l'irritation produite, de rétention d'urine même momentanée.

Le troisième ou le quatrième jour après cette cautérisation, si l'on promène le doigt sur le trajet du canal d'arrière en avant, on fait sortir quelquefois tout d'une pièce une membrane grise qui se détache de ses parois : il n'est même pas rare qu'elle en présente la forme et l'étendue. En entr'ouvrant le plus largement possible le méat urinaire, on voit que la muqueuse urétrale est d'un rouge plus vif que dans l'état sain; mais il n'est pas rare qu'à la chute de l'escarre il y ait déjà au dessous d'elle une nouvelle sécrétion purulente. On fait alors une seconde introduction du crayon; mais cette fois on passe plus rapidement, et l'escarrification est moins profonde.

Quelquefois deux cautérisations ont suffi pour supprimer tout écoulement; d'autres fois, il a fallu y revenir à plusieurs reprises; mais, en général, quand on les fait à des intervalles très rapprochés et d'une manière un peu énergique, trois ou quatre au plus sont suffisantes.

M. Cullerier associe presque constamment à ce traitement local l'administration à l'intérieur du cubèbe ou du copahu. Il rapporte, à la suite de ces considérations, 7 cas d'urétrite aiguë promptement terminée sous l'influence de la cautérisation. Il n'a pas été aussi heureux dans les essais qu'il a fait de cette méthode contre l'urétro-vaginite. Il a cependant réussi dans les cas où une urétrite *aiguë* était venue compliquer une phlegmasie *chronique* préexistante des parties génitales.

— Nous donnons une entière approbation aux principes exprimés par l'auteur au commencement de son travail. Avec lui, nous croyons que si les injections caustiques échouent fréquemment contre la blennorrhagie urétrale chez l'homme, c'est parce qu'elles ne touchent pas la surface du canal tout entière, et qu'ainsi on n'a, en réalité, cautérisé qu'une partie des tissus malades. Voici la pratique que nous suivons pour remédier à cet inconvénient. L'injection faite, nous portons l'indicateur de la main gauche dans le rectum, et avec la pointe du doigt nous pressons d'arrière en avant de manière à former le col de la vessie. Alors, tandis que le malade tient lui-même le méat fermé, nous, avec deux doigts de la main droite, nous refoulons le liquide d'avant en arrière dans tout le canal. Nous retirons le doigt du rectum un moment avant de laisser échapper le liquide. Cette manière d'injecter, qu'on pourrait appeler *procédé par distension*, est en ce moment, de notre part, l'objet d'essais dont nous nous réservons de faire ultérieurement connaître le résultat.

NOTE SUR UN MODE PARTICULIER DE RÉUNION DES PLAIES, USITÉ CHEZ LES ARABES; par M. FORNARI.

Après l'opération du bec de lièvre, les *thebib* (médecins arabes) se servent, pour maintenir les bords de la plaie rapprochés, d'un procédé bizarre, mais très ingénieux. Il consiste à substituer à la suture un insecte carnassier connu en entomologie sous le nom de *scarite pyracmon*; cet animal, pourvu de deux mandibules terminées à leur extrémité libre par deux petits crochets, est placé sur la plaie, et cela de manière à ce que les bords avivés et affrontés se trouvent entre les deux crochets dont l'effet, par l'effort constricteur de l'insecte, est de maintenir la réunion; on place ainsi deux à trois scarites, selon l'étendue de la solution de continuité; après cela, par un mouvement de rotation, on enlève le thorax en coupant la tête de l'insecte; mais, afin de prévenir l'écartement des mandibules, les thebib recouvrent l'articulation de ces organes avec un peu de mastic très adhérent. Cette précaution, du reste, est inutile; car les têtes détachées du corps conservent une contraction telle qu'il faut briser les crochets constricteurs pour les écarter.

Ce procédé, dit M. Furnari, nous a paru tellement ingénieux que nous avons pensé qu'il pouvait être d'une grande utilité dans quelques cas d'autoplastie, et surtout de blépharoplastie, où l'application de fils ou d'aiguille est souvent nuisible, soit à cause de l'étroitesse du lambeau, soit parce qu'elle augmenterait les chances de mortification. Préoccupé

de ces avantages, nous nous sommes empressé de présenter à M. Charrière un de ces insectes, le chargeant de nous faire un instrument qui pût remplir les mêmes indications.

N'ayant que le volume de la tête de l'insecte, et étant à pression continue, cet instrument nous semble destiné à rendre quelques services dans les cas d'entropion, dans les fistules du périnée; et bien plus, étant d'une application facile, il pourra servir dans les fistules secto et vésico-vaginales.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 AOUT.

L'Académie s'était constituée en comité secret dans la précédente séance pour statuer sur une liste de présentation de candidats à la place de correspondant devenue vacante dans la section d'anatomie et de zoologie, par suite du décès de M. Provençal, de Montpellier. La section, par l'organe de M. Duméril, son président, a présenté la liste suivante, qui a été sanctionnée par l'Académie : 1° M. Müller, à Berlin; 2° M. Carus, à Dresde; 3° M. Baer, à St-Pétersbourg, et M. Rathke, à Kœnigsberg; 4° M. Purkinje, à Breslaw, et M. Valentin, à Berne; 5° M. Delle Chiaje, à Naples, et M. Nordmann, à Odessa; 6° M. Eschricht, à Copenhague, et M. Newport, à Londres.

Dans la séance d'aujourd'hui, l'Académie a procédé au scrutin. Sur 44 suffrages, M. Müller a obtenu 41 voix et M. Carus 1. En conséquence, M. Muller a été proclamé correspondant de l'Académie.

— M. le Président déclare que, par suite de la nomination récente de M. Lallemand, qui, avant de devenir titulaire, était membre correspondant, une place de correspondant est actuellement vacante dans la section de médecine et de chirurgie. Il invite, en conséquence cette section à présenter prochainement une liste de candidats pour remplir cette vacance.

Le reste de la séance a été consacré à des objets étrangers à la médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 30 JUILLET.

ORGANOGRAPHIE VÉGÉTALE.

M. Gaudichaud a lu dans cette séance la dernière partie d'un grand travail, qu'il a entrepris pour réfuter les théories établies par M. de Mirbel, dans son mémoire sur le *Dracœna australis*. Ce travail, d'une étendue considérable et rempli de faits, n'était point susceptible d'analyse; mais nous trouvons dans cette dernière partie le résumé des principaux faits généraux qui ressortent des nombreuses recherches auxquelles s'est livré l'auteur, faits qui tendent à établir une doctrine phytologique nouvelle. L'auteur s'est proposé de démontrer, par un grand nombre de préparations anatomiques, ce fait déjà admis par la presqu'universalité des botanistes, que tous les végétaux vasculaires monocotylés et dicotylés augmentent le diamètre de leur tronc par l'adjection annuelle ou incessante des filets radiculaires qui naissent dans les bourgeons et descendent plus ou moins directement et rapidement jusqu'à l'extrémité des racines. Ces filets sont mus par une force puissante, qui agit dans toute la longueur du végétal, force qui s'exerce du sommet organique à la base, ou autrement dit, des bourgeons aux racines. Il démontre, en outre, après avoir détruit toutes les sources d'où l'on a voulu faire partir les filets ligneux, que les phytons divers naissent, croissent et fonctionnent isolément, quel que soit d'ailleurs leur mode de réunion, et qu'une fois engendré, chacun vit avant tout de sa vie spéciale, sans rien emprunter d'organisé au végétal, qui ne lui sert, pour ainsi dire, que de terrain, et dans lequel il peut envoyer ses racines. Il montre, en effet, que ces pythons se développent à la fois dans toutes leurs parties, comme êtres distincts, individuels; que rien ne les pénètre, si ce n'est la sève, et qu'il s'en échappe des tissus, un filets radiculaires, qui descendent à l'état de simples filets ou de racines, soit entre le bois et l'écorce, soit dans le sol, soit dans l'eau.

En résumé, M. Gaudichaud a cherché à établir que le végétal est, non un individu, comme on le soutient généralement, mais un assemblage d'individus uniformes dans leur nature primitive, aussi variables dans leur organisation que dans leurs fonctions; que tous naissent les uns après les autres, s'agencent entre eux par l'effet d'un double développement, l'un central et ascendant, l'autre extérieur et descendant, et qu'ils fonctionnent individuellement, d'abord pour leur vie propre, puis pour la vitalité générale de l'être composé, résultant de la persistance de leurs parties inférieures (les mérithalles tigellaires et leur système vasculaire); les autres parties, propres à la vie individuelle (les mérithalles pétiolaires et limbaires), se desséchant dès qu'elles ont accompli les phases végétatives, alimenté l'être complexe persistant et assuré par des germes nouveaux son existence future.

Un arbre étant un assemblage d'individus de tous les âges et dont le nombre est infini; chacun de ces êtres fonctionnant à sa manière et en raison directe de sa position, de son âge, etc.; ce ne sera plus par conséquent désormais avec des tranches minces et diaphanes, avec des lambeaux mutilés de toutes les parties végétales, et en faisant fonctionner un arbre comme un individu simple, ainsi que cela se fait d'après les principes que réfute M. Gaudichaud, qu'on étudiera désormais l'anatomie et la physiologie végétale.

M. Gaudichaud se propose d'aborder prochainement avec les nouveaux principes qui découlent de ses recherches toutes les grandes questions d'organographie et d'anatomie végétale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

RAPPORTS ENTRE LA PROPAGATION DU SON ET CELLE DE LA LUMIÈRE.

M. Renauldin demande la parole à l'occasion du procès-verbal et s'exprime ainsi :

Comme quelques journaux, et notamment la Gazette médicale de Paris, en rendant compte de ma Note sur un coup de foudre, ont enregistré les objections qui m'ont été adressées par M. Londe, et comme le mot *erreur* s'y trouve consigné, je tiens à faire disparaître cette expression et à montrer que, sous aucun rapport, elle n'est fondée.

De quelle manière notre collègue a-t-il attaqué l'exactitude du fait que j'ai rapporté? Il l'a attaqué, d'une part, en me contestant la possibilité d'apprécier par le moyen du pouls la valeur d'un quart de seconde, et, d'autre part, en rappelant la différence de vitesse qui existe entre la propagation de la lumière et celle du bruit.

Relativement au premier point, M. Londe me permettra de ne point abdiquer la parfaite intégrité de mes organes, surtout de ceux qui président au toucher et à l'audition. L'habitude de juger les pulsations artérielles me donne la faculté de diviser chacune d'elles en quatre parties égales, et je prie mon collègue de croire que je l'établis cette division avec une grande facilité. Quant à l'ouïe, je n'ai pas davantage à m'en plaindre, et l'on me croira lorsque j'affirmerai que, dans un orchestre composé d'une centaine de musiciens, s'il arrive à quelqu'un des exécutants de laisser échapper une note douteuse, j'en ai sur-le-champ la perception, et j'indique à l'instant le coupable. A plus forte raison m'est-il permis de saisir le moment précis d'une violente détonation qui suit immédiatement l'apparition d'un éclair.

En ce qui concerne le second point, c'est-à-dire la différence de vitesse qui existe entre la propagation de la lumière et celle du bruit, j'invoquerai les paroles suivantes de M. Arago, l'un des hommes sans contredit les plus compétent en cette matière. Voici comment s'exprime cet académicien : « En consultans » mes propres souvenirs, je suis certain de rester dans les limites de la vérité, » je me flatte même de ne m'exposer à la dénégation d'aucun observateur » exercé, si je dis que souvent l'intervalle entre l'éclair et le bruit *n'est pas* » *d'une demi-seconde*. » (Annuaire du bureau des longitudes pour l'année 1838, p. 293.)

Si M. Arago a observé que souvent l'intervalle qui sépare la lumière d'avec le bruit n'est pas d'une demi-seconde, cette évaluation est bien voisine d'un tiers de seconde, et se rapproche conséquemment de la mienne, qui est d'un quart et un douzième de seconde.

Mais calculons, comme le veut mon Aristarque, d'après la donnée de 80,000 lieues par seconde pour la transmission de la lumière, et de 337 mètres seulement pour le son. On conviendra d'abord que, relativement à la lumière projetée par la foudre, la fraction de seconde est incalculable; car elle nous conduirait à des millionièmes; ce qui a porté les physiciens à penser que nous voyons l'éclair à l'instant même où il est né.

Relativement au son, il est manifeste que, si sa vitesse est de 337 mètres par seconde, et que le nuage qui recèle la foudre se trouve à cette distance de la terre, il doit s'écouler une seconde complète entre la lumière et le bruit, M. Londe aurait raison si cette distance était toujours de 337 mètres et au dessus. Mais, malheureusement pour sa doctrine, les choses se passent autrement. Ainsi, lorsque la foudre est lancée par un nuage, souvent celui-ci se trouve très rapproché de la terre et semble presque la toucher : alors la distance est singulièrement diminuée, au point d'être réduite à 200, à 150, à 100, à 68 mètres. Il y a même des physiciens qui font descendre les nuages orageux jusqu'à 34 mètres de terre, d'où résulterait le chiffre de 1/10 de seconde entre l'apparition de la lumière et l'éclat du bruit. Mais supposons 105 mètres de distance, le bruit ne mettra que 3/10 de seconde pour parvenir à l'oreille; si nous descendons à 68 mètres, il n'emploiera plus que 2/10 de seconde. Précisément, j'ai dit dans ma note que les nuages amoncelés étaient fort rapprochés de terre, surtout au moment où ils sont venus se placer verticalement au dessus de l'habitation.

Si j'avais besoin d'invoquer encore un témoignage favorable à ma cause, je citerais celui du Compte-rendu hebdomadaire des séances de l'Académie des sciences (t. xxi, n° 1, 1845, p. 94-95), qui, loin d'exercer aucune espèce de critique sur ma relation, la considère comme très bien faite.

D'après ce que je viens d'exposer, j'ai le droit de conclure que l'erreur qui m'a été reprochée par M. Londe ne reste point de mon côté, et j'engage mon honorable collègue à répéter mon expérience, s'il se trouve dans des conditions favorables. Il se convaincra que je ne me suis point trompé, et conséquemment que je n'ai pu vouloir faire partager à personne ma prétendue erreur.

M. Londe : Je n'ai en nullement l'intention, et personne, je l'espère, n'en doutera, d'inculper la bonne foi de M. Renauldin; mais je persiste à croire qu'il a été dans l'erreur en faisant l'appréciation en question. L'arbre qui a été frappé de la foudre était à une distance de 13 mètres; M. Renauldin dit avoir calculé qu'il n'y a eu qu'un quart de seconde entre l'éclair et le bruit; maintenant, est-ce un fait prouvé ou non que le son met une seconde à se transmettre à une dis-

tance de 337 mètres, tandis que la vitesse de la lumière est de 77,000 lieues par seconde? Or, s'il en est ainsi, n'est-il pas évident que M. Renauldin s'est trompé?

M. Renauldin répond quelques mots que nous n'entendons pas. La discussion en reste là.

VACCINE.

M. Castel fait, au nom du comité de vaccine, le rapport annuel sur les vaccinations pour l'exercice de l'année 1843. Nous empruntons à ce rapport quelques passages qui ont exclusivement trait aux questions scientifiques.

Les faits, dit M. Castel, sont les premiers matériaux de toute science, soit que le hasard leur ait donné naissance, soit qu'ils aient été acquis par l'observation, soit qu'ils aient été le produit d'expériences tentées avec sagacité et interprétées avec justesse. Les investigations dont la vaccine a été l'objet ont suivi la même marche, elles ont parcouru les mêmes phases que celles que présentent les autres parties si diverses de l'édifice de nos connaissances : d'abord, des individualités, ensuite des répétitions et des analogies; apres elles des rapprochemens et des combinaisons d'idées; enfin les déductions et les généralités qui servent de fondement à une théorie et qui recommandent ou justifient une pratique; celle de la vaccine, dans les commencemens, n'eut à lutter que contre des préjugés populaires. On se défia de l'inoculation du virus vaccin, comme l'on s'était défié autrefois de l'inoculation du virus variolique, comme l'on se défie, quand il s'agit de l'hygiène ou de la thérapeutique, de tout ce qui n'a point d'exemple dans le passé, de tout ce qui n'a pas reçu la sanction du temps. Mais à mesure que les années se sont amassées sur la découverte de Jenner, à mesure que l'incrédulité a été domptée par la constance et l'uniformité du plus grand nombre des résultats, par d'incessantes épreuves, les préjugés ont été remplacés par des préventions. De ce que la vaccine échoue quelquefois, le vulgaire a conclu qu'elle doit échouer toujours; de ce qu'elle ne préservait pas toujours, il a conclu qu'elle ne préservait jamais; de ce que son influence ne diminue pas toutes les idiosyncrasies, toutes les prédispositions, de ce qu'elle n'est point supérieure à l'intervention de toutes les causes accidentelles, on a inféré qu'elle était sans efficacité. De ce que son action n'est pas invariable, on a inféré qu'elle n'en avait aucune.

Après tout ce qui a été fait, il reste beaucoup à faire sur la vaccine; des doutes à éclaircir, de nouvelles influences à reconnaître, de nouveaux contrastes à apprécier, de nouvelles nuances à saisir, des problèmes à résoudre. L'administration, le public et les hommes qui étudient peuvent sans indiscrétion désirer plus d'authenticité et surtout plus de suite dans les observations; et cependant l'Académie royale de médecine croit être en possession de données suffisantes pour émettre quelques propositions générales qui ont atteint le même degré de démonstration que les axiômes qu'on a coutume de donner pour base à une science.

S'il n'y a pas identité de nature entre la vaccine et la variole, il y a du moins une grande analogie. Cette analogie est attestée manifestement par le temps de l'incubation, par la turgescence du tissu muqueux, par les caractères de l'inflammation, par les périodes que l'éruption parcourt, et aussi, quoique d'une manière moins manifeste, par la forme des boutons et la matière qu'ils contiennent.

La vaccine, quand elle réunit toutes les conditions nécessaires, neutralise ordinairement la disposition de notre organisation à contracter la variole; elle la modifie, lorsqu'elle ne l'a pas neutralisée. Les noms de varioloïde, de varicelle n'expriment pas autre chose; car si les modifications suffisent pour établir une variété, elles ne suffisent point pour établir un genre. Nous répéterons que l'éruption de la varioloïde chez les vaccinés suppose le même germe, la même prédisposition que l'éruption de la variole; leurs symptômes sont les mêmes ou diffèrent peu dans les premières périodes de la maladie; les différences notables n'apparaissent que dans la dernière, dans celle qu'on pourrait appeler excrémentitielle. Elles prouvent que les liqueurs animales avaient subi un commencement d'épuration; c'est ainsi que, avant la découverte de la vaccine, la petite vérole volante, *variolæ spuriæ*, avait presque toujours moins de malignité que la vraie petite vérole.

L'influence modificatrice de la vaccine est incontestable; si on l'apprécie avec justesse, on trouvera l'explication d'un contraste qui a été signalé dans le rapport de l'Académie sur les vaccinations de 1842, savoir, que les récidives de la petite vérole sont beaucoup plus dangereuses que ses attaques après la vaccine. La première de ces deux situations offre le retour de la même maladie, sous l'empire des mêmes causes; la deuxième offre la premiere attaque d'une maladie contre laquelle l'économie animale a été prémunie.

Les éruptions que la vaccine n'a pas empêchées, quelles qu'elles soient, doivent être considérées comme un supplément, non à l'impuissance, mais à l'insuffisance de la vaccine; elles achèvent une épuration que la vaccine avait commencée, si tant est que la variole doive être attribuée à une prédisposition congéniale; elles sont une barrière de plus contre un miasme, s'il est vrai que la variole ne pénètre dans le corps que par la contagion. Envisagées sous ce point de vue, elles cesseront d'être un sujet de crainte; elles deviendront même un gage de sécurité.

Alors même que la vaccine n'est qu'un préservatif temporaire, son influence persiste ordinairement durant toute l'enfance. En général les sujets qui ont été atteints par la variole après avoir été vaccinés avaient dépassé cet âge.

Sous le règne d'une épidémie variolique, l'action protectrice de la vaccine est d'autant plus puissante chez les divers sujets que l'époque à laquelle ceux-ci ont été vaccinés est moins éloignée; d'où l'on est autorisé à induire 1° que les fermens qui prédisposent à la variole ne sont pas complétement subjugués par la vaccine; 2° que l'influence de celle-ci décroît par la succession seule du temps. Elle décroît, mais elle ne s'efface pas entièrement. Il en résulte dans les symptômes de la variole une diminution d'intensité; la convalescence est plus prompte, la terminaison est presque toujours heureuse.

On ne serait point fondé à donner les noms de varioloïde ou de varicelle à toutes les éruptions qui, chez les sujets qui avaient été vaccinés, laissent voir quelques-uns des caractères de la variole. Ces éruptions ne présentent pas toutes la même forme, les mêmes phénomènes, le même mode de jugement : elles sont bénignes, mais à des degrés divers; elles sont contagieuses. Transmises d'un corps à un autre, elles peuvent même perdre leur bénignité; c'est ainsi que, dans un individu non vacciné, la variole peut, par communication, naître d'une varioloïde.

Tous les virus sont susceptibles de dégénérer. Si l'on ne se fondait que sur l'analogie, il faudrait admettre la dégénérescence du vaccin. Quelle que soit l'opinion que les praticiens adopteront sur cette question fort controversée, ils agiront avec prudence, s'ils ne laissent échapper aucune occasion de renouveler le vaccin, ce qui sera toujours possible; les vaches restent sujettes au cowpox.

L'insuffisance de la vaccine s'est fait voir plus souvent dans les épidémies de variole que lorsque la variole était sporadique.

Qui ne sait que, le genre et la séméiotique d'une maladie étant les mêmes, son intensité est en raison directe du nombre de personnes qu'elle attaque?

De même que les caractères et les dangers d'une éruption variolique sont sous la dépendance du tempérament, de même le tempérament ne reste pas étranger aux divers degrés de susceptibilité de contracter la variole après la vaccine.

Les ravages de la variole dans telle ou telle contrée ont été en raison directe de l'indifférence avec laquelle la vaccine y a été accueillie et des préventions dont elle a été l'objet (1).

L'Académie reproduit, avec autant de confiance que de satisfaction l'assertion qu'elle a consignée dans son précédent rapport, savoir, qu'il n'est aujourd'hui aucun esprit raisonnable qui mette en doute la faculté que la vaccine possède de se substituer à la variole et d'en tenir lieu.

Ces théorèmes trouveront plus d'un appui dans les produits de l'analyse à laquelle ont été soumis les états de vaccination et les mémoires parvenus à l'Académie. Suit l'analyse des rapports adressés par les médecins vaccinateurs.

M. Villeneuve : Je désire qu'on ajoute à ce rapport une invitation à M. le ministre de prémunir les préfets et les maires contre certaines assertions tendant à déconsidérer le vaccin de l'Académie au profit d'une spéculation particulière.

M. James (assistant à la séance en qualité de correspondant) : Je demande la parole. (Marques d'étonnement, murmures.)

M. le Président, s'adressant à M. James : Vous demandez la parole, Monsieur; je n'ai pas le pouvoir de vous l'accorder sans consulter l'assemblée; le réglement et les antécédens de l'Académie m'en font un devoir; consentez-vous à vous soumettre à cette épreuve?

M. James fait un signe affirmatif.

M. Gaultier de Claubry, avec énergie : Je demande la parole pour une motion d'ordre.

M. le Président : Parlez.

M. Gaultier de Claubry : M. James ayant, au su et vu de tout le monde, transformé la pratique de la vaccine en une sorte d'industrie, l'Académie ne consentira sans doute pas à l'entendre. Je propose formellement que la parole lui soit refusée.

De toutes parts : Appuyé! appuyé!

M. James se lève et fait de vains efforts pour se faire entendre; ses paroles sont étouffées par les cris de l'assemblée. On entend au milieu de ce vacarme le mot *insolence*. Aussitôt un tumulte incroyable éclate; les cris : *à l'ordre!* et les interpellations se croisent dans tous les sens.

M. Mérat demande l'expulsion de M. James.

M. le Président, parvenant à dominer le bruit, met immédiatement la proposition de M. Gaultier de Claubry aux voix et lève la séance.

L'Académie se sépare dans la plus vive agitation. Il n'est que quatre heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE LA NATURE, DES COMPLICATIONS ET DU TRAITEMENT DES PLAIES D'ARMES A FEU; par M. Serrier. — Un vol. in-8° de 297 p. — Paris, 1844; chez Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

Cet ouvrage, rédigé pour le concours général de chirurgie militaire

(1) Toutefois ils n'ont pas toujours été en rapport avec le nombre des vaccinés. Les degrés de virulence, l'insuffisance de l'atmosphère et des localités tiennent une grande place dans l'appréciation des proportions et des produits. C'est ainsi que, en 1843, l'arrondissement de Cambrai, dans lequel le chiffre des vaccinations a été comparativement un des plus élevés, a présenté 372 cas de variole, tandis que l'arrondissement d'Avesnes n'en a présenté aucun, quoique le nombre des vaccinés ait été inférieur de plus d'un tiers à celui des naissances. Le même contraste s'est fait voir dans l'arrondissement de Verdun (Meuse) et dans celui de Lisieux... Disons, en passant, que, dans notre science, les investigations, pour être exactes, ne doivent pas chercher un appui dans les chiffres exclusivement.

où il a remporté la médaille d'or, offre à un haut degré les caractères ordinaires des compositions de ce genre. L'ordre et la clarté sont ses qualités dominantes; c'est sur elles sans doute que l'auteur a compté pour dissimuler le trop de concision ou le défaut absolu d'originalité de certains passages. Comme dans tous les concours, on voit que l'écrivain, forcé de traiter complètement une question dont il n'avait spécialement étudié que quelques points, n'a pu ni tout à fait ni toujours cacher avec le même bonheur le désavantage de sa position. Au milieu de parties où l'on reconnaît sans peine le langage d'une expérience personnellement acquise, s'en trouvent d'autres évidemment dictées par une inspiration empruntée à des sources étrangères. On comprend que ces dernières, écrites par l'auteur, pour ainsi dire à regret, n'aient reçu que peu de développement; tandis que les premières, objet d'une préférence aussi louable que naturelle, prennent sous sa plume une extension comparativement démesurée. Cette inégalité dans la distribution des matériaux vient d'un sentiment que nous ne songeons point à blâmer, car il n'appartient qu'à un homme consciencieux de l'éprouver et de lui obéir. Nous devons seulement la signaler afin que le lecteur prévenu consente à poursuivre jusqu'au bout une lecture où il trouvera certainement instruction et intérêt, et ne se hâte pas de le juger d'après quelques fragmens isolés.

Le plan de cet ouvrage découlait naturellement de la manière dont la question avait été posée par le ministre. Fidèle à la division qu'il a dû accepter, l'auteur traite successivement des caractères qui établissent la nature des plaies par arme à feu, des accidens qui les compliquent, et enfin des divers moyens de traitement à leur opposer selon les cas particuliers. Une seconde partie est consacrée à exposer les modifications que la circonstance du siége apporte dans l'histoire générale de ces blessures, à décrire avec tous leurs détails celles du crâne, de la face, de la poitrine, de l'abdomen, des membres, des articulations, des différens viscères.

La question de la nature des plaies par armes à feu, si longtemps obscurcie par l'ignorance et les préjugés, n'est plus de celles dont la solution puisse fournir matière à découverte. Il est universellement admis qu'un projectile mu par la poudre à canon détermine tous les effets et revêt tous les caractères des plaies contuses au plus haut degré. M. Serrier ne s'écarte point de cette doctrine : seulement, il lui donne plus de force encore par la manière dont il s'y prend pour en prouver la justesse. Ainsi, il énonce successivement en peu de mots les signes distinctifs des plaies par instrumens piquans, tranchans et contondans, rapproche de ces signes ceux que fournissent les blessures par projectiles de guerre, et tire ainsi de cet examen comparatif les circonstances propres à caractériser cette dernière espèce de lésions. Ce tableau ne sera pas inutile à consulter.

PLAIE PAR ARME PIQUANTE.	PLAIE PAR ARME A FEU.
1° Constituée ordinairement par un trajet long et sinueux.	1° Constituée le plus souvent par un trajet long et sinueux.
2° Offrant rarement une ouverture d'entrée et une ouverture de sortie.	2° Offrant presque toujours une ouverture d'entrée et de sortie.
3° Ayant des ouvertures d'entrée et de sortie égales.	3° Ayant des ouvertures d'entrée et de sortie qui offrent des caractères bien différens, et inégales.
4° Sans escarre dans son trajet.	4° Avec une escarre dans son trajet.
5° S'accompagnant rarement de fracture.	5° Compliquée très souvent de fracture.
6° Compliquée presque toujours de tétanos et d'étranglement.	6° Compliquée presque toujours de tétanos et d'étranglement.
7° N'offrant presque jamais d'hémorrhagie secondaire.	7° N'offrant presque jamais d'hémorrhagie primitive.

PLAIE PAR ARME TRANCHANTE.	PLAIE PAR ARME A FEU.
1° Elle est nette, rouge et vermeille.	1° Elle est déchirée, noirâtre et livide.
2° Elle s'accompagne presque toujours d'hémorrhagie primitive qui est encore plus fréquente ici que dans les plaies d'armes piquantes.	2° Elle n'est presque jamais suivie d'hémorrhagie primitive.
3° Quand on affronte soigneusement les bords, ils se réunissent le plus souvent par première intention.	3° Elle ne se réunit presque jamais par première intention.
4° Elle est rarement suivie de fracture.	4° Elle s'accompagne de fracture dans l'immense majorité des cas.

PLAIE PAR ARME CONTONDANTE.	PLAIE PAR ARME A FEU.
1° La plaie contuse légère produit simplement une ecchymose.	1° La balle, à la fin de sa course, produit le même effet.
2° La plaie contuse plus forte détruit plus ou moins les parties molles et produit des fractures.	2° La balle, au plein de sa course, produit les mêmes effets.
3° La contusion portée au dernier degré broie les tissus et les réduit en bouillie quelle qu'en soit la densité.	3° Le boulet, au plein de sa course, en fait de même.
4° La plaie contuse s'accompagne rarement d'hémorrhagie primitive.	4° L'hémorrhagie primitive manque presque toujours à la suite des plaies d'arme à feu.

En résumé, et d'après ce parallèle, on peut ainsi exprimer les caractères des plaies par arme à feu :

1° Elles sont le type de la plaie contuse;

2° Elles offrent presque toujours une ouverture d'entrée plus petite que celle sortie, rarement une seule ouverture d'entrée;

3° Elles sont recouvertes d'une escarre tout le long de leur trajet;

4° Elles ne se réunissent qu'après suppuration;

5° Elles sont compliquées fort souvent de fracture, de tétanos, d'étranglement et de corps étrangers;

6° Elles ne sont presque jamais suivies d'hémorrhagie primitive.

Quoiqu'assez complet, du moins par la manière dont son cadre est tracé, ce traité se recommande néanmoins plus spécialement aux chirurgiens militaires qu'aux praticiens appelés néanmoins à soigner les plaies par armes à feu dans la clientelle particulière ou dans les hôpitaux civils. La médecine des camps, les pansemens improvisés sur le champ de bataille, le mode de transport des blessés, les expédiens par lesquels on est souvent obligé à l'armée de remplacer les choses les plus nécessaires, voilà les sujets que la plume de M. Serrier affectionne plus spécialement, ce sont les points sur lesquels son expérience se plaît à multiplier les souvenirs et les conseils. On peut juger que, avec de pareilles tendances, les préceptes de détail occupent dans son livre plus de place que les discussions générales et les questions de dogme, lesquelles sont le plus souvent tranchées en quelques mots et sans les développemens auxquels la lecture des ouvrages classiques habitue l'esprit. Exceptons cependant de cette remarque l'article relatif à l'opportunité du débridement dans les plaies par arme à feu, article où l'utilité si controversée de cette opération est péremptoirement établie et ses indications spéciales très judicieusement fixées.

Il est très difficile de déterminer à l'avance le degré de gravité des différentes blessures qui ont eu lieu dans un combat, le hasard seul présidant à leur distribution dans telle ou telle région du corps. Néanmoins, le calcul suivant, fait par M. Serrier, d'après 784 observations de plaies d'armes à feu recueillies dans divers auteurs, donnera une idée approximative assez exacte de la somme réelle des dangers qui accompagnent ces lésions. Voici donc classés, selon l'ordre de fréquence, le nombre des cas observés dans chaque partie :

A la jambe	100 cas.
— cuisse	97
Face	61
Bras	60
Main	57
Poitrine	53
Abdomen	52
Epaule	42
Crâne	37
Avant-bras	36
Articulation fémoro-tibiale	35
Pied	29
Articulation huméro-cubitale	23
Hanche	22
Cou	22
Organes génitaux	18
Articulation tibio-tarsienne	15
— scapulo-humérale	13
— coxo-fémorale	6
Colonne vertébrale	4
Articulation radio-carpienne	2

Parmi toutes ces blessures, ajoute M. Serrier, il est facile de concevoir que les plus graves sont celles qui atteignent les cavités splanchniques; et nous voyons, heureusement pour le soldat, qu'elles n'occupent que les 6e, 7e et 9e rangs dans notre échelle de fréquence. Viennent ensuite les blessures des grandes articulations qui n'occupent que les 18e, 17e 13e et 11e rangs. Puis, celles des membres vulnérables, comme la cuisse, la jambe, le bras, etc., qui occupent les 2e, 1er et 4e rangs. Il semblerait, d'après cette classification, que le caprice du sort qui préside en grande partie à la distribution des plaies d'armes à feu sur telle ou telle région du corps, veille sans cesse sur le guerrier et

tâche de diminuer les chances de mort suspendues à chaque instant sur sa tête sur le champ de bataille.

L'un des meilleurs côtés des livres écrits, comme l'a été celui-ci, sans prétention ni érudition affectée, c'est l'abondance des faits particuliers intéressans qu'ils contiennent. Ce genre de mérite distingue à un trop haut degré l'ouvrage de M. Serrier, pour que nous soyions embarrassés d'en donner sur-le-champ à nos lecteurs quelques preuves. Voici trois observations qui feront assez exactement juger de la manière dont l'auteur a su choisir les exemples à l'appui de ses préceptes.

Les corps même de peu de volume lancés par les boulets ont souvent assez de force pour produire des blessures graves quand ils arrivent à la surface de notre corps. Ainsi, un chirurgien de marine a souvent parlé à M. Serrier d'un matelot qui fut renversé raide mort par un boulet qui l'atteignit à l'hypochondre droit. Ce malheureux avait deux sous dans sa poche, et le boulet lança si fort dans l'espace une de ses pièces de monnaie, qu'elle fut, à dix pas, s'enfoncer de trois pouces dans une pièce de bois excessivement dure; si cette pièce de monnaie eût touché un soldat, elle lui aurait fait assurément une blessure très grave.

Autre fait non moins digne d'attention que celui-ci, tant sous le rapport du mécanisme de la blessure que sous celui de ses effets physiologiques consécutifs. Le même chirurgien de marine racontait à M. Serrier avoir soigné un matelot à qui un fragment de bois détaché du grand mât avait fracturé le cerveau lacéré. Cet homme fut très longtemps malade. La suppuration du cerveau fut très abondante. Enfin la guérison arriva; mais le malheureux blessé perdit entièrement la vue et conserva un penchant extraordinaire pour la mastorbation, à laquelle il se livrait presque sans relâche.

Quelquefois le globe oculaire frappé obliquement par un projectile d'un volume même assez considérable, comme une balle, lui résiste d'abord, et ensuite, en vertu de sa configuration sphérique et de son élasticité, lui fait éprouver des réflexions pouvant devenir funestes au blessé. Le cas suivant peut passer pour l'exemple le plus curieux de ces déviations singulières. « Le commandant de place de Bouffarick, dit M. Serrier, vint avertir, à neuf heures du soir, un officier de santé de mes amis qu'un soldat venait de tomber raide mort à la suite d'un coup de feu qu'il avait reçu étant en faction, et le prier en même temps de se rendre auprès de ce blessé pour constater son décès. Arrivé auprès du cadavre, l'officier de santé le fait dépouiller de ses vêtemens et, pensant qu'une mort aussi subite avait dû être produite par la lésion profonde d'un ou de plusieurs organes contenus dans une des cavités splanchniques, il examine avec attention la tête, la poitrine et le ventre, sans y découvrir la moindre trace de plaie d'arme à feu. L'examen attentif des membres eut le même résultat négatif. On commença alors à douter de la véracité du récit des camarades du blessé, qui prétendaient avoir vu l'Arabe, qui avait tiré le coup de feu, sortir de l'embuscade où il était placé, et avoir entendu parfaitement l'explosion de l'arme à feu; si bien qu'au moment de faire l'autopsie, on s'attendait à trouver une cause interne de mort subite, comme un épanchement apoplectique, une rupture de gros vaisseau, etc. Mais quel ne fut pas l'étonnement de ceux qui assistaient à cette autopsie, lorsqu'après avoir ouvert le crâne et enlevé la dure-mère on put voir le lobe antérieur de l'hémisphère cérébral droit totalement désorganisé par une balle qui était entrée dans le crâne en perforant la paroi supérieure de l'orbite, et suivre de dedans en dehors le trajet du projectile qui avait frappé sur le globe oculaire droit, s'était glissé entre lui et la paupière supérieure dont il avait percé la conjonctive au moment de sa réflexion sur le globe oculaire, et de là avait pénétré dans l'orbite dont il avait aisément perforé la voûte! »

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Mon cher confrère,

L'auteur de l'analyse du COMPTE-RENDU de M. de Abreu, insérée dans votre dernier numéro, exprime le désir, p. 496, « de connaître avec plus de détails la » manière dont j'opère, les précautions que je prends avant et après l'opération; » enfin, les faits détaillés qui m'ont conduit aux remarquables résultats an- » noncés par M. de Abreu. »

Ce qui m'est demandé, mon cher confrère, est fait depuis une année; on trouve tous les détails réclamés dans la thèse défendue à Erlangen par M. de Abreu, thèse qui a été reproduite dans les ANNALES D'OCULISTIQUE (août 1844), et dont la GAZETTE MÉDICALE a donné une longue analyse (1844, n° 52, p. 835). Vous avez rapporté alors « mes résultats remarquablement avantageux à ma » conduite avant et après l'opération. »

Les succès que j'ai obtenus l'an dernier tiennent sans aucun doute aux soins, aux précautions dont j'ai entouré mes malades; mais il faut surtout faire entrer en compte les enseignemens que j'ai puisés dans les observations et considérations de mon excellent et savant ami, M. le docteur Sichel, sur le glaucôme, la cataracte glaucômateuse et la névralgie oculo-circumorbitaire symptomatique. Tous ceux qui, en Belgique et en Hollande, ont médité le mémoire de M. Sichel, ont reconnu le fondement de ses observations; et aujourd'hui, qu'ils suivent les préceptes de cet habile ophthalmologue, ils réalisent des résultats qu'il leur était autrefois impossible d'atteindre. Je dois ajouter que, l'an dernier, j'ai en quelque sorte pu faire un choix entre les nombreux cataractés indigens qui m'ont été adressés par les administrations communales, lors de la visite que j'ai faite dans les chefs-lieux de canton de la province de Brabant. La conséquence de ce choix sera donc que cette année, 1845, je dois opérer des individus dans des conditions moins favorables, et que j'arriverai, je n'en doute pas, à une fin moins bonne. C'est de l'appréciation de ces résultats divers que je traiterai dans le mémoire annoncé de M. de Abreu.

Je ne terminerai pas sans vous faire remarquer qu'en descendant dans les détails fournis antérieurement par M. de Abreu (Thèse citée, ANNALES D'OCULISTIQUE, loc. cit.) on ne trouve pas un résultat aussi brillant que celui auquel il conclut. Ainsi, des cataractes capsulaires secondaires « *permittant jusqu'à un* « *certain point* l'exercice de la vision, » des réascensions du cristallin, etc., ont été envisagées comme des demi-succès. Il faut ajouter que 8 opérés qui y voyaient bien lorsque M. de Abreu a pris note des suites de l'opération se sont présentés depuis un mois affectés de cataracte capsulaire secondaire mettant un obstacle presque absolu à la vision. Deux autres reçoivent en ce moment mes soins pour des réascensions du cristallin survenues au treizième et au dixième mois. Pour ce qui est des quatre résultats donnés comme incertains (non vérifiés), ils doivent être considérés comme des insuccès. Resteraient donc, sur 83 opérations faites à l'aiguille, 58 suites favorables, ou 69 pour 100. Cette proportion est au dessous de celles de Dupuytren, qui cite 5 réussites sur 6 opérations, de Bowen, qui en accuse 154 sur 160, etc.

Je ne terminerai pas, mon cher confrère, sans remercier l'auteur de l'analyse du COMPTE-RENDU. Personne, plus que moi, n'apprécie les bienfaits d'une critique impartiale et éclairée; j'en ai toujours, pour ma part, retiré de grands profits.

Agréez, etc. FLORENT CUNIER.

Bruxelles, le 4 août 1845.

NOTE DU RÉD. Nous savons gré à notre honorable confrère de son empressement à répondre à nos questions. Nous avons trouvé, en effet, dans les articles indiqués par lui, la plus grande partie des renseignemens dont nous avions besoin. Les nouveaux détails qu'il a recueillis depuis la publication de son COMPTE-RENDU ne sont pas inutiles non plus pour faire apprécier comme ils doivent l'être ses remarquables résultats. Nous n'attendions pas moins de sa franchise et de sa bonne foi.

— TRAITÉ DE L'ART DE FORMULER, ou Notions de pharmacologie appliquée à la médecine; par le docteur MIALHE, pharmacien, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ex-pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, etc. — Un vol. Prix : 4 fr. 50 c.

A Paris, à la librairie de Fortin, Masson et comp., 1, place de l'Ecole-de-Médecine;

A Leipsig, même maison, chez L. Michelsen.

— ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LA PHARMACODYNAMIE AU POINT DE VUE DE LA SOLUTION DE CES QUESTIONS : POURQUOI, QUAND ET COMMENT LE MÉDECIN DOIT-IL EMPLOYER LES AGENS PHARMACODYNAMIQUES; par H. GOLFIN, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8°. Prix : 4 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Montpellier, chez L. Castel, Grande-Rue, 32.

A Londres, chez L. Baillière, 219, Regent-Street.

— TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE FONDÉ SUR DE NOMBREUSES OBSERVATIONS CLINIQUES; par F. BARRIER, D. M., chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ancien interne de l'hôpital des Enfans-Malades de Paris, président de la Société médicale d'émulation de Lyon, etc. — Deuxième édition revue et augmentée. 2 vol. in-8°. Prix : 16 fr.

A Paris, chez Fortin, Masson et comp., libraires, 1, place de l'Ecole-de-Médecine;

A Lyon, chez Charles Savy jeune, libraire-éditeur, 14, place Louis-le-Grand.

— TABLEAU SYNOPTIQUE DES RACES HUMAINES, montrant leur origine, leur distribution géographique, leurs caractères distinctifs, les peuples dérivés, etc.; par le docteur SAUCEROTTE, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

Feuille in-plano. Prix : fig. noires, 3 fr.; fig. color., 4 fr.

Paris, chez Just Rouvier, libraire, 8, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 33. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 16 AOUT 1845.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

REMARQUES CRITIQUES SUR LA NOUVELLE THÉORIE DE LA FÉCONDATION; par Jules Béclard.

La théorie dont nous parlons a eu la destinée des systèmes nouveaux. Chacun a prétendu aux honneurs de l'initiative, et dans ce conflit des rivalités, l'avantage est resté, comme toujours, fort indécis. Séduit par les apparences logiques des conclusions nouvelles, nous les avons tout d'abord accueillies avec faveur; mais à mesure que nous y avons réfléchi plus mûrement des doutes se sont élevés dans notre esprit, et nous n'avons plus reconnu en elles les caractères de la certitude scientifique. Disciple convaincu de cette école physiologique qui se renferme exclusivement dans le domaine de l'observation et de l'expérience, nous acceptons les inductions immédiates, rigoureuses, nécessaires, mais nous repoussons tout le reste. La physiologie ne peut conquérir le nom de science positive qu'à cette condition. Examinons donc les doctrines avec la plus scrupuleuse attention, et dans leur nouveauté, car le temps qui assure la vérité consacre aussi les erreurs, et il faut plus de temps encore pour les détruire.

Voici la théorie : 1° L'ovule spontanément développé dans l'ovaire se sépare de cet organe sans l'intervention du mâle ;

2° Le rut et la menstruation, phénomènes analogues, sont intimement liés à l'évolution et à l'excrétion d'une ou plusieurs vésicules de Graaf, et constituent avec ce travail intérieur un seul et même acte physiologique.

Maintenant voyons les faits.

Chez tous les animaux qui se reproduisent à l'aide d'œufs, et presque tous les animaux sont dans ce cas, les ovules se développent spontanément dans les ovaires de la femelle et préexistent à la fécondation. C'est un fait vulgaire, aujourd'hui, depuis les travaux de Graaf, Prévost et Dumas, Baer, etc., et sur lequel il est inutile de nous arrêter. Les mammifères comme les ovipares, la femme comme la femelle des mammifères, sont soumis à la même loi. Aussi, on a pu dire avec raison, en considérant les origines du développement, qu'à l'exception des gemmipares et des scissipares, dont le mode de génération est peu connu, tous les animaux et l'homme lui-même sont ovipares.

Et non seulement la présence des ovules dans les ovaires n'est plus considérée aujourd'hui comme un résultat de la fécondation, mais les faits prouvent encore que l'évolution, c'est-à-dire l'accroissement, la maturité et la rupture de la vésicule qui les contient (vésicule de Graaf), s'ac-

Feuilleton.

THÉOPHRASTE RENAUDOT.

Parmi les médecins les plus actifs, les plus entreprenans, les plus ingénieux du dix-septième siècle, on doit compter un homme qui fit beaucoup de bruit à cette époque et agita pendant plusieurs années l'Ecole de Paris. Ce rôle d'agitateur ne mériterait pas à Théophraste Renaudot l'honneur d'une biographie, s'il n'était l'auteur de quelques fondations utiles qui forment le beau côté de sa vie de bruit et de mouvement. Puis, dans un temps de publicité comme le nôtre, dans un siècle où la feuille volante a remplacé le lourd in-folio, où les préférences du lecteur s'attachent au journal et non pas au livre, comment ne pas s'occuper un instant d'un homme qui eut l'initiative de la fondation d'un grand journal? C'est lui qui, le premier, eut la pensée de faire une Gazette de France, à laquelle il rallia comme collaborateurs non seulement ses amis dévoués comme d'Hozier et Scévole de Sainte-Marthe, mais encore Louis XIII et Richelieu.

Il suffit d'être journaliste, même dans une époque où les matières politiques sont interdites à la plume de l'écrivain, pour soulever contre soi un flot d'ennemis. Une gazette, quelque timide qu'elle soit, quelque respect qu'elle s'efforce d'avoir pour les susceptibilités des personnages du jour, ne doit pas, si elle a des prétentions à une brillante existence, s'interdire cet esprit français qui vit d'anecdotes et de raillerie. De là, les rancunes qui se forment, grandissent et finissent par provoquer contre le publiciste trop spirituel une petite armée d'irréconciliables ennemis. Lorsque la Gazette de France commença à paraître, il existait un petit journal, intitulé la Gazette ou les Nouvelles a la main, qui circulait dans les ruelles des femmes à la mode, et où figuraient toutes les historiettes plus ou moins scandaleuses de la ville et de la cour. It n'était que l'écho fidèle de ce qui se disait tout haut dans les salons les plus courus. Cependant les écrivains, qui rédigeaient avec plus d'esprit que de fiel cette amusante chronique, ne tardèrent pas à se repentir de leur audace. Guy Patin, qui était plus méchant dans ses lettres que les journalistes dans leur feuille, annonçait ainsi la punition qu'ils venaient de recevoir : « On a mis, depuis trois jours, à la Bastille, écrivait-il, six écrivains qui gagnaient leur vie à faire et à écrire des gazettes à la main, *hominum genus audacissimum, mendacissimum, avidissimum*... Ils mettent là dedans ce qu'ils ne savent ni de doivent écrire. » Renaudot ne fut pas enfermé à la Bastille pour ses témérités de publiciste; il avait trop de protections pour ne pas éviter d'être logé en si haut lieu. Mais il souleva contre lui, surtout dans le corps médical, des haines extrêmement vigoureuses. Il avait de l'esprit et il en montrait dans son écrit périodique. Médecin lui-même et mêlé par sa position aux grandes querelles qui agitaient les enfans d'Hippocrate, il devait aiguiser de temps en temps ses traits contre ceux qui n'étaient pas de son avis. D'un autre côté, et ceci est peut-être le grief le plus redoutable, Renaudot avait eu pour but, en publiant sa gazette, de se donner une réputation d'homme d'esprit auprès des malades. Comme il écrivait ce qu'il racontait dans ses visites, la lecture de

complit indépendamment de l'action du sperme. Voilà, tels qu'ils sont énoncés, deux faits d'observation et d'expérience, et pourtant incontestables.

Jusqu'à notre époque, même après la découverte des ovules, les conditions du développement et de la rupture de la vésicule ovarique étaient mal connues. On pensait, et beaucoup de personnes pensent encore aujourd'hui, que l'ovule se détache de l'ovaire et tombe dans les trompes sous l'influence du sperme. Les expériences ingénieuses de M. Bischoff de Giesen démontrent d'une manière positive que les choses ne se passent pas comme on le croyait.

On prend une chienne en chaleur, qui n'a jamais souffert les approches du mâle, et, après avoir lié les trompes au niveau des cornes de la matrice, on enlève cet organe. Lorsque la plaie résultant de cette grave opération est cicatrisée, ce qui arrive en peu de jours, on permet l'accouplement; on tue immédiatement l'animal, et on trouve sur les ovaires les indices de la rupture de plusieurs vésicules de Graaf, et dans les trompes les ovules qu'elles contenaient. Donc, la rupture de la vésicule de Graaf est indépendante de l'action du sperme. Voilà ce qu'il faut conclure de l'expérience de M. Bischoff; et, ainsi formulée, la conclusion est légitime. Mais lorsque vous dites: Les ovules se détachent de l'ovaire d'une manière *spontanée*, vous vous avancez au delà des faits.

L'acte de l'accouplement est-il un acte simple? N'y a-t-il dans le coït que l'émission d'une liqueur fécondante? Et ne négligez-vous pas une phase intéressante du phénomène? Pourquoi ne serait-ce pas l'ébranlement causé à la femelle par l'accouplement qui détermine la rupture de la vésicule de Graaf? Qui prouve que cette rupture elle-même n'est pas, comme l'éjaculation chez le mâle, la condition matérielle de l'orgasme vénérien?

L'expérience que je rapporte, non seulement ne peut pas fournir des preuves à l'appui de votre hypothèse, mais elle témoigne directement contre elle. En effet, s'il est vrai, comme vous le dites, que les ovules se séparent de l'ovaire spontanément et à des époques déterminées (époques du rut), qu'avez-vous besoin, pour trouver les ovules dans les trompes, de donner un mâle à votre chienne en chaleur?

Voyons vos argumens. Vous citez l'exemple des poissons et de quelques animaux inférieurs chez lesquels la ponte est spontanée. Pourquoi soulever de nouvelles difficultés? Pourquoi chercher si loin des preuves à l'appui de votre opinion, quand vous avez sous la main les élémens de la solution. Comparez des choses comparables. Pour ma part, si j'avais à me prononcer sur un point de physiologie qui nécessite encore de nouvelles investigations, je mettrais de côté tout d'abord les animaux chez lesquels les différentes phases de la génération s'accomplissent sans accouplement, parce qu'il est évident que ce qui se passe chez eux ne peut être comparé à ce qui a lieu chez les animaux qui s'accouplent, et qu'il est illogique de conclure des uns aux autres. Vous avez beau vouloir envisager la question dans sa généralité, il n'en est pas moins vrai que vous ne comblerez pas l'intervalle qui sépare ces deux classes d'êtres au point de vue qui nous occupe; et vous ne ferez pas que les conditions du phénomène soient les mêmes.

Puis, vous vous appuierez sur des exceptions, et au lieu de procéder des faits connus, vous baserez tout votre système sur des *cas rares*. Ainsi, on nous parle d'oiseaux qui pondent des œufs en l'absence du mâle, par conséquent sans accouplement. Le fait est-il vrai? Je le crois puisqu'on l'affirme. Maintenant une simple observation. Ou vous n'êtes pas conséquent avec vos principes, ou vous devez considérer le mâle comme être complètement indifférent à la ponte. Alors, que ne supprime-t-on les coqs qui troublent notre sommeil, et que ne laisse-t-on vierges et libres toutes les poules pondeuses dont nous consommons les œufs?

J'ai lu quelque part, dans Blumenbach si je ne me trompe, qu'on a vu des oiseaux femelles pondre des œufs inféconds à la suite d'excitations voluptueuses. Si j'avais une opinion arrêtée sur l'influence de la volupté dans la rupture de la vésicule de Graaf, je ne manquerais pas de mettre cette observation en avant, et de faire rentrer le cas précédent dans la même catégorie. J'ajouterais que Cuvier nous apprend, dans son ouvrage sur le règne animal, que les oiseaux sont sujets aux rêves, et je me demanderais s'ils ne sont pas quelquefois, comme l'espèce humaine, bercés par l'illusion du bonheur. Enfin n'y a-t-il pas chez les poissons qui pondent sans accouplement, et ici j'invoque le témoignage des naturalistes qui ont observé au sein des eaux, n'y a-t-il pas, dis-je, certaines caresses préliminaires, certains attouchemens amoureux avant l'expulsion des œufs dont la fécondation doit s'opérer plus tard?

Mais rentrons dans le domaine des faits, et voyons ce qui se passe chez les mammifères, les seuls parmi les animaux qu'on puisse légitimement comparer à l'espèce humaine. A une certaine époque de l'année, celle qu'on appelle la saison des amours, les femelles entrent en rut ou en chaleur, phénomène caractérisé extérieurement par une congestion des parties génitales accompagnée d'un écoulement ou plutôt d'un suintement muqueux. Alors, et alors seulement, la fécondation peut s'effectuer. Ce n'est que par une analogie forcée qu'on a essayé de comparer la période menstrelle avec celle du rut. L'abondance, la durée, la fréquence, la nature de l'écoulement, tout diffère. Trouvons-nous chez la femme, en égard aux menstrues, des conditions analogues à la possibilité ou à l'impossibilité de la fécondation chez les animaux pendant ou dans les intervalles du rut? On a prétendu, il est vrai, mais *à posteriori*, que les femmes ne pouvaient concevoir dans l'intervalle des règles; mais où sont les preuves? Une pareille observation aurait échappé pendant des siècles, quand il a suffi d'une attention peu éclairée pour constater ce qui a lieu à cet égard chez les animaux. Malgré toute la confiance que vous puisez dans vos convictions, je doute fort qu'elles vous dirigent dans la pratique de la vie.

Pour atténuer la différence relative à la fréquence de l'évacuation menstruelle on a cité l'exemple des habitantes des régions polaires qui ne sont, dit-on, réglées que tous les trois mois. Cette observation, si elle est vraie, ne fait que reculer la solution du problème. En effet, j'accorde quinze jours pour la durée de chaque époque menstruelle; il reste à prouver que la conception est impossible chez ces femmes pendant dix mois de l'année. Jusque là vous me permettrez de n'y pas croire.

Mais à quoi bon, d'ailleurs, tous ces efforts de parallèle? Cela avance-t-il la question? Je considère, si vous voulez, un instant les règles et le rut comme des choses comparables et analogues. La difficulté est toujours la même relativement à la chute des œufs; car pour que l'on fût fondé à soutenir que la rupture d'une vésicule de Graaf est spontanée et qu'elle correspond à l'éruption menstruelle, il faudrait que chez les animaux la rupture de la même vésicule s'accomplit spontanément à l'époque du rut, ce qui n'est pas démontré. J'insiste sur ce point, car il est capital. Je dis que cela n'est pas démontré, car personne n'a trouvé les ovules dans les

---

l'œuvre du journaliste faisait rechercher la conversation du médecin. Aussi plus d'un docte médecin de la Faculté qui savait le latin et le grec avec une supériorité incontestable était-il poliment éconduit d'une grande maison pour faire place à Renaudot. Cela ne se pardonne guère de notre temps, et se pardonnait moins encore il y a deux siècles.

La fondation de la GAZETTE DE FRANCE n'est cependant qu'un des événemens de la vie de Renaudot. Pour n'en oublier aucun, il est nécessaire de procéder par ordre, et de commencer par celui qui fixa d'abord l'attention publique. Renaudot était médecin de l'école de Montpellier où il prit ses licences en 16.6, et dès qu'il en fut pourvu il alla, à ce qu'il paraît, professer son art à Loudun, sa patrie. Il paraît qu'il n'y produisit pas une grande sensation, puisque quelques contemporains prétendent que la nécessité le força à se faire maître d'école. Il n'accepta pas pour longtemps cette situation, et il fut bientôt établi à Paris où il fut accueilli par la protection du cardinal Richelieu. Comment était-il parvenu à ce suprême honneur? quel service signalé avait-il rendu au puissant ministère? D'après le témoignage de Dreux du Radier, il aurait plutôt mérité sa vengeance que sa protection; car cet auteur dit que Renaudot avait écrit une apologie d'Urbain Grandier, ce malheureux prêtre qui fut martyrisé à Loudun, et que non content de cet acte d'audace il y avait joint un libelle contre le cardinal lui-même. Cette version doit manquer d'exactitude: Richelieu ne protégeait pas ceux qui s'étaient montrés ses ennemis, ne fût-ce qu'une fois. Quoi qu'il en soit, Renaudot s'empressa de profiter en homme habile du puissant protecteur qu'il avait eu l'art de se donner, et peu de temps après son établissement à Paris, il obtint l'office de commissaire-général des pauvres valides et invalides du royaume. En quoi consistait cette place? Ce serait assez difficile à dire; toujours est-il cependant que le titulaire devait avoir pour mission d'éclairer le pouvoir sur les besoins de la classe malheureuse, et sans doute aussi sur les moyens les meilleurs et les plus prompts d'organiser des secours. C'est déjà beaucoup d'avoir eu la pensée de fixer l'attention du ministre sur les classes inférieures dont on s'occupait fort peu avant le dix-neuvième siècle. Cela prouve que Renaudot n'était pas seulement un ambitieux qui ne songeait qu'à faire son chemin, il savait avoir de bonnes intentions, et, ce qui est mieux encore, il avait de telles ressources d'esprit qu'il parvenait aisément à les réaliser. Les ambitieux qui songent aux autres tout en songeant à eux méritent d'avoir beaucoup d'amis. Renaudot n'en manqua pas, car tout homme supérieur réunit autour de lui des protecteurs dévoués et des cœurs sympathiques. Toutefois ses succès furent si rapides que le nombre de ses ennemis l'emporta.

Pour prouver que son titre n'était pas illusoire, Renaudot songea à créer des établissemens qui devaient être fort utiles à la classe indigente de Paris. Ce furent, d'une part, des monts-de-piété, et, de l'autre, des bureaux de consultations gratuites pour le service desquels il s'adjoignit des médecins et même des apothicaires. Il paraîtrait même que le roi avait fait à Renaudot la concession d'un terrain près de la porte St-Antoine pour y construire un hôtel qui aurait servi aux consultations charitables; mais les embarras que lui suscitèrent ses antagonistes l'empêchèrent d'exécuter son projet. Renaudot tirait sans doute quelque argent de ces deux fondations. Les monts-de-piétés qui sont une très belle affaire à l'époque où nous vivons, ne devaient pas être sans produits dans le seizième siècle entre les mains de ceux qui les administraient; puis le pro-

trompes de femelles en chaleur non soumises au coït, tandis qu'on les rencontre dans les mêmes organes après le coït.

Ainsi, considérant l'impossibilité où l'on est de nous montrer dans les trompes d'une femelle la seule preuve concluante de la doctrine, c'est-à-dire l'ovule; considérant, en outre, qu'on peut à volonté, par l'accouplement, faire apparaître l'ovule dans la trompe, nous concluons déjà, et par cela seul, que la théorie que nous examinons n'est pas fondée sur l'observation directe.

Quelques mots encore sur un ordre de faits qui touchent de plus près l'espèce humaine, et qui ont concouru pour leur part à fonder la doctrine de la ponte spontanée; je veux parler des observations qui ont été faites sur les ovaires de la femme. Quand on examine ces organes, on aperçoit à leur surface ou dans leur profondeur de petites vésicules dont les dimensions varient. On les aperçoit déjà sur les ovaires des petites filles; elles ont acquis tout leur développement chez les filles et les femmes pubères; elles s'atrophient ou disparaissent chez les vieilles femmes quand l'époque de la menstruation est terminée. Ce sont les vésicules de Graaf. Les ovaires présentent encore des cicatrices, des taches jaunâtres, de petits épanchemens de sang dans leur parenchyme : lésions diverses que nous considérons dans l'état actuel de nos connaissances comme les différentes phases d'un seul phénomène, je veux dire la cicatrisation qui succède à la rupture d'une vésicule de Graaf. L'épanchement sanguin dans la petite plaie résultant de la déchirure, le travail lent de résorption de la matière colorante du sang épanché, et enfin pour résultat une petite ligne de tissu inodulaire : tel serait l'ordre suivant lequel s'accomplirait ce travail.

Ces épanchemens, ces corps jaunes, ces cicatrices ne se rencontrent, dit-on, que lorsque la menstruation s'est établie. On les a d'abord trouvé chez les femmes qui ont conçu; plus tard on les a également trouvés chez celles qui n'ont jamais eu d'enfans, et on s'est ainsi aperçu que ce n'était pas là un signe de conception. Enfin, on a rencontré les mêmes lésions sur les ovaires de filles positivement vierges. Comme, d'autre part, on a trouvé dans les ovaires de quelques femmes mortes, pendant ou peu de temps après l'époque des règles, un épanchement sanguin récent, on en a conclu que la rupture de la vésicule de Graaf était récente et que les choses se passaient de la même façon à chaque époque menstruelle. Ainsi se sont trouvés liés le détachement de l'ovule et la menstruation comme deux scènes d'un même acte physiologique.

Après ce que nous avons dit, il est à peine besoin d'insister sur le peu de rigueur de cette conclusion. On a trouvé, dit-on, des corps jaunes sur des ovaires de filles véritablement vierges. Eh bien! cela prouve-t-il autre chose sinon que l'imprégnation des ovules par le sperme n'est pas la cause de leur émission? Mais c'est là un point vidé par l'observation directe; le débat n'est plus là. Tant que l'expérience dont j'ai parlé plus haut n'aura pas été faite, je persisterai à attribuer, dans ce dernier cas, la rupture de la vésicule et la formation du corps jaune à la masturbation. Ouvrons l'ouvrage de M. Négrier, qu'on n'accusera pas de partialité pour ma manière de voir; sa première observation renferme l'histoire d'une jeune fille *qui n'avait pas encore été réglée* et qui *présentait une cicatrice déprimée* à la face antérieure de l'ovaire droit.

Enfin, l'ovaire des femmes mortes pendant ou peu de jours après la période menstruelle, présente-t-il invariablement les traces de la déchirure récente d'une vésicule de Graaf? Une seule exception, et votre système s'écroule. D'ailleurs, je le demande, peut-on à huit jours, à quinze jours près, préciser par l'examen des ovaires l'âge exact de l'épanchement, c'est-à-dire l'époque fixe à laquelle la rupture de la vésicule de Graaf a eu lieu? Et si telle est notre incertitude, est-il rigoureux d'établir la simultanéité des deux phénomènes? Une femme qui meurt pendant l'écoulement des règles succombe la plupart du temps ou par accident, ou à la suite d'une maladie très promptement mortelle, et se trouvait, il y a peu de temps encore, dans toutes les conditions de la santé, et par conséquent dans celles du coït.

Je me résume. La préexistence des ovules avant la fécondation; la possibilité de la fécondation des ovules à une certaine distance de l'ovaire, quoique souvent elle s'accomplisse sur cet organe lui-même : enfin la rupture de la vésicule de Graaf indépendamment de l'action fécondante du sperme : voilà les faits.

L'analogie de la période du rut et de l'époque menstruelle; la liaison entre la rupture d'une vésicule de Graaf et l'éruption des menstrues; le détachement spontané des ovules chez les mammifères et dans l'espèce humaine : Voilà les hypothèses.

DIAGNOSTIC MÉDICAL.

RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, AYANT SURTOUT POUR BUT : 1° D'ÉTABLIR LE RÔLE DU SYSTÈME NERVEUX; 2° DE COMPARER LE DÉVELOPPEMENT DES SYMPTÔMES FOURNIS PAR LES APPAREILS NERVEUX ET DIGESTIF (ABDOMINAL EN PARTICULIER); par le docteur FÉLIX JACQUOT (de St-Dié), ex-chef de clinique à l'hôpital militaire d'instruction de Metz.

En 1841 parut le TRAITÉ DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE du professeur Forget. Cet ouvrage ne fit pas la sensation qu'on devait attendre d'un livre largement pensé, rempli d'une érudition bien choisie, écrit avec pureté et élégance, parfois entraînant, remarquable par une grande habileté à présenter les preuves et émané d'une profonde et respectable conviction. La raison du retentissement médiocre de cette œuvre, c'est, à notre sens, la localisation et le solidisme trop exclusifs que professe son auteur à une époque où les esprits ont des tendances tellement contraires que M. Roche, l'une des colonnes du physiologisme, appelle la fièvre typhoïde entérite folliculeuse, dans la première édition de l'ouvrage qu'il a écrit avec Sanson, et, dans l'édition suivante, la range parmi les maladies du sang. Cet exemple est choisi entre cent.

Les journaux de Paris ne consacrèrent généralement que des notes bibliographiques un peu lestes, il faut bien le dire, à cet ouvrage de réelle valeur; la critique la plus étendue se trouve, sans contredit, dans notre thèse inaugurale (1). Le professeur de Strasbourg voulut bien assez re-

(1) RECHERCHES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. Montpellier, 1843.

tégé du cardinal avouait lui-même que dans les bureaux de consultations gratuites on recevait de l'argent des cliens qui pouvaient payer. Un homme moins ambitieux et moins remuant que Renaudot se fût contenté de ce pécule; mais il ne voulut pas s'arrêter en si beau chemin. Il imagina donc de se faire nommer intendant-général de bureaux d'adresses, « où, comme le dit Astruc, de Montpellier, l'un de ses biographes, l'on enregistrait tout ce que les uns voulaient vendre, et tout ce que les autres voulaient acheter, et où par là on facilitait les moyens de vendre et d'acquérir qu'on n'aurait pas eus. » Renaudot joignit à cette industrie, qui, comme on le voit, n'est pas nouvelle, celle de la publication de la GAZETTE DE FRANCE dont il obtint le privilége pour lui et ses héritiers. Parvenu à cette position si complexe puisqu'elle résultait d'un cumul assez singulier, il possédait évidemment une puissance d'action très considérable. D'abord, il avait pour lui les masses populaires. Il distribuait gratuitement ou faisait distribuer au même prix des conseils et des remèdes à qui venait les demander dans ses dispensaires. Par ses bureaux d'adresses, il rendait de grands services aux gens de commerce qui ignoraient complètement à cette époque ce qu'ils savent trop bien aujourd'hui, c'est-à-dire les fécondes ressources de la publicité. Enfin, par la GAZETTE DE FRANCE, il groupait autour de lui un monde tout entier de lecteurs, parmi lesquels il recrutait une excellente clientèle. Ce degré de prospérité était trop élevé pour ne pas toucher à la déchéance et même à la ruine. Le titre honorifique de médecin du roi que Renaudot avait reçu ne put le protéger contre les attaques dont il allait devenir le but et la victime.

Renaudot appartenait à la Faculté de Montpellier, car c'était là qu'il avait reçu le bonnet et les insignes du doctorat. Élevé dans cet antagonisme qui divisait les deux écoles, il avait porté à Paris un certain goût d'agression contre les membres de la Faculté qui devait le faire considérer d'abord comme un intrus ou comme un ennemi. Les circonstances ne firent que développer davantage le levain qui couvait au fond de son ame. A peine en possession des places qui lui ouvrirent une carrière où il fit tant de bruit et où il recueillit tant d'ennuis, loin de choisir pour auxiliaires des médecins de Paris, il ne s'adjoignit que des élèves de l'école de Montpellier. Il poussait d'ailleurs si loin le puritanisme qu'il préférait à un docteur de Paris un élève de Montpellier lors même qu'il n'était pas en possession de tous ses grades. Le corps médical de la capitale du royaume eût peut-être laissé Renaudot en libre jouissance de ses pauvres, si le progrès surprenant de son influence ne l'eût porté plus haut. Avec un auxiliaire comme la GAZETTE DE FRANCE qui lui servait à la fois à lui ouvrir l'accès des plus riches maisons, et à en chasser ceux qui jouissaient de ce fructueux privilége, il n'y avait pas de position qu'il ne pût atteindre si on ne se liguait contre lui. En présence d'un envahissement qui n'avait pas d'exemple, on s'empressa donc de s'organiser, et on le fit avec d'autant plus de zèle que le gazetier redoutable ne partageait pas les opinions médicales des membres les plus importans de l'école de Paris.

On en était alors à l'une des querelles les plus curieuses qui aient laissé des traces dans l'histoire de l'art de guérir. Il s'agissait de ce terrible antimoine, cette panacée merveilleuse pour les uns, cette diabolique et mortelle invention pour les autres, dont il fallait à toute force débarrasser la société. Guy-Patin était surtout l'ennemi juré du nouveau médicament qui, selon lui, était en train de faire mourir tout Paris si on ne s'empressait pas de le chasser honteusement

marquer cette dissertation pour se donner la peine de la combattre dans ses leçons cliniques, et quelques-uns de ses élèves continuèrent son examen critique dans leurs thèses. Malgré la partialité de ceux-ci qui me prêtent des choses que je n'ai jamais dites et ne savent pas imiter les convenances et les procédés de leur maître, je ne veux nullement m'engager ici dans une polémique, et je prétends donner à ce travail une allure purement scientifique.

PREMIÈRE PARTIE.

RÔLE DU SYSTÈME NERVEUX.

L'agent qui produit la fièvre typhoïde exerce d'abord son action sur le sang et sur le système nerveux, *avant l'apparition d'aucune lésion locale;* c'est ce que nous avons essayé de prouver ailleurs. Que le phénomène initial ait lieu dans le sang et que le système nerveux ne se prenne que consécutivement, mais toujours *avant les manifestations morbides locales*, ou bien que le contraire ait lieu, ou bien encore que les deux systèmes soient contemporainement compromis, ce que nous croyons plus conforme à la vérité; c'est là une question que nous n'agiterions pas ici, quand même le manque d'élémens nécessaires pour la résoudre d'une manière satisfaisante n'y mettrait pas obstacle. On voit que nous sommes plus réservé que M. le baron Michel (1) qui trouve la cause prochaine de la maladie et ses premiers phénomènes dans le système nerveux cérébro-spinal et ganglionnaire consécutivement.

Tous les auteurs qui ont traité de la fièvre typhoïde ont parlé, plus ou moins longuement, des altérations du sang; mais on s'accorde généralement à reconnaître que, dans l'état actuel de la science, nous sommes peu avancés dans cette étude. En revanche, on semble croire que tout a été dit à l'article du système nerveux; mais nous pensons que ce travail consacré à l'étude pathologique de ce dernier démontrera qu'il n'en est pas tout à fait ainsi.

Mais, avant tout, limitons bien le terrain que nous devons explorer. Il ne sera nullement question ici de la prostration qui survient dans les derniers temps de la fièvre typhoïde et qui accompagne la maigreur et le dépérissement extrêmes qu'on remarque à cette époque. La prostration qui arrive par suite de la détérioration des fonctions qu'on a appelées plastiques, végétatives, assimilatrices, n'a rien que nous puissions invoquer pour établir le rôle du système nerveux. Nous envisagerons exclusivement la stupeur et les autres phénomènes nerveux qui se déclarent dès les premiers instans de la maladie, alors que les lésions organiques ne peuvent en rendre compte. On pourrait presque dire que la prostration est le résultat de la lésion des forces *in posse*, la stupeur le résultat de la lésion des forces *in actu*, pour nous servir des expressions de Barthez.

DES PRODRÔMES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; LES STATISTIQUES SONT PEU D'ACCORD; DIAGNOSTIC D'AVEC LES FIÈVRES ÉRUPTIVES.

Les prodrômes affectent généralement deux formes plus ou moins bien tranchées, la forme pyrétique et la forme apyrétique.

FORME PYRÉTIQUE. Le sujet est d'abord pris d'alternatives irrégulières de frisson prolongé et de bouffées de chaleur, puis la fièvre devient ordinairement continue *en chaud*, avec peau chaude, pouls développé et fréquent, pesanteur, malaise, quelquefois anxiété, céphalalgie, douleur dans diverses parties du corps, mais surtout dans les jambes; sentiment de profonde faiblesse, de fatigue, d'accablement, de brisement; démarche encore facile dans un assez grand nombre de cas, mais moins assurée, moins réglée, parfois quelque peu semblable à celle d'un homme ivre, la fièvre paraissant ainsi conserver un peu d'énergie au système locomoteur, mais un commencement de perversion des mouvemens, d'ataxie, pour ainsi dire, existant déjà; vertiges, éblouissemens, étourdissemens et tintemens d'oreille; quelquefois un peu de photophobie, étincelles, bluettes; le sujet laisse comme se succéder passivement dans son esprit des idées vagues, tristes ou bizarres quelquefois, sans chercher à réagir contre elles, et son inaptitude est remarquable pour tout travail intellectuel suivi; pareil dégoût pour les travaux physiques, mais il est des cas où il exprime pourtant le regret d'être obligé de les discontinuer; insomnie ou sommeil coupé de rêves pénibles et de réveils en sursaut.

FORME APYRÉTIQUE (ou à peu près). Elle est bien plus caractéristique que la première. Lassitudes spontanées; inquiétudes plutôt que douleurs dans les jambes; accablement et torpeur; faiblesse musculaire si grande que quand le sujet veut marcher, il ne le fait qu'en se traînant, encore sent-il ses jambes fléchir, ses membres trembler, il croit qu'il va défaillir; sa vue se trouble; l'habitus extérieur est plein de nonchalance, de laisser-aller, d'insouciance, d'apathie. Le sujet est exempt de préoccupations et semble ne penser à rien; il oublie ses travaux d'esprit et de corps et n'a plus même d'idées bizarres ou tristes; il ne distingue parfois les objets que vaguement; il entend des bruits, des bourdonnemens; son sommeil est mauvais et s'accompagne de rêves presque continus, mais indéfinis, vagues, fugitifs; la céphalalgie est moins vive d'ordinaire que dans la première forme.

Nous ne rappelons pas ici les symptômes fournis par les appareils de la vie de nutrition.

M. Forget ne parle que de la faiblesse; on conçoit alors qu'il dise ces symptômes semblables à ceux qui précèdent les maladies inflammatoires et certaines cachexies. Mais cela n'est point exact; car

1° Ces phénomènes se rencontrent constamment, ou à peu près constamment, dans la période prodrômique (cette période peut manquer). Ils peuvent être voilés dans deux cas surtout : quand la réaction fébrile donne une énergie factice et produit ainsi des phénomènes prédominans; quand la fièvre typhoïde succède à une autre maladie, ou se déclare pendant le cours d'une autre affection; et encore, dans ces cas, on pourra le plus souvent dégager pour ainsi dire les phénomènes que nous avons décrits, de ceux de la maladie concomitante, comme cela ressort de plusieurs observations que les bornes de ce mémoire ne nous permettent pas d'insérer et de la onzième d'un autre travail (1).

Si les auteurs ne les ont pas toujours notés, c'est peut-être plus par

(1) Baron Michel, STATISTIQUE MÉD. DE L'HÔPITAL MILIT. DU GROS-CAILLOU. Paris 1842.

(1) F. Jacquot (voy. ARCH. GÉN. DE MÉD., sep. 1844), ESSAI D'UNE ANALYSE THÉRAPEUTIQUE DES EFFETS DU QUINQUINA ET DU SULFATE DE QUININE, DES INDICATIONS REMPLIES PAR CES MÉDICAMENS DANS LES MALADIES EN GÉNÉRAL, ET DE L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

---

de la thérapeutique. « L'antimoine fait ici beaucoup d'homicides tous les jours, s'écrie-t-il dans une de ses lettres, il a tout fraîchement tué M. d'Avaux, plénipotentiaire ci-devant à Munster, et le plus digne homme qui fût sur la terre; et depuis trois jours Mme Gazeau, M. de Gilliers et M. de Mirepoix, tous trois personnes de considération, sans compter ceux *quos fama obscura recondit*. L'on dit même que Mme la princesse douairière se meurt d'en avoir pris quatre fois par l'ordre de Guenaut, lequel n'épargne personne *ut faciat unum proselytum*, j'entends pour faire quelque maudite expérience.... Je viens d'apprendre que Mme la duchesse douairière, qui est à Châtillon-sur-Loin, a reçu l'extrême onction et que Guenaut a écrit de ça qu'il n'en attendait plus rien que de la part de Dieu. Si cela est vrai, voilà encore un coup de pied à l'antimoine, qui est tantôt ici infâme et odieux à tout le monde. » Cette conclusion, très digne de l'exorde, n'était pas vraie pour Renaudot, qui avait le droit de compter parmi les partisans les plus intrépides du nouveau remède. On lui doit même un petit ouvrage assez curieux ayant pour titre : L'ANTIMOINE JUSTIFIÉ ET TRIOMPHANT, où il montre beaucoup trop de logique et d'esprit pour ne pas être considéré tout au moins comme aussi infâme et odieux que le puissant agent thérapeutique. C'était plus qu'il ne fallait pour mériter la colère et la haine des médecins qui voulaient rester fidèles aux anciens erremens; et la Faculté se détermina à intenter à l'audacieux médecin de Montpellier un procès en bonne forme.

Renaudot était accusé d'usurpation de droits et de privilèges sur la Faculté de Paris. Sa haute et basse clientèle appartenait ou devait appartenir seulement aux médecins qui avaient pris leurs degrés à l'Ecole de la ville; et comme il causait un grand mal à toute la profession, le Parlement était prié de lui ordonner de fermer ses bureaux de consultations et de cesser toute fonction de médecin. Renaudot se défendit avec un rare courage et avec une non moins rare habileté. Voyant qu'on attaquait en lui l'Ecole de Montpellier, dont il s'honorait de défendre les doctrines, il eut l'art de la faire intervenir dans le procès, sans en avoir l'autorisation. Cette manœuvre donna à toutes les péripéties de ce drame judiciaire un retentissement sans exemple. Les cours et les salles du Parlement étaient envahies dès le matin par une nombreuse compagnie composée du ban et de l'arrière-ban de la médecine, depuis les sommités de la science jusqu'aux apothicaires des quartiers les plus reculés, et où ne manquait pas aussi non plus bon nombre de gens du monde et d'anciens malades sauvés par la vertu du nouveau médicament. Dans les factums et les plaidoiries qui se succédèrent dans ce procès, que Renaudot sut faire traîner en longueur, il raconta le bien qu'il avait fait et dévoila les vrais ressorts de la ligue puissante qui s'efforçait à la fois à flétrir sa réputation et à renverser sa fortune. Le stratagème, plus adroit que moral, qu'il avait employé en faisant intervenir la Faculté de Montpellier lorsqu'elle n'était pas directement en cause, devait tourner contre lui lorsqu'il serait découvert. Ce fut précisément ce qui arriva; mais comme son esprit était très fécond en ressources, il eut bientôt réparé la brèche que cet échec avait faite à sa défense. Il fit comparaître une députation de pauvres qui déclara que la condamnation de Renaudot leur serait très préjudiciable, et qu'en plaidant pour lui il soutenait les intérêts des malheureux. J'ignore si les juges se laissèrent attendrir un moment en faveur de celui qui réunissait sur sa tête de si vigoureuses haines; je ne sais si les amis du gazetier se liguèrent de leur côté pour le sauver de si terribles embarras; toujours est-il qu'il fut condamné en vertu d'un principe qui dit qu'il ne

la faute du malade que par celle du médecin. En effet, les individus à intelligence généralement peu exercée qui sont reçus dans les hôpitaux n'apprécient pas aussi bien, à beaucoup près, les altérations fonctionnelles dont il s'agit que celles qui surviennent dans des appareils dont les résultats sont plus visibles pour ainsi dire dans l'appareil digestif par exemple, qui trahit sa souffrance par des digestions pénibles, ce que chacun observe avec grand soin, ou par plus ou moins de selles dans un temps donné, ce que chaque malade peut toujours compter. A cela, ajoutez que ces symptômes sont quelquefois peu tranchés, offrent quelques variations et que le typhisé est fort peu causeur par suite de sa maladie même.

2° Les phénomènes sont bien tels que nous les avons décrits, avec des nuances.

C'est surtout en interrogeant des malades un peu intelligens qu'on pourra retrouver l'ensemble précis de tous les symptômes. La chose est le plus souvent assez délicate, les nuances sont difficiles à saisir; aussi faut-il apporter une grande attention et se garder, si l'on veut rester dans le vrai, de faire ces sortes de questions qui dictent presque nécessairement la réponse qu'on veut obtenir.

M. Chomel, dans ses leçons cliniques des derniers mois de 1844, a insisté, avec beaucoup de raison, sur la faiblesse musculaire caractéristique qui existe dans les prodrômes de la fièvre typhoïde, et a fait remarquer, avec non moins de raison, qu'on a besoin d'y regarder de près pour apercevoir ce symptôme bien précieux et bien important, quoiqu'il ne soit pas saisissable à première vue, comme la prostration qui se manifeste plus tard.

M. Louis nous montre aussi, dans presque toutes ses observations, cette faiblesse si remarquable et quelquefois si considérable, dit-il, que le malade ne peut se tenir debout.

MM. Serres et Petit ont fait un livre qu'on a l'air de ne plus citer que pour mémoire; et c'est là, selon nous, un grand tort, car on y trouve quelques points aussi complétement élucidés que dans nos plus modernes monographies, témoin leur tableau des symptômes nerveux. Nous y lisons: « La fièvre entéro-mésentérique est *essentiellement et primitivement adynamique*. » (P. 285). Ailleurs: « Lorsque les malades entraient, il y avait quelque temps qu'ils luttaient contre un sentiment de faiblesse, de malaise général. » (P. 129.) A leur entrée à l'hôpital, ils présentaient, selon ces auteurs, un ensemble de phénomènes où je retrouve les caractères de la stupeur commençante.

En lisant la relation, aussi détaillée que nous avons pu l'obtenir, des phénomènes prodromiques, dans les observations insérées dans ce mémoire, vous retrouverez tous les symptômes que j'ai décrits. C'est d'après ces observations et nos souvenirs que nous avons tracé les deux formes de la période prodromique. Dans nos observations antérieurement recueillies, c'est-à-dire à une époque où nous ne poussions pas si loin l'analyse de cette période, nous retrouvons pourtant tous ces symptômes, non plus réunis par groupes plus ou moins complets, mais épars. Feuilletez Andral, Chomel, Serres et Petit, Hildenbrand (Du typhus contagieux), et surtout Louis, et vous verrez qu'aucun des signes par nous indiqués ne manque de s'y trouver un plus ou moins grand nombre de fois.

3° Cette actioo déprimante portée sur le système nerveux se rencontre dans les prodrômes de quelques maladies générales; elle est surtout marquée dans la fièvre typhoïde.

Dans les prodrômes des maladies locales, vous trouverez bien du brisement, de la courbature, de la fatigue, mais non pas ce laisser-aller, cette insouciance, cette torpeur, cette paresse, ce dégoût pour tout exercice musculaire ou de la pensée. Les phénomènes précurseurs de certaines maladies générales miasmatiques, putrides, etc., pourront bien offrir une certaine ressemblance avec ceux de la dothinenterie, ce que nous sommes loin d'oublier; car cela établit un rapprochement qui nous est tout favorable et dépose contre M. Forget, qui ne voit dans la fièvre typhoïde qu'une maladie primitivement locale.

M. Chomel, dans les leçons cliniques que nous avons déjà citées, s'exprima ainsi: « Il est extrêmement rare qu'un individu atteint de fièvre typhoïde nous arrive autrement qu'en brancard, tant les forces musculaires sont lésées dans les prodrômes de cette maladie, tandis que dans presque toutes les autres affections non encore intenses ils arrivent le plus souvent à pied. »

Parmi nos soldats, il est plus fréquent de voir des typhisés arriver à pied, ce dont on se rend compte par leur caractère et le régime sous lequel ils vivent. Mais bien des fois nous avons vu le militaire qui entre pour se faire inscrire à la salle de garde oublier tout devoir de politesse et s'asseoir à côté du chirurgien de garde, cela comme automatiquement, par fatigue ou par insouciance, sans y penser, chose qui s'observe bien rarement dans les autres maladies. Cette remarque cessera de paraître futile si l'on veut bien se reporter aux mœurs du soldat, habitué à respecter ses supérieurs; elle semblera au contraire caractéristique.

Souvent le malade ne parvient à gagner l'hôpital à pied qu'à l'aide de grands efforts, dans lesquels il épuise ce qui lui reste d'activité, et cet épuisement peut amener prématurément l'ataxie. Nous en avons observé de nombreux exemples. Les obs. XVII et XVIII de M. Louis sont remarquables sous ce rapport: les malades arrivent à pied, mais ils délirent la nuit même de leur entrée.

La céphalalgie, les épistaxis, les symptômes fournis par l'appareil digestif abdominal surtout, seront ajoutés aux signes que nous avons énoncés, pour former le groupe phénoménal des prodrômes de la fièvre typhoïde. Les symptômes abdominaux sont prédominans sur tous les autres symptômes fournis par les divers appareils de la vie nutritive. Nous en parlerons dans notre deuxième partie. Les épistaxis sont plus fréquentes que dans les prodrômes de la plupart des maladies, mais ne sont pas propres à l'affection typhoïde. La céphalalgie s'observe dans un bien plus grand nombre de cas encore, surtout dans les maladies générales miasmatiques, dans les fièvres éruptives et dans la méningite; mais, dans ce dernier cas, elle est bien plus intense et elle est le symptôme local d'une maladie également locale. Tout ceci tend à prouver une chose, c'est qu'il faut examiner non pas seulement chaque signe en particulier, mais aussi la physionomie générale des prodrômes.

Je vais donner quelques résultats statistiques sur la fréquence de ces signes. Un enseignement utile peut être trouvé dans les statistiques, c'est que la fièvre typhoïde offre, selon les épidémies dans le même lieu, et surtout selon les pays, de notables différences, de sorte que c'est tantôt un phénomène, tantôt un autre qui prédomine par sa fréquence et son énergie sur les autres phénomènes qui peuvent pâlir ou même manquer.

---

faut pas vouloir faire chez les autres ce qu'on leur interdit de faire chez soi. Or, la Faculté méridionale avait le privilége de défendre l'exercice de la profession dans Montpellier aux médecins qui n'avaient reçu d'elle leur licence, il était juste qu'il en fût absolument de même pour la Faculté de Paris. Renaudot fut donc obligé de renoncer à sa clientèle, à celle des pauvres comme à celle des riches; il ne lui resta que la Gazette de France pour vivre et pour se venger.

Le publiciste, à qui il était désormais interdit, de par le Parlement, de faire acte de médecin, mourut quelques années après. Le procès lui avait été intenté en 1640, et il succomba en 1653, d'après le témoignage de Guy-Patin. Il mourut pauvre; les frais de justice avaient dû ouvrir de larges brèches dans sa bourse. Mais, s'il ne laissa pas beaucoup d'écus, il laissa après lui des souvenirs cuisans au sein de l'Ecole de Paris, de bonnes idées qui ont fructifié depuis sa mort, une postérité qui a donné un membre, assez médiocre d'ailleurs, à l'Académie française, l'abbé Eusèbe Renaudot; enfin, des ouvrages dont l'un est destiné à faire connaître un cas chirurgical qui tient du miracle, et l'autre à chanter le triomphe du médicament qui était le cauchemar des vieux pères conscrits de la Faculté. Toutefois, Renaudot ne se borna pas à ces écrits qui tenaient directement à sa profession; il crut que, pour faire son chemin dans le monde, il devait cultiver surtout un genre de littérature tout différent. Aujourd'hui on ferait des dédicaces, il se livra à la facture de l'éloge avec un zèle qui annonçait une impérieuse vocation. Ainsi, on a de lui l'Abrégé de la vie et de la mort de Henri de Bourbon, prince de Condé; La vie et la mort du maréchal de Gassion; enfin, La vie du frère du cardinal-ministre, Michel Mazarin, cardinal de Ste-Cécile. Il est à remarquer que ces écrits furent publiés pendant la durée du procès. A cette époque surtout, Renaudot sentait plus que jamais le besoin de se faire des protecteurs. Cependant, l'éloge des morts ne le sauva pas de la fureur des vivans. Il succomba, et s'il eut une consolation dans sa chute, ce fut celle de voir que l'antimoine n'était pas tombé avec lui, et qu'il triomphait de tous ses ennemis, comme il l'avait prophétisé dans son curieux opuscule.

Renaudot n'était pas un savant, mais c'était un des esprits les plus actifs, les plus féconds du dix-septième siècle. Calomnié par ses ennemis et mal apprécié par la plupart de ses amis, sa mémoire méritait un meilleur sort. Il a eu l'ambition de l'éclat bruyant, d'une fortune considérable; mais toutes ses tentatives avaient un but louable et même généreux, loin de se résoudre seulement dans des calculs d'intérêt personnel. Il a commis bien des fautes sans doute, et marché peut-être quelquefois sur cette lisière étroite qui sépare la moralité de ce qui commence à ne plus lui ressembler. Toutefois, n'a-t-il pas un peu racheté ces fautes en souffrant pour l'antimoine, ce remède si utile à notre thérapeutique, et que malgré ses bons effets on voulait à toute force ne pas admettre dans la famille de nos moyens curateurs? N'est-ce pas quelque chose que de lutter à outrance pour la vérité contre l'erreur, n'importe les persécutions que doit attirer cette conduite? C'est donc à travers cette opposition courageuse et les autres services qu'il a rendus à l'Etat, qu'il faut juger Théophraste Renaudot. On ne s'exposera pas ainsi à abaisser sa valeur au niveau des calomnies dont il a été l'objet pendant la moitié de son existence, et qui l'ont conduit prématurément au tombeau.

Ed. C.

Céphalalgie. M. Forget dit qu'elle manque *fréquemment* dans les prodrômes, et qu'elle peut même manquer dans tout le cours de la maladie. Or, dans notre série de 11 cas (Arch. gén., septembre 1844), elle ne manqua pas une seule fois pendant les prodrômes; il en est de même dans les neof observations rapportées dans ce travail; enfin, dans 108 cas observés avec soin à Lyon, je la retrouve encore constamment notée, seulement il y eut trois fois de simples lourdeurs pénibles dans la tête; mais je dois dire aussi que, dans quelques-uns de ces 108 cas, la date précise de l'apparition de la céphalalgie n'est pas indiquée.

Epistaxis. Dans notre série de 11 cas, je ne trouve que 3 fois des épistaxis, et encore, dans un cas, l'hémorrhagie n'eut pas lieu dans la période prodromique. Dans nos neuf observations, une seule épistaxis est notée et n'eut pas lieu dans les prodrômes. Dans nos 108 cas, au contraire, il y eut 46 fois des épistaxis.

Je conçois donc bien le reproche qu'on a adressé à M. Forget de n'avoir observé que dans un seul lieu, reproche qu'on pourrait tout aussi bien adresser à beaucoup d'autres; et je comprends les enseignemens que les anciens puisaient dans les récits de leurs *médecins voyageurs*, antique institution que les officiers de santé militaires représentent assez bien chez nous. Pour notre part, nous avons observé les fièvres typhoïdes de Paris, des Vosges, de Strasbourg, de Lyon et de Metz; eh bien! à Lyon, les taches lenticulaires, les pétéchies, les ecchymoses même étaient fréquentes dans le cours de la maladie; à Metz, nous n'avons guère vu que des sudamina, et encore pas toujours. A Lyon, assez peu de complications graves pulmonaires à l'hôpital militaire, tandis qu'elles furent si communes aux hôpitaux civils, que M. Dupasquier crut devoir mettre dans le poumon le siége principal de la fièvre typhoïde; à Metz, beaucoup de complications pulmonaires et non plus seulement avec râle sibilant diffus dit typhoïde, mais avec râle muqueux, muqueux fin, crépitant humide et même quelquefois crépitant. Dans une première épidémie, à Metz, forte diarrhée apparaissant de bonne heure et persistant longtemps; dans une seconde épidémie, dont beaucoup de cas figurent dans ce travail, il y eut plutôt constipation, quelquefois opiniâtre. Je tiens d'un praticien, dont la clientèle est disséminée dans le pays si accidenté des Vosges, que quelques épidémies lui ont offert des prédominances fort singulières dans certains lieux. Ce praticien, sie beaucoup d'autres confrères de province, croit la fièvre typhoïde contagieuse dans certains cas (1); à Paris, on est très généralement d'une opinion tout à fait contraire. On dit que les individus athlétiques sont plus souvent et plus énergiquement atteints par la fièvre typhoïde que les sujets de moyenne ou de faible constitution; nous avons cherché à démontrer ailleurs (2) que cela peut être quelquefois, mais que le contraire peut arriver aussi, et nous avons connu comment une terrible épidémie sévit, à Lyon, avec une prédilection des plus marquées sur les soldats que nous avait fournis la Corrèze, êtres malingres, étiolés au physique comme au moral et les plus mauvais soldats de France, épidémie terrible en effet, car sur 600 conscrits incorporés, il y eut 200 morts, la plupart de dothinentérie. Mais quoi de plus remarquable, comme apparition de phénomènes insolites, que cette monomanie suicide qui s'empara un beau jour, à Lyon, de deux espèces de malades, des sujets souffrant, soit de méningite, soit de fièvre typhoïde dans ses premiers jours ou lorsque la convalescence était déjà déclarée? Ils se précipitèrent en assez grand nombre par les fenêtres pour qu'il fût fortement question de griller toutes les ouvertures. Ce fait extraordinaire est loin pourtant d'être unique dans la science : je trouve son pendant dans la relation de la peste de Londres. (Raymond, p. 166.)

N'adoptons donc pas les résultats d'une seule statistique, reposât-elle sur de très nombreux faits, et usons de cette réserve, non seulement à l'égard de certains épiphénomènes, mais aussi quand il s'agira de faits capitaux. En effet, M. Louis, sans nier les phénomènes précurseurs, les dit très rares; M. Chomel les note 39 fois sur 112 cas; et, d'un autre côté, M. Forget les croit beaucoup plus fréquens, ce en quoi nous sommes d'accord avec lui. Dans nos 108 cas, nous les avons vus 70 fois; sur nos 11 cas, 11 fois; enfin, 6 fois sur les 9 qui suivent.

Apprécier la durée des prodrômes n'est pas chose facile dans la fièvre typhoïde, et, dans l'impossibilité de prendre l'éruption comme signe du commencement de la maladie et de la fin des prodrômes, ainsi que cela se peut dans les fièvres éruptives, on doit arrêter les prodrômes à l'époque où le malade est forcé de s'aliter, ce qui n'est qu'approximatif, comme le remarque M. Forget.

(1) Nous avons cité (Thèse inaug., 76) des faits de contagion qui nous semblent incontestables. Nous ne comprenons pas la contagion comme tout le monde (V. Sur la contagion, br. in-8°. Paris, 1844); mais ces faits sont de nature à être acceptés par tous, quelles que soient les opinions.

(2) F. Jacquot, Recherches sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. (Journ. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier.)

Je terminerai cet article par quelques mots sur le diagnostic différentiel pendant la période prodromique. Et d'abord, rappelons que les phénomènes précurseurs de la fièvre typhoïde sont tout à fait dissemblables de ceux des maladies locales, et qu'ils se rapprochent au contraire de ceux des maladies *totius substanciæ*, miasmatiques, etc., surtout de ceux des fièvres éruptives; or, c'est précisément de ces dernières affections si fréquentes chez nous, qu'il faut distinguer la dothinentérie à sa période prodromique.

Dans la rougeole, la variole et la scarlatine, les phénomènes de sédation nerveuse sont moins marqués que dans la fièvre typhoïde; cette différence peut ne pas exister, dans quelques cas, chez les enfans; mais ces cas sont exceptionnels : bien rarement, disent MM. Rilliet et Barthez, nous avons observé de l'assoupissement dans les prodrômes des fièvres éruptives. Mais, le cas échéant, on invoquera quelques phénomènes propres à chaque espèce de fièvre éruptive. Si les prodrômes sont apyrétiques, on devra craindre une fièvre typhoïde, car la fièvre accompagne à peu près constamment les phénomènes précurseurs des fièvres éruptives. Dans celles-ci, la fièvre est en chaud, ou, du moins, on ne remarque pas ces frissons intenses et prolongés qui précèdent souvent la dothinentérie.

Voici quelques caractères propres à chaque espèce.

Dans les prodrômes de la rougeole, les muqueuses oculaire et nasale sont le siége d'un gonflement avec rougeur et hypersécrétion, d'où enchifrènement, coryza, éternuemens; il y a une toux laryngée fort constante et accompagnée d'un peu de dyspnée, mais sans aucune espèce de râles (Andral); la légère angine qui se déclare est constituée par une simple piqueté rosé ou rouge pâle; les symptômes fournis par la partie supérieure du tube digestif sont les mêmes que dans la fièvre typhoïde, soif, anorexie, rarement des vomissemens; mais les symptômes fournis par la partie inférieure sont bien moins tranchés, il y a peu de dérangement dans la quantité et la qualité des selles; les épistaxis sont rares dans la rougeole; la céphalalgie est assez fréquente, mais moins intense que dans la fièvre typhoïde.

Dans la scarlatine, le pharynx est le siége d'une rougeur exanthématique à peu près uniforme et souvent parsemée, déjà dans les prodrômes, de taches blanches pultacées; la déglutition est gênée, il y a de la douleur à la gorge; les muqueuses nasale et oculaire sont assez souvent entreprises; mais il y a bien moins d'hypersécrétion que dans la rougeole; la toux est moins fréquente, moins brève, peut-être plus rude que dans la rougeole; la céphalalgie manque très souvent, et quand elle existe elle est peu intense; il y a d'ordinaire bien plutôt constipation que diarrhée, contrairement à ce qui existe dans la fièvre typhoïde.

Le diagnostic est bien plus difficile s'il s'agit d'une variole, parce que, dans cette maladie, il n'y a pas, comme dans les deux précédentes, de manifestations morbides aussi caractéristiques sur les muqueuses visibles, tandis qu'au contraire l'appareil digestif, comme par compensation, fournit des symptômes plus marqués, ce qui tend encore à rendre plus facile la confusion. Observons pourtant que la douleur abdominale qui existe assez souvent s'accompagne le plus fréquemment de constipation, et que les nausées et les vomissemens sont plus communs que dans la fièvre typhoïde; n'oublions pas non plus la rachialgie, qui semble propre à la variole, tandis que, dans la fièvre typhoïde, la douleur n'occupe surtout les membres pelviens; enfin, on devra prendre en considération l'existence d'une épidémie de variole ou de dothinentérie, l'existence ou l'absence d'une variole ou d'une vaccination antérieures.

M. Forget et M. Louis disent avoir pris plusieurs fois une fièvre typhoïde pour une fièvre éruptive, et *vice versâ*, dans la période prodromique. Nous croyons avoir ici peu éclairé ce point en appréciant à sa juste valeur la stupeur qui accompagne les phénomènes précurseurs de la dothinentérie; mais nous avouons que l'erreur est possible encore dans plusieurs circonstances, surtout chez les enfans, quand on a en regard, d'une part les prodrômes d'une fièvre éruptive, avec somnolence et sans manifestations morbides sur les muqueuses; d'autre part les prodrômes d'une fièvre typhoïde, forme pyrétique.

La fièvre est un élément qui fait le fond des prodrômes de presque toute maladie; les symptômes fournis par l'appareil digestif ne sont point caractéristiques dans la fièvre typhoïde; la stupeur, au contraire, a une valeur réelle. Ce principe, qui n'est que la généralisation des faits observés, nous a singulièrement servi dernièrement; et puisqu'il s'agit ici de diagnostic et de clinique, donnons quelques détails à ce sujet.

En mai dernier, nous reçûmes à l'hôpital du Gros-Caillou, principalement dans le service de médecine de M. Barby, un assez grand nombre de soldats souffrans depuis trois à huit jours; et voici le tableau que l'interrogation d'une vingtaine de ces sujets nous permet de tracer des phénomènes qui se sont présentés pendant cette période. Chez la plupart, chaleur fébrile d'emblée, puis bientôt après très légers frissons chez deux ou

trois; chez le plus petit nombre, le frisson ouvrit la scène; puis la fièvre fut continue, *en chaud*, on offrit des exacerbations quotidiennes, vers le soir, précédées ou non de quelques frissons peu intenses et peu prolongés; chez presque tous, céphalalgie, surtout frontale, continue, peu vive; épistaxis chez quatre; toux très variable, le plus souvent rare et peu forte; chez quelques-uns plus prononcée et avec râle sibilant; vomissemens et nausées chez quelques-uns seulement; inappétence et soif chez tous; chez la plupart, diarrhée ou alternatives de diarrhée et de constipation; chez deux ou trois, il y eut léger météorisme, et M. Barby constata même du gargouillement. Les phénomènes du côté de l'abdomen furent assez marqués chez deux sujets pour faire prescrire à l'un des lavemens laxatifs pour remédier à la constipation, et des fomentations émollientes; chez l'autre, des lavemens amylacés opiacés, et quelques sangsues à l'anus contre la diarrhée. Tous ces symptômes, du reste, s'évanouirent très rapidement.

A première vue, cet ensemble pouvait très bien faire présager une fièvre typhoïde. Mais, en y regardant de plus près, il était facile de voir que le principal symptôme manquait, la stupeur. En effet, le malade n'avait que l'abattement, la fatigue qui accompagne d'ordinaire toute maladie fébrile; mais quoique fatigué et gardant le lit, il causait volontiers, sans divagations et longuement si on l'y engageait; son regard gardait son expression naturelle et se mettait en rapport avec les objets environnans; le sommeil, quoique mauvais dans beaucoup de cas, n'était point tourmenté de rêves, etc. Aussi, quoique l'un des premiers sujets qui commença cette scène présentât: céphalalgie, épistaxis, râle sibilant, toux, léger météorisme et gargouillement, alternatives de diarrhée et de constipation, nous n'hésitâmes pas un instant à penser qu'il s'agissait de tout autre chose que d'une fièvre typhoïde. M. Barby, à la sagesse éclairée duquel nous nous plaisons à rendre justice ici, fut aussi réservé que nous.

Ces affections ne furent que des fièvres printannières continues ou un peu rémittentes, dont la durée varia de quatre à douze jours, en général, et qui se terminèrent franchement. Elles commencèrent à paraître dans la seconde moitié d'avril; vers le 20 mai, elles étaient à leur apogée; elles disparurent rapidement à dater des premiers jours de juin.

DE LA STUPEUR DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Les phénomènes que nous comprendrons, pour le moment, et qu'on devrait peut-être toujours comprendre sous le nom générique de stupeur, phénomènes dont les auteurs ont appelé les divers degrés, assoupissement, somnolence, stupeur, consa et carus, existent toujours dans la fièvre typhoïde, plus ou moins. Mais il ne faut pas les chercher sur la physionomie seule; les sens, la parole, les fonctions, les mouvemeus doivent être interrogés.

D'abord, caractérisons cette stupeur depuis ses plus faibles degrés, ce qui nous semble nécessaire, car généralement on n'apprécie la stupeur que quand elle est déjà très prononcée.

Je crois qu'on ne peut se refuser à la voir dans les phénomènes prodromiques que nous avons décrits: c'est là ce que nous appellerons le premier degré de la stupeur.

La maladie débute; et nous reconnaissons, aux signes suivans, la stupeur au second degré:

Traits du visage moins mobiles, le miroir de la physionomie reflétant moins bien les impressions elles-mêmes perçues moins vivement qu'à l'état physiologique; le malade s'occupe fort peu de son affection; loin d'aller au devant des questions, il semble désirer qu'on le laisse tranquille; loin d'être causeur, il répond brièvement, sèchement, quelquefois avec une mauvaise humeur bien évidente; mis sur son séant il se lasse assez vite et quand on quitte son lit il se laisse couler sous ses couvertures; si c'est une femme, elle ne s'opposera à ce que vous la découvriez que par quelques mouvemens et quelques mots et ne vous fera pas ces observations verbeuses si familières aux femmes; les yeux sont généralement secs, vitrés, et quelques observateurs ont noté les clignotemens moins fréquens et plus lents; le malade suit encore les mouvemens qui se passent autour de lui, mais avec lenteur et sans discernement, de sorte que ses yeux se détournent quelquefois du médecin qui seul pourtant devrait les attirer, pour suivre un mouvement quelconque qui se passe près du lit ou pour s'attacher sur un assistant qui offre quelque singularité; si vous lui demandez de vous montrer la langue, il la pousse encore hors de la bouche et la rentre, mais parfois avec une sorte de maladresse; dans la journée il a de la tendance à s'assoupir, ses nuits sont mauvaises, souvent il s'agite un peu en marmotant quelques mots; il rêve beaucoup et le lendemain ne se rappelle que très rarement ce qu'il a rêvé; les sens sont moins exquis, l'ouïe surtout; il s'affecte peu encore continuellement le coucher en supination; la céphalalgie persiste ou même est plus intense que dans les prodrômes, il peut survenir des épistaxis.

Quelques traits de ce tableau sont un peu différens quand la réaction est très intense, de sorte qu'on pourrait presque reconnaître ici deux variétés de physionomie dans ces symptômes, comme nous l'avons fait pour les prodrômes. Quand la réaction est forte, en effet, le malade sort de temps en temps de cette sorte de torpeur, a de l'anxiété, s'agite comme automatiquement, sans but, a de sinistres pressentimens. C'est peut-être dans ces cas qu'on a noté l'air de tristesse, de préoccupation, de souffrance; mais prenons-y garde, car rien ne ressemble plus à la préoccupation, à la tristesse, que l'hébétude, au premier abord du moins.

Au troisième degré de la stupeur l'indifférence est plus prononcée; le malade répond lentement et semble quelque peu chercher les phrases les plus simples, surtout leur seconde partie, sa mémoire étant si fugitive ou son attention si peu présente qu'il oublie déjà l'objet sur lequel il doit répondre; il lui échappe quelquefois des mots entrecoupés, sans but, quand il est laissé à lui-même; il ne sait même plus sans discernement les actes qui se passent autour de lui, il les remarque à peine ou pas du tout, de sorte que son regard hébété ou étonné et hagard n'est plus en rapport avec les objets environnans; si c'est une femme, elle se laissera découvrir toutes les parties du corps sans presque le remarquer; les traits, quoique encore un peu mobiles, sont sans expression, lâches, tombans, la pupille se cache, dans un assez grand nombre de cas, sous la paupière supérieure, ce qui contribue à donner un singulier aspect à la face, les lèvres sont pendantes, quelquefois tremblantes et la bouche entr'ouverte laisse voir les dents sèches et pulvérulentes; le malade ne tire la langue que lentement; il faut fixer davantage son attention pour qu'il entre en communication bien complète avec vous, et sitôt que vous le laissez à lui-même il retombe dans son état de semi-isolement; nous avons quelquefois vu le malade parler encore d'une manière assez suivie, mais alors il avait des idées bizarres, originales; les sens sont obtus, l'ouïe surtout qui peut-être est toujours émoussée; dans quelques circonstances il y a des tintemens d'oreille, d'autrefois des anomalies de sensibilité de la peau; la céphalalgie diminue déjà d'intensité, l'insomnie habituelle ou bien l'assoupissement nocturne s'accompagne de rêves et de plaintes ou cris dont le malade ne garde aucun souvenir, de sorte qu'il faut interroger les infirmiers pour savoir si le malade a parlé tout haut la nuit; dans la journée il s'assoupit aussi et ce demi-sommeil est tourmenté de rêvasseries; si on l'assied sur son lit, ou est obligé de le soutenir, car il éprouve des vertiges, des tremblemens et croit à chaque instant qu'il va se trouver mal; des épistaxis peuvent avoir lieu. J'ai vu bien des cas de fièvre typhoïde peu grave dans lesquels la stupeur n'a pas passé ce degré.

Nous arrivons maintenant à un degré de stupeur si marqué qu'on ne peut la méconnaître; il est donc inutile d'en parler. On ne l'aperçoit pas, au contraire, dans la plupart des cas quand elle n'est qu'au premier degré; souvent on la méconnait au second, quelquefois même au troisième.

M. Feyler, élève de M. Forget, dit, dans sa thèse inaugurale (1): M. Jacquot a voulu démontrer que, dans tout le cours de la maladie, on constate la stupeur... Or on ne peut nier que les obs. 10, 12, 14, 15, 16 de la clinique de M. Andral, que les obs. 4, 13, 21, etc., de l'ouvrage de M. Louis, et tant d'autres, se rapportent à la maladie que vous appelez fièvre typhoïde; or, dans tous ces cas, le facies était naturel, et il n'y a eu au début d'autres symptômes nerveux que la céphalalgie accompagnée de malaise général et de lassitude, ainsi que cela se voit dans une foule de maladies.

Si, restreignant le mot stupeur, on ne veut la reconnaître que dans l'hébétude du facies arrivée presque à son summum, certes on verra plus d'une fièvre typhoïde sans stupeur; mais ses premières nuances même pas toujours échappé dans les observations citées.

Ces observations, je vais les reprendre chacune en particulier, non pour faire de la polémique, je le répète, mais parce que, dans l'impossibilité où je suis d'examiner toutes les observations de fièvre typhoïde, je crois ne pouvoir plus loyalement agir qu'en combattant ce que la partie adverse nous oppose en première ligne.

Obs. X (d'Andral). — Dans les prodrômes, *céphalalgie, grand abattement physique et moral*. Mais d'abord s'agit-il bien d'une fièvre typhoïde? Le sujet était tuberculeux et l'on trouva sept ou huit petites ulcérations au-dessus du cœcum; or cela se rencontre souvent dans la phthisie, et je ne trouve pas de renseignemens bien caractéristiques qui peuvent me guider dans cette observation. Mais je crois réellement qu'il s'agit ici d'une fièvre typhoïde à cause de quelques symptômes et de l'état de cru-

(1) Ch. Feyler, Considérations sur la fièvre typhoïde, thèse de Strasbourg, 1844.

dité des tubercules; eh bien! faites attention au *grand accablement physique et moral* noté dans les prodrômes; n'oubliez pas que la stupeur passe inaperçue dans ses premiers degrés, et vous verrez que cette observation n'est nullement probante.

Obs. XII. — Le malade est entré le 15. Le 23, on note *le plus haut degré de stupeur avec perte complète de l'intelligence;* mais on n'a pas dit un mot auparavant de la stupeur! Il n'est pas difficile de voir qu'ici l'on n'a noté la stupeur que lorsqu'elle était à son apogée et qu'elle remontait à une époque bien antérieure.

Obs. XIV. — *Céphalalgie* dans les prodrômes. Entré le 11. Le 13, *ouïe dure, idées embarrassées;* le 14, *stupeur très prononcée, yeux fermés, tendance au coma.* Les mêmes réflexions sont ici applicables.

Obs. XV. — Dans les prodrômes, *forte céphalalgie, forces diminuées.* Entré le 28. *Brisement des membres, accablement général.* M. Andral ajoute, dans les réflexions qui suivent l'observation, qu'à peine la première saignée faite le malade tomba dans *un état adynamique des plus prononcés;* or la saignée fut pratiquée le 29, deux le 30, on à peu près, l'adynamie existait, quoique l'auteur ne l'ait pas notée à cette époque. Le 31, *stupeur.* Le 1er, le malade est *très sourd.* D'ailleurs, quand même il serait certain que les premiers jours de souffrance qui précédèrent la maladie ne s'accompagnèrent d'aucune nuance de stupeur, cela ne déposerait pas encore contre nous, car M. Andral écrit *fièvre rémittente au début;* et il est donc possible qu'à cette époque il n'y ait eu que cette maladie étrangère, à laquelle la dothinenterie succéda.

Obs. XVI. — *Étourdissemens* dans les prodrômes; les voies digestives ne fournirent que plus tard quelques symptômes. Le malade entra le 1er, je crois. Le 8, *l'ouïe commença à être dure; prostration,* le 11; le 13, *surdité extrême; l'expression des yeux n'est plus en rapport avec les objets environnans; le malade déraisonne depuis la veille;* mais la veille c'était le 12, et je lis pourtant : intelligence très nette le 12!!

M. Feyler sera-t-il plus heureux avec les observations de M. Louis? Voyons-le rapidement.

Obs. XIII. — M. Louis dit qu'on ne put rien savoir, si ce n'est que le sujet était malade depuis quatre jours, et qu'on lui avait donné un émétique. Deux heures après l'entrée à l'hôpital, *stupeur profonde, assoupissement.* Donc la stupeur existait avant l'entrée. Est-il possible qu'on nous oppose de pareils faits qui sont tout pour nous?

L'Obs. XXI n'est pas plus probante. Au début : *lassitudes, tendance au sommeil.*

L'Obs. IV vaudrait-elle mieux pour M. Feyler? Le malade entra le 1er novembre, et le même jour on note *physionomie naturelle,* c'est vrai, mais aussi *sentiment d'une profonde faiblesse, somnolence le jour.*

On voit que M. Feyler s'est étrangement fourvoyé : il invoque à son appui des preuves qui déposent contre lui. L'erreur, du reste, est certainement plus pardonnable à propos des phénomènes complexes que nous avons rangés sous le nom de stupeur qu'à propos de tout autre objet, car cette stupeur a mille formes, mille variétés : tantôt ce sont les traits de la figure, tantôt l'intelligence, tantôt les sens, tantôt la parole qui en portent l'empreinte, et, par d'insensibles nuances, elle se confond, au bas de l'échelle, avec l'état normal de la physionomie, de l'intelligence, des sens, de la parole, tandis que, au sommet de cette échelle, elle vient se fondre dans le coma le plus complet. Ces difficultés d'appréciation nous vaudront, nous osons l'espérer, un peu d'indulgence si nous avons failli; et comment ne pas quelquefois faillir quand on voit l'erreur se glisser jusque dans un des meilleurs livres de notre époque, dans l'œuvre du plus judicieux, du plus consciencieux et du plus exact observateur de nos jours?

La somnolence a manqué cinq fois, dit M. Louis, chez les sujets morts de fièvre typhoïde (Obs. II, VIII, etc.), c'est-à-dire dans 1/9 des cas. Or, reprenons ces observations :

En tête de l'Obs. II, je lis Somnolence; plus loin, *expression d'une profonde indifférence, parole mal assurée, phrases interrompues, hésitation.*

Je lis dans l'Obs. VIII : *Faiblesse considérable, mouvemens pénibles, indifférence, attitude abandonnée; on découvre le malade sans qu'elle paraisse y faire attention.*.. Plus loin : *Silence obstiné.*

Il n'est donc pas oiseux d'entreprendre un travail sur les phénomènes de la stupeur dans la fièvre typhoïde, car l'on voit qu'il reste quelque chose à faire ou à compléter à ce sujet.

Du délire dans la fièvre typhoïde; mortalité.

De même que les premières nuances de la stupeur, les premiers degrés du délire échappent souvent aussi à l'observateur. Ainsi, un malade répond-il juste encore, quand on insiste fortement, on conclut qu'il ne délire pas, sans interroger davantage; nous allons démontrer que ce mode de procéder est souvent inexact.

On s'accorde généralement à reconnaître que la fièvre typhoïde présente des exacerbations nocturnes, et MM. Serres et Petit ont très bien fait remarquer que ces exacerbations ont lieu bien plutôt par l'aggravation des symptômes nerveux que par l'augmentation de la fièvre. *A priori* on devait donc penser que les premiers phénomènes du délire se montrent la nuit; et l'expérience confirme cette vue. Les infirmiers nous disaient assez souvent que tel typhisé qui était tranquille pendant le jour, parlait à haute voix la nuit. Nous tirâmes de ces renseignemens une simple présomption et non une certitude de délire, car ces paroles pouvaient bien être prononcées pendant les rêves, ce qui n'impliquerait pas délire. Pour nous éclairer complètement, toutes les fois que, étant de garde, on nous appelait de nuit dans les salles pour un malade quelconque, nous visitions les typhisés en observation et nous les faisions parler après les avoir bien positivement tirés de leur sommeil ou de leur assoupissement; de cette façon nous pûmes souvent constater que leurs idées, encore saines le jour, étaient déjà dérangées la nuit.

Voici comment apparaissent, pendant le jour, les premiers phénomènes de délire. Le malade ne répond plus tout-à-fait *ad rem;* si l'on insiste pour avoir quelque chose de plus qu'un *oui* ou un *non*, pour obtenir une phrase, on s'aperçoit que la première partie de la réponse est conforme à la demande quoique lente, tandis que la seconde arrive plus lentement encore, s'écarte du sujet et même est tout-à-fait en dehors de la question. Bientôt le malade marmote entre ses dents des mots inintelligibles, pousse de temps en temps quelques plaintes, quelques cris qui ne sont pas arrachés par la douleur, car il répond fort positivement ou fait signe qu'il ne souffre nulle part. Plus tard il parle tout seul, quelquefois en suivant obstinément la même idée et en répétant toujours les mots, comme nous l'avons vu dans plusieurs cas très graves; d'autres fois, et cela est le plus commun, son délire erre vaguement d'idées en idées. Le caractère de ce délire, lorsqu'il n'est pas tout-à-fait à son summum, c'est qu'on peut plus ou moins complètement en tirer le malade, pour un temps généralement très court, par des questions pressantes. Cela n'est pas exclusivement propre à la fièvre typhoïde; mais il est à remarquer que, dans les autres maladies, on ne peut tirer les malades du délire que quand celui-ci est très peu prononcé, tandis que, dans la fièvre typhoïde, un délire très caractérisé peut encore être momentanément suspendu.

Nous croyons fermement qu'en prenant en considération ce que nous venons de dire, on constatera souvent le délire dans des cas où il passerait inaperçu sans cela, et nous ne serions pas éloigné de penser, avec MM. Serres et Petit : « Que le délire accompagne constamment la maladie quand rien ne vient troubler sa marche naturelle (p. 156). »

M. Chomel avance que le délire se montre du 5e au 30e jour; Rœderer et Wagler qu'il apparaît vers le 6e; M. Forget dit qu'il se montre toujours à une époque plus ou moins éloignée du début. Mais que fera M. Forget de ces cas de fièvre typhoïde presque sidérante, où la maladie débute tout à coup avec une intensité si extraordinaire que le sujet délire le premier jour? Nous rappellerons toujours ces deux faits : à une époque où la dothinenterie sévissait épidémiquement à Lyon, de ux artilleurs athlétiques entrèrent à l'hôpital dans un état d'anxiété, d'agitation et de réaction extrêmes; ils étaient tombés subitement malades la veille. Des évacuations sanguines furent prescrites par M. le docteur Mayer, qui généralement en est très sobre dans l'affection typhoïde, et les malades délirèrent tellement la nuit qu'il fallut leur mettre le corset de force; l'ataxie continua, l'adynamie survint de bonne heure, et les deux malades moururent bientôt : plaques folliculeuses à la fin de l'iléon.

Dans 105 cas de fièvre typhoïde relevés par M. Gaultier de Claubry, le délire n'est noté que 55 fois; M. Forget le dit même moins constant que la céphalalgie qui, pour lui, est loin de se rencontrer toujours. Sur nos 108 cas de Lyon nous le trouvons 88 fois, ce qui ne veut pas dire qu'il n'ait existé que ce nombre de fois, car, depuis que nous savons où chercher les premières nuances de délire nous ne l'avons jamais vu manquer : en effet, sur nos 9 cas, 9 fois délire; sur nos 11, 11 fois délire; dans d'autres cas que nous avons suivis à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, encore délire. — Notre opinion sur les statistiques se justifie donc à mesure que nous avançons.

Nous nous sommes demandé si le délire, ou l'intensité du délire, sont en rapport avec la gravité de la maladie, mais nous n'avons été conduit à rien de précis. Dans 46 cas suivis de mort, M. Louis a noté 7 fois seu-

lement le délire; dans 56 cas suivis de guérison, 39 fois. Chez nos malades, qui tous délirèrent, nous eûmes 2 morts dans notre série de 11 cas; 3 sur notre série de 9.

Puisque nous sommes à l'article mortalité, nous allons terminer ce chapitre par quelques statistiques recueillies à Lyon, où la fièvre typhoïde est si fréquente que dans 3 ans (1840, 41, 42), il y eut à l'hôpital militaire 1,065 cas de dothinentérie, comme le prouvent les statistiques officielles déposées au conseil de santé des armées et dressées par nous-même comme bibliothécaire et secrétaire de l'établissement.

Année 1841... 12,500 hommes de garnison.
Mouvement... 8,024 malades.

Fièvres typhoïdes... 289, dont 29 restans le 1er janvier.
135 morts.
81 guéris sortis par billet.
37 envoyés en convalescence.
19 réformés.
14 restans le 31 décembre.

Année 1842... 12,500 hommes de garnison.
Mouvement... 7,878 malades.

Fièvres typhoïdes... 368, dont 14 restans.
156 morts.
133 sortis par billet.
34 envoyés en convalescence.
26 réformés.
19 restans le 31 décembre.

Année 1843... La garnison diminue.

Fièvres typhoïdes... 132, dont 19 restans le 1er janvier.
86 morts.
19 sortis par billet.
21 envoyés en convalescence.
1 réformé.
5 restans.

Année 1844... 8,000 hommes de garnison.
État sanitaire beaucoup meilleur.

Fièvres typhoïdes... 57, dont 5 restans le 1er janvier.
19 morts.
7 sortis par billet.
20 envoyés en convalescence.
9 réformés.
2 restans le 31 décembre.

Nous avons donc en plus d'un mort sur 3 malades. Nous dirons la vérité qu'elle quelle soit. Pour certains hôpitaux civils que je sais elle serait plus dure encore à dire. Comment s'expliquer que tels praticiens aient obtenu de si beaux succès, et des succès si constans surtout, l'un avec les antiphlogistiques purs, l'autre par l'expectation, celui-ci avec les éméto-cathartiques, celui-là avec le sulfate de quinine, etc. ? Serait-ce parce que les fièvres typhoïdes qui sévissent sur nos jeunes soldats sont toutes graves? On en jugera par nos observations. Serait-ce parce qu'on se fait souvent illusion à soi-même? Serait-ce la méthode seule qui fait le succès? Je n'en sais rien; mais je ferai remarquer qu'à l'hôpital militaire de Lyon il y a eu 3, quelquefois 4 services de fiévreux et que toutes les méthodes, à peu près, se trouvent ainsi avoir été mises en usage.

(La fin prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

MÉMOIRE SUR L'ANGIOLEUCITE PUERPÉRALE; par M. PETREL.

Ce long et consciencieux travail a pour fondement des observations recueillies pendant deux épidémies qui ont régné à l'Hôtel-Dieu de Rennes en 1842 et 1844. Sept seulement de ces observations sont rapportées avec détails; mais l'auteur avertit qu'il en a recueilli un bien plus grand nombre. N'ayant pas cru devoir les publier, peut-être est-il fâcheux qu'il ne les ait pas (assez souvent du moins) fait entrer numériquement dans certaines appréciations relatives à l'étiologie et à la thérapeutique. C'est un regret que, pour notre compte, nous avons plus d'une fois éprouvé à la lecture du mémoire de M. Petrel.

L'auteur divise les lésions anatomiques par lui observées en lésions primitives et lésions secondaires. Les premières, qui sont décrites avec beaucoup de soin, peuvent se résumer dans les caractères suivans. L'utérus apparaît presque toujours volumineux, remontant plus ou moins haut au-dessus de l'angle sacro-vertébral, rarement jusqu'à l'ombilic. A travers le péritoine, se dessinent des lignes sinueuses, blanchâtres, offrant des nodosités, des renflemens plus ou moins considérables; ce sont là autant de vaisseaux lymphatiques superficiels remplis de pus, d'abord sous-séreux, dans une longueur de 1, 2, 3 centimètres, puis s'enfonçant sous une couche mince du parenchyme utérin, pour reparaître bientôt superficiels, formant ainsi de distance en distance des espèces d'ampoules purulentes qui soulèvent la séreuse. Ces ampoules peuvent avoir le volume d'un gros pois, d'une noisette, quelquefois même d'une amande; elles se remarquent principalement aux angles et sur le bas-fond de l'organe. Il est facile de reconnaître que le pus siége dans la cavité d'un vaisseau et la situation superficielle de celui-ci, son aspect sinueux, la présence de veines et d'artères saines à côté et plus profondément, suffisent pour montrer qu'il s'agit de vaisseaux lymphatiques. La plus minutieuse dissection n'a pu faire découvrir la moindre gouttelette purulente ni la plus légère altération dans les sinus ni dans les veines.

Les vaisseaux lymphatiques malades convergent de toutes parts vers les angles de la matrice, où ils disparaissent pour la plupart. Mais les ligamens larges deviennent le point de départ d'autres vaisseaux du même système, offrant les mêmes altérations et accompagnant les veines ovariques, le plus souvent des deux côtés.

Mais une disposition qui mérite surtout de fixer l'attention des anatomistes est la suivante : « Des ganglions lombaires, dit l'auteur, nous avons vu assez souvent partir quelques ramifications se dirigeant obliquement en haut et en dehors, charriant du pus, offrant toutefois un volume moindre que les lymphatiques situés plus bas. Plusieurs ont échappé à nos recherches au niveau et au-dessus des vaisseaux rénaux, vers les hypocondres; mais nous avons pu nous assurer qu'un de ces vaisseaux s'abouchait bien évidemment dans la veine-porte à 2 centim. environ de la scissure du foie; un autre allait aboutir dans la racine de la grande veine-azigos; d'autres enfin dans les veines rénales. Dans un cas, un vaisseau volumineux, gorgé de pus, partant d'un ganglion situé sur la quatrième vertèbre lombaire, remontait directement le long du rachis, passait par l'ouverture aortique du diaphragme et allait s'aboucher avec le canal thoracique 5 cent. plus haut. » On peut faire un sujet de cette disposition deux hypothèses. Ou bien ces petits canaux, ainsi détachés des ganglions lymphatiques et s'anastomosant avec le système veineux, étaient eux-mêmes constitués par des veines qui avaient reçu le pus des vaisseaux lymphatiques dans l'intérieur des ganglions; et alors se trouverait confirmée l'opinion de ceux qui croient, avec Lauth et Fohmann, que dans les ganglions lymphatiques, il y a communication entre les vaisseaux blancs qui y arrivent et les veines qui en partent. Ou bien il s'agissait de véritables lymphatiques qui s'anastomosaient directement avec les veines abdominales. C'est l'opinion de l'auteur, plus compétent que nous pour décider si ces vaisseaux avaient bien les caractères des autres lymphatiques qui offraient les mêmes altérations.

Nous n'insistons pas sur l'engorgement des ganglions lymphatiques et des ovaires, les rougeurs et même parfois la perforation du vagin, l'injection et l'infiltration purulentes du tissu cellulaire sous-péritonéal, l'inflammation du péritoine. Et quant aux lésions anatomiques *secondaires*, elles n'ont rien offert non plus qui mérite d'être particulièrement signalé.

La question étiologique a été étudiée par l'auteur avec un soin tout spécial. Suivant lui, l'état primipare est une circonstance favorable au développement de la maladie; au moins est-il que 9 onzièmes des malades étaient primipares. Il en est de même de la flaccidité de l'utérus survenue après l'accouchement; chaque fois qu'elle a été observée à l'époque d'une épidémie, elle a été plus ou moins rapidement suivie d'accidens fâcheux. Une remarque bonne à recommander aux praticiens est celle-ci : « L'administration du seigle ergoté, surtout après l'expulsion du fœtus....., en excitant et prolongeant les contractions d'un organe déjà disposé à la phlogose, n'est pas sans influence sur le développement de l'angioleucite puerpérale. Nous avons souvent constaté des coliques extrêmement vives produites par ce médicament, qui ont été suivies, après un temps plus ou moins long, de symptômes beaucoup plus graves caractérisant une fièvre puerpérale. »

L'auteur a pu vérifier, à la Maternité de Rennes, l'opinion de M. le professeur Dubois, qui attribue aux *affections morales* la plus grande part dans la production des diverses variétés de fièvre puerpérale. Dans cet hôpital arrivent de pauvres filles abandonnées par ceux qui les ont

rendues mères, n'entrevoyant, pour elles, dans les pieuses campagnes de la Bretagne où elles vont rentrer pour la plupart, que la honte et le déshonneur, et, pour les créatures qu'elles ont mises au jour, que la misère ion l'hospice des Enfans-Trouvés. Aussi sont-elles bien souvent décimées par l'angioleucite ou la phlébite utérine.

Enfin, l'auteur ne nie pas la pernicieuse influence de l'encombrement et de l'infection. Cependant, avec tous les bons esprits, il se dit que ce n'est là qu'une circonstance occasionnelle, propre à faire naître ou à propager un principe morbide plus général, plus insaisissable, qui peut sévir en dehors et indépendamment de toutes les circonstances étiologiques actuellement connues, et que, faute de mieux, on appelle *influence atmosphérique*. Pourquoi, en effet, toutes circonstances restant les mêmes, les épidémies de fièvre puerpérale ne se montrent-elles que par intervalles? A Rennes, par exemple, en 1843, c'est-à-dire entre les deux épidémies de 1842 et 1844, la Maternité n'a pas eu un seul cas de véritable fièvre puerpérale, malgré la persistance de l'encombrement. Des expériences ont d'ailleurs été faites à ce sujet, dans le même hôpital, pendant la durée des épidémies. Des accouchées ont été tenues dans l'isolement, sans communication aucune, soit avec les autres femmes de l'établissement, soit avec les étudians en médecine, dans des chambres qui n'avaient reçu précédemment aucune autre malade. Elles avaient été accouchées avec toutes les précautions désirables, soit par la sage-femme, soit par M. le professeur Godefroy; l'une d'elles avait même été soumise à une médication qu'on a considérée comme préservatrice dans quelques cas; et cependant toutes, sans exception, ont été atteintes par l'épidémie. Quand celle-ci eut disparu, en avril 1844, une salle fut entièrement évacuée; des réparations furent faites, tous les objets de literie furent changés ou lessivés; des fumigations copieuses et répétées de chlore et de soufre furent faites dans toutes les salles. Le mois suivant, les accouchemens recommencèrent, et, malgré toutes ces précautions, apparurent de nouveaux exemples de fièvre puerpérale. A coup sûr, il n'y avait ici ni infection, ni contagion.

Peut-on, pendant la vie, différencier l'angioleucite de la phlébite utérine et de la métrite? M. Botrel croit que *cela ne peut guere offrir de difficultés*, et voici à l'aide de quels signes. *Assez souvent*, dans la phébite, l'inflammation n'atteint pas la séreuse abdominale; elle est constante, au contraire, dans l'angioleucite. Dans la phébite, l'affection s'étend *quelquefois* jusqu'aux veines iliaques; il survient alors de la douleur dans leur trajet et une *phlegmasia alba dolens* du membre abdominal, ce qui n'a pas lieu dans l'angioleucite. D'un autre côté, la métrite isolée, c'est-à-dire l'inflammation pure et simple du parenchyme utérin, n'offre ni les symptômes caractéristiques de la péritonite ni ceux de l'intoxication purulente; et si à la métrite s'ajoutait l'inflammation du péritoine, resterait toujours les phénomènes typhoïdes propres à l'angioleucite. — Ces propositions ne sont-elles pas un peu trop absolues? Est-il vrai d'abord que l'angioleucite s'accompagne toujours, *après un temps très court et même parfois insaisissable*, d'inflammation péritonéale? Nous rappellerons à l'auteur que, dans sa première observation, le péritoine n'offrait qu'une légère injection dans la partie qui recouvre la matrice, que sa cavité contenait à peine trois ou quatre cuillerées de sérosité trouble, sans traces de pus ni de flocons; et cependant déjà les vaisseaux lymphatiques étaient *considérablement dilatées par du pus crémeux*; les ovaires *ramollis et tuméfiés*, les ganglions lombaires *infiltrés de pus*, etc. Supposez que la malade fût morte cinq ou six heures plus tôt et vraisemblablement le péritoine eût été trouvé exempt d'altération. Nous croyons qu'en fait il en est ainsi quelquefois. D'un autre côté, que la phlébite s'accompagne, ce qui n'est pas rare, de péritonite et reste bornée aux veines utérines sans envahir les iliaques, et le diagnostic différentiel de ces deux affections devient impossible. La difficulté, nous le confessons, est moindre en ce qui concerne la métrite que la localisation des accidens et l'absence des signes de l'intoxication purulente distingue bien en général des autres formes de fièvre puerpérale. C'est, d'ailleurs, avec raison, suivant nous, que l'auteur repousse cette opinion de M. Nonat que les frissons irréguliers appartiennent exclusivement à la phlébite utérine; on les observe fréquemment dans la lymphangite.

Les nombreux essais thérapeutiques qui ont été faits à l'hôpital de Rennes n'ont conduit malheureusement qu'aux résultats désespérans que tout le monde connaît: 6 guérisons sur 46 malades; voilà tout le bénéfice retiré des évacuations sanguines, des bains, des injections, des désinfectans, des mercuriaux, des purgatifs, des vomitifs, etc., etc. L'essence de térébenthine que les médecins anglais avaient vantée comme un remède héroïque a échoué comme le reste. Administrée en potion, à la dose de 16, 30, 60 grammes; en lavement, à la dose de 6, 8, 16 grammes; en friction sur l'abdomen, à la dose de 30, 60 grammes, elle n'a pas produit la plus légère amélioration. Il n'y a qu'un moyen thérapeutique qui ait paru à l'auteur avoir quelques avantages; ce sont les évacuations sanguines employées dès le début. Quand une malade arrivait au début des accidens, ou quelques instans après, et qu'elle n'offrait aucun signe d'affection antérieure invétérée, on pratiquait une saignée générale. Quelques heures après, on l'examinait de nouveau, et, si le pouls le permettait, on revenait à la saignée ou l'on posait des sangsues sur l'hypogastre. Une amélioration sensible, trop souvent passagère, suivait toujours cette pratique. Quand les symptômes typhoïdes étaient déclarés et tendaient à dominer les symptômes inflammatoires, on avait recours de préférence aux sangsues. Dans ces deux cas de ce genre, la saignée a eu des effets désastreux et hâté visiblement la marche des accidens. Nous serions disposé, pour notre compte, à suspendre toute évacuation sanguine, locale ou générale, dès que les signes d'infection purulente commencent à se manifester. Leur moindre inconvénient est d'être inutiles, puisque, ainsi que le dit l'auteur lui-même, la guérison n'a jamais en lieu une fois l'intoxication établie; et de plus, elles peuvent être nuisibles en facilitant la résorption de pus.

NOTE SUR L'INFLUENCE DE CERTAINES ALTÉRATIONS DU LAIT COMME CAUSES DE DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES CHEZ LES ENFANS NOUVEAU-NÉS; par M. GIRARD.

Dans un ouvrage récent, rempli d'excellens préceptes de thérapeutique (GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, t. IV, p. 79), M. Valleix dit: « Si la mauvaise qualité du lait peut produire le muguet, *ce qui est très admissible, quoique non fondé sur des observations connues*, on sent quel soin il faut apporter dans l'examen de la nourrice, examen qui ne doit pas finir lorsque l'allaitement est commencé, mais continuer dans son cours. » Voici une observation qui vient confirmer d'une manière remarquable cette prévision de M. Valleix. Son importance pratique nous engage à la rapporter avec quelques détails.

OBS. — Mme S., âgée de 25 ans, enceinte pour la première fois, accoucha le 14 novembre 1844 d'un enfant du sexe masculin, fort et bien constitué. La sécrétion laiteuse ne s'établissant qu'avec peine, elle lui donna le sein d'une voisine qui avait un enfant très bien portant. Au bout de trois jours, le lait étant monté en abondance au sein de la mère, elle donna à téter à son enfant; celui-ci téta avec vigueur.

Le 24 novembre, le sein de la mère s'engorge; elle se décide à donner une nourrice à son enfant. Jusque-là, celui-ci se portait bien, sauf que ses sommeils étaient courts et qu'il criait souvent; mais les selles étaient convenables, deux ou trois fois par vingt-quatre heures.

La nourrice choisie était d'une taille moyenne, d'un teint un peu olivâtre, âgée de 30 ans environ; elle n'avait aucune apparence de maladie. Son sein était petit, son lait doux, blanc, d'une bonne consistance, de quinze jours plus âgé que l'enfant et assez abondant.

A peine quelques jours s'étaient écoulés depuis l'entrée en fonction de cette nourrice, que l'enfant ne dormait plus; sa figure maigrissait tous les jours; les selles devenaient liquides et peu nombreuses; chaque fois qu'on changeait les langes, elles étaient teintes d'un liquide tantôt vert, tantôt noirâtre; des nausées suivies de vomissemens parurent; une rougeur notable des fesses ne tarda pas à s'établir; elle s'étendit sur les cuisses; le pouls était fréquent.... Enfin, le 3 décembre, l'enfant se trouvait dans l'état suivant: amaigrissement extrême, peau sèche et comme terreuse; diarrhée fréquente, verte; ventre tendu et douloureux. L'érythème, d'un rouge très vif, s'est étendu. Vomissemens dès que l'enfant prend la moindre quantité de liquide ou de lait. Langue rouge, ainsi que la muqueuse des lèvres et des joues, et *recouverte de plaques nombreuses de muguet* adhérentes et se reproduisant quand on les a détachées par le frottement. (Bains de son, eau albumineuse pour boisson, lavemens de graine de lin avec une goutte de laudanum deux fois par jour, cataplasmes sur le ventre, bains et diète.)

Malgré l'emploi de ces moyens, les symptômes devinrent plus intenses; l'érythème fit de nouveaux progrès, *les plaques de muguet devinrent presque confluentes*, des pustules d'ecthyma se développèrent sur les jambes, la diarrhée devint plus fréquente, l'amaigrissement augmenta. Cet état dura jusqu'au 9 décembre. Alors, M. le docteur Dufossé examina le lait de la nourrice, et voici le résultat textuel de son examen.

« La couleur de ce lait n'a rien de particulier; sa consistance est celle d'un lait contenant beaucoup de crème. Traité par l'ammoniaque, il devient légèrement visqueux; il n'est ni acide, ni alcalin.

» Quand on place une petite goutte de ce lait entre deux lames de verre, en ayant soin de les superposer sans les rapprocher avec force et qu'on l'examine à l'aide d'un microscope grossissant 300 fois, voici ce qu'on est à même de constater:

» 1° Les globules laiteux sont en assez grand nombre pour constituer ce que l'on appelle un lait riche; ils sont généralement gros, et les plus volumineux ressemblent à de petites vessies à moitié pleines d'un liquide et affaissées sur elles-mêmes. Au lieu de paraître brillans comme des perles, la plupart et surtout les plus gros présentent une couleur remarquable: ils sont d'un blanc terne, d'une teinte semblable à celle de l'opale; plusieurs d'entre eux, collés les uns aux autres, forment de petits groupes qu'on peut déplacer en tous sens sur le porte-objet, sans qu'on parvienne à en détacher un seul globule; si on les soumet à la plus légère pression, ils se laissent facilement déprimer, s'étendant au

point d'offrir une surface cinq ou six fois plus grande que celle qu'ils présentaient d'abord, et prennent des formes variées. La moindre quantité d'éther sulfurique introduite entre les lames de verre en dissout un grand nombre avec une très notable promptitude.

» 2° Le champ du microscope est comme jonché de particules arrondies dont la forme est comparable en tous points à celle d'une framboise qu'on aurait aplatie : elles sont parfaitement incolores ; mais elles offrent du reste les principaux caractères que les micrographes ont assignés aux corpuscules du colostrum ; ce sont évidemment des *corps granuleux*. »

D'après ces renseignemens, et sur le conseil de M. Girard, on eut recours le jour même à la première nourrice. Dès la première nuit, l'enfant eut un sommeil de cinq heures. On se mit en quête d'une autre nourrice, et, après avoir examiné le lait de trois ou quatre, on en trouva une dont le lait offrait au microscope les qualités désirables. A peine l'enfant avait-il pris cette nourrice depuis deux jours, que la diarrhée diminua ; les vomissemens devinrent plus rares, puis se supprimèrent ; les plaques de muguet ne se reproduisirent plus, la langue pâlit, l'érythème s'effaça. Enfin, le 2 janvier, l'enfant ne présentait plus aucun symptôme de cette maladie ; dès le 21 décembre, il n'y avait plus que de la maigreur.

L'auteur rapporte encore une autre observation analogue à la précédente, mais moins intéressante en ce que le lait n'a été ni analysé, ni examiné au microscope. On a constaté seulement qu'il était alcalin.

Enfin, une troisième observation est relative à un enfant affecté de vomissemens qui, pendant deux mois, augmentèrent de fréquence, avec alternatives de constipation et de diarrhée, pâleur, amaigrissement rapide. Vers le milieu du deuxième mois, l'enfant présenta tout à coup les symptômes suivans : il poussa un cri, perdit connaissance et resta sans respiration ; sa face et ses mains devinrent violettes ; cet état dura quelques secondes et se dissipa spontanément. Ces symptômes se reproduisirent plusieurs fois pendant une vingtaine de jours. Un vésicatoire, des préparations antispasmodiques telles que l'oxyde de zinc, des bains furent employés sans succès ; les accès arrivaient sans cause connue, la nuit ou le jour, à des heures indéterminées. C'est alors que le docteur Dufossé constata, par un examen plusieurs fois répété, que le lait contenait une énorme quantité de *mucus*, sans autre altération. La mère répugnant à confier son enfant à une nourrice, on attendit. Les vomissemens ayant diminué, un nouvel examen du lait fit constater une diminution dans la quantité du mucus ; mais bientôt les vomissemens redoublèrent ; le mucus avait reparu en abondance. Il n'y avait plus à balancer ; il fallait changer de lait. *Huit nourrices* furent examinées ; *sept* offraient du mucus, des corps granuleux ou d'autres altérations. La huitième ayant un lait parfaitement pur fut donnée à l'enfant. Deux jours après, les vomissemens et tous les autres accidens avaient disparu pour ne plus revenir.

Ces faits, si la microscopie n'a pas induit en erreur, ne montrent pas seulement le danger ou, pour parler plus exactement, l'un des côtés dangereux d'un allaitement impur. Ils font voir combien sont trompeuses les apparences extérieures du lait des nourrices, puisque le plus riche, le mieux coloré, peut présenter des altérations funestes à l'enfant et en présentent, en effet, si fréquemment que sur huit nourrices il n'a été trouvé pur qu'une seule fois. La conséquence pratique de tout ceci est qu'on ne saurait apporter trop de soin dans l'examen du lait des nourrices et que, pour agir en toute certitude, il est prudent de ne pas s'en tenir à l'inspection et à la dégustation.

V. JOURNAL DE MÉDECINE.

Les numéros de mai, juin et juillet contiennent les articles originaux suivans : 1° *Du muguet chez les enfans à la mamelle* ; par MM. Trousseau et Delpech. (L'intention des auteurs, ainsi qu'ils le disent, n'est pas d'émettre des idées nouvelles, mais seulement d'indiquer, avec plus de clarté qu'on ne l'a fait jusqu'ici, les causes, les formes et le traitement de la maladie. Cet excellent travail, où sont discutées, chemin faisant, beaucoup d'opinions relatives à l'histoire du muguet, sera consulté avec fruit par les praticiens.) 2° *Considérations générales sur la médication quinique appliquée au rhumatisme aigu* ; par M. Legroux. (C'est un complément du travail déjà publié par M. Legroux dans le même journal et dont nous avons rendu compte (GAZ. MÉD. n° 25). Les conclusions de ce second travail fondées sur un plus grand nombre de faits ne diffèrent pas de celles du premier. Les analyses du sang, en particulier, ont donné les mêmes résultats.) 3° *Mémoire sur l'empoisonnement externe produit par le vert de Schweinfurt, ou de l'œdème et de l'éruption professionnels des ouvriers en papier peint* ; par M. Blandet. 4° *De la colique de cuivre* ; par M. Tanquerel. (En réponse à un mémoire de M. Blandet, l'auteur montre, par des extraits de son TRAITÉ DES MALADIES SATURN., qu'il avait, avant M. Blandet, établi l'existence d'une colique de cuivre professionnelle.) 5° *Du rhumatisme articulaire aigu considéré comme fièvre rhumatismale* ; par M. Lepiez. (Recommande l'emploi des vésicatoires *loco dolenti* contre le rhumatisme articulaire aigu, et dit en avoir retiré les meilleurs effets.) 6° *Discussion de la question d'antagonisme entre les fièvres intermittentes et la phthisie* ; par M. Genest. 7° *Remarques sur la constitution médicale régnante* ; par Pidoux.

DE L'ŒDÈME ET DE L'ÉRUPTION PROFESSIONNELS DES OUVRIERS EN PAPIER PEINT ; PAR M. BLANDET.

Les symptômes amenés par l'emploi du vert arsenical dans l'impression du papier peint consistent principalement en un coriza et une sputation continus, avec gonflement des régions nasales, naso-labiales et orbitaires des deux côtés. Ces parties sont empâtées, luisantes et deviennent le siége d'une éruption de boutons à forme pustuleuse. Assez souvent les bourses deviennent également œdémateuses. Quand l'empoisonnement devient plus général, d'autres phénomènes se déclarent : céphalalgie, fièvre, coliques, etc.

Tout le traitement de cette affection consiste dans l'emploi du peroxide de fer hydraté à l'intérieur (90 grammes suspendus dans 500 grammes d'eau) et des topiques émolliens sur le siége de l'œdème.

DU SCLÉRÈME CHEZ LES ADULTES ; PAR M. THIRIAL.

La science ne possède pas encore, que nous sachions, de faits semblables. M. Thirial en rapporte deux dont voici en abrégé la substance :

OBS. I. — Une jeune fille de 21 ans, domestique, entra le 27 novembre 1833, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard. Depuis cinq mois, aménorrhée chlorotique et quelques troubles fonctionnels assez légers du côté de la poitrine et de l'estomac. Mais il y a quinze jours, cette jeune fille, à qui il ne restait plus de son état d'indisposition qu'une petite toux habituelle, s'aperçut que son cou devenait raide ; et en deux ou trois jours, cette raideur avait gagné, dit-elle, toute la moitié supérieure du corps. A son entrée à l'hôpital, toute la surface cutanée, depuis le haut du front jusqu'à l'extrémité inférieure du sternum, et depuis la nuque jusqu'au bas de la cage thoracique, offrait une induration, ou, si l'on veut, une rigidité singulière. En pressant la peau, l'on éprouve une sensation tout à fait comparable à celle que causerait le contact d'un cadavre qui aurait été gelé sans être actuellement froid. Cette rigidité est telle qu'il est à peu près impossible de pincer la peau avec les doigts et l'on ne retrouve plus aucun des plis qui existent naturellement au devant du cou. La même raideur s'observe à la face ; la physionomie est sans expression ; la malade a de la peine à articuler les mots et surtout à rire. La dureté de la peau existe à peu près au même degré aux membres supérieurs.

Toute la surface cutanée est décolorée, et cette grande pâleur, jointe à l'immobilité des traits, donne à la jeune fille l'aspect d'une figure de cire.

Enfin, au-devant de la poitrine et surtout vers la région des mamelles, la peau, malgré sa dureté, conserve une légère empreinte des doigts, si l'on exerce sur ce point une pression forte et assez prolongée.

Santé générale bonne ; seulement un peu de céphalalgie et une petite toux habituelle sans gène de la respiration.

M. Trousseau, dans le service de qui se trouvait la malade, eut recours inutilement aux emménagogues. Il se disposait à combattre directement l'induration, quand la malade voulut quitter l'hôpital.

OBS. II. — Marie Tapissier, âgée de 15 ans et demi, repasseuse, un peu pléthorique, était parfaitement réglée depuis trois époques, quand, il y a environ trois mois, se trouvant au premier jour des règles, elle se mit à laver du linge dans de l'eau de puits très froide et tout aussitôt le sang cessa de couler. Presque immédiatement après, raideur du cou, puis des bras, puis de toute la poitrine ; ce symptôme alla en augmentant malgré l'emploi de sangsues à la région cervicale, d'un liniment, de trois purgatifs et la malade entra le 4 avril 1844 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Trousseau.

La peau de toute la partie antérieure du cou, de la nuque et du dos est tellement tendue, qu'il est impossible de la pincer. Elle est tellement adhérente à la couche sous-jacente, que le mouvement d'ascension du larynx se trouve notablement gêné et comme bridé dans l'acte de la déglutition. La peau de la face participe à cet état de rigidité. Les paupières ne peuvent s'abaisser complètement sans efforts. Les joues offrent une très forte résistance sous les doigts. La langue elle-même est dure et raide comme la face ; la malade se plaint de ne plus pouvoir la remuer ni la plier en tous sens avec la même facilité. Induration de toute la peau qui recouvre le thorax en avant comme en arrière, se prolongeant même, en diminuant par degrés, sur tout l'abdomen et allant se perdre sur la peau des fesses et des cuisses.

Aux membres supérieurs, l'induration va en diminuant de haut en bas et s'arrête brusquement aux poignets ; à ce point que la peau du dos de la main n'a rien perdu de sa souplesse, et que les doigts ont conservé leur entière flexibilité.

Il est très important de noter que partout où existe l'induration, la peau n'est pas le moins du monde tuméfiée ; nulle part, elle ne conserve la moindre impression des doigts ; nulle part, il n'y a trace d'œdème. La peau n'a rien perdu non plus de sa sensibilité ni de sa perspirabilité, et sa température est partout normale ; seulement il existe un peu de rougeur érythémateuse assez légère à la partie antérieure et postérieure du cou.

Etat excellent de toutes les fonctions organiques. Rien autre chose du côté de la poitrine, qu'une petite toux sèche datant de huit jours seulement.

Les urines examinées vingt jours après l'entrée de la malade ne contenaient pas d'albumine.

M. Trousseau chercha en vain à rétablir la menstruation. Une fois seulement les règles parurent pendant un jour, cessèrent le lendemain, revinrent le jour suivant et s'arrêtèrent définitivement. Il est à noter qu'immédiatement après l'écoulement des menstrues, l'induration de la partie antérieure du cou a subi une diminution sensible.

Après six mois d'un traitement énergique, varié, mais inefficace, la jeune fille quitta l'hôpital. M. Thirial alla la voir chez elle, et apprit que, quinze jours après sa sortie, les règles avaient reparu spontanément et avaient coulé pendant quatre jours avec abondance. A dater de cette époque, elles n'avaient pas manqué de revenir régulièrement. Du moment où la fonction menstruelle s'était rétablie, l'induration avait commencé à diminuer. Lors de la visite de M. Thirial (en janvier dernier), il ne restait plus qu'un certain degré de résistance à la peau du menton et un peu de tension à la face interne des avant-bras.

Ces deux observations viennent singulièrement compliquer la question du sclérème. Comme on ne l'avait rencontré que chez les nouveau-nés, et que la peau indurée conserve ordinairement l'impression des doigts, comme dans l'œdème, Billard et quelques auteurs, après lui, avaient assez naturellement rattaché cette maladie à une sorte d'état asphyxique, suite du changement profond qui s'opère, à la naissance, dans la circulation. Aussi Billard l'appelle-t-il *œdème des nouveau-nés*, et M. Valleix *asphyxie lente des nouveau-nés*. Les deux observations de M. Thirial, si elles ont bien trait au sclérème, comme il est difficile d'en douter, viennent démontrer, 1° que le sclérème n'est pas exclusivement propre à l'enfance; 2° qu'il peut exister sans état asphyxique; 3° que l'œdème ne l'accompagne pas nécessairement. Cependant si, chez l'adulte, la maladie a paru liée uniquement à l'arrêt de la menstruation, il ne faudrait pas conclure que, chez les nouveau-nés, on ait eu tort d'établir un rapport étiologique entre elle et une perturbation profonde de la circulation centrale. Ce serait seulement deux causes éloignées différentes qui aboutiraient en définitive à une cause même efficiente, essentielle, actuellement inconnue, laquelle aurait pour résultat immédiat la production du sclérème.

VI. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 renferment les travaux suivants : 1° *Clinique de MM. Velpeau, Roux et Blandin*. 2° *Observations d'application de la méthode des injections caustiques au traitement de l'irritation chronique de la vessie;* par M. Deheney. 3° *Etudes sur les maladies de la cornée;* par M. Tavignot. 4° *Hygiène navale;* par M. Cuépratte. 5° *Des eaux thermales d'Aix-la-Chapelle et de Borcette considérées comme moyens thérapeutiques dans les maladies chroniques;* par M. Hahn. 6° *Vices et dangers des méthodes usitées pour fixer les dents à pivot; indication d'un procédé nouveau;* par M. Boussoo. 7° *Du traitement de la dysenterie bilieuse par la racine d'ipécacuanha;* par M. Aug. Millet. 8° *Rapport à l'Académie des sciences sur le prix relatif à la vaccine;* par M. Serres. 9° *Observations de ruptures du cœur;* par M. Roché. 10° *Eventration; vice de conformation;* par M. Chereau. 11° *Phlébite à la suite d'une saignée;* par M. Kemmerer. (Une phlébite très étendue fut combattue avec succès par l'application locale d'un vésicatoire-*monstre*.) 12° *Observations et commentaires sur l'incision des gencives dans le traitement des accidens de la première dentition chez l'homme;* par M. Delarue. (Chez un enfant qui offrait des symptômes généraux très alarmans, une incision deux fois répétée amena en peu d'heures la guérison, en donnant chaque fois issue à une dent dont l'éruption était retardée.) 13° *Pilules anti-gastralgiques;* par M. Delarue.

OBSERVATIONS D'APPLICATION DE LA MÉTHODE DES INJECTIONS CAUSTIQUES AU TRAITEMENT DE L'IRRITATION CHRONIQUE DE LA VESSIE; par M. DEHENEY.

La cautérisation par l'azotate d'argent, dit M. Deheney, agit sur les membranes muqueuses enflammées de manière à éteindre leur inflammation et à les ramener à leur type de vitalité normal. Si cette proposition est démontrée expérimentalement être vraie pour l'œil, la bouche, l'urètre, le pharynx, etc., pourquoi n'en serait-il pas de même à l'égard de la vessie? Puisque la muqueuse de la vessie est, par son organisation et sa vitalité, identique aux membranes de ces conduits, pourquoi ne pas lui appliquer la cautérisation qui réussit constamment dans les inflammations de ceux-ci?

Ce raisonnement, dont sa propre pratique a si bien servi à établir les prémisses, autorisait suffisamment M. Deheney à essayer les injections caustiques dans la vessie. Il rapporte aujourd'hui quatre observations de succès dus à cette médication. Nous reproduisons textuellement la première qui donne une idée parfaitement exacte du mode d'application du remède, de ses indications et de ses effets.

BLENNORRHAGIE DE CINQ ANS; CATARRHE VÉSICAL; PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES; DOUBLE RÉTRÉCISSEMENT.

OBS. — M. L. de P. est venu en décembre 1843 d'un département de l'intérieur, au Hâvre, pour me consulter au sujet d'une vieille blennorrhagie. Il m'annonçait pas autrement sa maladie, ajoutant qu'il avait été traité infructueusement à plusieurs reprises par des empiriques, des pharmaciens, et, dans le courant de la dernière année, par un vieux praticien; il a pris des tisanes, du copahu, du poivre cubèbe, et, de plus, des sirops et des pilules dont il ignore la composition.

M. L. de P., âgé de 27 ans, tempérament peu dessiné, masqué ou altéré par la maladie, mais qui m'a paru après guérison incliner au sanguin nerveux, a eu une jeunesse robuste. Son état actuel est le suivant : grande pâleur, émaciation avancée, les yeux caves et cernés, la face marquée d'une expression de stupeur. Les digestions sont devenues tellement difficiles qu'il s'est réduit à l'usage du lait et de l'eau pour tout aliment, les toniques ayant toujours produit un mauvais effet; grande faiblesse générale; prompte fatigue après le moindre exercice; palpitations; affaiblissement de la vue qui a nécessité l'usage des lunettes; sommeil non réparateur; tristesse morosité, préoccupation constante de son état maladif, recherche de la solitude, dégoût de la vie, véritable hypochondrie.

D'autre part, mictions fréquentes cinq à six fois par heure, urines troubles à dépôt épais, comme bourbeux, sensation pénible de chaleur et de tiraillement vers les lombes; ces symptômes d'abord plus prononcés remontent à plus de deux ans; écoulement blennorrhagique assez abondant, suite d'une blennorrhagie très inflammatoire à l'origine, il y a cinq ans; cuisson assez vive en urinant; sensation de pesanteur au périnée. Ayant fait pisser le malade devant moi, j'observe un jet difficile, excessivement ténu, et cessant bien vite pour faire place à l'écoulement goutte par goutte; j'essaie alors le cathérérisme, et je parviens, avec beaucoup de peine, après de longues et délicates manœuvres, à introduire une bougie emique du plus petit calibre, et je constate deux rétrécissemens, l'un à 7 centim., l'autre sous la symphyse; le premier moins considérable que le second, et permettant l'introduction d'un calibre triple de celle que laisse passer le dernier.

J'établis ainsi mon diagnostic : La blennorrhagie est le point de départ de tous les accidens; par suite du travail morbide prolongé dont la muqueuse urétrale phlogosée a été le siége, deux points d'induration ont produit deux rétrécissemens; la phlogose s'est propagée, d'une part, à la vessie, d'où le catarrhe vésical, caractérisé par les envies fréquentes d'uriner, l'altération des urines et les tiraillemens douloureux sur le trajet des uretères; d'autre part, aux vésicules séminales ou seulement aux canaux éjaculateurs avec surexcitation des vésicules, d'où des pertes séminales involontaires, dont les effets, si bien exposés par M. Lallemand, ont produit cet ensemble de symptômes généraux qu'il est impossible de méconnaître, en les comparant aux admirables tableaux tracés par le célèbre professeur de Montpellier.

J'ajouterai que j'ai cherché à me rendre compte de la sensation de gêne et de pesanteur au périnée par l'état pathologique probable de la prostate qui, du reste, explorée par le rectum, ne présente pas de ce côté une saillie notable. Le cas était complexe, on ne saurait le nier.

Pour procéder méthodiquement, la première indication à remplir était de rouvrir la voie close de l'urètre, afin de pouvoir introduire ensuite les agens médicamenteux qui seraient jugés nécessaires. Pour cela, il fallait dilater les points rétrécis.

Le 26 décembre, je commençai la dilatation progressive, en faisant séjourner dans l'urètre, une heure le matin et deux heures le soir, la petite bougie conique, en ayant soin de forcer chaque fois un peu, afin d'enfoncer davantage la bougie, et de faire ainsi pénétrer dans les points rétrécis du canal une partie plus avancée et partant plus volumineuse du cône.

Le 29, je parvins à introduire une bougie conique plus forte; mais ici je fus obligé de m'arrêter. Les manœuvres du cathétérisme, le contact et le séjour des bougies avaient déterminé une vive surexcitation des surfaces phlogosées; cette surexcitation, marquée par l'augmentation de l'écoulement, la douleur au contact de l'instrument, une plus vive cuisson au passage des urines, et le besoin devenu incessant de rendre ces dernières. Que faire alors? Suivre les conseils de la thérapeutique accoutumée? s'abstenir? attendre que la surexcitation fût calmée, pour recommencer la dilatation, sauf à reproduire l'irritation, et s'abstenir encore? C'eût été à n'en plus finir. J'avais par devers moi un moyen qui, jusqu'à ce jour, n'a pas failli encore entre mes mains, l'injection caustique, et j'y eus recours avec l'intention d'étendre son action jusqu'à la vessie. L'injection, composée dans la proportion de 4 grammes d'azotate pour 30 grammes d'eau; voici comment je procédai : ayant poussé dans le canal de l'urètre toute la quantité de liquide possible, c'est-à-dire à peu près la moitié de la petite seringue en verre, je fermai le canal en pressant l'extrémité du gland entre le pouce et l'index de la main gauche, puis, remontant par une pression graduée vers la racine de la verge avec les deux premiers doigts de la main droite, je poussai le liquide si haut et si bien que pas une goutte ne ressortit lorsque je rouvris l'urètre en cessant la compression. Certainement l'injection était parvenue dans la vessie, car où aurait-elle pu aller ailleurs? La douleur fut très tolérable; les phénomènes ordinaires de la cautérisation eurent lieu; seulement il y eut un peu de fièvre dans la nuit (l'injection ayant été faite à neuf heures du soir le 30).

Dès le 3 janvier, les résultats bienfaisans de la cautérisation furent observés; diminution de l'écoulement; moindre sensibilité au passage des urines, qui ne sont plus rendues qu'une fois par heure et qui paraissent déjà modifiées dans leur composition. Je laissai reposer le malade trois jours encore, et lorsque, le 6 janvier, huit jours après l'injection, je recommençai la dilatation, je pus introduire dans le canal, élargi par le dégorgement de la muqueuse, une bougie d'un calibre double de celui de la seconde que j'avais employée.

Pendant huit jours, je continuai la dilatation, ayant augmenté deux fois le calibre de la bougie, jusqu'au 14 janvier, où des signes de surexcitation s'étant manifestés de nouveau, je fus obligé de suspendre une seconde fois.

M. de P., impatient du retard, me pria lui-même derépéter une opération dont il s'était déjà si bien trouvé. J'étais d'autant plus porté à faire une seconde injection que j'en attendais un grand effet pour la cure des pertes séminales; le 15 janvier, je la pratiquai suivant le même procédé; cette fois je pus introduire dans l'urètre et faire pénétrer dans la vessie presque tout le contenu de la seringue. Phénomènes ordinaires, et, de plus, le lendemain, émission de quelques gouttes de sang.

Après huit jours de repos, je pus constater l'état suivant: urines presque limpides, rendues à d'assez grands intervalles sans produire aucune sensation dans l'urètre; la sécrétion blennorrhagique devenue séro-muqueuse.

A cette époque, M. de P., appelé par des affaires urgentes, fit un voyage dans son pays; à son retour, au bout d'un mois, je retrouvai un tout autre homme, tant l'état général était changé. Les symptômes généraux décrits s'étaient dissipés; l'estomac avait repris ses fonctions avec énergie; M. de P. sentait la force et la vigueur lui revenir. et, sous l'influence d'un contentement porté jusqu'à l'enthousiasme, il renaissait à une vie nouvelle. Les urines étaient parfaites; un léger suintement séro-muqueux était encore exprimé par la pression. Je pus croire que les pertes séminales avaient cessé; si leur existence n'avait pu être établie primitivement d'une manière positive et par l'observation directe, le changement opéré dans l'état général de l'individu après la cautérisation ne permet pas de les révoquer en doute.

Restaient nos rétrécissemens; je repris, le 25 février, les manœuvres de la dilatation, en prenant la précaution de ne les pratiquer que de deux jours l'un, pour ménager la susceptibilité des tissus.

Le 4 mars, M. de P. fait une absence de six jours; le 11, au retour, l'introduction de la dernière bougie employée n'a lieu qu'avec beaucoup de peine et en déterminant de la douleur; le lendemain, je constate un écoulement plus abondant et la tuméfaction de la verge. M. de P., jeune homme d'un caractère légers m'avoue alors que, le 7 mars, cinq jours avant, il s'est laissé entraîner par des amis dans une orgie en compagnie de femmes suspectes. Immédiatement je fais une injection caustique à la dose d'un trentième, qui est la proportion que j'ai adoptée dans les cas simples, au début. L'avortement a lieu, et, le 18 mars, je reprends la dilatation, continuée jusqu'au 10 avril, époque à laquelle M. de P. est parti, emportant avec lui des bougies du calibre ordinaire de la sonde de trousse, qui est le numéro auquel nous étions arrivés, et qui répond, à peu de chose près, aux dimensions normales de son canal.

Dans les deux observations suivantes, M. Debeney a obtenu des résultats aussi satisfaisans : dans l'un avec deux, dans l'autre avec une seule de ces injections dosées de la même manière et poussées à travers l'urètre comme dans le cas précédent. Enfin, chez le sujet de sa quatrième observation, l'injection n'ayant pas produit l'amélioration accoutumée, il employa le procédé suivant. Il injecta au moyen d'une sonde dans la vessie, vidée préalablement, 45 grammes d'eau distillée contenant, en solution, 5 grammes d'azotate d'argent; puis, deux minutes après, il injecta 100 grammes d'eau tiède pour provoquer l'expulsion, après laquelle il réitéra cette seconde injection. L'effet fut si heureux qu'il ne jugea pas à propos de recommencer. La guérison fut achevée avec des pilules de térébenthine.

La méthode de cautérisation par injection paraît à M. Debeney avoir des avantages marqués sur celle par introduction du crayon de nitrate d'argent. La solution caustique, en effet, exerce sur la surface muqueuse une action égale et uniforme, tandis que le crayon promené au hasard dans la cavité de la vessie ne saurait répartir un contact égal sur tous les points de sa membrane interne. Il peut arriver alors (et cela doit être une suite nécessaire des contractions de la vessie sous l'impression de l'agent caustique) que certains points soient cautérisés trop profondément, tandis que d'autres le seront trop légèrement ou même ne le seront pas du tout.

D'un autre côté, il ressort de la première observation que le procédé par injection est seul applicable dans certains cas, ceux, par exemple, où l'affection vésicale se complique de rétrécissement de l'urètre.

— Deux principes distincts constituent essentiellement la méthode que nous venons d'exposer: 1° la cautérisation de la muqueuse vésicale avec le nitrate d'argent; 2° l'emploi du procédé de l'injection pour remplir ce but. De ces deux principes, M. Debeney ne peut en revendiquer aucun, puisque plusieurs chirurgiens, M. Lallemand entre autres, ont déjà cautérisé la vessie avec le caustique solide lui-même, et que, d'autre part, l'injection d'une solution de nitrate d'argent dans la vessie est une médication devenue presque vulgaire depuis les essais de MM. Bretonneau, Serre et Civiale. Cependant si l'on consulte les écrits de ces trois derniers auteurs, on s'apercevra qu'ils n'ont réellement pas employé l'injection à dose cautérisante puisqu'ils ne dissolvaient que 5 centigr. au plus du sel dans 30 grammes d'eau et qu'ils répétaient l'injection tous les jours. C'était, on peut le dire, une irritation substitutive qu'ils créaient ainsi bien plutôt qu'une cautérisation franche et directe. Sans avoir donc découvert ni le principe ni le mode d'exécution de la cautérisation de la vessie par le nitrate d'argent, M. Debeney n'en a pas moins rendu un service en ouvrant, par sa pratique, la voie à un procédé simple et commode de cautérisation.

Maintenant ce procédé devra-t-il être substitué à l'attouchement direct par la pierre infernale? Réussira-t-il dans tous les cas? Nous devons, jusqu'à plus ample informé, laisser indécise la première question que nous inclinerions fort cependant à résoudre par l'affirmative. Quant à la seconde, nous pensons que l'utilité des injections caustiques est limitée, et sur ce point nous écouterions plus volontiers la pratique de M. Debeney que ses assertions. En effet, tandis que, dans ses conclusions, il ne fait rien moins que *poser l'injection au nitrate d'argent comme une indication spéciale dans les catarrhes vésicaux anciens et tenaces, réputés incurables chez les vieillards*; on reconnaît, en lisant, ses quatre observations, que toutes sont des exemples de cystite ayant succédé à une blennorrhagie. Or c'est précisément aux cas de ce genre que nous paraît devoir être circonscrite l'application du nitrate d'argent. L'inflammation est alors bornée à une petite étendue; et, en outre, comme elle résulte de l'extension de la phlegmasie d'une partie voisine, on peut presque la considérer comme étant de cause locale. Est-il logique de vouloir rapprocher de cette inflammation les catarrhes vésicaux anciens, produits et entretenus le plus souvent, comme on le sait, par le climat, le genre de vie, l'alimentation, etc.? Peut-on avec le même espoir de succès appliquer un traitement identique à une affection qui, primitivement ou non, est locale, par ses causes comme par son siége, et à celle qui occupe toute la surface du viscère et se lie à l'organisme entier par les racines les plus profondes? Non! la médication cautérisante ne peut détruire ces différences, et nous nous porterions en quelque sorte garans pour son rénovateur actuel qu'elle n'a pas davantage l'intention de les méconnaître.

Nous avons encore une remarque à faire. M. Debeney, dans le récit très circonstancié de ses quatre cas, omet constamment de mentionner les symptômes d'irritation momentanée causée par les injections. Dans ses quatre observations, le journal de la maladie se trouve toujours interrompu immédiatement après l'injection pour n'être repris que trois ou quatre jours plus tard. Si l'auteur a cru ce silence favorable à sa cause, nous n'hésitons pas à dire qu'il s'est trompé et qu'une telle réserve, livrée aux interprétations qu'elle fera sûrement naître, serait plus capable de compromettre que de servir la méthode. S'il y a eu (et l'on sait que cela est de règle) une exaspération passagère, une aggravation des phénomènes morbides, il vaut mieux le dire soi-même que de laisser, par un silence imprudent, la malveillance maîtresse de grossir à son gré ces effets nécessaires de la médication et de les transformer peut-être en accidens formidables que l'auteur n'a pas osé avouer. Forcés donc de prendre ici la parole à la place de M. Debeney, et, dans l'intérêt de sa méthode, nous dirons que nous avons fait nous-même des injections caustiques selon le procédé qu'il recommande, et que (sans parler pour le moment des résultats curatifs) si l'irritation locale temporaire amenée par elles a été souvent fatigante pour le malade, elle n'a jamais, ni par son intensité ni par sa durée, mérité de devenir, pour le médecin, un sujet d'inquiétudes.

INDICATION D'UN PROCÉDÉ NOUVEAU POUR FIXER LES DENTS A PIVOT; par M. BOUSSON.

Rien n'est plus difficile, lorsqu'on veut fixer, au moyen du pivot, une dent artificielle, que de remplir exactement avec lui la cavité pratiquée dans la racine. Et cependant, si cette précaution n'est pas observée, si un vide existe dans l'intérieur de la racine, l'air et les liquides de la bouche s'y introduisant continuellement auront le double inconvénient d'amener à la longue la mortification de la racine et d'altérer ainsi la solidité du pivot, et de donner lieu, d'autre part, à une odeur très désagréable. Ces fâcheux effets seraient évités par le procédé que conseille M. Bousson. Il s'applique exclusivement aux dents minérales. La racine étant convenablement préparée, la dent ajustée et soudée sur le pivot, celui-ci pénétrant facilement dans l'ouverture pratiquée pour le recevoir, on introduit dans cette ouverture une quantité suffisante de métal fusible de Darcet, on chauffe le pivot que l'on fait pénétrer promptement dans le canal dentaire. Le métal entre aussitôt en fusion, se trouve poussé dans toutes les directions et remplit tous les vides: un instant suffit pour qu'il revienne à l'état solide et pour que la dent à pivot se trouve ainsi admirablement

soudée dans la racine. De cette manière, le canal dentaire est si hermétiquement fermé qu'il est inaccessible non seulement aux solides et aux liquides, mais à l'air lui-même; et l'intérieur de la racine, au lieu d'être un foyer d'infection et de fermentation qui la détruisent généralement très vite, se trouve au contraire parfaitement plombé et dans les meilleures conditions pour une conservation indéfinie. Quant à la solidité du pivot, elle est également incontestable.

Cette grande solidité n'empêcherait cependant pas d'extraire le pivot si la fracture de la dent ou quelqu'autre motif rendait cette opération nécessaire. Il suffirait, en effet, pour cela, d'une pince chauffée avec laquelle on saisirait le pivot, lequel communiquerait bientôt assez de calorique au métal pour le faire entrer en fusion. L'extraction deviendrait alors de la plus grande facilité. M. Bousson assure qu'il emploie avec succès ce mode de fixation des dents artificielles depuis dix-sept ans.

— Nous avons mentionné avec quelques détails ce procédé, parce que nous le croyons aussi simple que sûr, et que son usage ne nous semble pas être assez répandu. Mais, quant à ce qui concerne sa découverte, nous pouvons affirmer à M. Bousson qu'il a été décrit bien avant la présente publication. On le trouve, entre autres, catégoriquement indiqué dans l'ouvrage de MM. Désirabode. (Voy. NOUVEAUX ÉLÉM. COMPLETS DE LA SCIENCE ET DE L'ART DU DENTISTE, 1843, t. II, p. 677.)

DU TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE BILIEUSE PAR LA RACINE D'IPÉCACUANHA; par M. MILLET.

La racine d'ipécacuanha était à peine entrée dans le domaine de la thérapeutique, vers la fin du 17e siècle, que déjà on l'employait contre la dysenterie. C'était, en effet, une sorte de bonne fortune qu'un semblable remède à une époque où la médecine humorale régnait encore avec tant d'autorité; aussi devint-il d'un usage presque vulgaire dans les épidémies de dysenterie qui sévirent en France, en Angleterre, en Allemagne. Il ne paraît pas douteux qu'il n'ait produit des résultats très avantageux. Là n'est pas la difficulté. Mais l'ipécacuanha est-il anti-dysentérique à titre de vomitif, ou à titre de purgatif? Cullen était de cet avis. M. Trousseau professe encore (TRAITÉ DE THÉRAPEUT.) que « l'effet de l'ipécacuanha est d'autant plus certain qu'il a donné lieu à des garderobes. » Cette opinion, suivant M. Millet, est dénuée de fondement; c'est comme vomitif et non comme purgatif que l'ipécacuanha agit contre la dysenterie. Les cinq observations que l'auteur possède et dont trois seulement sont relatées dans son mémoire, sont très favorables à la thèse qu'il soutient; mais, bien que nous penchions de son côté, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer combien peu ces faits ajoutent à la masse de documens sur lesquels se sont appuyées jusqu'ici les opinions contraires.

RUPTURES DU COEUR; par M. ROCHÉ.

Il s'agit de deux nouveaux cas de ruptures dites spontanées du cœur, sans cause appréciable et au milieu de la santé la plus florissante. Les sujets présentaient l'un et l'autre un embonpoint remarquable; chez tous deux, une grande quantité de graisse environnait le cœur; la texture de cet organe n'offrait aucune altération appréciable.

Ces observations sont remarquables surtout par l'existence, à un très haut degré, d'un symptôme qui paraît être pathognomonique de ce genre de lésion; nous voulons parler d'*un sentiment de brûlure avec angoisse inexprimable dans la région du cœur, sans que la respiration, les bruits du cœur et le pouls soient d'abord sensiblement altérés*. Chez le premier sujet dont la maladie a duré 10 heures, le pouls, d'abord naturel, est devenu vers la fin petit, misérable, intermittent. Chez le second, dont la maladie s'est prolongée près de 24 heures, le pouls est aussi resté calme au commencement; il est fâcheux qu'on n'ait pu constater son état plus tard; mais tout porte à penser qu'il est devenu filiforme et irrégulier.

Il est plus que probable que ce sentiment de brûlure est occasionné par la déchirure des fibres du cœur; et s'il en est ainsi, il faudrait conclure de la persistance momentanée de la régularité de ses battemens, que la déchirure se fait d'une manière graduelle, augmentant sans doute d'une petite quantité à chaque contraction ventriculaire.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 AOUT.

PHÉNOMÈNES DE LA DIGESTION.

M. LASSAIGNE communique le résultat de nouvelles recherches qu'il a faites pour déterminer sur le cheval et le mouton les quantités de fluides salivaire et muqueux que les alimens absorbent dans la bouche pendant la mastication.

Dans de précédentes communications sur la mastication et la déglutition des grains d'avoine, M. Lassaigne a démontré que *l'amidon renfermé dans ces grains n'était pas désagrégé* par l'action des dents molaires du cheval, et que, dans ce premier acte, la salive ne pouvait exercer aucune action chimique sur lui. Cette expérience, répétée sur le mouton, a donné les mêmes résultats. M. Lassaigne a mis à profit ces deux expériences pour étudier les quantités de fluides salivaire et muqueux excrétés pendant la mastication, et que chaque aliment pouvait absorber, pour être converti en bol propre à la déglutition. L'isolement d'une portion de l'œsophage et la section transversale lui ont permis de recueillir facilement le bol alimentaire à son passage et avant son entrée dans l'estomac. La proportion d'eau contenue dans chaque aliment donné étant connue par une expérience préliminaire, il a déduit de la proportion d'eau renfermée dans le bol alimentaire, après dessiccation, à + 100° la quantité de salive et de fluide muqueux, en ajoutant à cette proportion d'eau ainsi estimée la quantité proportionnelle de principes fixes, salins, que l'analyse chimique a démontrée dans ces deux fluides chez le cheval et chez le mouton.

D'après les résultats obtenus, et que M. Lassaigne a consignés dans un tableau, le rapport de l'aliment aux fluides salivaire et muqueux serait, chez le cheval, pour la farine d'orge, de 1000 à 1890; pour l'avoine, de 1000 à 1129; pour les feuilles et tiges d'orge verte, de 1000 à 481; et chez le mouton, ces proportions seraient, pour les mêmes substances, de 100 à 2125, de 1000 à 937, de 1000 à 393, etc.

INFLUENCE DES MUSCLES DE L'OEIL SUR LA VISION.

M. le docteur FRESTEL adresse une note sur quelques points relatifs à la vision. M. de Haldat, dans un travail communiqué récemment à l'Académie sur le même sujet, s'appuyant sur des expériences physiques, a cherché à prouver le défaut d'influence que les muscles de l'œil exercent dans l'acte de la vision. M. Frestel se propose, dans cette note, de combattre l'opinion de M. de Haldat à l'aide de documens cliniques.

Le bulbe oculaire placé dans l'orbite, entouré de plans fibreux, de graisse et d'organes qui l'assujettissent dans cette cavité, a une forme sphéroïdale dont le grand diamètre est antéro-postérieur. Débarrassé de ces liens et de leur capsule fibreuse qui l'entoure, il tend à se rapprocher de la forme sphérique, et par conséquent à diminuer dans le sens antéro-postérieur et à augmenter selon ses diamètres transverses. Si on exerce sur la coque oculaire des pressions latérales et opposées, la distance qui sépare le centre de la cornée du point opposé de la sclérotique augmente d'étendue aux dépens des diamètres transverses. C'est sur la possibilité d'allonger le diamètre antéro-postérieur, en comprimant l'œil parallèlement à son axe et par la propension qu'il a à revenir sur lui-même et à se rapprocher de la forme sphérique, lorsqu'il n'est point comprimé, que M. Frestel croit qu'on peut expliquer, tout en tenant compte de certaines modifications innées et acquises, la myopie et la presbytie.

Les faits que M. Frestel cite à l'appui de son opinion et qu'il emprunte à des cas cliniques tendraient effectivement à prouver l'influence de la disposition dont il s'agit sur les diverses altérations dans la portée de la vue. Ainsi, dans la paralysie de l'oculo-moteur commun, l'œil est presbyte, et la presbytie diminue en même temps que la maladie marche vers sa terminaison heureuse. Chez 5 malades affectés de paralysie de l'oculo-moteur commun, et sur lesquels l'auteur a employé les lunettes bi-convexes, il a vu la presbytie disparaître malgré la persistance de la dilatation de l'iris, preuve que ce n'est point à cette dernière circonstance qu'est due la presbytie.

On a vu, à la suite de maladies graves, des individus myopes devenir presbytes. L'auteur dit avoir observé des individus atteints de tubercules pulmonaires qui, à leur entrée à l'hôpital, se servaient de lunettes de myope d'un fort numéro. A mesure que la maladie a fait des progrès, et que les forces musculaires ont diminué, ils ont employé des numéros de moins en moins forts, et ont abandonné leurs lunettes primitives.

Chez le myope, le système moteur oculaire est ordinairement très développé. La tension des muscles de l'œil peut produire la myopie, ainsi que l'auteur en cite quelques exemples. Beaucoup de maladies désignées sous le nom d'amblyopies amaurotiques, siégeant sur des individus dont l'œil a été fortement mis en jeu ou condamné à un repos prolongé, ne sont rien autre chose, pour lui, qu'un commencement de myopie ou de presbytie dont la cause est due ou à un excès ou à un défaut d'exercice dans les muscles de l'œil.

Comme conséquences de ces faits, l'auteur signale les bons résultats que devrait avoir une compression graduée exercée sur l'œil pendant un certain temps, dans les cas de myopie accompagnée d'une légère exophthalmie, et l'indication de la section des quatre muscles droits s'ils pouvaient être divisés sans inconvénient grave.

PURPURA.

M. LEGRAND adresse une note sur le pourpre. Dans le pourpre, il y a évidemment altération du sang, diminution de quelques-uns des principes constitutifs. Les malades qui offrent les symptômes du pourpre, soit essentiel, soit symptomatique, sont, quant aux proportions de fibrine, dans des conditions tout à fait opposées à ceux qui sont atteints d'une phlegmasie quelconque. Ces faits qui résultent des observations et des expériences de M. Andral, répétées par l'auteur, tendraient, suivant lui, à prouver que le pourpre n'est point une maladie de la peau, et que c'est tout à fait à tort qu'on le fait figurer dans le cadre nosologique qui comprend les affections de cet organe; que ce n'est point une maladie, mais un phénomène symptomatique. M. Legrand rapporte, en outre, quelques observations de pourpre guéri par l'administration des préparations de fer, circonstance qui viendrait à l'appui de l'opinion qu'il avance.

INFLUENCE DU NOYER SUR L'ÉCONOMIE.

M. le baron d'Hombres Firmas, correspondant de l'Institut, adresse une note sur les effets de l'ombrage du noyer. On sait que l'opinion générale attribue à l'ombrage du noyer une action funeste sur la santé des hommes et des animaux et sur la végétation. M. d'Hombres Firmas, après s'être convaincu de la réalité de cette influence par beaucoup de faits et de relations dont un certain nombre sont reproduits dans son mémoire, a voulu s'assurer au moyen d'expériences eudiométriques faites à différentes heures du jour, par un temps calme, avec un ciel serein, avec la pluie, si l'air à l'ombre des noyers était moins pur que celui pris sur d'autres arbres et au milieu des champs. Il n'a trouvé à cet égard aucune différence appréciable. Il pense donc que c'est à l'odeur stupéfiante et soporative qui s'exhale du noyer qu'il faut uniquement attribuer les effets observés.

EFFETS DE L'ÉLECTRICITÉ TERRESTRE.

M. Régnier, médecin à Coulommiers, adresse une relation de la mort subite d'une jeune fille occasionée par l'électricité sans bruit de tonnerre. Cette jeune fille se retirait des champs au moment où un gros nuage noir s'avançait de l'ouest. Tout à coup elle tombe; on s'approche, elle était morte. L'examen du cadavre ne fit découvrir aucune lésion; seulement les poils de l'aisselle étaient brûlés. Son bonnet, projeté au loin, présentait un trou. M. Régnier attribue cette mort à l'électricité de la terre: cette fille aurait servi de conducteur pour la transmettre au nuage.

M. Arago rappelle qu'il existe deux ou trois faits analogues dans la science, qui donnent de la vraisemblance au récit de M. Régnier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

L'Académie se forme en comité secret à l'ouverture de sa séance. La séance n'est rendue publique qu'à trois heures et demie.

M. le secrétaire annuel donne lecture du procès-verbal qui est mis aux voix et adopté.

La correspondance ne contient aucune pièce digne d'intérêt.

M. le secrétaire perpétuel met sous les yeux de l'Académie un appareil imaginé par M. Blatin, pour soumettre à une irrigation abondante la tête d'un malade sans mouiller sa couche. L'auteur donne à cet appareil le nom de *tamis-aqueduc*. Il a fait confectionner des appareils analogues pour les irrigations de différentes autres parties du corps.

Ces pièces sont renvoyées à l'examen d'une commission.

OPIUM DANS LA DYSENTERIE.

M. Collineau lit un rapport sur un mémoire de M. Giraud relatif à l'emploi de l'opium à haute dose dans la dysenterie. L'auteur ayant eu à traiter une épidémie de dysenterie, après avoir employé sans succès un grand nombre de moyens thérapeutiques, eut recours à l'opium qui lui procura immédiatement d'heureux résultats.

Ce mémoire ne renfermant d'ailleurs rien de nouveau, M. le rapporteur conclut au dépôt pur et simple aux archives. (Adopté.)

TRAITEMENT DES FIÈVRES MUQUEUSE ET TYPHOIDE.

Le même rapporteur lit un second mémoire de M. Thomas, ayant pour objet le traitement des fièvres muqueuse et typhoïde. Dans des considérations préliminaires, l'auteur émet, entre autres idées théoriques, l'opinion que les fièvres se communiquent par contagion. En ce qui concerne le traitement, il signale les bons effets des applications chaudes et des vésicatoires sur les extrémités, comme moyens qui conviennent également dans les fièvres muqueuses, dans la fièvre typhoïde et dans la dysenterie, sauf à recourir concurremment aux moyens antiphlogistiques, suivant les indications et le degré de réaction déterminée par les révulsifs, etc.

M. le rapporteur, laissant de côté les considérations théoriques auxquelles se livre l'auteur sur ce sujet, se borne à reconnaître que le traitement dont il s'agit, traitement auxquel les anciens médecins recouraient quelquefois, peut effectivement être utile. Il conclut en proposant le dépôt aux archives et des remercîmens à l'auteur pour sa communication.

M. Rochoux: Je regrettais de n'avoir pas demandé la parole sur le premier rapport (on rit); mais cette fois je ne puis me taire plus longtemps. S'il y a une chose démontrée en thérapeutique, c'est l'efficacité et le danger des vésicatoires, dont les anciens faisaient un si fréquent usage dans le traitement des fièvres graves. C'est cependant là le moyen que préconise l'auteur. Ce travail méritait, à mon avis, une critique plus sévère.

M. Collineau: Je n'ai fait que rapporter l'opinion de l'auteur, sans l'approuver, ni l'improuver. D'ailleurs, est-il vrai, comme le dit M. Rochoux, que l'usage des vésicatoires soit toujours inutile et pernicieux, et qu'il faille l'exclure du traitement des fièvres? Je ne suis pas de cet avis. Je crois qu'il y a des cas où ils peuvent être utiles; M. Louis, qui a fait un très bon travail sur ce sujet, le reconnaît aussi. M. Rochoux pense-t-il donc que les médecins d'il y a vingt ans, qui faisaient un grand usage des vésicatoires, fussent moins bons praticiens que ceux d'aujourd'hui? Allons donc! (Le ton avec lequel ces dernières paroles sont prononcées excite l'hilarité générale.)

M. Rochoux: M. Collineau est, il faut en convenir, un homme très conciliant. Un auteur qui a dit qu'il n'y avait pas de différence entre l'esprit et la matière, entre le repos et le mouvement, peut bien dire que les vésicatoires qui sont mauvais aujourd'hui étaient bons autrefois. L'opinion des anciens ne prouve rien ici et n'empêche pas que je persiste dans la mienne.

M. Louis: Puisque M. Collineau m'a interpellé, je dirai mon sentiment sur cette question. Je crains que M. Collineau n'ait mal compris ou mal interprété les résultats des recherches qu'il a mentionnées. J'ai fait avec tout le soin que je suis capable d'apporter à des recherches de cette nature l'analyse d'un grand nombre de cas de fièvre typhoïde dans lesquels j'avais fait usage de vésicatoires. Les résultats de cette analyse m'ont porté à croire que les vésicatoires sont inutiles et funestes; funestes, en ce qu'ils tendent à dégénérer en plaies ulcéreuses et à prolonger ainsi indéfiniment la convalescence.

M. Collineau: Je répondrai d'abord à M. Rochoux que, s'il entend parler de l'abus que les anciens pouvaient faire des vésicatoires, je suis de son avis; mais je serai moins absolu en ce qui concerne leur usage. Quant à M. Louis, je dirai oui, les vésicatoires sont quelquefois dangereux, mais ils ne le sont pas toujours; ils sont quelquefois utiles, et c'est précisément en cela que consiste le grand art des praticiens, de distinguer les cas où ils peuvent être utiles, et ceux où ils seraient nuisibles.

M. Castel: Il est convenu que « nul n'aura de l'esprit hors nous et nos amis. » Nul n'aura été bon médecin hors les médecins d'aujourd'hui; les anciens médecins n'ont rien fait de bon. Vous savez, Messieurs, que ces prétentions ne sont guère de mon goût. Quant au point en discussion, je crois qu'on s'est déjà engagé dans une mauvaise voie en considérant les vésicatoires comme un moyen de traitement principal, au lieu de ne les considérer, ainsi que le faisaient les anciens, que comme des moyens auxiliaires. On ne voit pas d'ailleurs que condamner les vésicatoires, c'est bannir la méthode du traitement des fièvres. Par une singulière inconséquence que je ne saurais comprendre, tandis qu'il y a quelques jours nous établissions qu'il existait de grands rapports entre la fièvre typhoïde et le typhus, aujourd'hui nous voulons isoler entièrement le traitement de l'une du traitement de l'autre. Nous semblons oublier aujourd'hui que, dans le typhus de 1813, une plaie, un phlegmon, qui survenaient pendant le cours de la maladie en modifiaient à ce point l'intensité, que tantôt ils l'aggravaient, tantôt, au contraire, ils en déterminaient la solution; et vous voulez que les vésicatoires, c'est-à-dire des plaies artificielles, n'aient aucune action! On a le grand tort de vouloir toujours individualiser les faits au lieu de les rapprocher pour en déduire des lois générales; on ne voit la science que par un point, et l'on se conduit d'après des données aussi imparfaites. Qu'est-ce que de ne vouloir, pour chaque maladie, qu'un seul traitement, toujours le même, sans tenir compte des constitutions, des tempéramens et des mille circonstances environnantes qui peuvent faire varier les indications? Il y a du reste un résultat d'après lequel on peut juger cette pratique, c'est la nécrologie; à entendre chaque médecin, il guérirait toujours; mais consultez les tables nécrologiques, et vous trouverez le plus souvent une pratique malheureuse.

M. Louis: Je n'ai nullement l'intention d'examiner la question de prééminence entre les anciens et les modernes, je crois inutile de suivre M. Castel sur ce terrain. Je me bornerai seulement à faire remarquer que si les résultats diffèrent, ce n'est pas que les anciens n'aient été de tout aussi bons observateurs qu'on peut l'être de nos jours, peut-être cela ne dépend-t-il que des moyens d'investigation. Toujours est-il que jusqu'à ce qu'on nous oppose des résultats et des preuves qui détruisent les nôtres, nous nous croirons autorisés à penser que les faits recueillis de nos jours l'ont été avec plus de soin et d'exactitude que ceux que nous ont transmis nos prédécesseurs, et nous persisterons dans nos convictions. Eh mon Dieu! on nous parle beaucoup des doctrines des anciens sur les fièvres; mais n'est-ce pas Lieutaud qui a dit, il y a longtemps, qu'il fallait faire table rase de tout ce qu'on avait fait sur les fièvres jusqu'à lui?

Quant à l'emploi des vésicatoires, jusqu'à ce qu'on m'ait démontré le contraire par l'analyse de faits nombreux et bien observés, je persisterai à les considérer comme nuisibles dans le traitement de la fièvre typhoïde, ou tout au moins inutiles.

M. Castel: Je n'ai pas voulu contester aux modernes le droit de faire de nouvelles recherches; mais je dis que toutes celles que l'on a faites récemment sur les fièvres n'ont abouti qu'à la confusion, au cahos. On parle de faits, d'observations; mais est-ce que chacun de nous n'en fait point des observations? N'avons-nous pas tous ici des services d'hôpitaux, des malades à soigner? Et pourquoi voulez-vous que nous reconnaissions vos observations supérieures aux nôtres? Je déclare, pour mon compte, que je n'abdique pas mon jugement, et je ne vous reconnais pas le droit de subjuguer mon intelligence et mon raisonnement.

M. Louis dit que les vésicatoires sont nuisibles dans la fièvre typhoïde; mais quelqu'un a-t-il prétendu qu'ils fussent toujours utiles? Non, sans doute; les anciens n'étaient pas aussi exclusifs qu'on affecte de le croire; ils reconnaissaient que les vésicatoires étaient utiles dans certaines circonstances, et ils les employaient comme un moyen auxiliaire; mais ils savaient très bien s'abstenir au besoin. Au lieu de cela, que voit-on aujourd'hui? des médecins qui veulent faire beaucoup, qui veulent agir toujours, et qui semblent ignorer ce que l'expérience nous a depuis longtemps appris, que souvent le meilleur traitement des fièvres est l'expectation.

M. Collineau: On a comparé les vésicatoires aux plaies naturelles qui surviennent quelquefois pendant le cours des fièvres graves; cette comparaison n'est pas très exacte. Je crois que les escarres des vésicatoires sont beaucoup moins graves que les inflammations et les ulcérations spontanées. Quant à l'action des vésicatoires, je crois qu'il est des cas, comme l'a dit M. Louis, où ils peuvent être nuisibles, j'en ai vu moi-même des exemples; mais il n'en faudrait pas conclure pour la généralité; il est des cas où je les crois utiles.

M. Velpeau : M. le rapporteur, en désignant la nomenclature de la fièvre typhoïde, a attribué la dénomination de *dothinentérite* à M. Bretonneau. Comme les noms en pareil cas représentent des idées, je crois qu'il est utile d'éviter la confusion des termes. M. Bretonneau a appelé la fièvre typhoïde *dothinentérie*, et non *dothinentérite*. Je prierai M. le rapporteur de vouloir bien faire cette légère rectification.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

DE LA SAIGNÉE ; INDUCTIONS PRATIQUES.

M. Tanchon lit une note sur la saignée, avec quelques inductions pratiques sur ce sujet.

Il commence par établir que le sang est diversement coloré dans les saignées; et bien que le plus souvent il soit noir, cette couleur n'existe souvent qu'au commencement de l'opération pour devenir rouge ensuite; et que dans certains cas même, il sort rouge et rutilant pendant tout le cours de la saignée, ou rouge et noir tout à la fois ; enfin quelquefois il sort rouge au commencement, puis noir à la fin.

Ces diverses colorations du sang résultent dans quelques cas, suivant lui, du passage rapide du sang artériel dans le système veineux, et le plus souvent de l'action de l'air sur la peau qui, en pénétrant par cette voie dans la circulation, agit alors sur le sang à sa manière ordinaire.

M. Tanchon trouve, dans ces diverses colorations du sang, des indications pratiques ; toutes les fois qu'il est noir et tant qu'il conserve cette couleur, il le laisse couler ; il en est aussi de même lorsqu'il sort rouge, seulement au début de la saignée, pour devenir noir ensuite ; mais dès qu'il continue à sortir rouge, il arrête immédiatement la saignée; car si on la laisse couler dans ce cas, les accidens que l'on cherche à combattre augmentent. Dans la fièvre typhoïde, par exemple, si le sang sort rouge, la saignée est constamment nuisible.

M. Tanchon arrive à cette conclusion que le sang noir est malade, et le sang rouge de bonne qualité; que dans le premier cas, toutes choses égales d'ailleurs, on peut laisser couler le sang et même renouveler la saignée, tandis que dans le second on doit soigneusement s'en abstenir.

L'Académie se forme de nouveau en comité secret à quatre heures.

BIBLIOGRAPHIE.

LE FORMULAIRE DES FORMULAIRES DU MÉDECIN PRATICIEN, CONTENANT L'ÉNUMÉRATION DES SUBSTANCES MÉDICINALES, LEURS PRÉPARATIONS, LEURS DOSES ET LES FORMULES DIVERSES; par M. J.-J. Alamir-Carcenac. In-18. — Paris, chez Mme veuve Hildebrand, rue de l'École-de-Médecine, 15.

Ce n'est pas une œuvre aussi facile qu'on pourrait le croire qu'un bon formulaire; beaucoup d'esprits distingnés s'y sont appliqués et tous n'out pas également réussi. Un formulaire doit être moins un livre savant qu'un livre commode, et là est précisément pour certains écrivains la grande difficulté. Il est quelquefois aussi difficile à un savant d'écrire un livre qui ne le soit pas qu'à un ignorant d'écrire un livre savant. Dans l'espèce, de quoi s'agit-il? de fournir aux praticiens dans l'embarras le moyen de suppléer vite et sûrement à un défaut de connaissances ou de mémoire. Quelles sont les circonstances où le praticien doit recourir à ce moyen? On peut les réduire à quatre principales. Ou bien, il cherche un médicament propre à remplir telle ou telle indication, un tonique, un excitant, un diurétique, un sudorifique, un syalogogue, etc.; — ou bien, ayant fait choix d'un médicament, il ne sait à quelle dose l'employer; — ou bien encore, connaissant la dose, il ignore le mode d'emploi, si la substance est soluble ou non, si elle s'administre en infusion ou en décoction, etc.; — ou bien enfin, il ne cherche pas une substance déterminée, mais une formule, comme une potion fébrifuge, expectorante, des pilules purgatives, etc. Tout formulaire qui permettra de pourvoir commodément à toutes ces éventualités réunira donc les conditions essentielles d'un bon formulaire.

Le livre que nous analysons présente-t-il ces conditions? Oui et pleinement. Comme dans l'ouvrage de M. Bouchardat, ce sont les différentes médications, narcotiques, antispasmodiques, toniques, astringentes, etc., qui out servi de base à la classification des médicamens. Sous le titre de chaque médication viennent se ranger les *substances* d'abord, puis les *formules* qui lui appartiennent. Une table générale renvoie aux médications, dans lesquelles on peut immédiatement faire choix d'une substance ou d'une formule ; une seconde table renvoie aux substances elles-mêmes, à quelque médication qu'elles se rapportent, et là se trouvent indiqués la dose et le mode d'emploi; enfin une troisième table guide dans le choix des formules. Déjà la table générale avait permis de trouver promptement une préparation excitante, ou antiphlogistique, ou altérante; celle-ci donne le moyen de choisir la forme particulière de cette préparation. Ainsi, dans cette table, se trouvent rapprochés toutes les sortes de bains, antiphlogistiques, révulsifs, stimulans, toniques; tous les linimens, anthelmintiques, antispasmodiques, astringens, narcotiques; tons les collyres, tous les collutoires, tous les opiats, etc. C'est un avantage, ce nous semble, de trouver ainsi groupées ces formules dont la recherche est presque toujours longue et difficile dans les autres formulaires.

On trouve encore dans le livre de M. Carcenac une indication des secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, un tableau des eaux minérales et un mémorial thérapeutique. Toutes ces parties auraient gagné à recevoir un peu plus de développement. Le mémorial, en particulier, ne peut être à peu près d'aucun secours au praticien, et, tel qu'il est, il eût pu être supprimé sans inconvénient. Nous ne pensons pas d'ailleurs que ce soit une bonne innovation d'avoir rangé les maladies par ordre d'appareils, d'organes et de fonctions. En pareille matière, l'ordre alphabétique est très préférable en ce qu'il permet d'aller droit à l'affection dont on cherche la thérapeutique. Le praticien, appelé à traiter une anasarque, s'embarrasse peu pour le moment si elle rentre ou non dans les *maladies des appareils d'exhalation*; ou, s'il a devant lui une pleuropneumonie, il lui est peu commode de chercher le traitement de la pleurésie dans les *maladies des membranes séreuses*, et celui de la pneumonie dans les *maladies de l'appareil respiratoire.* C'est pourtant ce qu'il est obligé de faire dans l'ouvrage de M. Carcenac.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Constantin James, collaborateur de M. Magendie, nous prie de déclarer que ce n'est pas de lui qu'il a été question dans la dernière séance de l'Académie de médecine. Il est tout à fait étranger aux travaux et à la personne mise en cause dans cette séance.

— Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau. — M. Gibert ayant terminé son cours d'été, reprendra ses visites cliniques, suivies de la consultation publique, tous les lundis à huit heures et demie précises. Les applications pratiques et thérapeutiques journalières des connaissances spéciales acquises dans le cours d'été fourniront le complément naturel de ce cours qui, chaque année, réunit à l'hôpital Saint-Louis un grand nombre d'élèves et de praticiens tant qu'étrangers.

— Guide du médecin praticien, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées; par F.-L.-I. Valleix, médecin des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique, auteur de la Clinique des maladies des enfans nouveau-nés et français du Traité des névralgies, etc.

En vente, tome 6e : appendice aux maladies des voies digestives (hémorrhoïdes, vers intestinaux) ; maladies des annexes des voies digestives.

Les tomes 1 et 2 forment un Traité complet des maladies des voies respiratoires. Ils se vendent séparément.

Le tome 3 forme un Traité complet des maladies des voies circulatoires. Il se vend séparément.

Les tomes 4 et 5 forment un Traité complet des maladies des voies digestives.

Le tome 7 est sous presse. Il paraîtra en six livraisons : une tous les mois.

L'ouvrage complet formera 10 vol. in-8o. Prix de chaque volume : 8 fr. 50 c., et franco par la poste, 10 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent Street.

— De la pellagre, de son origine, de ses progrès, de son existence en France, de ses causes et de son traitement curatif et préservatif; par Théophile Roussel, docteur en médecine, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut de France, membre de la Société anatomique. — Un vol. in-8o. Prix : 6 fr.

Paris, au bureau de l'Encyclographie médicale, 7, rue Neuve-de-l'Université (prolongement de la rue Saint-Guillaume).

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

FIÈVRES INTERMITTENTES. — LE QUINQUINA ET L'ARSENIC.

La plus petite question en apparence est souvent grosse de faits et de questions de la plus grande importance. La proposition n'est pas nouvelle, mais en voici une preuve nouvelle. Un membre de la commission des eaux minérales lit à l'Académie un de ces rapports généralement assez peu écoutés, et dont les conclusions sont presque toujours invariablement adoptées sans discussion. Il s'agit d'une réponse à faire au ministre de la guerre sur les propriétés médicales d'une source d'eaux chaudes arsénicales de l'Algérie. M. Gérardin propose un simple amendement aux conclusions, consistant à appeler l'attention de l'administration sur le parti qu'on pourrait tirer de ces eaux pour en faire des expériences dans le traitement des fièvres intermittentes. Cette proposition suspend quelques instans le vote des conclusions, et dans ce court intervalle il est jeté çà et là quelques idées dont chacune renfermait une des plus hautes questions de thérapeutique et de médecine pratique. M. Bussy signale ce fait particulier, que des eaux contenant des principes toxiques ou médicamenteux en proportion tellement minime qu'elles ne déterminent aucun accident toxique, aucun phénomène physiologique particulier, alors qu'elles sont prises en assez grande abondance et qu'elles servent aux usages domestiques et culinaires, peuvent néanmoins jouir d'une action thérapeutique manifeste. Et dans ce simple énoncé, passé en quelque sorte inaperçu devant l'Académie, se trouve implicitement renfermée une des plus délicates, mais des plus obscures questions de thérapeutique générale, celle de l'effet *relatif* des médicamens, de leur action spécifique ou élective à des doses presque homéopathiques. — D'un mot M. Bally fait le procès aux préparations arsénicales comme fébrifuges. — En quelques paroles, M. Piorry remet en question tout ce qui concerne et la théorie des fièvres intermittentes et celle des altérations concomitantes ou consécutives aux accès et leur traitement. — Enfin, un seul fait rapporté par M. Guéneau de Mussy en faveur de l'efficacité de la solution arsénicale de M. Boudin, soulève une série de questions de pathogénie des plus intéressantes, telles que celles-ci par exemple : quelle est la relation des maladies antérieures auxquelles le sujet en question avait été en proie, avec la fièvre intermittente quotidienne qui en a été la suite ? quel rapport existe entre la névralgie intercostale du côté gauche et la fièvre intermit-

Feuilleton.

VARIA.

— Une supposition. Que dirait-on si les médecins rebutés des dégoûts qu'ils éprouvent ; las de l'insuffisance des lois actuelles sur la profession et de leur inexécution ; fatigués des refus d'une organisation si instante et si nécessaire ; effrayés du poids des obligations qu'on leur impose, de l'énorme disproportion entre leurs devoirs et leurs droits ; épouvantés de la responsabilité qui pèse sur eux sans équivalens pour le rang et la dignité de leur profession ; accablés d'une concurrence non seulement légitime, mais de la tourbe des médicastres sans titres, annonçaient qu'ils se retirent simultanément et en masse, en un mot qu'eux aussi ont l'intention *de faire grève ?* Quelle clameur s'élèverait de toutes parts ! que de plaintes, de reproches, de récriminations n'entendrait-on pas contre eux ! C'est alors qu'on verrait combien ils sont utiles, combien leur apport social est immense, important, indispensable, dans l'ordre actuel des choses. Il arriverait sans doute qu'une nuée de guêpes médicales fondrait aussitôt sur les malades, que les industriels, faux médecins déjà si nombreux, augmenteraient prodigieusement. Mais de bonne foi pense-t-on que l'énorme vide serait comblé, que la plaie sociale cesserait d'être vive, que le gouvernement, les gens instruits, les hommes sensés, prendraient le change ? ce serait une erreur. Mais qu'on se rassure, les médecins seraient encore dix fois plus maltraités qu'ils ne cesseront de guérir, de soulager, de consoler les hommes. L'humanité avant tout : c'est la devise de quiconque a compris sa profession comme un sacerdoce, tout aussi inviolable, tout aussi élevé que celui du ministre de l'Évangile.

— Du temps que Paganini régnait dans la musique, un jeune médecin, homme de sens, ne pouvait comprendre qu'on pût amasser tant de richesses, cumuler tant d'or, bâtir tant de châteaux sur la *quatrième* corde d'un violon. Plus tard, en pénétrant plus avant dans les entrailles de la société, il a appris ce secret, qu'en définitive les hommes ne se laissent conduire et séduire que par l'intérêt et le plaisir. La vertu, le mérite, la santé ne viennent qu'après, bien loin après, ce sont les *dii minores* ; pour eux un peu d'encens, mais s'il en reste.

— Le titre d'un livre est peut-être ce qu'il y a de plus difficile ; pourquoi cela ? c'est que ce titre est l'analyse extrême de l'ouvrage, une analyse condensée en deux ou trois mots s'il est possible. L'Esprit des lois, le Génie du christianisme, l'Imitation de Jésus-Christ, en sont d'insignes exemples. C'est, dit-on, l'étiquette du sac ; nul doute ; mais il importe que cette étiquette exprime beaucoup et néanmoins qu'elle soit convenable, ni trop simple, ni trop ampoulée, ni trop haute, ni trop basse ; un mot de plus ou de moins font infiniment dans ce cas. — Il y a quelques années, j'allai dans une imprimerie chercher les Harmonies de la nature de Bernardin de Saint-Pierre ; un vieux prote, malin,

tente? à quelle circonstance particulière de la maladie ou du sujet faut-il attribuer l'inefficacité du quinquina dans un cas où il paraissait si bien indiqué, etc., etc.?

Nous n'avons ni la prétention ni le loisir de traiter, dans ces quelques lignes, ces diverses questions, qu'il suffit d'énoncer d'ailleurs pour appeler sur elles l'attention et la méditation des praticiens; nous nous bornerons pour l'instant à quelques réflexions sur celle de ces questions que l'Académie a abordée, mais en ne faisant que l'effleurer seulement, et qui était pourtant bien digne d'une discussion approfondie; nous voulons parler du traitement des fièvres intermittentes.

S'il est une vérité pratique bien démontrée en médecine, c'est sans contredit l'efficacité du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes. Aussi n'est-il jamais venu à l'esprit de personne de mettre cette efficacité en doute; mais ce qui a été remis en question depuis quelques années, c'est la supériorité de son action sur celle de quelques-uns des fébrifuges que l'on n'avait considérés jusque-là que comme ses succédanés. On a cherché depuis quelque temps, ainsi que tout le monde le sait, à réhabiliter les propriétés des préparations arsénicales, et on a été même jusqu'à vouloir leur donner la prééminence sur le sulfate de quinine. Cette prétention, qui par parenthèse n'est pas nouvelle, ne paraît pas devoir trouver un accueil très favorable devant l'Académie, à en juger du moins par le peu de mots qui ont été prononcés à cette occasion dans la dernière séance. Elle mériterait toutefois d'être plus sérieusement examinée qu'elle ne l'a été. Mais un pareil examen, pour être complet et efficace, devrait porter sur un champ plus vaste que celui où s'est trouvée circonscrite la discussion. Ce n'est pas en se servant de l'expression vague de fièvres intermittentes, sans spécifier si l'on n'entend désigner par là que les fièvres paludéennes, ou bien si l'on comprend dans cette acception toutes les affections à type intermittent, quelles qu'en soient la nature et les causes, que l'on pourra jamais arriver à rien de précis à cet égard. Encore moins éclairerait-on la question si l'on prenait pour type des fièvres intermittentes les fièvres des pays tempérés, et en particulier celles que l'on n'observe qu'à de si rares occasions dans les hôpitaux de Paris. Sans admettre qu'il y ait, suivant l'expression un peu exagérée dont quelques personnes se sont servies, un abîme entre les fièvres périodiques des pays froids et celles des pays chauds, on doit reconnaître du moins qu'il existe en réalité entre elles d'assez notables différences pour qu'on ne puisse indifféremment les confondre et conclure du caractère des unes au caractère des autres. Ainsi, tandis que, dans notre climat tempéré, les fièvres de marais conservent toujours leur type franchement périodique qui les distingue nettement des fièvres continues, dans les contrées méridionales la distance qui sépare les fièvres continues des fièvres intermittentes s'efface en quelque sorte au point que les deux types se confondent souvent entièrement, circonstance à raison de laquelle quelques auteurs, et notamment M. Boudin, ont cru devoir changer la dénomination de *fièvres intermittentes* contre celle de *fièvres paludéennes* ou fièvres des marais, qui ne préjuge rien sur leur type et qui s'applique indistinctement à toutes les fièvres, soit intermittentes, soit rémittentes, ou continues, qui reconnaissent pour cause le miasme marécageux ou l'impaludation. Cette différence dans les types et dans les caractères en implique de non moins saillantes dans la gravité de ces affections. Quelle différence n'y a-t-il point en effet entre nos intermittentes printannières, par exemple, qui s'usent en quelque sorte d'elles-mêmes au bout de quelques accès ou qui guérissent souvent sous la seule influence d'un changement de lieu et de régime, et les intermittentes estivales des pays chauds en présence desquelles la moindre temporisation est souvent mortelle! Sans sortir même de notre climat, quelle différence n'y a-t-il point encore entre les fièvres intermittentes simples, les fièvres dites *larvées* et les intermittentes pernicieuses! L'état pathologique est loin d'être toujours le même dans toutes les fièvres intermittentes. Ainsi, tandis que, dans le plus grand nombre des fièvres, la périodicité constitue un élément tellement prédominant qu'elle résume en elle seule toutes les indications, et que tous les autres élémens de la maladie, de quelque nature qu'ils soient, disparaissent avec elle, il en est d'autres, au contraire, dont les conditions pathologiques se rapprochent tellement de la condition des fièvres continues, sthéniques, que les antipériodiques resteraient impuissans s'ils n'étaient précédés ou secondés par l'emploi d'autres moyens appropriés; dans d'autres enfin, la périodicité peut disparaître sans que la maladie soit guérie. Peut-on comparer des résultats qui auraient été obtenus dans des conditions aussi dissemblables? D'un autre côté, si l'on s'en tient comme moyen d'expérimentation et de comparaison à ces cas isolés de fièvres intermittentes de nature bénigne, et dont l'origine est le plus souvent obscure, aura-t-on là des élémens d'appréciation suffisans? Nul doute que, dans des cas de ce genre, on n'ait plus d'une fois fait honneur aux succédanés du quinquina ou au quinquina lui-même de guérisons qui se fussent opérées toutes seules et par le seul effet du temps.

Il ne serait pas moins exact de dire que, dans bien des cas où le sulfate de quinine a paru inefficace et où l'on a eu recours, souvent sans plus de succès, à ses succédanés, cet insuccès, plus apparent que réel, tenait à des circonstances de complications méconnues ou dont on n'avait point suffisamment tenu compte dans le traitement. Les complications de ce genre, qui semblent contr'indiquer l'emploi immédiat des antipériodiques, et qui exigent l'intervention d'une médication préalable appropriée à la nature des symptômes, se rencontrent assez communément dans les fièvres intermittentes épidémiques ou celles qui se manifestent sous l'influence d'une constitution médicale particulière. En 1832, pendant la grande épidémie de choléra, on observa, parmi les maladies intercurrentes régnant à l'époque des chaleurs, des fièvres intermittentes à type tierce et présentant, indépendamment des symptômes caractéristiques des accès périodiques, tous les signes d'un état saburral des voies gastriques. Le sulfate de quinine, administré de prime-abord, empirait l'état des malades et semblait n'avoir aucune puissance contre les accès. Faisait-on précéder, au contraire, le sel fébrifuge d'un émétique, la fièvre cédait aussitôt aux premières prises. Dans d'autres cas analogues, où les symptômes de complication ont un caractère plus particulièrement sthénique et congestif, c'est la saignée qui devient une condition préalable indispensable du traitement antipériodique.

Enfin, dans ces derniers temps, les médecins militaires ont rendu un service éminent à la science en appelant l'attention des praticiens destinés à exercer dans les pays chauds, sur cet ordre de fièvres graves continues dont nous parlions tout à l'heure, et qui ne sont, ainsi que le démontre d'une manière péremptoire leur curabilité exclusive par les préparations de quinquina, qu'une des variétés des nombreuses affections de tout type qu'engendrent les miasmes marécageux des pays chauds. C'est dans la même catégorie qu'il faut placer la *fièvre congestive* des Américains et ces maladies inflammatoires dont parle M. Guislain, qui, nées sous l'in-

---

caustique, comme il y en a beaucoup, coiffé magistralement de son bonnet de papier, me remit l'exemplaire en disant : « Voilà l'ouvrage d'un homme de peu de sens. » — Je me récriai. Oui, je le soutiens, reprit notre vieux prote, comment un auteur a-t-il été si orgueilleux de mettre LES *Harmonies de la nature*; il aurait écrit dix mille volumes in-folio, qu'il n'en aurait pas terminé la préface, et pourtant *cela* fait de l'argent. Le vieux prote avait raison, sa réflexion me donna beaucoup à réfléchir.

— Il paraît que chez les anciens comme parmi nous, les médecins n'étaient pas dupes de ces grands charlatans qui trompent et fascinent si bien le public. En général, rien de plus difficile à tromper qu'un médecin de bon sens, c'est Gassendi le philosophe qui l'a dit. On en trouve la preuve dans le *Peregrinus* de Lucien. Ce Peregrinus était une espèce de fanfaron philosophe qui se fit brûler publiquement voulant prouver qu'en bon stoïcien la douleur n'était point un mal, qu'il y serait insensible. Lucien, avec sa raillerie habituelle, si fine et si mordante, n'a pas de peine à faire ressortir le sot orgueil de Peregrinus. C'était huit ou dix jours avant l'holocauste, il fut pris de la fièvre, et le pauvre philosophe n'était pas à son aise. « Il vomit la nuit, dit Lucien, et fut saisi d'une fièvre violente. Il fit appeller le médecin Alexandre, qui m'a raconté depuis qu'il l'avait trouvé se roulant par terre, *ne pouvant supporter la chaleur* qu'il ressentait. — Le médecin lui dit que s'il voulait absolument mourir, la mort se présentait à sa porte, qu'il n'avait qu'à la suivre, et qu'il n'avait pas besoin de *bûcher*. A quoi le philosophe lui répondit qu'un genre si commun serait *ignoble* pour lui. Voilà ce que je tiens d'Alexandre. Mais moi-même, continue Lucien, je l'avais vu peu de jours auparavant les yeux enflés et pleurans de l'application d'un collyre très âcre. Il croyait sans doute que Pluton ne recevait pas d'aveugles aux enfers. Cela ressemble à l'homme qui, prêt à être crucifié, se faisait panser une légère blessure au petit doigt. Croyez-vous que Démocrite se fût abstenu de rire s'il eût vu de pareilles folies, quoique, à dire vrai, je ne sais si toute sa faculté de rire lui eût suffi pour celle-ci. »

— La destinée d'un médecin, selon Goëthe, est de vivre heureux, de faire le bien et de mourir avec grâce.

— Que pensez-vous de mon livre, mon cher confrère? Le voici : il y a dans votre livre du nouveau et du vrai; *seulement*, le nouveau n'est pas vrai et le vrai n'est pas nouveau. Piquante et rude critique d'un sot livre.

— Plus on voit de maladies, quand on les voit bien avec le tact et la réflexion convenables, plus on aperçoit de difficultés, de lacunes dans la pratique. Pour mon compte, je suis convaincu qu'il y a des fièvres rémittentes pernicieuses, l'espèce de fièvre la plus dangereuse, la plus perfide, parce qu'elle est très difficile à reconnaître. Et pourtant qu'on se hâte, *occasio præceps* dans toute la force de l'expression. C'est ici qu'il faut une perspicacité en quelque sorte divinatoire : la vie et la mort sont au bout de la conclusion du médecin. La plupart des auteurs ne font pas mention de cette forme importante des fièvres. Le livre DE RECONDITA FEBRIUM CUM INTERMITTENTIUM, CUM REMITTENTIUM NATURA ET CURATIONE, 1759, attribué à Senac ou à Bouvart, n'en parle que d'une manière fort obscure. Je crois pourtant qu'il y a des signes auxquels on peut la reconnaître, indépendamment de la rémittence plus ou moins prolongée. Le premier est l'urine trouble, sédimenteuse, qu'il ne faut pas confondre avec l'urine pourprée

fluence des miasmes marécageux ne cèdent qu'au sulfate de quinine, quoiqu'elles ne présentent, dans leur marche, ni intermittence, ni rémission.

Nous aurions fort à faire si nous voulions résumer ici les circonstances multipliées qui peuvent entraîner des modifications dans le dégré de curabilité des fièvres intermittentes en apparence identiques entre elles et dans les indications curatives accessoires; et grouper sous un même cadre toutes les affections qui, bien qu'avec des types, des formes et des caractères différens, ressortant d'une cause commune, obéissent toutes à une même indication et cèdent à un même traitement. Notre intention, en rapprochant un certain nombre de faits qui se rattachent à une même question, a été de montrer que cette question n'était pas aussi simple qu'elle pouvait le paraître au premier abord, et que pour comparer entre elles des médications qui s'adressent à des cas morbides aussi complexes et aussi variés, il était nécessaire de s'entendre d'abord sur le caractère de ces cas, sur les liens d'affinité qui leur imprime un fond commun, et les circonstances accidentelles ou accessoires qui en constituent les dissemblances. Mais ce ne serait pas tout encore que d'envisager à ce point de vue toutes les fièvres périodiques ou non, qui, à raison de leur origine commune, sont passibles du même traitement et méritent le nom de fièvres à quinquina. La périodicité considérée en elle-même, et abstraction faite de la forme qu'elle revêt, ne ressort pas moins de la question qui nous occupe. Il nous resterait donc, maintenant, avant d'entreprendre le parallèle entre le quinquina et les préparations arsénicales considérées au double titre de fébrifuges et d'antipériodiques, à établir nettement d'après les faits pratiques les mieux constatés l'étendue et les limites d'action de ces deux agens. Ce sera l'objet d'un second article.

DIAGNOSTIC MÉDICAL.

RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, AYANT SURTOUT POUR BUT : 1° D'ÉTABLIR LE RÔLE DU SYSTÈME NERVEUX ; 2° DE COMPARER LE DÉVELOPPEMENT DES SYMPTÔMES FOURNIS PAR LES APPAREILS NERVEUX ET DIGESTIF (ABDOMINAL EN PARTICULIER); par le docteur Félix Jacquot (de St-Dié), ex-chef de clinique à l'hôpital militaire d'instruction de Metz.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

PARALLÈLE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET DE QUELQUES AUTRES MALADIES ; QUELQUES CONCLUSIONS.

M. Louis, puisant les élémens de sa comparaison dans les nombreux matériaux amassés avec tant de soin dans ses deux volumes; établit les différences et les analogies qui existent entre la fièvre typhoïde, d'une part, les inflammations et les fièvres éruptives d'autre part. Mais M. Louis juge en ne se fondant que sur des groupes de phénomènes ; il nous paraît utile de comparer ici la physionomie générale des maladies.

Or, cette comparaison nous conduit à établir les deux propositions que voici :

1° La fièvre typhoide *déjà avancée dans son cours*, c'est-à-dire à une époque à laquelle, outre l'atteinte portée aux fonctions nerveuses, atteinte annoncée un peu par le délire, mais surtout par la stupeur dans toutes ses variétés, il y a aussi une atteinte portée aux fonctions végétatives, ce qui est annoncé par la prostration avec amaigrissement et altération profonde du facies, et par les hémorrhagies passives au nombre desquelles nous faisons figurer le fuligo et les pétéchies ; la fièvre typhoide *déjà avancée*, dis-je, offre un ensemble symptomatique qui l'éloigne autant des maladies locales, qu'elle la rapproche des maladies générales, *totius substanciæ*, par exemple des grands typhus *déjà avancés dans leur cours*, de certaines fièvres éruptives dites malignes, de quelques intoxications, par exemple par la résorption purulente, par l'absorption de détritus cadavériques déposé dans une plaie.

Les maladies locales, les maladies à peu près locales sans intoxication primitive, comme quelques dégénérescences, quelques produits nouveaux, ne présentent rien de semblable quand même elles conduisent le sujet à un dépérissement tel que la mort en est la suite ; ainsi un phthisique qui s'éteint, un blessé qui cesse de vivre miné par une intarissable suppuration, ne sont-ils pas tout à fait différens d'un typhisé ?

Les maladies locales qui viennent à s'accompagner de ce qu'on appelle état typhoide (qu'il faut bien se garder de confondre avec la fière typhoide) ne sont certes plus alors locales ; tout l'organisme est en souffrance. Sur quels sujets, en effet, voyez vous survenir cet état typhoide ? Sur des individus, des vieillards surtout, détériorés par un mauvais régime de vie, placés dans des conditions physiques et morales déprimantes.

2° La physionomie de la fièvre typhoide *qui commence*, physionomie caractérisée essentiellement, parmi les divers symptômes nerveux que nous avons décrits, par la stupeur que nous n'avons jamais vue manquer, cette physionomie trouve son analogue dans celle de deux genre d'affections qui sont :

1° Les maladies dans lesquelles l'agent producteur porte de bonne heure son influence délétère sur le système nerveux ; telles seraient certaines maladies miasmatiques comme la fièvre pernicieuse comateuse, plusieurs affections toxiques, comme le narcotisme, les grands typhus à leur première période (1).

2° Certaines maladies ou périodes de maladies cérébrales, comme cela se voit dans l'apoplexie, la compression ou la commotion de l'encéphale, certaines encéphalites, la plupart des méningites à leur seconde période, quelques ramollissemens. Qu'est-ce qui ressemble plus surtout à la somnolence, au coma et au carus de la fièvre typhoïde, que la somnolence, le coma et le carus de la congestion et surtout de l'apoplexie cérébrale ; que leur cause soit l'insolation, l'asphyxie, une attaque d'épilepsie ou toute autre chose ?

Des maladies qui ne rentrent pas dans ces deux groupes peuvent, au

(1) A propos de ces grands typhus, je dirai que la stupeur nous semble un des principaux points sur lesquels on doit s'appuyer pour faire figurer, à côté d'eux ou pas loin d'eux, la fièvre typhoide, comme diminutif du typhus des camps et des armées. En effet, dans ce dernier, dans la fièvre jaune, dans la peste, la stupeur apparaît, phénomène initial ou à peu près, comme dans la fièvre typhoide, et même d'une manière plus prononcée ; ainsi, je lis, dans la Relation de la peste de Londres (Hodges) : que souvent on voyait des hommes, au milieu d'une conversation animée, fermer les paupières, pencher la tête et dormir d'un profond sommeil, premier signe de l'invasion de la peste !

---

en plus ou en moins des fièvres continues. Le second est une sueur chaude, générale, mais de peu de durée. S'il s'y joint un peu de frisson, c'est bien cela, le type est saisi ; mais il y faut beaucoup d'attention et de sagacité ; on doit sentir que ce n'est pas ici le lieu de développer ces idées, très dignes d'un travail suivi.

— Ce que nous ignorons, ce qui est au dessus de notre savoir, de notre portée dans les maladies, est précisément, et pour le malheur de l'humanité, le plus essentiel à connaître, étant le point de départ, la source, le principe du mal. Nous allons jusqu'ici, mais non pas jusque-là ; or, c'est justement là où il faudrait aller, pour nous guider, nous mettre à l'abri des méprises, rallier les phénomènes aux causes, en un mot, trouver la solution de beaucoup de problèmes. Il y a pourtant des hardiesses heureuses un esprit de pénétration qui étonne ; mais ces prérogatives n'appartiennent qu'aux hommes doués du génie de la pratique, encore ne le possèdent-ils que par inspiration et sans pouvoir le communiquer aux autres... *Multa sunt in praxi, quæ nec dici, nec scribi possunt...* (Baglivi.)

— Qu'on se garde néanmoins de rester dans un scepticisme cruel et trompeur, autrement on tomberait dans le vague, dans la nullité, et l'on mériterait la réponse d'un élève instruit à un professeur assurant qu'en médecine on ne pouvait, sur aucun point, reconnaître la vérité. — En ce cas, Monsieur, dit cet élève, si nous en sommes là, j'aimerais tout autant ne pas venir à votre cours, c'est du temps et du travail perdus.

— Quand on a dit *un médecin sans malades*, on est comme satisfait d'avoir émis une vérité malicieuse. Entendons-nous toutefois ; cela prouve parfois que ce médecin a manqué de savoir-faire, d'habileté, d'entregent, de souplesse et d'effronterie, sauf les cas de réputation méritée. Oui, certes, il y a des médecins sans malades, mais ils ne sont pas sans savoir et sans mérite ; or, personne n'ignore qu'il n'en coûte guère, les crédules et les niais aidant, pour faire sonner son nom et vanter un mérite frauduleux ; mais ce genre de célébrité répugne à un cœur honnête, et il en est encore. Voyez le cabinet de ce jeune médecin studieux, instruit, ce cabinet est vide de consultans, la clientèle au dehors n'est pas plus nombreuse. Passez dans le cabinet de tel charlatan bruyant, ce cabinet, riche et somptueux, il regorge de consultans ; au dehors la clientèle afflue ; cet homme vit et meurt *honteusement riche*. S'il était possible de soulever un pan de sa robe doctorale, on ne trouverait que taches et souillures, type caractéristique des mendians de célébrité pécuniaire. Il y a donc beaucoup à distinguer quand on dit : *un médecin sans malades*. Qu'on se garde de le confondre avec tel médecin ramassant de l'or dans le bourbier Vespasien. Notre profession est le métal de Corinthe : il y a de tout. Nous voudrions y voir un sacerdoce, et le malheur des temps en a fait une industrie.

La science cherche, fouille, creuse pendant des siècles ; un homme donne le dernier coup de sonde et la vérité jaillit. Cette vérité appartient à tout le monde, sans doute ; mais laissez l'honneur à l'homme qui a donné ce dernier coup de sonde si important.

— On est toujours étonné de la facilité avec laquelle on s'empare des idées et des procédés des autres, sans remonter à l'auteur, sans daigner même le nommer.

premier abord, présenter également de la stupeur, mais cela n'est qu'apparent. Dans certaines cachexies le faciès semble stupéfié, mais remarquez que les traits sont alors pour ainsi dire amaigris, desséchés, tirés et portent l'empreinte de la souffrance, tandis que, dans la fièvre typhoïde qui commence, ils sont comme lâches, flasques, tombans et sans expression.

Dans ce qu'on appelle état typhoïde, état complexe et qui ne ressemble peut-être pas toujours parfaitement à lui-même, les choses nous ont paru se passer tantôt comme dans la fièvre typhoïde, tantôt et plus souvent comme dans les cachexies.

Mais certes on n'ira pas confondre avec le faciès stupéfié des typhisés la face grippée, presque hippocratique, des sujets atteints d'une phlegmasie très douloureuse avec oppression des forces, comme cela arrive assez fréquemment dans la péritonite générale par exemple. L'oppression des forces marche toujours avec un pouls petit, quoiqu'il puisse être en même temps fréquent et dur, tandis que la véritable stupeur s'accompagne très bien d'un pouls fébrile, large, fréquent, développé. L'oppression cède aux évacuations sanguines; la stupeur est loin de se comporter ainsi à moins qu'elle ne dépende d'une simple congestion cérébrale.

Voilà pour la stupeur.

Quant au délire, il est loin sans doute d'appartenir exclusivement aux maladies cérébrales et aux affections de notre premier groupe; mais il n'en est pas moins vrai que le délire annonce toujours une souffrance cérébrale; je laisse à ces mots toute leur vague acception.

De toutes ces considérations et de ces rapprochemens, nous nous croyons en droit de conclure :

1° Que, sans préjudice du sang, le système nerveux est primitivement atteint dans la fièvre typhoïde, parce que, en premier lieu, la stupeur comprise dans son sens le plus large et en même temps le plus vrai, stupeur que nous n'avons jamais vue manquer dans la fièvre typhoïde, est propre aux affections des centres nerveux et aux maladies dans lesquelles ces centres sont positivement atteints. Et ici nous pourrions ajouter que l'axe spinal est aussi compromis (1), ce qu'indique la faiblesse musculaire si remarquable, les soubresauts, la contraction fibrillaire, etc. Sans compter que si les nerfs ganglionnaires président à la nutrition, nous serions autorisé à dire, avec M. le baron Michel, que le grand sympathique est aussi engagé dans la maladie générale, mais postérieurement, vu l'amaigrissement si rapide qui arrive à une certaine époque de la maladie. Nous nous croyons en droit de dire, en second lieu, que le système nerveux est primitivement atteint dans la maladie, pour cette seconde raison que nous ne faisons apparaître que sur un plan postérieur : que le délire, indice d'une souffrance cérébrale, se montre prématurément dans la dothinentérie et même constamment, selon beaucoup de probabilités, si l'on sait l'apprécier dans ses premières nuances.

Mais l'objection suivante pourrait attaquer nos preuves par leur base; si l'inflammation des follicules s'avisait, comme le veut M. le professeur Forget, d'avoir la propriété singulière et tout à fait exceptionnelle d'exciter tous ces symptômes qui accompagnent la fièvre typhoïde! Franchement, si cela n'avait pas été dit par un homme tel que M. Forget, nous n'eussions jamais combattu pareille assertion. Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit ailleurs. (Thèse cit., p. 41.)

(1) V. les mémoires de MM. Lombard et Fauconnet. (Gaz. Méd., 1843.)

DEUXIÈME PARTIE.

DÉVELOPPEMENT COMPARATIF DES SYMPTÔMES FOURNIS PAR LES APPAREILS NERVEUX ET DIGESTIF (ABDOMINAL EN PARTICULIER).

M. Andral pense que la période de début peut se présenter sous six formes :

1° Troubles digestifs sans désordres nerveux, sans fièvre;
2° Troubles digestifs avec des désordres nerveux légers, sans fièvre;
3° Troubles digestifs, désordres nerveux légers, avec fièvre;
4° Point de troubles digestifs, désordres nerveux seuls;
5° Point de troubles digestifs, désordres nerveux, avec fièvre;
6° Désordres nerveux graves d'emblée.

« Une importante leçon, dit M. le professeur Forget, est comprise dans cette classification ingénieuse et vraie; il en ressort que nul appareil n'a le privilège exclusif de signaler l'invasion de la maladie, en tant que donnant lieu à des symptômes appréciables. » Une autre importante leçon nous est donnée par cette classification : dans cinq de ces formes sur six, vous trouvez l'indication des symptômes nerveux; or, considérez que ces symptômes sont généralement mal appréciés, ce que nous croyons avoir démontré, et vous serez conduits à penser, avec nous, que les désordres nerveux sont au contraire un phénomène constant de la période prodromique, sans préjudice pourtant de l'importance grande, quoique secondaire, des troubles digestifs.

Cette classification aurait donc pu nous servir à établir l'importance capitale des phénomènes nerveux dans les prodrômes; elle aurait pu nous être utile pour légitimer notre division des symptômes précurseurs en pyrétiques et en apyrétiques; elle nous servira encore à établir cette autre proposition, que c'est le tube digestif qui, après le système nerveux, manifeste le plus visiblement sa souffrance à l'époque dont nous parlons.

Ici j'aborde directement la partie la plus difficile, la plus délicate peut-être de ce travail, le développement comparatif et synchronique, pour ainsi dire, des symptômes abdominaux et nerveux. La statistique brute ne peut rien ici; il faut d'abord interpréter soigneusement; nos observations feront le reste.

Commençons par nous entendre à l'article des symptômes abdominaux et par établir à partir de quel point on peut les regarder comme caractéristiques.

Dans les prodrômes de toute maladie générale, l'organisme entier est souffrant, et il manifeste son état par des désordres dans tous les appareils. Vous trouverez des symptômes du côté de la vie de relation, tels que courbature, malaise, faiblesse, ennui, diverses douleurs dans les membres, le tronc, la tête et dans l'exercice des sens. Du côté de la vie de nutrition, tous les appareils présentent aussi quelques désordres; dans l'appareil génito-urinaire, urines abondantes et claires, ou épaisses et chargées, perte de l'appétit vénérien; dans l'appareil respiratoire, légère dyspnée, impressionnabilité plus grande de la muqueuse, toux; dans l'appareil circulatoire, modifications du pouls, diverses congestions, ou pâleur; dans l'appareil digestif, inappétence, soif, couleur ou enduits anormaux de la langue, digestions troublées, selles modifiées dans leur nombre et leur nature, la calorification est aussi dérangée, les sécrétions ne sont plus à l'état physiologique, etc.

On fait une petite modification, un changement insignifiant, c'est-à-dire, on ôte la marque, on enlève le cachet, puis on dit ma méthode, mon procédé. Ainsi, beaucoup de praticiens emploient avec avantage, dans la fièvre typhoïde, l'acétate d'ammoniaque uni à l'opium, et aucun, que je sache, ne fait honneur de ce moyen au docteur baron Michel, qui l'a préconisé dans sa Statistique médicale de l'hôpital du Gros-Caillou, ouvrage où se remarquent de hautes données pratiques et un enseignement d'autant plus précieux qu'il est fondé sur une expérience de bon aloi. On se tait à cet égard; est-ce ignorance, est-ce ingratitude? Il y a le vol à l'américaine, le vol au bonjour, etc.; mais on a pu y ajouter le vol à l'idée; le progrès est évident.

—Le médecin Deslon, de l'ancienne Faculté, était pour ainsi dire le *pedisequus* de Mesmer, tant il était entiché de magnétisme. On raconte que sa femme était sourde, et il prétendait l'avoir guérie au moyen du magnétisme. Un beau jour, quelqu'un demanda à cette dame des nouvelles de son mari, elle répondit : J'en suis excédée, surtout pendant la nuit, mais j'espère bien que le magnétisme m'en délivrera. Elle avait entendu qu'on lui parlait de son rhume et non pas de son mari, tant elle avait été bien guérie par le magnétisme.

—La vraie médecine, on le sait, demande à l'empirique: où est la raison de ce que tu fais? Elle demande aussi au dogmatique : où est l'expérience qui confirme ce que tu dis? Rien de plus énergiquement sage. Rappelons-nous, en effet, que c'est dans cet accord de deux ordres d'idées qu'il faut chercher un *criterium* pratique solide, immuable, sans variations, s'il en existe.

— Il y a certainement dans l'opium une *vertu dormitive*; mais en quoi consiste-t-elle? Nul ne le sait. L'opium est-il une substance sédative ou excitante? De toutes parts s'élèvent des voix contradictoires; et pourtant chaque jour nous employons l'opium; nous disons presque, comme Sydenham, que, sans ce médicament, la pratique de l'art serait à peu près impossible. Mais si l'on ne peut savoir le mystère de son action, il est des auteurs qui en ont peint l'action d'une admirable manière. Écoutons Sennert : « Si ejus qualitates et vires diligenter » perpendamus, calidum esse animadvertemus : est enim amarum et acre, lin» guam vellicat, fauces incendit, sitim excitat, odorem gravem habet, facile in» flammat, animum effert, venerem concitat, pruritum excitat, sudorem ciet, » dura emollit et discutit. » (Prax. med., lib. 1, part. 2, cap. 1.) Connaissez-vous un tableau plus juste, plus vrai, plus frappant des effets de l'opium? Il en est beaucoup de ce genre dans nos vieux auteurs. Mais aujourd'hui, qui est-ce qui s'abreuve aux doctes sources? qui est-ce qui lit Sennert? qui est-ce qui lit Baillon, Hoffmann, Stalh, Baglivi, Tralles, Trnka, de Haën, etc.? Bien peu, très peu de médecins, et surtout à Paris.

— Voici ce que dit ce spirituel, ce savant, cet amusant, ce satirique Guy-Patin : « Si je ne me connaissais bien, je dirais de moi ce qu'un ancien chirurgien de Paris disait de soi-même : *qu'il était persécuté de pratiques parce qu'il était vraiment trop habile homme* (septembre 1646); » mais on peut ajouter que si dans ce cas, très peu le disent, beaucoup le pensent (1).

(1) Depuis que j'ai annoncé que je m'occupais d'une nouvelle édition des Lettres de Guy-Patin, avec notes et remarques, beaucoup d'honorables con-

Cette très incomplète ébauche suffit pour démontrer qu'il serait étonnant que l'appareil digestif ne présentât pas de symptômes quand tous les autres en produisent, et que si ces symptômes ne dépassent pas une certaine limite, ils ne peuvent pas plus servir à appuyer une opinion semblable à celle de M. Forget, à propos de la fièvre typhoïde dans ses prodrômes, qu'à propos des fièvres éruptives à la même période, maladies dans lesquelles ils existent également. Pour éviter des périphrases, nous appellerons *ordinaires* ces symptômes abdominaux qui accompagnent ainsi la période prodromique d'un grand nombre de maladies.

Mais, sans contredit, cette limite est très souvent dépassée. Cela ne prouve rien encore, et voici pourquoi.

Dans les fièvres éruptives, c'est à la peau que se fait la localisation, la manifestation morbide locale spéciale, comme il plaira de l'appeler, pas à la peau exclusivement, mais bien aussi, quoique d'une manière beaucoup moins prononcée, dans la partie supérieure des muqueuses digestive et respiratoire. Eh bien ! quoique la lésion des muqueuses ne figure qu'au second ordre, pourtant elle apparaît d'ordinaire la première. Nous avons précédemment indiqué quelles sont ces lésions dans chaque fièvre éruptive. Pourquoi les muqueuses se prennent-elles ainsi avant la peau? Nous n'en savons pas grand'chose, à moins que ce ne soit par suite de la structure même de ces muqueuses; mais le fait existe. Or, dans la fièvre typhoïde, c'est une muqueuse, la muqueuse de l'iléon, qui doit être le siége principal de la localisation; donc elle doit, *à priori*, présenter de bonne heure des phénomènes morbides qui seront prédominans sur les autres symptômes.

Voici ce qu'on observe dans les prodrômes de la dothinentérie : les symptômes abdominaux atteignent le plus souvent le degré qui nous les a fait comparer aux symptômes fournis par les muqueuses dans les fièvres éruptives; à ce degré, nous les appellerons, pour abréger, symptômes *communs* (sous-entendu aux fièvres éruptives et à la dothinentérie). Souvent aussi, quoique moins fréquemment, ils ne dépassent pas la limite des symptômes *ordinaires*. Par exception, ils ne se montrent pas du tout dans les prodrômes.

Ce dernier énoncé sera légitimé par quelques-unes des observations qui suivent (obs. I, II, III, IV). Notre groupe de neuf observations nous a paru présenter cette circonstance exceptionnelle plus souvent que cela ne se voit dans le cours ordinaire des choses. Ce que nous avons dit de notre croyance aux statistiques fait voir d'avance que nous n'en regardérons pas moins cette circonstance comme exceptionnelle, quoiqu'elle se présente ici dans près de moitié des cas.

En nous résumant, les symptômes abdominaux sont d'une grande importance dans les prodrômes de la fièvre typhoïde; mais cette importance n'est que secondaire, comparativement aux troubles nerveux : 1° parce que ceux-ci ne me paraissent jamais manquer, quoique voilés quelquefois par la réaction fébrile; 2° parce que les symptômes abdominaux n'existent pas dans quelques cas; 3° parce que, quand ils existent, ce qui est la règle, ils ne dépassent souvent pas ce que nous avons nommé symptômes *ordinaires*, ou bien se restreignent dans les limites des symptômes *communs*; 4° enfin, ces symptômes devront paraître d'autant moins caractéristiques qu'ils ont toujours une prédominance relative dans les prodrômes d'une maladie quelconque, parce que l'appareil digestif est le plus vaste de la vie de nutrition, et comprend un grand nombre d'organes qui peuvent donner des signes, tous signes facilement appréciables, et qui n'échappent pas quand même ou néglige les autres. On n'oublie jamais, en effet, de demander au malade s'il a soif, s'il n'a plus faim, comment il va à la selle, et ce n'est que plus tard qu'on passe à l'examen des urines, des forces, du sommeil, etc. Le pouls, la langue, les selles, la douleur, voilà ce que le médecin n'oublie jamais.

Donc, le premier caractère symptomatique de la fièvre typhoïde est fourni par le système nerveux; le second par le tube digestif.

Dans le cours de la maladie, les lésions qui existent à l'abdomen acquièrent une haute importance; il y a alors, en effet, maladie générale et maladie locale, et les indications thérapeutiques doivent être déduites de la considération simultanée des deux élémens de la maladie typhoïde, principe général que nous avons essayé de faire ressortir ailleurs. (Thèse citée.)

Tout ce que nous venons de dire éclaire le point si important du développement comparatif et synchronique des deux ordres de symptômes que nous mettons en regard, et nous pouvons poser les principes suivans : les symptômes digestifs *ordinaires* sont à peu près contemporains des premiers symptômes nerveux; les symptômes digestifs *communs* sont postérieurs, dans la grande majorité des cas, aux symptômes nerveux; par exception, les symptômes abdominaux ne se montrent pas du tout dans les prodrômes; nous n'avons jamais vu le contraire arriver.

Ces propositions ressortent d'un grand nombre de fièvres typhoïdes, notamment de celles qui suivent et dont nous avons recueilli les observations à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, dans le service de M. le professeur Gasté, dont nous étions chef de clinique.

PREMIÈRE SÉRIE D'OBSERVATIONS.

Quatre observations où les symptômes nerveux caractéristiques ont précédé les symptômes abdominaux.

FIÈVRE TYPHOÏDE ATAXO-ADYNAMIQUE; NOSTALGIE DEPUIS TROIS MOIS; BRUSQUE DÉBUT AVEC FORTE RÉACTION ET SYMPTÔMES NERVEUX; LES SYMPTÔMES ABDOMINAUX NE SE MONTRENT QUE QUELQUES JOURS APRÈS; GUÉRISON.

Obs. I. — Dufrénil, âgé de 18 ans et demi, soldat au 66e de ligne, entré le 7 juin 1844, salle 5 : faible complexion, tempérament nerveux. Ce jeune homme, nouvellement arrivé au régiment, est, depuis deux mois, souffrant, triste, nostalgique. Un soir, en revenant de l'exercice, il tomba brusquement malade et s'alita. Voici ce qu'il éprouva durant quatre jours : frissons intenses et grandes sueurs; céphalalgie et tintemens d'oreilles; fièvre continue avec agitation et idées sinistres; rien du côté de l'abdomen, dit-il, ni diarrhée, ni constipation; accablement, abattement, faiblesse extrême, profond découragement, anorexie et soif peu intense.

A son entrée à l'hôpital : fièvre des plus fortes avec grande agitation, anxiété, plaintes et quelques cris, très vive céphalalgie; yeux un peu secs, comme nacrés, hagards, étonnés; bourdonnemens dans les oreilles ou bien murmures et rumeurs qui épouvantent le malade; peau chaude mais point sèche; face très abattue, colorée; les traits sont moins mobiles; intelligence embarrassée et déjà lente; lèvres tremblantes; la langue, quand le malade la tire de la bouche, est prise de légers tremblotemens, elle est sèche et un peu rouge au pourtour; rien à l'abdomen, si ce n'est un peu de sensibilité quand on presse fort; les infirmiers et le malade nous disent qu'il n'y a pas de diarrhée, mais que les selles sont peu moulées; douleurs dans diverses parties du corps, mais surtout dans les jambes. (Prescription : saignées générales plusieurs fois répétées; saignées locales copieuses: eau gommeuse; diète; lotions réfrigérantes sur le front.) Les saignées n'eurent pas le caractère phlegmasique. (Nous emploierons ce mot désormais

---

— La facilité de faire vite une chose médiocre est un des plus grands fléaux de la science, surtout quand on l'enlumine effrontément du nom de *progrès*.

— De tout temps les officiers de santé de l'armée, ce noble corps si distingué par ses hommes de mérite, par ses lumières, par son dévouement, a été l'objet de tracasseries et quelquefois de persécutions inexplicables. Placé entre deux corps puissans auxquels il adhère sans en faire partie, le corps militaire et l'administration, il est souvent heurté, pressé, par l'un et l'autre, écrasé de commandemens, d'avertissemens, de réglemens et finalement de sujétion. Il a toujours à obéir. Il y a une dizaine d'années environ, un général-inspecteur se trouva indisposé à une heure du matin, il fit venir un chirurgien-major de la garnison pour lui donner des soins et le saigner. Le lendemain, il le mit aux arrêts parce que ce chirurgien n'était pas venu en uniforme. C'est le même qui, dit-on, donna cette note sur un chirurgien : « Instruit, zélé, excellent officier de santé; conduite régulière, irréprochable, mais un peu *bousingot*, ce qui gâte tout. » Il est possible que cette note ait nui à l'avancement de ce chirurgien.

— On se plaint du manque absolu de doctrine; on est las de cette médecine causeuse et conteuse, empirique, symptomatique, anatomique, statistique, analytique, nomenclaturiste; on est saturé d'histoires sans fin, d'observations isolées, numérotées, à jamais perdues dans l'immense édifice de la science; on répugne à ce sec et fastidieux inventaire de faits qui constitue une pratique sans base et des application sans principe; on ne veut plus de cet autocratisme individuel ou du *chacun pour soi*, qui n'établit rien, ne pose rien, ne résout rien, contrefaçon ridicule de la véritable médecine d'expérience ou positive.

On veut un peu d'élan, d'ardeur et d'audace inventive; on désire qu'il soit possible de tirer de cette masse de faits qui accable la science, des conclusions et des axiomes pratiques; on souhaite la réconciliation de la formule abstraite avec le fait détaillé, développé, analysé; on aspire à une doctrine synthétique qui, résumant nos richesses actuelles, condense l'expression des phénomènes dans un certain nombre de scolies précises, nettes et positives; autrement dit : on sent la nécessité de fondre la petite monnaie de la science, de la réaliser en lingots ayant poids et valeur. Enfin, faut-il le dire, nous voulons des hypothèses, nous sommes affamés d'hypothèses, mais nous les voulons grandes, fortes, élevées, très propres à se transformer en principes solides et lumineux pour arriver à ce précieux *desideratum*, unité dans la science, variété dans l'art. — Grands docteurs, comprenez-vous?

R. P.

---

frères et d'autres personnes m'écrivent pour me demander si j'ai abandonné cette entreprise, puisque rien ne paraît; nullement. Mais qu'on se persuade bien qu'une pareille édition exige beaucoup de travail, de soins et de recherches. *Sat citò si sat bene.*

pour signifier que le caillot n'est pas dur, rétracté, recouvert de couenne, bien séparé de la sérosité.)

Cette médication fit tomber la fièvre; mais une somnolence continue et très prononcée arriva aussitôt avec diminution de la sensibilité et de la céphalalgie; ouïe obtuse, rêvasseries et divagations la nuit et même quelquefois pendant le jour; soubresauts de tendons; parole lente et intelligence très paresseuse; bouche sèche; narines pulvérulentes; commencement de fuligo; ventre météorisé, avec gargouillement cœcal; selles diarrhéiques; pouls fréquent, mais faible; sudamina, taches rosées lenticulaires et quelques pétéchies; toux avec râle sibilant. Cet état se prolongea jusqu'au milieu de juillet; la prostration et l'amaigrissement étaient considérables; la diarrhée continuait et quelques selles étaient involontaires vers la fin de ce mois. Au commencement d'août, tout allait mieux, mais il fallait de bien grandes précautions pour alimenter le malade; l'intelligence était toujours lente. Dufrénil occupa bientôt un peu son esprit par la lecture, ce qui rendit assez rapidement sa vivacité à son intelligence; mais les forces physiques revinrent bien lentement, de sorte que, quand il partit en congé de convalescence, dans le commencement d'août, il était encore d'une grande débilité.

FIÈVRE TYPHOÏDE ATAXIQUE RAPIDEMENT TERMINÉE PAR LA GUÉRISON; HUIT JOURS DE PRODRÔMES AVEC SYMPTÔMES NERVEUX CARACTÉRISTIQUES; LES SYMPTÔMES ABDOMINAUX NE SE MONTRENT QUE QUELQUES JOURS APRÈS L'INVASION DE LA MALADIE.

OBS. II. — Querville, caporal au 35[e] de ligne: bonne constitution, tempérament sanguin. Entré à l'hôpital le 12 septembre 1844, salle 5, n° 9; malade depuis le 2 et ayant gardé le lit depuis le 10, c'est-à-dire offrant huit jours de prodrômes et trois jours de maladie.

Prodrômes: bouffées de chaleur et légers frissons, puis fièvre à peu près continue, avec chaleur fatigante et pénible, brisement, fatigue, accablement et découragement extrêmes, répugnance pour tout exercice musculaire et de la pensée, insomnie ou sommeil interrompu de rêves pénibles, céphalalgie, étourdissemens, surtout quand le malade se baisse; il nous dit qu'il avait soif, mais que ses selles n'étaient nullement dérangées, et ses camarades de chambrée nous disent ne s'être non plus aperçus de rien à ce sujet; il appelle avec beaucoup d'insistance notre attention sur ses lassitudes, et ajoute que souvent, quand il marchait, il sentait ses jambes prêtes à fléchir sous lui.

Le 10, il s'alita, offrant une très forte fièvre, de l'agitation, de l'anxiété, de la céphalalgie; il délira la nuit, et, le lendemain, il fut saigné par le chirurgien du corps, au camp de Metz.

12, 13. Vive réaction fébrile à laquelle succéda un peu de calme avec céphalalgie peu intense; peau normale; pouls à peu près normal aussi; rêves tout haut la nuit; yeux secs, égarés, hagards et paupières à demi baissées; une selle le 12, aucune le 13. Nous remarquâmes quelques soubresauts de tendons.

14. Très mauvaise nuit avec divagations; rêves, cris, sorties du lit et deux selles liquides. Dans la journée, somnolence, regard tout à fait hagard et étonné; grande céphalalgie; lèvres tremblantes, tombantes; mots encore justes, mais balbutiés; décubitus dorsal; soubresauts de tendons; langue sèche et tremblante quand il la tire de la bouche; abdomen indolore et non tuméfié. Le soir, une selle; forte réaction avec anxiété et agitation, ce qui n'empêche pas que le malade ait le sentiment d'un accablement profond. (Prescription: D. Eau gom.; saignée de 500 grammes, dont le caillot assez consistant ne présenta pas de couenne.)

15. Nuit très agitée, réaction des plus fortes, plaintes, délire, selles diarrhéiques et urines rendues dans le lit. Pendant la journée: coma, visage stupéfié, réponses monosyllabiques, justes encore, mais longtemps attendues et obtenues à grand'peine; il oublie pour quelques instans de rentrer la langue, qu'il a tirée difficilement de sa bouche; bouche sèche; abdomen indolore, mais offrant du gargouillement; pas de selles dans la journée; la réaction se calme le soir; forte odeur de souris. (Prescription: D. eau gom.; sulfate de quinine, 1 gramme; lot. réfrigér. sur le front.)

16. Meilleure nuit, quoiqu'avec quelques divagations encore; mais le malade a demandé le vase pour y déposer ses urines et ses selles, redevenues diarrhéiques. Dans le jour, moins de stupeur, réponses justes et plus facilement obtenues; la céphalalgie, qui n'était plus sentie, recommence à le faire souffrir; le fuligo paraît; le ventre est tuméfié, mais sans sensibilité anormale; trois selles; le pouls se relève; forte odeur de souris; respiration stertoreuse, mais aucun râle n'est entendu dans la poitrine. (Prescription: D. riz gom. éd.; deux ventouses scar.; 10 sangsues à l'abdomen; deux cat. sinap. aux pieds; lot. réfrig.) Du mieux le soir.

17. Un peu de sommeil, avec quelques rêves seulement. Le malade est bien moins prostré, mais son regard est encore étonné, quoique la stupeur ait bien diminué; il répond juste et assez longuement; mais parfois ses idées sont si bizarres qu'il fait rire tous ses voisins; la peau est un peu chaude, le pouls fort et fréquent; l'appétit se manifeste, la bouche se nettoie; le ventre est tuméfié, mais indolore. (Prescription: soupe au lait; lot. réfrig.; eau gom.) Un peu de somnolence dans la journée; une selle le soir.

18. Bonne nuit, avec sommeil et sans rêves. La stupeur diminue encore; l'intelligence est nette, quoique les idées demeurent bizarres; ventre indolore, souple, non tuméfié; pas de selles; la céphalalgie n'est plus guère qu'incommode. (Prescription: un demi-quart de pain; soupe au lait.) Encore un peu de somnolence dans la journée; le malade est très faible.

19. Quelques rêves la nuit; grande soif et constipation; ventre dur. (Prescription: un demi-quart de pain; pruneaux.) Encore de la somnolence dans la journée; la céphalalgie reparaît un instant, puis cesse le soir.

20, 21. Les nuits sont bonnes, mais la somnolence persiste pendant le jour; la constipation continue et le ventre reste dur; la face n'est plus stupéfiée, mais amaigrie. (Prescription: légers alimens.)

22. Cinq selles la nuit. (Prescription: trois ventouses scarifiées sur l'abdomen.)

Depuis lors, tout alla bien, mais l'on dut ménager la susceptibilité intestinale, un peu trop d'alimens ramenant la diarrhée. Dans les premiers jours d'octobre, le malade ne supportait encore que le quart. Je quittai Metz avant que Querville sortît de l'hôpital, mais il était en franche convalescence.

FIÈVRE TYPHOÏDE ATAXIQUE; SIX JOURS DE PRODRÔMES, AVEC SYMPTÔMES NERVEUX CARACTÉRISTIQUES; LES SYMPTÔMES ABDOMINAUX NE SE MONTRENT QU'APRÈS L'INVASION; MORT LE DIXIÈME JOUR.

OBS. — Kettertein, du 7[e] léger, âgé de 26 ans, de tempérament sanguin, de très forte constitution, entré le 16 septembre 1844, salle 5, n° 9: depuis douze jours, il éprouve quelque dérangement de santé, mais depuis le 6 seulement il est réellement souffrant.

Prodrômes: frissons courant surtout dans le thorax et l'abdomen; douleurs dans les jambes et les pieds; grande fatigue; faiblesse musculaire; dégoût pour tout exercice; céphalalgie; insomnie ou sommeil pénible, tourmenté de rêves presque continus; tendance au sommeil; éblouissemens; inappétence, soif, malaise épigastrique; nous questionnons soigneusement le sujet, qui nous dit n'avoir eu aucun dérangement du côté de l'abdomen, ni constipation, ni diarrhée; pas de selles le 16.

17. Sommeil mauvais et rêves tout haut; une selle la nuit. Le matin, le malade a du laisser-aller et son décubitus est dorsal; le visage n'est point stupéfié, mais les traits sont moins mobiles et le regard est vague; il y a de la tendance au sommeil; les paupières sont tombantes et l'œil se ferme à chaque instant; l'intelligence est nette et les réponses justes; mais brèves et faites avec une sorte de mauvaise humeur; la céphalalgie continue; bouche sèche, amère; langue rouge au pourtour et recouverte au centre d'un enduit épais jaunâtre; inappétence; un peu de soif; ventre indolore, un peu tuméfié et contenant des gaz; pas de selles dans la journée; un peu de toux; pouls fréquent, développé, mais pas dur. (Prescription: D. eau gom.; saignée de 550 grammes, à caillot très volumineux, non rétracté, peu consistant, avec peu de sérum coloré, sans couenne.)

18. Insomnie et rêves, pas de selles la nuit. Dans la journée, même état de l'intelligence, réponses brèves et un peu attendues; le visage prend une teinte d'hébétude et les lèvres pendent entr'ouvertes. La céphalalgie et la sensibilité générale ont diminué et les sens semblent moins impressionnables, l'ouïe surtout. La bouche se sèche et l'enduit se fonce en couleur, en même temps que les narines deviennent pulvérulentes; ventre tuméfié, douloureux, légers gargouillemens dans la fosse iliaque droite; aucune selle dans la journée. La toux continue avec râle sibilant, quelques bulles de râle muqueux fin et crachats adhérens. Le pouls est moins développé, mais aussi fréquent. (Prescription: D. eau gom., 3 vent. scar. sur l'abd., 15 sangs. à l'épig., fom. émoll. sur le ventre.)

19. Mauvaise nuit, avec rêves, cris, délire; pas de selles. Le matin, intelligence paresseuse, sens obtus, forces dans le même état, décubitus dorsal; soubresauts, contraction fibrillaire; fuligo manifeste, ventre toujours tuméfié, avec gargouillemens, selle liquide; pouls fréquent, large; peau chaude et un peu sèche. (Prescription: D. lim. gom., 3 vent. scar. sur l'abd., 2 lav. émoll.)

20. Insomnie, cris, délire; fuligo et constipation; pouls dans le même état. (Prescription: Eau gom., ainsi que les jours suivans, lav. émol., saignée de 450 gram., à caractères non phlegmasiques.)

21. Le malade urine sous lui, constipation. (Prescription: 8 sang. derrière les oreilles, 4 vent. scar. à la nuque.)

22. Agitation extrême la nuit, avec délire continu. Il répond encore aux questions, mais tombe dans la typhomanie quand on le laisse à lui. Il fait signe qu'il ne souffre nulle part; constipation, soubresauts; pouls un peu fréquent et développé (Prescription: Saignée de 450 grammes non phlegmasique.)

23. Même état, exacerbations nocturnes, fuligo complet. (Prescription: 3 ven. scar. à l'ombilic à cause de la persistance de la tuméfaction, 10 sangsues à l'épigastre, lav. émoll.)

24. Son état empire; coma, agitation convulsive des membres et soubresauts; il a peine à comprendre et ne répond que quelques mots mal articulés et le plus souvent sans aucun sens; il entr'ouvre à peine la bouche quand on lui demande avec insistance de montrer sa langue. (Prescription: Sulf. quin., 6 décigram., à cause des exacerbations nocturnes.)

25. Un peu moins de coma. (Prrescription: Sulf. quin., 6 décigram.; sulfate de magnésie, 50 gram., pour remédier à la constipation, ce qui amena 7 à 8 selles.)

26. Le malade n'a pas parlé la nuit, il est dans le carus; pouls petit et fréquent. (Prescription: Saignée de 450 gram., qui fut diffluente.) Mort à 4 heures après midi.

AUTOPSIE. — TÊTE. Sérosité plus qu'en quantité normale entre les méninges et dans le canal rachidien; pulpe saine.

POITRINE. Dans le lobe inférieur droit, quelques points ont subi le ramollissement rouge; dans le lobe inférieur gauche il y a, outre la même altération, de nombreuses gouttes de pus disséminées.

Abdomen, estomac, duodénum, jéjunum sains.

Nombreuses plaques gaufrées dans l'iléon, surtout en allant vers le cœcum; quelques-unes sont ulcérées et les ulcères atteignent la poitrine et sont entourées d'injection ramillaire des tuniques intestinales. Rate volumineuse et friable. Ganglions mésentériques tuméfiés, rouges; colon sain.

FIÈVRE TYPHOÏDE ATAXO-ADYNAMIQUE; SIX JOURS DE PRODRÔMES AVEC SYMPTÔMES NERVEUX CARACTÉRISTIQUES; LES SYMPTÔMES NERVEUX NE SE MONTRENT QUE QUELQUES JOURS APRÈS L'INVASION; CONVALESCENCE.

OBS. IV. — Bault, du 55[e] de ligne, âgé de 24 ans, de bonne constitution et

d'un tempérament sanguin, entra, le 20 septembre 1844, salle 5, n° 38.

Il est malade depuis sept jours ; mais, comme il a gardé le lit le dernier, nous ne comptons que six jours de prodrômes ainsi caractérisés : malaise, lassitudes, faiblesse, paresse, dégoût de son service, insouciance; céphalalgie; bluettes passant devant les yeux quand il marche ou quand il se baisse ; il mange encore, mais sans appétit ; sa soif est un peu augmentée, et il nous soutient qu'il n'a eu aucun dérangement du côté du ventre, peu de sommeil, céphalalgie.

20. Mauvaise nuit, avec quelques rêves tout haut ; pas de selles. Il y a déjà moins d'expression dans la physionomie, le regard est indifférent, indécis, bouche sèche, soif, anorexie, selle moulée, pouls fébrile, peau chaude et sudorale, céphalalgie.

21. Nuit agitée, pas de selles ; la physionomie se stupéfie davantage; le pouls est toujours fébrile, l'abdomen est dur et douloureux, pas de selles dans la journée. (Prescription : Saignée 500 grammes, dont le caillot fut mou, volumineux, 2 vent. scar. à l'abdomen.) Le pouls tombe dans l'après-midi.

22. Nuit agitée, bouche sèche et constipation ; mouvemens spasmodiques ; le pouls se relève. (Prescription : 10 sangsues, 2 vent. scarifiées à l'abdomen et à la nuque.)

23. La nuit est meilleure ; le malade est très affaissé, son décubitus est constamment dorsal, ses yeux ne sont plus en rapport avec les objets environnans, les réponses sont lentes ; ventre tuméfié et quelques gargouillemens provoqués par la pression, qui n'est douloureuse que quand elle est poussée loin, pouls toujours fébrile. Les lavemens émolliens, administrés depuis quelques jours déjà, provoquent une selle.

24. Agitation et délire la nuit; pendant le jour, rêvasseries, pouls fébrile, aucune selle. (Prescription : 15 sangsues.)

25. Meilleure nuit, sans délire ; pouls toujours fébrile, la peau se sèche, ventre tuméfié, indolore, une selle dure.

26. Rêvasseries la nuit, somnolence pendant le jour, pouls fébrile, bouche sèche et constipation; la céphalalgie a presque entièrement disparu.

27, 28, 29. Le délire augmente et finit par être continu avec cris, soubresauts, mouvemens convulsifs des membres, perte complète de l'intelligence, de sorte que le malade ne comprend plus rien et ne répond à aucune question, malgré l'insistance qu'on met à les répéter; la constipation continue et le fuligo se manifeste. (Prescription : 25 sangsues, 2 vent. scar. à l'abd., à l'épig., à la nuque et aux tempes.)

30. Agitation nocturne extrême avec sorties du lit ; pouls toujours fébrile. (Prescription : 12 sangsues, 4 vent. scar. sur l'abdomen, qui est toujours météorisé.) Une selle demi-liquide le soir.

1er octobre. Moins d'agitation la nuit ; pendant le jour, il y a du coma, mais le malade ne délire qu'un peu le matin ; le fuligo est prononcé, le ventre est souple, mais toujours tuméfié ; sens obtus ; l'intelligence revient un peu ; le pouls persiste dans sa fréquence ; toux avec râle sibilant; une selle liquide qui fit prescrire un lavement amylacé.

2, 3. Les nuits s'améliorent encore ; toujours du coma ; la constipation a cessé ; la bouche s'humecte ; l'intelligence continue à revenir. (Prescription : Bouill. maigre, décoct. de quinq. le 3.)

4. Quelques instans de repos interrompus par des intervalles d'agitation et de plaintes. Le coma est moins prononcé, il n'y a plus que de la somnolence, mais la faiblesse est extrême et la maigreur arrive rapidement ; la sensibilité n'est qu'un peu obtuse, l'intelligence est nette, mais lente, et les réponses sont brèves, la peau est moite, le fuligo tend à disparaître, car l'enduit noir de la bouche et des lèvres se découpe en ilots séparés par une muqueuse d'un rose foncé et humectée ; l'abdomen est encore un peu dur, mais à peine douloureux à la pression, l'appétit se manifeste, aucune selle dans la journée. (Prescription : Bouill., eau gom., décoct. de quinq. avec sulf. de quin., 8 décigr.) Dans la journée, le malade s'agita, délira, quitta son lit, et le pouls qui le matin était à 70, monta à 89 ou 90.

5. Mauvaise nuit, avec cris, agitation, délire, mouvemens convulsifs ; le malade urine sous lui, mais il n'a aucune selle. Le matin, l'exaspération a cessé, mais nous remarquons encore des soubresauts de tendons et de la contraction fibrillaire fort sensible sous le doigt ; la bouche continue à se nettoyer et à s'humecter, une selle un peu liquide, pouls petit. (Prescription : bouill. maig., eau gom., foment. émoll. sur le ventre depuis le commencement de la maladie, mais le sujet les fait toujours tomber ; pot. sulf. quin., 5 décigr.)

6. Moins mauvaise nuit, pas de selles ; la stupeur continue, mais la bouche devient de plus en plus rosée et humide, le ventre s'assouplit et se détuméfie, selle, peau sudorale ; à midi, frisson, qui fut suivi d'une forte sueur, qui dura une demi-heure et se prolongea jusqu'au soir. (Prescription : eau gom., 2 vés. aux bras, sulf. quin. 5 décigr.)

7. Le malade a dormi plusieurs heures et n'a point divagué. La sueur a continué la nuit, et la peau, encore chaude et humide le matin, est couverte de nombreux sudamina ; pas de selles dans la nuit, mais une dans la journée ; la bouche est complètement humectée et tout reste de fuligo a disparu ; l'appétit est vif, au dire du sujet, qui commence à fort bien s'exprimer ; le pouls est souple et à 65. (Prescription : riz au lait.) Pas d'accès à midi.

8, 9, 10. Bonnes nuits ; grande émaciation et encore un peu de somnolence, pas de selles, si ce n'est le 10 et à force de lavemens. Une escarre se manifeste au sacrum ; des ulcères avaient envahi les bords de la langue vers le 2 ou le 3, mais ils n'eurent aucun mauvais caractère.

11. L'escarre s'entoure de phlyctènes ; le malade a perdu la mémoire ; une selle par les lavemens.

12, 13. Les selles reviennent, l'escarre se limite et n'est pas plus étendue qu'une pièce de 2 francs.

14. La convalescence semble se déclarer, la mémoire revient ; on accorde de légers alimens.

Je quittai Metz quelques jours après et ne pus suivre plus longtemps le malade.

DEUXIÈME SÉRIE D'OBSERVATIONS.

Cinq observations où les symptômes nerveux caractéristiques et les symptômes abdominaux se manifestèrent contemporainement.

1° Début sans prodrômes; symptômes nerveux caractéristiques; symptômes abdominaux peu tranchés au commencement de la maladie.

FIÈVRE TYPHOÏDE DE MOYENNE GRAVITÉ; INVASION BRUSQUE ; LA SOMNOLENCE SE MONTRE AUSSITÔT ; PEU DE CHOSE DU CÔTÉ DE L'ABDOMEN ; GUÉRISON.

Obs. V. — Vitton, chasseur d'Orléans, entra le 29 mars 1844, salle 5, n° 28 et 36 ; il est de bonne constitution et d'un tempérament sanguin. Il nous conte que la veille 28, étant de garde, il fut tout à coup pris de malaise, de tremblemens et surtout d'une vive céphalalgie.

29. Céphalalgie, malaise et brisement ; déjà un peu de somnolence ; face colorée, mais sans expression ; peau chaude ; bouche un peu sèche, pas de selles, perte de l'appétit et soif peu intense ; pouls fréquent sans être dur. (Prescription : D. eau gommeuse, pédiluves chauds, lotions réfrigérantes sur le front, lavement simple, saignée de 400 gram. qui donna un caillot mou.)

30. Vitton a mal dormi, a rêvé et s'est un peu plaint. Céphalalgie, somnolence prononcée, dureté d'ouïe, vue affaiblie et paupières tombantes, lèvres entr'ouvertes, réponses justes, mais brèves, décubitus sur le côté droit ; bouche, dents, lèvres sèches et rudes, la langue est gercée et tremblotante quand le malade la tire de la bouche ; soif médiocre, douleur épigastrique ; la région cœcale est également un peu douloureuse à la pression ; une selle normale ; peau chaude ; pouls large, mou, fréquent. (Prescription : Eau gommeuse, 4 ventouses scarifiées à la nuque et aux tempes, 15 sangsues à l'épigastre, lotions réfrigérantes, saignée de 500 grammes qui donna un caillot volumineux, peu rétracté et de médiocre consistance.)

31. Nuit agitée ; il a parlé tout haut. Le matin, le malade est plus calme, et sa céphalalgie a diminué ; ses paupières sont moins tombantes ; il se couche indifféremment sur tous les côtés ; il y a certainement moins de stupeur que la veille, mais le facies s'amaigrit et les yeux s'excavent ; il répond assez bien, quoique ses réponses soient un peu tardives ; à la base de la poitrine, à gauche, s'est manifestée de la douleur, et j'y perçois un râle muqueux fin, il y a pourtant très peu de toux ; même état des voies digestives ; pouls petit et à 100 ; peau normale. (Prescription : Eau gommeuse, 5 sangsues sous chaque oreille, 2 vent. scar. à la poitrine loco dol., lot. réfrig.)

Le soir, les idées deviennent un peu incohérentes et un spasme tonique renverse la tête en arrière.

1er avril. Le malade a parlé toute la nuit. La céphalalgie est supportable à moins qu'il ne fasse des mouvemens, ce qui la redouble ; facies hébété, abattement, faiblesse extrême, sens obtus, peau sèche et chaude ; bouche sèche et langue embarrassée d'épaisses mucositées noirâtres ; soif, envies de vomir ; le ventre continue à être légèrement douloureux sans ballonnement ni diarrhée ; râle muqueux et sibilant surtout dans le poumon gauche avec un peu de toux. (Prescription : Eau gomm., 3 vent. scar. à l'épigastre, 10 sang. sous les oreilles, 2 vésicatoires aux jambes, potion stibiée à 3 décigr. pour le lendemain matin.) Le pouls se relève le soir.

2. Nuit très agitée, la recrudescence ayant commencé le soir. Le matin, le malade est tranquille, mais somnolent et très abattu ; sa potion stibiée a amené quelques vomissemens ; il cause assez bien ; sa peau est normale ; son pouls un peu développé est à 100 ou 110 ; bouche un peu plus humide et mucosités moins noirâtres et moins collantes, quelques selles diarrhéiques. Le soir, le malade est bien plus tranquille encore, et le pouls n'est plus qu'à 80. (Prescription : eau gom. ; lot. réfrig. ; 3 lav. émoll. ; on donna le soir un bouillon au malade qui manifestait de l'appétit.)

3. Pendant la nuit quelques divagations seulement. Moins de somnolence, mais la bouche est plus sèche et la langue est chargée d'un enduit épais noirâtre ; ventre indolore ; pas de selles ; toute céphalalgie a disparu ; pouls à 80.) (Prescription : bouillon ; eau gom. ; lot. réfrig.)

4. Bonne nuit ; le malade a uriné très abondamment et à plusieurs reprises. Le matin, il n'y a presque plus de stupeur ; le malade cause bien, son pouls est à 80 ; 1 selle. (Prescription *ut suprà* et deux pommes cuites.)

5. Nuit agitée avec violent délire et deux sorties du lit. La journée est aussi bonne que celle de la veille ; pas de selles. (Prescription : eau gommeuse ; bouillon ; 2 vésicat. aux bras.)

6, 7. Les nuits furent bonnes et les journées aussi ; le malade est amaigri, prostré, mais cela n'est plus de la stupeur ; la céphalalgie, qui avait déjà un peu reparu hier, fait beaucoup souffrir le malade aujourd'hui. (Presc. : Lotions réfrig. sur le front.)

Vers le 8, Vitton put être regardé comme sauvé de tout danger, mais la céphalalgie persista. Le 10, trois ventouses scarifiées à la nuque qui n'apportèrent aucun soulagement ; le 12, deux ventouses scarifiées aux tempes et douze sangsues au-dessous des oreilles n'eurent pas plus de succès ; sauf la céphalalgie, le sujet est très bien. Le 13, on mit un vésicatoire sur la tête, et dès lors la céphalalgie diminua insensiblement, si bien qu'à la fin d'avril Vittson était en état de sortir.

FIÈVRE TYPHOÏDE ADYNAMIQUE; ÉTAT VALÉTUDINAIRE ANTÉRIEUR ; INVASION BRUSQUE AVEC SIGNES MANIFESTES DE SÉDATION ET SYMPTÔMES ABDOMINAUX PEU CARACTÉRISÉS ; CONVALESCENCE.

Obs. VI. — M. Cail..., chirurgien élève de l'hôpital militaire d'instruction de Metz, âgé de 21 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution sèche et grêle, entra le 8 août. Depuis quelque temps, il est valétudinaire, impression-

nable aux moindres causes et ne peut plus supporter d'écart de régime; mais depuis huit jours seulement il est réellement malade et a quitté son service. Il fut subitement pris d'une faiblesse extrême qui le força de s'aliter de suite, d'accablement, de torpeur des sens et d'engourdissement des idées, de lourdeurs de tête alternant avec de la céphalalgie, d'inappétence, avec quelques douleurs abdominales et un peu de constipation; il ressent aussi quelque douleurs vagues dans les jambes; sa maladie progressa régulièrement jusqu'au 8 août, jour de son entrée à l'hôpital.

Altération profonde du facies qui est amaigri, somnolence légère, mais continue; parole un peu embarrassée; intelligence lente. M. Cail... ne se préoccupe que peu de sa maladie qui pourtant est survenue précisément au moment où il devait prendre part à un concours; yeux secs, vitrés, brillans; paupières tombantes; ventre tuméfié et offrant du gargouillement cœcal; la nuit, rêvasseries et réponses délirantes; peu de réaction, mais affaissement profond; la céphalalgie est de moins en moins intense. On prescrivit successivement des sangsues et des ventouses scarifiées sur l'abdomen.

Vers le 10, les nuits ne s'accompagnèrent plus de délire, mais la constipation continua et fut très rebelle; la douleur du ventre persista; la bouche devint sèche et aride; l'assoupissement pendant le jour ne cessa d'exister. (Prescription : On continue les antiphlogistiques.)

Du 19 au 29 août, affaissement profond et somnolence; narines et lèvres pulvérulentes; ventre tuméfié et douloureux; selles liquide; la sensibilité est fort obtuse; l'ouïe est dure; le malade dit ne souffrir nulle part; il se plaint seulement quand on presse fortement son abdomen; la parole s'embarrasse davantage et le visage devient complètement stupéfié. (Prescription : 12 sangsues à l'ombilic, 2 vésicatoires aux bras, linimens opiacés et foment. émollientes sur le ventre.

Du 29 août au 10 septembre, l'amaigrissement fait des progrès et l'affaissement est extrême; il y a un peu de sommeil la nuit avec quelques divagations seulement; la mémoire est fort affaiblie; la bouche est toujours très sèche et la constipation continue.

Du 10 au 13 septembre, divagations nocturnes et réponses délirantes pendant le jour; stupeur et adynamie complète. Quelques noyaux de matière fécale très durs et arrondis sont trouvés dans le lit, et l'on apprend que le malade n'a pas été à la selle depuis huit jours. La faiblesse est si grande qu'on est obligé d'accorder quelques légers alimens.

Le 15, M. Cail... est au plus mal; on lui met des cataplasmes sinapisés aux jambes.

Les 14 et 15, il y eut du mieux, un peu de sommeil la nuit et cessation du délire. (Prescription : Décoction de quinquina.) La convalescence se déclara, et quand je quittai Metz, M. Cail... avait un appétit dévorant, mais son corps était d'une extrême maigreur.

2° Début précédé de prodrômes.

FIÈVRE TYPHOÏDE ADYNAMIQUE; QUATRE JOURS DE PRODRÔMES AVEC SYMPTÔMES NERVEUX ET ABDOMINAUX; CONVALESCENCE; LE SUJET MEURT DE DYSENTERIE.

OBS. VII. — Bornat, du 66e de ligne, d'assez pauvre constitution et d'un tempérament nervoso-bilieux, entra à l'hôpital le 18 juillet 1844, salle 5, souffrant depuis cinq jours.

Prodrômes : malaise, indifférence, accablement physique et moral, faiblesse musculaire des plus prononcées, inappétence sans beaucoup de soif; une ou deux selles liquides par jour; tête lourde, puis céphalalgie, mauvais sommeil.

Entré à l'hôpital, il offrit d'abord un grand accablement et un peu de somnolence; on ne pouvait faire *causer* le malade, mais il répondait juste et convenablement; la diarrhée persistait, ainsi que la céphalalgie; puis les symptômes s'exaspérèrent. Céphalalgie moins vive, décubitus dorsal, somnolence légère, mais à peu près continue avec rêvasseries persistant la nuit, quand bien même on appelle l'attention du malade; nombreuses épistaxis; il montre lentement la langue quand on la lui demande; le fuligo commence; les narines et les cils sont pulvérulens; diarrhée irrégulière avec abdomen tuméfié, mais peu douloureux et offrant des gargouillemens; sudamina nombreux; pouls et peau à peu près dans l'état normal. Une véritable pneumonie survint avec crachats rouillés et quelques bulles de râle crépitant un peu humide; mais cette affection n'alluma pas ou fort peu de fièvre. La peau se sécha et le facies amaigri s'altéra profondément. L'intelligence ne fut pas pervertie pendant le jour, mais devint paresseuse. Des exacerbations nocturnes firent recourir au sulfate de quinine sans préjudice d'évacuations sanguines qui ne présentèrent pas les caractères phlegmasiques. La maladie se jugea favorablement vers le 7 ou 8 août et la convalescence commença vers le milieu du mois. Un peu de diarrhée survint vers le 20, et bientôt Bornat fut pris de la dyssenterie alors épidémique. Il mourut le 5 septembre.

AUTOPSIE. Outre les altérations caractéristiques de la dysenterie et siégeant dans le colon, nous trouvâmes dans l'iléon des cicatrices rosées, molles, tachetées de blanc et de noirâtre et dont une nous offrit une ulcération qui nous parut non pas une persistance des ulcères dothinentériques, mais simplement le résultat d'une maladie de la cicatrice. Les poumons nous présentèrent plusieurs points purulens entourés de très peu d'hépatisation; la rate était molle.

FIÈVRE TYPHOÏDE DE MOYENNE GRAVITÉ; CINQ JOURS DE PRODRÔMES; SYMPTÔMES NERVEUX CARACTÉRISTIQUES ET QUELQUES SYMPTÔMES ABDOMINAUX; CONVALESCENCE, AVEC PERSISTANCE DU DÉLIRE.

OBS. VIII. — Dordor, du 66e de ligne, âgé de 23 ans, de forte constitution mais lymphatique, entra le 30 juillet, salle 5, n° 30, malade depuis huit jours, et gardant le lit depuis trois, ce qui nous donne cinq jours de prodrômes.

Prodrômes : Frisson intense, malaise, fatigue, profond dégoût de la vie, mais vague et non raisonné; la marche et le mouvement fatiguent considérablement le sujet; inappétence; puis la céphalalgie survint avec fièvre accompagnée par intervalles de congestion du côté de la tête; aucun dérangement dans les selles, mais douleurs courant dans tout l'abdomen et descendant parfois dans les membres pelviens; mauvaises nuits.

A son entrée, forte réaction qui nécessita une saignée dont le caillot consistant ne fut point couenneux et plusieurs saignées locales, et de lavemens émolliens contre la constipation qui commençait et persista avec une certaine opiniâtreté; yeux hagards, égarés avec pupille cachée en grande partie sous la paupière supérieure; céphalalgie; exacerbations vespériennes et nocturnes avec délire; ventre tuméfié; bouche sèche. On pratiqua une seconde saignée qui n'offrit point de couenne et dont le caillot fut moins consistant que celui de la première.

Vers le 6, les narines devinrent pulvérulentes; le facies s'imprégnit d'une hébétude très marquée et la somnolence devint continue sans que pour cela l'intelligence se pervertît pendant le jour; elle fut seulement paresseuse, mais la nuit les divagations continuèrent; l'abdomen resta tuméfié avec gargouillement cœcal et constipation.

Quelques jours plus tard, le malade urinait sous lui, ne divaguait plus la nuit quand on fixait son attention; son visage s'émaciait très rapidement; ses yeux s'excavaient; l'hébétude croissait.

Le 13, les narines étaient toujours pulvérulentes et les lèvres, ainsi que les dents, participaient à cet état, mais le fuligo proprement dit ne se manifestait pas.

Les 14 et 15, la constipation qui semblait avoir un peu cédé reparaît et, avec elle, les exacerbations nocturnes qui exigent du sulfate de quinine, médicament par lequel elles furent supprimées; urines involontaires; forte agitation, surtout dans la nuit du 15 au 16. Le 16, le malade tousse beaucoup et la poitrine est pleine de râles sibilans et muqueux; la diarrhée parut ensuite, mais ne dura pas longtemps.

Vers le 29 août, la maladie était favorablement jugée, si ce n'est qu'il survint une folie tranquille dans laquelle le malade divaguait sur tous les sujets, quoique revenant toujours à une idée fixe quand on le laissait suivre seul sa pensée; du reste, plus de stupeur, bon appétit. Le 14 septembre, cet état ne s'était encore qu'amélioré. Vers cette époque, une pleurite avec épanchement survint; mais elle céda à des sangsues et à des ventouses scarifiées. Une franche convalescence se déclara, mais nous quittâmes Metz avant la sortie du sujet.

FIÈVRE TYPHOÏDE ATAXO-ADYNAMIQUE; QUATRE JOURS DE PRODRÔMES; SYMPTÔMES NERVEUX CARACTÉRISTIQUES ET QUELQUES SYMPTÔMES ABDOMINAUX; MORT LE NEUVIÈME JOUR.

OBS. IX. — Boursier, du 35e de ligne, âgé de 25 ans, de bonne constitution et de tempérament bilioso-sanguin, entra à l'hôpital le 11 septembre 1844, salle 5, n° 35, malade depuis six jours, mais étant resté couché les deux derniers, ce qui donne quatre jours de prodrômes.

Prodrômes : Abattement, affaissement, brisement des membres sans chaleur fébrile; marche chancelante, vertiges, bourdonnemens dans les oreilles, inappétence et un peu de soif; pas de douleurs abdominales, mais alternatives de selles liquides et d'un peu de constipation; céphalalgie peu violente; insomnie ou sommeil tourmenté de vagues mais continues rêveries.

Nous apprenons que pendant les deux jours qu'il garda le lit, il eut beaucoup d'agitation et que la fièvre le prit.

11. Beaucoup de céphalalgie et de réaction; agitation et anxiété, suivies par intervalles d'un grand affaissement avec regard terne et morne; peau chaude; pouls fréquent et développé; respiration haute avec légère dyspnée; ventre un peu dur. (Prescription : Saignée de 500 grammes, à caractères non phlegmasiques.)

Du 12 au 15 exclusivement. L'hébétude de la face et la somnolence apparaissent; la céphalalgie fait moins souffrir le malade; les sens deviennent obtus; l'ouïe est dure surtout; le regard est étonné; les traits sont mornes et sans expression; les lèvres pendantes par moment; l'œil est convulsé, ce qui coïncide avec des soubresauts de tendons et un peu de contraction fibrillaire; l'intelligence est lente et paresseuse; la peau se sèche, ainsi que la muqueuse buccale; les chairs sont déjà flasques et pendantes. Le 13, le pouls faiblit et les nuits commencèrent à s'accompagner de délire et de cris; la langue se sécha davantage et rougit sur les bords et à la pointe; les narines devinrent pulvérulentes; le ventre demeura indolore, mais se météorisa. Un peu de réaction survint le 14, et l'on fit une saignée de 360 grammes dont le caillot fut fort mou (elle fut faite en buvant). 6 décigr. de sulfate de quinine contre les exacerbations nocturnes, mais le malade n'en prit que moitié. Pendant tout ce temps, il y eut constipation, car Boursier n'eut qu'une selle le 11.

15. Nuit très agitée avec divagations, cris et plaintes; une selle un peu liquide et une seconde le matin. Intelligence et sens obtus; le décubitus est dorsal depuis longtemps et la face est tout à fait hébétée; le malade nous paraît encore comprendre les questions, mais il répond à grand'peine quelques mots; pouls fréquent et petit; langue, bouche et dents très sèches sans compter la pulvérulence; plus de météorisation du ventre. (Prescription : Sulfate de quinine, 1 gramme.)

16. Coma vigil la nuit; le lit est souillé de quelques matières fécales. Le matin, le coma continue, le facies est profondément altéré, et l'on ne peut plus obtenir de réponse du malade; le fuligo commence; fréquens soubresauts de tendons; il ne peut plus tirer la langue de la bouche, quoiqu'on insiste fortement et longtemps; pas de selles dans la journée; quelques gargouillemens; pouls fréquent, mais très petit, et extrémités froides; déglutition très difficile; aucun râle pulmonaire, mais murmure vésiculaire âpre et sonore; hoquet qui

dura fort longtemps; la peau reste moite. (Prescription: 4 ventouses scarifiées à la poitrine.)

Le soir, le hoquet est presque continu. Mort le 17, à quatre heures du matin.

Autopsie 28 heures après la mort.

Tête. Injection de l'arachnoïde. Pulpe cérébrale, un peu pointillée de rouge.

Poitrine. Ramollissement du lobe inférieur du poumon gauche gorgé de sang noir, mais encore crépitant.

Abdomen. Estomac marqué de plaques d'injection capilliforme rouges, vers le pylore. Tout l'intestin exempt d'inflammation. L'iléon offre un grand nombre de plaques gaufrées et tuberculiformes (pustuleuses, tuberculeuses) d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche d'avantage du cœcum. Ces plaques sont très saillantes et formées par la matière blanche dothinentérique amassée entre les tuniques intestinales qui sont parfaitement saines, si ce n'est pourtant que certaines plaques offrent des ulcères peu profonds entourés d'une zône circonscrite de muqueuse rouge et ramollie correspondant aux points de la matière blanche qui commencent aussi à se ramollir. A quelques-unes de ces portions ramollies adhèrent fortement des grumeaux de matières fécales d'un vert très prononcé. Ganglions mésentériques engorgés. Quelques plaques folliculaires tuberculiformes dans le colon ascendant.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

1° Les symptômes fournis par l'appareil nerveux, la stupeur en particulier, sont le principal caractère symptomatique de la fièvre typhoïde, par leur constance, leur prédominance et leur antériorité.

2° Dans toute fièvre typhoïde, il y a de la stupeur; elle est le plus souvent déjà appréciable dans les prodrômes.

3° Cette stupeur n'a pas été convenablement appréciée; dans les plus faibles nuances elle a souvent échappé à l'observateur.

4° Les maladies locales ne produisent pas les symptômes (surtout les symptômes nerveux et la stupeur en particulier) que l'on observe dans la fièvre typhoïde. L'inflammation des follicules intestinaux n'est point la cause de la fièvre typhoïde.

5° Les maladies qui produisent des symptômes plus ou moins analogues à ceux de la fièvre typhoïde sont les maladies des centres nerveux et certaines maladies générales dans lesquelles le système nerveux est positivement souffrant et a été atteint de bonne heure.

6° Le système nerveux est (sans préjudice du sang), primitivement atteint par l'agent producteur de la fièvre typhoïde.

7° Les statistiques donnent des résultats fort dissemblables dans la fièvre typhoïde, ce qui vient de ce que cette maladie offre de notables différences selon les épidémies et surtout selon les lieux.

8° Les signes fournis par l'appareil digestif occupent le second ordre comme caractère symptomatique de la fièvre typhoïde.

9° Ils sont secondaires, comparativement aux symptômes nerveux, à cause de leur moindre prédominance dans tout le cours de la maladie et parce qu'ils peuvent être peu de chose, ou même manquer tout à fait à une époque où la stupeur existe évidemment.

10° En établissant le rôle du système nerveux, l'antériorité et la prédominance des symptômes qu'il fournit, en prouvant que la stupeur est constante et en rendant saisissables ses premières manifestations, nous croyons avoir éclairé le diagnostic de la fièvre typhoïde dans ses premiers jours, c'est-à-dire à une époque où ce diagnostic est reconnu très difficile à établir. Notre travail a donc un but pratique évident.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA THÉORIE NOUVELLE DE LA FÉCONDATION; par M. le docteur L. Vogt.

Monsieur le rédacteur,

M. Jules Béclard a présenté, dans le dernier numéro de la Gazette Médicale, quelques remarques critiques sur la nouvelle théorie de la fécondation, dans lesquelles il déclare que « personne n'a trouvé les ovules dans les trompes des femelles en chaleur *non soumises au coït*, tandis qu'on les rencontre dans les mêmes organes après le coït. » Partant de ce point capital pour la théorie de la fécondation, M. Béclard conclut que le développement spontané des œufs, chez les mammifères, n'est qu'une hypothèse, et que ce détachement des ovules ne se fait pas sans intervention du mâle. Je m'étonne que M. Béclard, tout en citant une observation rapportée par M. Bischoff, qui, prise isolément, peut parler en faveur de ses critiques, n'ait pas trouvé convenable de discuter d'autres observations faites par le même auteur, et consignées dans le même mémoire, quelques pages plus loin. Je citerai ici textuellement tous les détails relatifs aux questions dont s'occupe M. Béclard, et cette citation suffira pour ramener la critique sur le *terrain des faits*.

Mémoire de M. Bischoff sur la maturation et la chute périodique de l'œuf de l'homme et des mammifères (Annales des sciences naturelles, 3e série, 1re année, 1844), page 124 : « Le 3 décembre 1843, un m'apporta, à quatre heures du soir, une brebis présentant depuis une heure tous les signes du rut, et *qui n'avait pas été couverte*. Je la fis enfermer immédiatement. Le lendemain, à dix heures, je lui présentai le bélier, qui voulait la couvrir à plusieurs reprises, *mais on l'en empêcha*. Comme Kuhlemann prétend que le rut ne dure que 24 heures, et que lui et Haussmann assurent avoir trouvé une vésicule de Graaf ouverte douze heures après l'accouplement; comme, de plus, de Baër veut avoir trouvé l'œuf d'une brebis dans l'oviducte avant la fin du premier jour après l'accouplement, j'en conclus que l'œuf devait être sorti de l'ovaire déjà pendant les premières 24 heures du rut; aussi fis-je tuer l'animal entre trois et quatre heures de l'après midi. »

»Encore dans le même après-midi, j'eus la joie de trouver *qu'une vésicule de Graaf s'était ouverte sur l'ovaire droit*. La petite ouverture avait un diamètre de 9/10mm. J'inspectai ensuite avec le plus grand soin la vulve, ainsi que tout l'utérus, afin d'avoir la certitude qu'il n'y avait pas eu d'accouplement; je n'y trouvai naturellement pas trace de spermatozoïdes, *la copulation ayant été totalement empêchée*.

« Le lendemain, je me mis à la recherche de l'œuf. Je plaçai l'oviducte sur une plaque de verre, puis écartai avec le plus grand soin les franges de la trompe, que j'étudiai d'abord à la loupe. Je n'y trouvai rien et remarquai seulement un fil muqueux entrant dans la trompe et ressemblant à des cellules détachées de la membrane granuleuse d'une vésicule de Graaf. Je coupai ensuite avec des ciseaux fins le premier tiers de l'oviducte, dont j'écartai les bords et j'étudiai tous les plis sous la loupe en m'aidant d'une aiguille fine. *Je fus assez heureux de trouver l'œuf à 11 mm 1/4 de l'entrée de l'oviducte.* »

Page 125 : « Ce que prouve de la manière la plus complète et la plus indubitable, cette observation faite sur un animal jeune et qui, n'ayant pas encore été en rut, n'avait pas non plus encore été fécondé, c'est que la maturation et la chute des œufs sont absolument indépendans de l'accouplement. »

Secunde observation de M. Bischoff. Page 128 : « Les 18 et 19 décembre 1843, je remarquai pour la première fois qu'une forte chienne, qui m'appartenait, commençait à entrer en rut. La vulve était très tuméfiée et les chiens poursuivaient cette chienne avec ardeur. Le 19, j'essayai si elle était disposée à se laisser couvrir; mais, quoiqu'elle jouât avec le chien, elle ne lui permit pas d'approcher. Je la tins enfermée et ne lui rendis le chien que le 21. Cette fois elle parut vouloir se laisser couvrir; *je ne voulus cependant pas que la copulation eût lieu, et je fis séparer de nouveau ces animaux*. Le 13, à dix heures du matin, j'enlevai à cette chienne l'ovaire et l'oviducte gauches; puis je fermai la plaie par une suture. Je trouvai que les follicules de Graaf ne s'étaient pas encore ouverts. »

Page 129 : « Je ne fis tuer cette chienne que cinq jours après, afin d'être bien sûr que les follicules s'étaient ouverts. Après avoir préparé avec soin l'oviducte et l'avoir étendu sur une planchette, je le fendis avec des ciseaux fins *et j'y trouvai les quatre œufs sortis*, déjà bien avancés, tous près les uns des autres *à huit centimètres de l'ostium abdominale*. »

Troisième observation de M. Bischoff, page 133 : « Bientôt après, je reçus les parties génitales d'une jeune *truie n'ayant pas encore porté, et que je savais bien positivement avoir été enfermée seule depuis quinze jours*. Depuis cinq jours, elle montrait les premières traces du rut, et au moment où elles commencèrent à s'affaiblir, on la tua le matin du cinquième jour. En voyant les ovaires, je m'aperçus immédiatement que les œufs venaient d'en sortir. Je passai immédiatement à l'étude de l'oviducte, long de 11 pouces et très rempli de plis, surtout à sa partie supérieure. Et en enlevant par places l'épithélium, que j'examinai ensuite à la loupe, *je réussis à découvrir dix œufs dans la partie extérieure de l'oviducte*, où ils se trouvaient, à quelque distance les uns des antres, à 2 ou 4 pouces de son *ostium uterinum*. »

Quatrième observation de M. Bischoff, page 134 : « Peu de temps après, je reçus les parties génitales d'une truie, qui avait montré, le 17 mars 1844 et les jours suivans, les signes habituels du rut. Jusqu'à cette époque, *elle avait vécu dans un endroit où ne se trouvait pas de verrat* et n'en rencontra pas non plus chez le boucher, auquel on la vendit. Le 22 au matin, on tua l'animal; les signes du rut avaient cessé; les ovaires contenaient chacun huit corps jaunes, tous récens. » —

« J'examinai vainement l'un des oviductes, dans le but d'y trouver des œufs; je regardai déjà comme inutile de continuer cette recherche, quand l'idée me vint d'enlever et d'étudier l'épithélium de l'extrémité *de l'utérus, où j'eus le bonheur de trouver d'un côté quatre et de l'autre sept œufs.* » — « Dans quelques œufs, le jaune ne formait qu'une seule masse; mais, dans la plupart d'entre eux, il était déjà partagé dans un nombre considérable de sphères. »

Je viens de rapporter textuellement les observations de M. Bischoff; elles n'ont pas besoin de commentaires. M. Béclard pourra peut-être objecter aux deux premières que l'on avait présenté des mâles aux animaux, seulement pour constater l'époque du rut, et que cette présentation et l'excitation causée par la vue du mâle avait pu provoquer cet ébranlement nerveux, auquel il paraît vouloir attribuer le détachement des œufs; les troisième et quatrième observations, faites sur des truies, sont à l'abri de cette critique, surtout la troisième, car l'animal avait été enfermé huit jours avant le commencement du rut.

Il serait inutile de discuter les nouvelles idées relatives à la menstruation de la femme, les faits rapportés jusqu'ici ne paraissent pas suffisans pour une décision définitive. Il est parfaitement vrai qu'on n'a pas encore trouvé d'ovules dans les trompes de femmes mortes peu de temps après l'époque des menstrues; mais il est aussi vrai qu'il y a des faits positifs recueillis par un observateur habile, contre l'exactitude scrupuleuse duquel personne n'a encore élevé des doutes, et ces faits prouvent qu'on ne va pas au-delà des inductions immédiates et nécessaires en disant que *le détachement des ovules et la rupture des follicules de Graaf ont lieu sans aucune intervention du mâle et sans accomplissement du coït.*

Recevez, etc.

OBSERVATION REMARQUABLE DE CHORÉE PARTIELLE DES MEMBRES INFÉRIEURS (DANSE DE SAINT WEITH, DE SAINT GUY, CHORÉOMANIE, ORCHESTROMANIE, DANSOMANIE) CHEZ UN JEUNE HOMME DE 22 ANS, MALADIE QUI FUT RÉFRACTAIRE A TOUTES LES MÉDICATIONS ET QUI NÉCESSITA LA MISE EN RÉFORME DU MILITAIRE QUI EN ÉTAIT ATTEINT.

Obs. — Le 5 du mois d'avril 1844, le nommé Pessar (Jean-Baptiste), fusilier au 19e régiment de ligne en garnison à Lyon, éprouva presque tout à coup et sans cause connue de lui une douleur assez vive à la région temporo-maxillaire gauche pour qu'il dût se faire porter malade au bout de quelques jours; elle prit un caractère intermittent, gagna l'œil et les paupières du même côté, et Pessar, porteur d'un billet d'hôpital intitulé: *Névralgie faciale*, fut placé, dans l'après-midi du 11 du même mois, au n° 47 de la salle 14, qui faisait partie de ma division.

A ma courte visite, qui eut lieu à deux heures et demie, je le trouvai couché et dans un état parfait de calme et de bien-être; les traits étaient naturels, les battemens de l'artère brachiale réguliers, la langue normale; mais le malade commençait à accuser un sentiment de pesanteur dans tout le côté gauche de la face. C'était pour lui l'indice le plus certain du retour des spasmes douloureux qui caractérisaient l'accès : c'est l'heure à laquelle je l'ai eu hier, avant-hier et les jours précédens, me dit-il; et, circonstance curieuse, il ne se trompa pas dans sa prévision, il vint en effet, et sa durée totale fut, comme la veille et l'avant-veille, d'une heure quarante minutes. Témoin oculaire de tous les phénomènes qui le caractérisent, je constatai un rapetissement notable et progressif de toute la moitié gauche du visage où les muscles finirent par se contracturer, le globe de l'œil resta en partie caché sous les replis des paupières pendant toute la durée des douleurs, qui acquirent un haut degré d'intensité; il n'y eut ni rougeur, ni chaleur, ni tension, ni gonflement de la partie, et après la détente, qui ne commença qu'après soixante-cinq minutes, le malade secoua la tête en sens inverse, les muscles de la joue se relâchèrent, et, sauf un peu d'abattement et de fatigue générale, tout était rentré dans l'ordre physiologique à quatre heures, une heure et demie, par conséquent, après l'apparition des premiers symptômes.

Jusqu'alors rien n'avait été fait pour combattre cette névralgie qui, comme on vient de le voir, était fréquemment intermittente, puisqu'elle était revenue à peu près à heure fixe et dans le même espace de temps que précédemment. Je ne pouvais pas davantage prévenir l'accès dont je fus témoin, et cela parce qu'il vint quelques minutes après que j'eus vu le malade pour la première fois; mais je me mis en garde contre le suivant, et, à cet effet, je prescrivis le sulfate de quinine associé à l'extrait gommeux d'opium, à la dose d'un gramme, persuadé, à l'instar de M. le professeur Trousseau, que les doses de ce puissant fébrifuge ne devaient pas être les mêmes dans ce cas que celles qu'on emploie ordinairement dans une fièvre simple, et qu'il fallait les doubler, les tripler même pour que son influence se fît sentir sur les névralgies intenses, sur celle surtout qui fait le sujet de ce qui précède.

Je prescrivis donc 1 gramme de l'alcaloïde en question et 5 centigrammes d'extrait thébaïque dans une potion gommée, avec la recommandation expresse de la faire prendre au malade par cuiller à bouche dans le courant de la matinée; j'ajoutai à ce moyen des frictions sur la région affectée avec une pommade dont l'acétate de morphine fait la base, de l'infusion de fleurs de tilleul pour boisson, et j'attendis le retour de l'heure de l'accès.

Il n'eut pas lieu; mais, chose remarquable et peut-être unique dans l'espèce sous le rapport étiologique surtout, à partir d'une heure de l'après-midi, les muscles des deux mollets et eux seuls se contractèrent irrégulièrement et d'une manière continue; les mouvemens en étaient désordonnés et vermiculaires; ils étaient égaux dans les deux membres, n'étaient pas sous l'empire de la volonté, et lorsque je fis marcher le malade, la progression avait quelque chose de sautillant et de saccadé qui faisait rebondir tout le corps et qui affligeait l'œil d'une manière pénible.

Toutefois, les membres ne se pliaient pas sur eux-mêmes, ils ne décrivaient pas de courbe sensible, lorsque Pessar marchait, et il avançait alors avec assurance et sans courir, ce qui est l'inverse de ce qu'on observe dans des cas analogues; mais ils étaient sous la puissance de mouvemens dont le désordre et la continuité n'étaient interrompus par aucune position, par aucun lien, et circonstance curieuse, le malade ne paraissait nullement fatigué de cette perpétuité de contractions.

Ces mouvemens singuliers et irrésistibles étaient du reste, comme je l'ai déjà dit, limités aux muscles des deux jambes; les autres régions du corps étaient dans le calme le plus complet, et l'intelligence parfaitement intacte. Ainsi, Pessar se servait aisément et librement de ses bras et de ses mains, il ne balbutiait ni ne bégayait, et ses lèvres ne grimaçaient pas davantage; le pouls, que je consultai à diverses reprises, ne présentait aucun trouble, soit dans son rhythme, soit dans la force de ses battemens; il n'y avait ni palpitations, ni cardialgie, et les autres fonctions s'accomplissaient avec une régularité parfaite; mais, après quelques jours d'observation, je constatai un léger affaiblissement de la mémoire. Le sommeil n'en fut au reste ni avancé, ni reculé, et il n'interrompait en aucune manière la marche de la maladie; seulement, les mouvemens semblèrent se concentrer dans un plus petit espace; ils devinrent plus précipités et plus animés; on eût dit un amas d'infiniment petits vers, une verminière dont l'œil ne pourrait analyser les mouvemens multipliés et désordonnés.

L'invasion de la variété de chorée partielle, dont je viens d'esquisser rapidement la symptomatologie, fut subite, sans prodrômes, et c'est en vain que j'interrogeai la constitution et les habitudes du malade pour en saisir la cause déterminante. A l'exception d'une diarrhée assez opiniâtre et de la rougeole qu'il eut à l'âge de 14 ans, il avait toujours joui d'une bonne santé, et c'était la première fois qu'il se voyait « affligé », c'était son expression, de l'agitation désordonnée des muscles des deux jambes.

Il était âgé de 22 ans, soldat depuis dix-sept mois, d'un tempérament mixte et d'une constitution plutôt forte et sèche que faible et pauvre. Il exerçait, avant son entrée au service bien entendu, la profession de laboureur, et sa famille, saine et robuste, adonnée aux travaux des champs depuis un temps immémorial, n'avait jamais eu, à sa connaissance du moins, de maladie nerveuse ou toute autre qui pourrait mettre sur la voie de l'origine de celle dont il était atteint. Partant, les accidens morbides sous l'influence desquels était Pessar ne pouvaient pas reconnaître pour cause efficiente l'hérédité; il avait toujours mené une conduite régulière, n'avait jamais contracté de maladie vénérienne, ne s'était livré à la masturbation qu'à de très rares intervalles, et l'ivrognerie « était un péché », disait-il, qu'il avait en horreur, et dont il n'avait goûté les charmes « que deux petites fois. » Ce n'était donc pas dans une médication antisyphilitique, dans l'abus des plaisirs vénériens et dans l'onanisme que nous trouverons la cause de la maladie; c'est en vain que nous la chercherions encore dans sa susceptibilité nerveuse, puisqu'il offrait plutôt les attributs d'un tempérament sanguin que ceux dans lesquels le genre nerveux prédomine; et parce qu'en outre il était brun, circonstance qui doit être mise en ligne de compte, attendu que les choréiques observés jusqu'à ce jour ont été, pour la plupart, faibles et délicats, à peau blanche et fine, et conséquemment blonds.

La peur est une des causes les plus fréquentes de la chorée, a-t-on écrit dans tous les livres qui traitent ce point de pathogénie. Cette proposition, vraie dans la très grande majorité des cas, ne saurait l'être dans celui qui m'occupe. Pessar, loin d'être timoré et craintif, avait un caractère déterminé, il était vif, paraissait peu accessible à la colère, et par sa position il avait toujours été à l'abri des fortes secousses morales, de celles surtout qui ébranlent le système nerveux et qui portent une atteinte profonde dans les organismes. L'apparition, en quelque sorte intempestive, des phénomènes morbides ne pouvait pas remonter davantage à l'épilepsie et à la catalepsie, maladies qu'il ne connaissait même pas de nom; aux fièvres éruptives qu'il n'avait jamais eues; aux chutes, parce qu'il n'en avait jamais fait aucune; à l'imitation, parce qu'il n'avait jamais vu de choréique et parce qu'il n'avait aucun intérêt à simuler cette maladie, étant engagé volontaire; à l'apoplexie, la léthargie et l'éclampsie, affections qui lui étaient totalement étrangères; et enfin aux travaux intellectuels, parce qu'il était laboureur de profession et parce qu'il savait à peine lire et écrire. Maintenant, ferons-nous intervenir la névralgie faciale qui, seule, fit entrer le malade dans mon service, et est-il rationnel d'admettre que sa brusque disparition y ait donné naissance? C'est ce que je n'oserais me permettre de faire et ce qui, du reste, ne me paraît pas explicable; toutefois je laisse à d'autres le soin de résoudre ce point obscur d'étiologie, et puisqu'il n'est personne, du moins que je sache, qui y ait dirigé son investigation, puisque les intelligences les plus supérieures n'ont pu encore pénétrer cet abîme dans lequel les actions déterminantes de bien des phénomènes pathologiques n'apparaissent que comme un point insaisissable, sans forme déterminée et sans étendue, puisque tout y est obscur, incertain, sujet à controverse et aussi inconnu que l'est le siége circonscrit d'une maladie dans la grande classe des maladies nerveuses, je me bornerai au simple rôle d'historien, le seul auquel j'ai visé en relatant les faits et les circonstances qui précèdent.

Poursuivant, en conséquence, mon observation, je vais faire connaître la sé

rie des agens pharmaceutiques et chirurgicaux avec le secours desquels je combattis la maladie.

En présence d'une symptomatologie aussi caractéristique, il n'y avait pas à hésiter, à balancer sur le choix des moyens auxquels il convenait de recourir; je prescrivis une saignée du bras de 250 grammes, de l'infusion de valériane pour boisson, deux pilules de Méral, et je fis appliquer un bandage roulé et légèrement compressif sur toute l'étendue des membres inférieurs. Au bout de cinq jours, j'ajoutai à cette médication des frictions avec la pommade stibiée sur toute l'étendue du rachis; le dixième, je fis appliquer 12 ventouses scarifiées sur les régions lombaire et sacrée. Je continuai, *ut suprà*, les pilules de Méral, la valériane et les frictions stibiées; mais ce fut en vain, car, malgré ces moyens thérapeutiques, l'état du malade resta le même. Je recourus alors à des pilules préparées, chacune avec un dixième de grain de strychnine et un grain de conserve de roses. Les 2, 3, 4, 5, 6 et 7 mai, le malade en prit chaque jour deux, une le matin et une le soir; il faisait usage en même temps d'infusions de valériane et de feuilles d'oranger et j'insistai sur le bandage, ainsi que sur les frictions. Je continuai cette médication jusqu'au 14, époque à laquelle il y eut exacerbation de la maladie, et j'abandonnai l'usage de la strychnine qui n'avait produit aucun effet appréciable pendant les quatorze jours qui suivirent son emploi, persuadé que ce moyen n'était pas convenable et que je ne devais fonder aucun espoir sur son succès. C'eût été peut-être le cas de recourir à l'électricité qui réussit quatre fois sur cinq au docteur Goldin-Birg en Angleterre; j'y songeai plusieurs fois, mais je n'avais pas de machine électrique à ma disposition. A dater de ce jour, j'employai alternativement, et avec aussi peu de succès, les purgatifs huileux et salins et les préparations ferrugineuses; j'ajouterai que les émissions sanguines locales, auxquelles je revins n'amenèrent aucune amélioration dans l'état de mon choréique; qu'il en fut de même des vésicatoires promenés le long de l'épine dorsale, dont MM. Prichard et Richerand vantent les heureux effets; que la pommade stibiée, préconisée par MM. Slambio en Italie, et Byrne en Amérique, n'eut pas un meilleur résultat; qu'il en fut de même des immersions du corps dans l'eau à la température ambiante, tant recommandées à l'attention des praticiens, ainsi que des bains sulfureux que conseille Baudelocque, qui ne parurent augmenter notablement l'intensité des mouvemens choréiques. La maladie resta donc stationnaire et fut réfractaire à toutes les médications.

Le 12 juillet, trois mois après l'invasion des premiers symptômes, l'agitation désordonnée, vermiculaire des muscles soléaires était conséquemment encore dans toute sa force. Pessar, que le régime sévère auquel il avait été soumis, avait notablement amaigri, était devenu triste, inquiet et irascible; les jambes s'étaient sensiblement amaigries et avaient perdu leur consistance: il y avait dépérissement général, coïncidant cette fois avec une altération manifeste de l'intelligence. Déclaré, par certificat, hors d'état de faire jamais un service actif dans l'armée, il fut réformé à l'inspection générale du 14 juillet 1844, et il quitta l'établissement à la fin du même mois pour se rendre dans sa famille.

KYSTE PILEUX DE L'OVAIRE DROIT, GUÉRI RADICALEMENT, APRÈS DIVERS ACCIDENS, PAR L'INCISION; observation communiquée par M. A. Chereau, D. M. P.

Parmi les nombreux et intéressans états pathologiques que les études nécroscopiques ont fait découvrir dans les ovaires, il en est un qui, par la singularité, par la fréquence et par l'impossibilité où l'on est encore d'en expliquer d'une manière satisfaisante la cause prochaine ou immédiate, mérite bien d'appeler l'attention du physiologiste, du pathologiste et du praticien. Je veux parler des *kystes pileux des ovaires*, ainsi qu'on appelle généralement cette affection aujourd'hui. Connues plus particulièrement sous le rapport anatomo-pathologique, ces sortes de tumeurs ne sont pas rares dans les annales de la science. On en trouve des cas nombreux dans les écrits de Fabrice de Hilden, Grey, Horstius, Jean Rhodius, Th. Bonnet, Morgagni, Félix Plater, Ruysch, etc., etc., dans les Mémoire de l'Académie des sciences, dans les Transactions philosophiques de Londres, dans tous les journaux français et étrangers; il n'est pas enfin un traité un peu complet de pathologie, il n'est pas une collection académique, un muséum d'anatomie morbide, qui n'en renferment un ou plusieurs exemples, et qui ne satisfassent amplement ceux qui désireraient étudier cette singulière affection.

Si j'ai cru devoir publier le cas qui s'est passé sous mes yeux, ce n'est donc pas dans le seul but de grossir la liste déjà bien longue des faits de cette nature consignés dans les annales de la science, mais bien pour faire connaître des circonstances relatives à ce fait, d'autant plus intéressantes qu'elles touchent de très près à la pratique, et qu'elles impriment à mon observation un véritable cachet de nouveauté.

Voici le cas dont il s'agit:

Obs. — Le 26 février dernier, à sept heures du soir, je suis appelé auprès de madem. Hélène, âgée de 30 ans, et demeurant rue Saint-Nicolas-d'Antin, 57. Je trouve la malade couchée dans la supination et pouvant à peine se mouvoir; elle se plaint de douleurs excessivement vives dans toute l'étendue du ventre; mais particulièrement dans la moitié latérale droite de cette cavité, douleurs qui augmentent beaucoup d'intensité par la moindre pression. La percussion fait découvrir de la matité dans toute cette région, et une sonorité tympanique dans la moitié latérale gauche; le ventre se trouve ainsi divisé longitudinalement en deux parties bien distinctes, et la droite est évidemment le siége d'un gonflement solide, limité exactement sur la ligne médiane; ce gonflement est élastique, rénitent, et donne la sensation d'une poche remplie parfaitement par un liquide; il est immobile en tous sens; les mouvemens de la malade, la toux, l'éternuement vont retentir dans cette tumeur; l'ombilic est proéminent; peau froide; pouls petit, dépressible, fréquent (110 pulsations). Le vagin n'est point chaud; le museau de tanche est déchiqueté sur les bords; le col utérin un peu renflé à sa partie antérieure, mais non douloureux; le doigt perçoit très profondément, derrière le col utérin, une tuméfaction anormale, élastique, rénitente, qui est bientôt reconnue pour appartenir à la tumeur placée dans la région latérale droite du ventre. J'oubliais de dire que cette tumeur a présenté bien évidemment de la fluctuation.

Commémoratifs. Madem. Hélène, blonde, pâle, essentiellement lymphatique, bien réglée ordinairement, est accouchée de son quatrième enfant le 16 décembre 1843, c'est-à-dire un peu plus de deux mois avant le développement des accidens que je viens d'énumérer; les trois premières grossesses ont été très heureuses et n'ont présenté rien de particulier. Pendant tout le temps de la dernière, douleur très vive dans la partie droite du ventre, augmentant dans la marche. Après l'accouchement qui s'effectua sans accidens, la malade découvre l'existence du gonflement précédent; point de règles postérieures à la parturition. La tumeur du reste fut d'abord peu douloureuse, n'occasiona presque aucun inconvénient, et ce ne fut que plus tard qu'elle devint, sans cause connue, le siége des phénomènes inflammatoires décrits ci-dessus.

Je diagnostiquai un kyste hydropique de l'ovaire droit, dont les parois s'étaient enflammées, la phlogose s'étant propagée à une étendue plus ou moins grande de la séreuse ventrale. Je fus assez heureux pour venir à bout de tous les accidens au moyen de plusieurs applications de sangsues, du repos, de la diète, de lavemens laxatifs, de topiques émolliens, et de l'administration du calomel qui produisit de nombreuses garderobes très fétides. Au bout de quatre jours, tous les phénomènes inflammatoires locaux et le trouble constitutionnel avaient disparu.

Considérant que chez ma malade l'affection était récente, que la tumeur était encore peu volumineuse, et dans la persuasion que j'avais affaire à un kyste hydropique simple de l'ovaire, je crus pouvoir tenter une cure radicale, au moyen d'un procédé que je savais avoir déjà obtenu des succès à l'étranger et en France: — je veux parler de l'acupuncture. Le 28, le ventre offrant 81 centimètres de circonférence, je fis, avec l'aiguille à acupuncture ordinaire, sept piqûres sur la partie la plus proéminente de la tumeur; l'introduction de l'instrument détermine à peine quelque sensibilité; au moyen du pouce et de l'index de la main droite, je lui fis subir une espèce de tournoiement de manière à décrire une sorte de cône à base interne, et cette manœuvre détermina de vives douleurs. Il sortit à peine une petite gouttelette de liquide par chaque piqûre. L'aiguille éprouva du reste quelque peu de résistance que j'attribuai à l'existence de cloisons minces et fragiles. Je prescrivis du chiendent fortement nitré, et des frictions mercurielles, jointes à la compression faite au moyen d'un bandage construit exprès.

Cette opération n'ayant pu être continuée autant que je l'aurais voulu, par des circonstances indépendantes de ma volonté, et n'ayant point eu, par conséquent, les résultats que je désirais, je ne crois pas utile de mentionner toutes les circonstances qui l'accompagnèrent et la suivirent. Je dirai seulement que la tumeur devint, au bout de douze heures, le siége d'un travail inflammatoire manifeste, que les urines coulèrent abondamment et se modifièrent favorablement dans leurs qualités physiques, et qu'au bout de trois jours, le ventre avait diminué de 6 centimètres. Mais, je le répète, la malade n'eut ni le temps, ni la patience de persister dans l'emploi d'un moyen que je croyais pouvoir amener de bons résultats.

Je me décidai alors à ponctionner la tumeur avec le trocart ordinaire, me réservant, du reste, le soin de comprimer fortement le ventre après l'opération, et d'agir à l'intérieur par des préparations pharmaceutiques appropriées. Mon étonnement fut grand lorsque, au lieu de sérosité, il s'écoula, par le trocart, environ deux litres d'une matière jaunâtre, épaisse, ressemblant exactement au pus d'un abcès froid, et mêlé à de la matière grasse, laquelle, en se refroidissant, se figea et forma des flots, des œils semblables à ceux que l'on observe sur le bouillon froid. Cette matière n'avait aucune odeur. Vers le milieu de l'écoulement, il s'échappe par la canule un cheveu blond, soyeux, fin, long de 32 centimètres; puis un second plus petit, puis un troisième. Enfin, lorsque tout le liquide me parut extrait de la poche, et au moment où j'enlevai la canule du trocart, il se présenta à l'ouverture abdominale une mèche de cheveux grosse comme une plume moyenne; j'entortillai ces cheveux sur eux-mêmes afin de leur faire acquérir plus de résistance, et j'exerçai sur eux des tractions; j'en retirai ainsi environ 9 ou 12 centimètres de long, mais leur extrémité interne était si adhérente que, malgré la force que j'employai, je ne pus les détacher; la malade disait que « je lui arrachais les boyaux. » Dans cette occurrence, j'introduisis une sonde canulée dans la piqûre, je dirigeai un bistouri droit sur cette sonde, dans le but d'agrandir l'ouverture et d'extraire les matières étrangères. Mais l'instrument n'eut pas plutôt incisé deux lignes environ des parois abdominales et du kyste, qu'il s'écoula presque subitement une quantité de sang que j'évalue à 400 grammes. Je m'arrêtai; j'exerçai encore des tractions sur la mèche de cheveux qui se rompit vers son extrémité; je réunis les bords de la plaie; j'établis sur elle une compression; l'hémorrhagie s'arrêta.

Cinq jours après, la tumeur qui avait été, je croyais, complètement vidée, avait repris son volume primitif; la plaie s'était rouverte et laissait suinter un liquide verdâtre, graisseux et très fétide. On introduit une mèche cératée. Celle-ci est enlevée au bout de quatre jours, et il s'échappe environ un demi-

litre de matière chocolacée, d'une odeur insupportable, et trois cheveux. La mèche est ainsi, pendant plusieurs jours, introduite dans la plaie fistuleuse, et retirée alternativement; il s'échappe continuellement de la matière; les forces de la malade s'épuisent; le pouls est faible, petit, fréquent; l'appétit est nul; il survient des nausées, puis des vomissemens. Dans ces circonstances, je pensai qu'il était urgent, nécessaire, d'agrandir largement l'ouverture (tout faisant supposer que des adhérences étendues existaient entre la tumeur et les parois abdominales), afin d'extraire, si cela se pouvait, les matières étrangères que la poche contenait encore évidemment, et qui étaient la cause de la suppuration si abondante et si funeste pour la constitution générale de ma pauvre malade. Mais désirant avoir un conseil, je provoquai une consultation, et M. le docteur Cazeaux vint m'aider de ses lumières et de son talent. Nous étions au 19 avril. Contrairement à mon opinion, notre estimable et bon confrère s'opposa à l'agrandissement de la plaie; il me proposa d'attendre et de maintenir seulement une mèche dans le kyste. Je me conformai à ce sage et prudent conseil. Des circonstances imprévues m'engagèrent seules, comme on va le voir, à suivre une autre marche.

Le 23 avril, il se forme spontanément, à 2 centimètres de l'ouverture abdominale première, un autre trajet fistuleux et tortueux communiquant avec l'intérieur de la poche; les matières éliminées sont toujours abondantes, fétides, mêlées de temps à autre à quelques cheveux; les forces de la malade s'épuisent tous les jours; l'estomac ne peut plus supporter aucun aliment; le kyste se remplit de gaz dont l'origine m'est inconnue; le pouls est petit, concentré, fréquent; la faiblesse générale poussée presque jusqu'au marasme; l'émaciation excessive. Je n'hésitai plus alors; par une incision, je réunis les deux trajets fistuleux, et j'obtins ainsi une plaie longue de 3 centimètres qui me permit d'explorer l'intérieur de la poche. Il ne s'écoula cette fois qu'une très petite quantité de sang. Au moyen d'une pince à pansement ordinaire, je saisis une mèche de cheveux que j'attirai au dehors; mais je m'aperçus bientôt qu'elle n'était qu'une portion d'une pelote plus volumineuse, laquelle, ne pouvant sortir par la plaie, nécessita un second agrandissement de cette dernière, dans l'étendue d'un centimètre, pour pouvoir passer. La masse pileuse que j'extrayai ainsi était grosse comme un œuf de dinde à peu près. Les cheveux étaient empaquetés dans une matière grasse que l'on ne put séparer que par la coction du tout dans l'eau bouillante, et par son immersion dans de « *l'eau seconde*. » Les poils ainsi débarrassés de toute substance étrangère pèsent 8 grammes; ils sont entremêlés d'une manière complètement inextricable; leur longueur varie depuis 6 jusqu'à 25 centimètres; ils sont fins, soyeux, d'un beau blond, et ne m'ont présenté à l'examen microscopique aucune extrémité bulbeuse.

Après l'extraction du corps étranger, j'introduisis encore dans la plaie une mèche cératée.—Vingt-quatre heures après, la suppuration, qui était auparavant si abondante, cessa presque tout à coup, et l'ouverture ne donna issue qu'à une cuillerée d'un liquide verdâtre, graisseux, beaucoup moins épais, beaucoup moins lié que les précédens.

Les jours suivans, suppression de la mèche; injections abondantes dans la poche, d'eau simple, pour entraîner toutes les matières étrangères contenues encore dans le kyste. Dans une séance, j'introduisis ainsi au moins 8 litres de liquide qui s'échappait à mesure qu'il tombait dans la cavité anormale, entraînant avec lui des matières grasses, mais point de cheveux.

6 mars. La plaie est fermée par des bandelettes agglutinatives; depuis plusieurs jours, il ne s'échappe plus de pus; on établit une légère compression; la malade est soumise à un traitement tonique (quinquina) et à un régime très substantiel; les vomissemens avaient complètement cessé.

15. Les lèvres de la plaie adhèrent dans le fond; le kyste est considérablement affaissé, revenu sur lui-même; le ventre offre à peine un volume un peu plus considérable qu'à l'état normal. Les forces de la malade reviennent avec une vigueur vraiment extraordinaire; l'appétit est bon; le pouls acquiert de la plénitude et de la force; digestions faciles; garderobes normales; plus de douleur, quelle qu'elle soit; sommeil tranquille; un peu d'exercice. Même régime, même traitement.

Depuis cette époque, l'amélioration va toujours en faisant des progrès; le kyste s'affaisse de plus en plus; seulement les lèvres de la plaie abdominale n'adhèrent pas dans leur moitié antérieure, de sorte qu'il reste là une espèce de sillon, de rainure que l'on ne pourra faire disparaître peut-être qu'en avivant les chairs et en appliquant un bandage adhésif.

Aujourd'hui 8 mai, Mademoiselle Hélène peut être considérée comme guérie; je la soumets encore à un traitement tonique et à la compression du ventre.

Cette observation ne manque point, comme on le voit, de circonstances pleines d'intérêt; à part même le fait de l'affection elle-même, la présence d'une tumeur pileuse, il y a ici plusieurs points du plus haut intérêt. Le principal, celui qui les domine tous en quelque sorte, c'est le travail excluif auquel le sac anormal reste soumis, ce qui ne se manifeste pas ordinairement dans cette sorte d'affection. L'on sait que les cheveux contenus dans les kystes pileux adhèrent fermement aux parois du sac dans lesquelles ils sont implantés, qu'ils font corps avec ces kystes, qu'ils en sont une partie intégrante, pour ainsi dire, et que, différens en cela d'un corps étranger introduit dans les tissus vivans, ils ne développent pas dans la majorité des cas un travail propre à les expulser au dehors. De là la persistance de la maladie pendant un grand nombre d'années, pendant même toute la vie de la femme, sans se manifester autrement que sous la forme d'une tumeur dont la nature intime, méconnue pendant la vie, ne se dévoile que dans la salle de dissection.

Cette particularité, offerte à notre observation, est due évidemment :

1° Au travail inflammatoire dont la tumeur ovarique est devenue spontanément le siége peu de temps après la dernière couche de la femme Hélène.

2° Aux tentatives qui furent faites plus tard pour obtenir une guérison radicale au moyen de l'acupuncture.

3° Au maintien ultérieur de mèches dans la cavité du sac.

Toutes ces circonstances ont modifié la tunique interne du kyste; celle-ci s'est enflammée; la suppuration, excessivement abondante, qui en est résultée a détruit les rapports vitaux (si l'on peut s'exprimer ainsi) entre les parois de la poche et les cheveux; ceux-ci, détachés de leur surface d'implantation, se sont trouvés flottans dans la cavité, et, devenus par là *corps étrangers*, ils ont été soumis aux lois communes et amenés à la surface, où ils ont déterminé un travail ulcérateur. Après l'extraction de la masse pileuse, je ferai remarquer : la cessation presque subite de la suppuration; l'affaissement gradué de la poche, son effacement, son retrait; la cicatrisation de la plaie de dedans en dehors; la diminution du volume du ventre qui revint bientôt à l'état normal; la disparition rapide de la douleur, des nausées, des vomissemens; l'amélioration du pouls; le rétablissement des fonctions digestives et assimilatrices; la rapidité extraordinaire avec laquelle s'effectuèrent la guérison de la maladie locale et le rétablissement de la constitution générale, alors que tout le système était tombé dans un état de marasme qui nous laissait peu d'espoir, et qui, à nos yeux, devait conduire promptement notre malheureuse malade au tombeau.

NOTE SUR UNE NOUVELLE SONDE DESTINÉE A L'ALIMENTATION DES ALIÉNÉS; par M. le docteur LEURET.

Un des obstacles les plus difficiles à surmonter dans le traitement des aliénés, c'est le refus fait par ces malades de prendre des alimens et des boissons. Ce refus, quand il est très persistant, entraîne presqu'inévitablement la mort.

En cas pareil, on a recours à une sonde dite en gomme élastique que l'on introduit dans l'œsophage soit par la bouche, soit par le nez. Par la bouche, il est toujours difficile et souvent impossible de réussir; par le nez, cela est ordinairement possible, mais non pas sans dangers. Quand le malade cède, quand il demeure passif, la sonde peut être introduite longtemps et plusieurs fois par jour, sans qu'il en résulte aucun inconvénient et j'ai maintenant dans mon service un malade qui a été alimenté pendant deux mois environ au moyen des injections de bouillons et de potages à la semoulle, faites à l'aide d'une sonde introduite par le nez, trois fois au moins chaque jour. Mais il s'en faut que l'on soit toujours aussi heureux; si le malade résiste, s'il craint qu'on ne l'empoisonne, ou s'il croit avoir reçu de Dieu la défense de se nourrir il oppose une vive résistance et l'introduction de la sonde devient excessivement dangereuse. Alors, il est arrivé qu'avec la sonde, on a percé l'œsophage, ou bien qu'on a traversé le larynx, une bronche, le tissu pulmonaire et que par l'injection d'un aliment on a causé la mort du malade. Il est arrivé aussi, que retenu par la difficulté et les dangers de l'opération, je médecin est resté spectateur désolé d'une longue et affreuse agonie, contre laquelle il n'a rien osé entreprendre,

Depuis longtemps j'ai conçu l'espoir et j'ai tenté de remédier, sinon en totalité du moins en partie à ces accidens. Le danger consistant dans l'introduction de la sonde, il s'agissait d'avoir une sonde qui, une fois introduite, pourrait rester en place; de cette manière on nourrissait le malade sans avoir à lutter contre lui et sans l'exposer à aucun péril. Pour atteindre ce but, il fallait avoir une sonde bien flexible, et pouvant s'affaisser sur elle-même de telle sorte qu'elle ne produisît aucune compression, et s'il se pouvait aucun frottement, sur les parties avec lesquelles elles devait se trouver en contact. Les sondes dont on se sert actuellement ne pourraient être laissées en place plusieurs jours de suite, ou même un seul jour, sans qu'on n'eût à craindre les effets fâcheux qui résulteraient de leur contact prolongé avec l'œsophage, le pharynx, quelques unes des parties du larynx et les fosses nasales. Il faut donc introduire la sonde plusieurs fois chaque jour et faire courir au malade, chaque fois, de nouveaux dangers. Avec une sonde à demeure le danger n'existe qu'une seule fois.

Il y a bientôt deux ans que j'avais fait construire par un de nos couteliers les plus habiles M. Charrière, une sonde métallique qui devait servir de guide à une sonde flexible; mais alors je n'ai pas été assez heureux pour réussir à confectionner cette sonde flexible, telle que je l'avais

conçue. De nouvelles réflexions et de bons conseils m'ont conduit à un meilleur résultat, et ce résultat, je m'empresse de le faire connaître à mes confrères.

Je prends des intestins de mouton dépouillés des membranes péritonéale et villeuse, et dont il ne reste par conséquent que la membrane fibreuse; j'introduis plusieurs de ces intestins, ou plutôt de ces tubes fibreux les uns dans les autres, je les distends par l'insufflation, et je les laisse sécher; en se desséchant les tubes fibreux adhèrent les uns aux autres et ne forment qu'une seule paroi, et par conséquent un seul tube. Ce tube est mis dans une eau chargée de tan; il y reste vingt-quatre ou trente heures, puis il est séché de nouveau, huilé, assoupli par le frottement et dégraissé avec l'eau de savon. Ainsi préparé l'intestin forme un tube plus flexible qu'un doigt de gant, sans couture, résistant, difficilement putrescible et pouvant servir de conducteur aux liquides alimentaires quels qu'ils soient.

Les intestins de mouton bien nettoyés, mais non préparés, c'est-à-dire ayant conservé leur membrane péritonéale et leur membrane muqueuse, puis doublés, triplés et même quadruplés par intussusception ont été par moi préparés de la même manière que les tubes fibreux seuls; et ils m'ont fourni des sondes aussi souples et plus résistantes que ceux-ci. Je les emploierai simultanément afin que l'expérience me fasse connaître ceux qu'il faudra préférer.

J'ai dit en commençant cette note que j'ai été aidé par de bons conseils, je les dois à M. Labaraque qui, parmi les travaux importants dont la science lui est redevable, a publié le meilleur livre que nous ayons sur l'art des boyaudiers.

Une nouvelle note complétera ce que celle-ci laisse d'inachevé.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 AOUT.

ANTHROPOLOGIE; HABITANS DES MARQUISES.

M. Dubreuil, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier, communique à M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, qui en fait part à l'Académie, les résultats des observations qu'il a faites sur deux têtes de Nukaiviens qui ont été trouvées dans un *morai* et qui lui ont été données par le docteur Commérins. Il a comparé ces deux têtes avec celles d'Européens et même d'individus de l'Océanie, mais à une grande distance des Marquises. Une de ces têtes est celle d'un homme dans la force de l'âge, l'autre d'une femme jeune. Dans la première, ce qui frappe c'est l'étendue du diamètre antéro-postérieur, relativement très supérieur aux autres. Les pariétaux ont une longueur insolite, les temporaux sont aplatis; le front, quoique haut, n'est pas large. La moitié antérieure de la suture sagittale est le siége d'un relief voisin du lieu où les phrénologues placent les organes de la bienveillance et de la vénération. La face est allongée; le diamètre longitudinal est proportionnellement plus développé que l'horizontal; les pommettes sont légèrement saillantes, les naseaux relevés et en carène. Enfin, les traits ostéologiques les plus intéressans se trouvent dans le maxillaire inférieur, privé d'angle. A l'endroit occupé ordinairement par cette éminence qui, chez l'adulte, présente 120 degrés, on voit le bord postérieur des branches se continuer d'une manière insensible avec le bord inférieur de la mâchoire. Toutefois M. Dubreuil est porté à croire que cette dernière disposition, dont M. Lebâtard ne fait pas mention dans son Mémoire sur les habitans de l'Océanie, n'est qu'accidentelle. Il a aussi remarqué que les apophyses condyliennes et coronoïdes sont peu saillantes et fort écartées les unes des autres. Le tissu osseux de ces crânes lui a paru plus dur et plus compacte. En somme, la tête du Nukaivien mâle semble appartenir à la race caucasique. Quant à celle de la femme de la même nation, elle se rapproche des plus beaux types de cette race. Comparée à une tête de Géorgienne, elle supporte le parallèle, sans trop de défaveur. Le front cependant est un peu fuyant; mais la face est petite, arrondie, les éminences adoucies. Le squelette de la tête offre des lignes et des contours gracieux.

Quant à l'angle facial, sa mesure est loin de s'élever à 80 degrés, ainsi que M. Lebâtard assure l'avoir trouvé sur des têtes d'insulaires des Marquises.

KÉRATOPLASTIE.

M. Plouviez, médecin à Lille, communique une note sur la kératoplastie, question à laquelle il a déjà consacré quelques recherches, qu'il a communiquées en 1843 (septembre). Depuis cette époque, il n'a cessé de continuer ses expériences sur ce sujet, en sorte que le travail qu'il présente aujourd'hui n'est que le corollaire des idées qui lui ont suggérées les nombreuses observations qu'il a été à même de faire depuis lors. La question sur la possibilité de la transplantation des cornées est résolue, dit-il; il me restait à étudier les questions suivantes: 1° Quel est le meilleur mode opératoire? 2° Quel est le nombre des points de suture nécessaire pour l'application des cornées? 3° Comment se fait le travail d'adhérence des cornées? 4° Enfin la question de la transparence, à laquelle se lie naturellement celle de la vision.

Depuis cinq ou six ans que M. Plouviez s'occupe de kératoplastie, et qu'il a fait une grande quantité d'opérations de ce genre, il n'a pas obtenu une seule fois une transparence complète. Dans les cas les mieux réussis, la nouvelle cornée est toujours restée plus ou moins opaline; cependant la vision s'est plusieurs fois en partie rétablie, mais toujours incomplètement.

Parmi les observations qu'il rapporte, il est question d'une jeune fille de 23 ans, devenue aveugle à l'âge de 3 ans, à la suite d'une petite vérole. M. Plouviez, après avoir enlevé la cornée opaque, ce qu'il ne put faire qu'avec une extrême difficulté, vu sa densité et son épaisseur, appliqua sur le moignon, à l'aide de quatre points de suture, une cornée d'un jeune chien qu'il venait de tuer. Le seul résultat qu'ait eu cette opération pour la malade a été de distinguer mieux le jour de la nuit, de voir les éclairs et le soleil; mais elle est incapable de se conduire toute seule.

Ce fait est intéressant toutefois à cause du peu de réaction qui a suivi l'opération et à cause de la réunion d'une grande partie de cornée de chien sur l'homme.

Les conclusions suivantes donnent en résultat la solution des différentes questions dont l'examen fait l'objet de ce mémoire:

1° La transplantation d'une cornée d'un animal sur l'œil d'un autre animal est un fait incontestable, désormais acquis à la science.

2° Une cornée humaine peut reprendre de la vie sur l'œil d'un lapin.

3° Une cornée morte depuis 5 jours peut reprendre sur l'œil d'un animal vivant.

4° Une cornée peut reprendre avec un, deux, trois points de suture, mais en général il en faut quatre.

5° On doit se servir pour ligatures de fils de lin ou de soie.

6° Un travail préparatoire d'incubation paraît nécessaire, indispensable à une cornée morte, pour la disposer à recevoir de nouveau la vie.

7° La vie se communique à une cornée morte par l'intermédiaire d'une humeur plastique, qui s'organise peu à peu sur l'iris et entre les bords des cornées.

8° La réunion n'a jamais lieu par première intention.

9° Une nouvelle cornée se rétrécit toujours considérablement, de près de moitié.

10° L'ancienne cornée s'allonge toujours concentriquement vers la fin du travail, en conservant sa transparence.

11° Par les procédés opératoires employés aujourd'hui par d'autres et par moi, accompagnés des soins que l'on donne habituellement, et qui sont suffisamment connus, la transparence complète de la cornée n'a pas encore été obtenue.

TÉRATOLOGIE.

M. I. Geoffroy St-Hilaire fait part à l'Académie d'un cas curieux de tératologie, offert par une boue de la collection du Muséum. Ce bouc, qui a ses parties sexuelles très bien conformées, est pourvu en outre d'une paire de mamelles aussi bien développées et aussi régulièrement conformées que celles d'une chèvre; la mamelle droite est un peu plus développée que la gauche. Le lait qu'on extrait de ces mamelles ne diffère en rien par son aspect physique du lait de chèvre; il offre seulement au goût une saveur un peu plus fortement salée. Quant à sa constitution chimique, on ne la connaît pas encore d'une manière exacte; M. Chevreul est chargé d'en faire l'analyse.

M. Geoffroy St-Hilaire rappelle à cette occasion quelques-uns des cas tératologiques analogues connus dans la science, et en particulier le cas de cet homme dont parle M. de Humboldt dans la relation de ses voyages, et qui allaita un de ses enfans pendant six mois.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANS NATIONAUX.

M. Gérardin fait, au nom de la commission spéciale désignée pour cet objet, le rapport demandé par l'Académie pour la nomination des correspondans nationaux.

M. le rapporteur fait, au nom de la commission, les propositions suivantes:

1° Il sera procédé cette année à la nomination de correspondans nationaux.

2° Le nombre des nouveaux correspondans sera porté à 20.

3° La commission chargée de dresser la liste des candidats présentera un nombre quadruple de celui des membres à élire.

M. Bally: J'appoie les conclusions du rapport, mais je voudrais qu'on y ajoutât cette clause, que les élections de correspondans se feront à l'avenir plus souvent, une fois par an, par exemple. (De toutes parts: Mais c'est convenu; c'est adopté.)

M. Dupuy: Je saisirai cette occasion pour signaler le peu d'empressement que mettent en général les correspondans à accomplir leurs devoirs. Presque tous les rapports sur les épidémies nous sont adressés par des médecins étrangers à l'Académie; une fois nommés correspondans, ils se considèrent pour la

plupart comme dispensés de toute obligation et ne font plus rien. Je crois qu'il serait utile de stimuler un peu leur zèle. (Cette observation est favorablement accueillie par le bureau, qui en tiendra compte.)

M. Gérardin : Les médecins qui désirent être portés sur la liste de présentation sont prévenus, par la voie du Bulletin, qu'ils doivent en faire la demande par écrit.

M. Delens : L'Académie a décidé, il me semble, que le simple envoi d'un travail suffisait pour être mis sur les listes de présentation. (Non, non.)

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

EAUX MINÉRALES. — FORGES-LES-EAUX.

M. Henry fait, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur l'établissement thermal de Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure). Ces eaux, qui n'avaient point été examinées depuis 35 ans, époque où elles furent l'objet d'un premier rapport, ont dû, sur la demande du ministre de l'agriculture et du commerce, être soumises à une nouvelle analyse. Il résulte de ce nouvel examen, auquel le rapporteur a procédé sur les lieux mêmes, que les eaux de Forges ont subi une altération dans leur principe minéralisateur depuis les premières analyses qui en furent faites par M. Robert. La commission déclare toutefois que ces altérations dans la constitution chimique de ces eaux ne sont point suffisantes pour altérer les propriétés thérapeutiques spéciales dont elles sont douées. M. le rapporteur propose en conséquence de répondre dans ce sens au ministre. (Adopté.)

EAUX CHAUDES ARSÉNICALES EN ALGÉRIE.

Le même rapporteur fait au nom de la même commission un rapport demandé par M. le ministre de la guerre, sur une source d'eaux chaudes de l'Algérie, contenant, entre autres sels calcaires en dissolution, de l'arséniate de chaux. Quoique les arséniates que renferment ces eaux soient en quantité assez minime pour que les habitans puissent s'en servir impunément pour la coisson de leurs alimens, ainsi qu'ils le font de temps immémorial, le rapporteur pense qu'elles pourraient être utilisées pour les usages thérapeutiques ; mais les documens que la commission possède à cet égard sont insuffisans.

M. Gérardin : Tout le monde sait que M. Boudin a appelé récemment l'attention des praticiens sur l'efficacité des préparations arsénicales dans le traitement des fièvres intermittentes. Ce serait, il me semble, le cas d'appeler l'attention du ministre sur cette circonstance et de l'engager à faire faire des expériences sur les lieux avec ces eaux pour le traitement des fièvres intermittentes qui y règnent, comme on le sait, avec tant d'intensité.

M. Bussy : Je pense que les sels arsénicaux dont il s'agit ne sont point en dissolution, mais à l'état de simple dépôt au fond de la source avec d'autres sels calcaires, ce qui expliquerait l'innocuité des eaux prises à la surface. Ce ne serait pas une raison d'ailleurs de ce que ces eaux pourraient servir à la cuisson des alimens, sans inconvénient pour les personnes qui en font usage, pour qu'elles n'eussent point une action thérapeutique. On sait que des substances toxiques médicamenteuses peuvent produire des effets thérapeutiques, bien qu'elles soient en proportion trop minime pour donner lieu à des accidens d'empoisonnement. M. Boussingault, de l'Académie des sciences a, signalé cette circonstance curieuse de deux localités limitrophes, aux Cordilières, dans l'une desquelles tous les habitans sont affectés de goître, tandis que ceux de la localité voisine en sont complètement exempts, bien que placés en apparence sous les mêmes conditions climatologiques. Il attribue l'immunité dont jouissent ces derniers à l'usage qu'ils font dans leur ménage d'une eau qui contient de l'iode, mais en quantité si minime que l'analyse peut à peine en constater la présence.

Je crois donc que les eaux dont il s'agit, bien que ne contenant que des proportions d'arsenic trop minimes pour produire des accidens toxiques, n'en seraient pas moins de nature à pouvoir être utilisées en thérapeutique. Aussi j'appuie les conclusions du rapport et la proposition de M. Gérardin.

Quant à l'efficacité des préparations arsénicales contre les fièvres intermittentes, il y a longtemps déjà qu'elle est connue et qu'on a fait usage de ces préparations dans le traitement de ces affections.

M. Bally : J'ai fait longtemps usage de l'acide arsénieux contre les fièvres intermittentes, et j'ai acquis la conviction qu'il ne guérit que celles qui auraient guéri toutes seules. Quant aux fièvres rebelles, l'acide arsénieux ne les a jamais guéries.

M. Desportes : J'ai employé aussi la liqueur de Fowler contre les fièvres intermittentes, et je pourrais citer plusieurs de nos collègues, entre autres M. Castel, qui ont fait les mêmes expériences. Je n'ai pas tardé à reconnaître que non seulement les fièvres d'accès ne cessaient pas, mais qu'il survenait au bout de quelques temps des accidens du côté du bas-ventre, des hydropisies, qui m'obligèrent à cesser l'emploi de cette préparation pour recourir bien vite au quinquina. Je crois donc que c'est un mauvais moyen et qu'il n'y avait pas lieu de le recommander à l'attention du ministre.

M. Piorry : Je craindrais de sortir de la question en répondant à tout ce qui vient d'être dit concernant le traitement des fièvres intermittentes et l'emploi des préparations arsénicales. Avant d'entreprendre cette question je voudrais savoir s'il convient à l'Académie d'entrer dans cette discussion.

M. le Président : La question porte sur la proposition de M. Gérardin, qui consiste à prévenir le ministre qu'on pourrait faire des expériences utiles avec les eaux en question pour le traitement des fièvres intermittentes. Est-ce sur cette question que M. Piorry désire parler ?

M. Piorry : Ce que j'ai à dire n'a pas trait directement à la question sans doute, mais se rattache à la question des fièvres intermittentes incidemment soulevée.

Je viens d'entendre émettre des propositions fort étranges et que la plus simple observation suffit pour détruire. M. Desportes a dit que les préparations arsénicales administrées contre les fièvres intermittentes donnaient lieu à des accidens du bas-ventre, à des hydropisies, etc. ; mais c'est tout le contraire qu'il eût fallu dire. M. Desportes attribue à l'arsenic ce qui est le résultat de la maladie elle-même. Lorsqu'on voit survenir ces hydropisies, c'est que l'arsenic n'avait point guéri la fièvre, c'est qu'il n'avait point fait cesser l'hypertrophie de la rate qui comprime les organes du bas-ventre et en particulier la veine cave, d'où ces collections séreuses, ces épanchemens qui disparaissent lorsqu'on guérit la rate. J'ai devers moi des observations nombreuses qui établissent ce fait. Avec le sulfate de quinine, on n'a jamais à craindre de pareilles conséquences. L'arsenic n'a aucune action sur la rate, qui soit du moins démontrée ; aussi, je ne comprends pas, quand on possède un moyen aussi héroïque et aussi innocent tout à la fois que le sulfate de quinine, qu'on puisse avoir l'idée de recourir à un agent aussi peu efficace et aussi dangereux à manier que l'arsenic.

M. Rochoux : Il est certain quoiqu'il n'en ait point été fait d'analyse que ces eaux ne sauraient avoir aucune efficacité thérapeutique. Comment veut-on que des eaux qui servent pour la cuisson des alimens puissent guérir les fièvres intermittentes ? et la lèpre ? bien moins encore. Il n'y a pas d'autre parti à prendre que de les proscrire.

M. Desportes : Il n'y a pas de phénomène d'empoisonnement à craindre de la part de la liqueur de Fowler, quand ce médicament est manié avec prudence.

M. Guéneau de Mussy : Je rapporterai à cette occasion un fait qui s'est passé il n'y a pas plus de six semaines dans mon service à l'Hôtel-Dieu, et qui a trait au sujet en discussion. Il s'agit d'une femme qui, à la suite de diverses affections, fut prise de fièvre intermittente quotidienne. Cette fièvre fut attaquée en vain par tous les moyens possibles ; comme la malade éprouvait en même temps des douleurs névralgiques au côté gauche, j'avais joint l'opium et d'autres antispasmodiques au sulfate de quinine. Malgré l'emploi de ces moyens combinés la fièvre ne faisait qu'augmenter. De guerre lasse j'eus recours à l'arsenic, non point à la liqueur de Fowler, mais à la solution arsénicale telle que M. Boudin l'a formulée, c'est-à-dire 10 grammes de solution contenant un milligramme d'acide arsénieux. Je ne dépassai pas la dose de 40 grammes, par conséquent 4 milligrammes d'acide arsénieux. Au bout de quatre jours, la fièvre, qui avait commencé à diminuer dès les premières prises du médicament, était complètement coupée. La malade ayant eu l'imprudence de s'exposer au froid fut reprise d'une petite rechute ; deux ou trois doses de solution, contenant chacune 2 milligrammes, enlevèrent la récidive. Cette femme complètement guérie dès ce moment a repris son appétit ordinaire. Elle est restée depuis lors à l'hôpital, attendant les secours de voitures nécessaires pour se rendre à son pays, et j'ai dû à cette circonstance de pouvoir m'assurer de la durée et de la solidité de la guérison. Ainsi la fièvre qui, chez cette femme, avait résisté au sulfate de quinine et à tous les antispasmodiques, a été guérie en quelques jours par l'arsenic.

La proposition de M. Gérardin étant appuyée est mise aux voix et adoptée.

— M. Henry lit un troisième rapport officiel sur des eaux de....., dans les Basses-Pyrénées. La commission propose de répondre que ces eaux ne jouissent d'aucune propriété médicinale.

Les conclusions de ces deux derniers rapports sont mises aux voix et adoptées.

Il est quatre heures vingt minutes ; l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS CLINIQUES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE ; par M. L. Morand. — Un vol. in-8°. Tours, 1844, chez R. Pornin et Comp., imprimeurs-libraires.

Il en est, parmi les médecins, un certain nombre qui considèrent comme un devoir de porter à la connaissance du public les résultats de leur expérience. Pour cette portion consciencieuse du peuple médical, la qualité d'auteur n'est point un titre dont la perspective frappe leur amour-propre ; c'est en quelque sorte le nom de l'une des périodes obligées par lesquelles doit passer leur existence ; car il ne leur semble pas moins naturel de raconter ce qu'ils ont vu ou fait que de voir et de faire. On comprend aisément que des productions, fruit d'une pareille inspiration, aient beaucoup à appréhender en voyant le jour, pour peu que l'écrivain rencontre des lecteurs moins désintéressés que lui ; c'est même pour elles un sort presque nécessaire, puisque, dans ces mémoires du praticien, le désir d'être neuf est ordinairement sacrifié à l'envie d'être cru. Mais si la science n'y réalise que rarement d'importans progrès, elle y trouve souvent du moins de quoi assurer ses conquêtes ; sans agrandir son domaine, elle y puise parfois d'utiles données pour en améliorer la culture. — Par le fait même du plan dans lequel ils sont conçus, la plupart des ouvrages sem

blables à celui que publie aujourd'hui M. Morand justifient d'une manière plus ou moins rigoureuse ces réflexions. Elles n'ont donc rien de personnel envers lui ; cependant il ne les dément non plus en aucune façon. Nous ne les lui appliquons point plus directement qu'à tout autre ; mais nous ne saurions les désavouer à son occasion.

Parmi les morceaux qui composent ce livre, quelques-uns ont une valeur véritable, soit à cause de l'originalité de l'idée qui en forme le sujet, soit par la manière dont elle est démontrée ou par la nature des argumens qui lui servent d'appui. En tête se place naturellement à tous égards le mémoire sur l'*ophthalmie scrofuleuse ou lymphatique* traitée par la cautérisation de la pituitaire. Déduction physiologique éminemment rationnelle et lumineuse inspiration thérapeutique, ce travail fit, lors de son apparition à l'Académie royale de médecine, une sensation à laquelle nos tardifs éloges ne pourraient rien ajouter en ce moment. Sans revenir sur l'analyse qui en a déjà été faite dans ce journal (Voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 339), nous reproduirons seulement, d'après M. Morand lui-même, le procédé et la pratique à laquelle il s'est maintenant arrêté après une expérimentation suffisante : « Comme pour la cautérisation pharyngienne dans la diphtérite, dit-il, le nombre, le degré de force des cautérisations doit varier en raison de la sensibilité des parties, de l'intensité et de la ténacité du mal, etc. Pour moi, je préfère le crayon de nitrate d'argent à sa solution. Je l'introduis, après l'avoir humecté d'eau, aussi avant que possible dans le canal formé par le plancher des fosses nasales et le cornet inférieur. Lorsque je l'ai laissé quelques secondes je le retire. C'est alors en effet que la souffrance arrache des cris aux enfans ; mais elle est de peu de durée. Au bout d'un quart d'heure, elle est ordinairement passée. Il peut arriver quelquefois, bien rarement, que l'action du caustique aille jusqu'à produire sur la conjonctive une inflammation nouvelle, d'une autre nature, qui cède du reste d'elle-même au bout de quelques jours, si on cesse les cautérisations et si l'on applique sur l'œil des émolliens. Elle est sans danger ; et quand elle a disparu, l'ophthalmie en ressent tout le bienfait, c'est-à-dire qu'elle se termine plus promptement. »

A la suite de ce procédé, et parmi les idées de l'auteur les plus susceptibles d'être utilisées dans la pratique, on peut ranger le moyen qu'il conseille pour *arrêter l'épistaxis*. C'est un tampon qu'on prépare en roulant un morceau d'amadou sur un petit cylindre de papier, de manière à lui donner la forme d'un cône allongé dont le volume sera en rapport avec la cavité nasale qu'il doit occuper. On maintient l'amadou dans cette forme en l'entourant d'un fil de chanvre ou de laine dont les spirales doivent être assez lâches et placées à assez grande distance les unes des autres pour ne pas empêcher ensuite le gonflement du tampon ; on le graisse avec du beurre ou du suif et on l'introduit dans la narine par son extrémité conique. Pour cela, on pousse en tournant, comme en vrille, sans trop presser, et on fait pénétrer aussi avant que possible le tampon qu'on retient en place à l'aide d'un morceau de taffetas d'Angleterre ou de sparadrap. M. Morand cite plusieurs cas où la cessation d'un saignement rebelle suivit de près l'emploi de ce tamponnement ; et l'on ne peut nier, d'un autre côté, que l'appareil ne soit aussi simple à confectionner que facile à appliquer. Son action, d'ailleurs, se comprend aisément : l'amadou agit comme moyen compressif, comme corps irritant susceptible de produire le gonflement de la membrane muqueuse, le resserrement des tissus et par suite la suppression de l'hémorrhagie. M. Morand recommande de ne l'enduire que d'un corps gras mou et non liquide ; de l'huile, par exemple, aurait l'inconvénient d'imprégner toute son épaisseur et mettrait obstacle à son gonflement ultérieur, sur lequel on compte précisément. Il doit donc suffire, pour le faire pénétrer sans peine, de garnir son extrémité d'un peu d'axonge ou de cérat.

Nous renvoyons au n° 36 de ce journal (Voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 577) pour l'indication d'un autre procédé de M. Morand destiné à *arrêter l'hémorrhagie occasionnée par la morsure des sangsues*. Mais quoique nous ne puissions le reproduire une seconde fois, nous ne passerons point sans le rappeler de nouveau à l'attention des médecins.

Une autre découverte aussi précieuse qu'inattendue due à notre honorable confrère est l'efficacité de la *belladone contre l'incontinence d'urine nocturne chez les enfans*. Quelle est la raison de son influence ? Comment le même médicament, qui partout ailleurs jouit de propriétés franchement hyposthénisantes, qui calme le spasme des fissures à l'anus et relâche le col vésical, montre-t-il ici des effets absolument opposés ? C'est ce qu'on n'expliquera que difficilement, et l'auteur lui-même ne présente qu'à titre d'hypothèses plusieurs conjectures sur ce sujet. Mais l'observation, à défaut du raisonnement, ne lui a laissé aucun doute sur la haute valeur de cette médication. Voici la manière dont il l'emploie. Il fait préparer des pilules contenant chacune 1 centigramme d'extrait de belladone, et il en administre d'abord une le matin et une le soir aux enfans de 4 à 5 ans. Si, au bout de huit jours, il n'y a aucun effet de produit, il en donne une troisième à midi. Si, après quinze jours, il ne paraît encore aucun résultat, il en ajoute une quatrième le soir ; mais il surveille alors les effets toxiques qui pourraient survenir. Pour les enfans de 8 à 12 ou 15 ans, on peut commencer par trois pilules par jour, et dans l'espace de huit jours en porter graduellement le nombre jusqu'à six ; souvent on est obligé de le dépasser ; par exemple, chez l'adulte, il peut être augmenté encore et élevé jusqu'à huit, dix, douze et quinze par jour. Il ne faudra s'arrêter, dans cette progression conduite avec mesure, que si la vue vient à s'embrouiller ou si quelques autres phénomènes toxiques se manifestent. On ne devrait même reprendre le traitement que lorsqu'ils seraient entièrement dissipés. Deux, trois ou quatre mois de l'usage du remède suffisent ordinairement pour produire une cure radicale. S'il survenait des récidives, de nouvelles doses en feraient justice. Le cas suivant donnera une idée de la marche que suit habituellement la maladie sous l'influence de cet agent.

OBS. I. — Depuis sa plus tendre enfance, le jeune V., actuellement âgé de 9 ans, laisse chaque nuit couler l'urine en abondance dans son lit, et quels que soient les moyens employés pour éviter cet inconvénient, il n'en persiste pas moins. L'extrait de belladone, donné à la dose d'abord d'un centigramme trois fois par jour, rend les besoins d'uriner moins fréquens ; puis, porté à 4 centig., il s'écoule deux à trois jours sans que les draps soient mouillés d'urine ; enfin, au bout de vingt jours du traitement, l'incommodité paraît cesser. L'enfant se sent éveillé par le besoin d'uriner et il a le temps de prendre un vase pour y satisfaire.

Les trente-unième, trente-deuxième et trente-troisième jours du traitement, l'enfant, ayant cessé de prendre les pilules, laisse échapper son urine ; elles sont reprises aussitôt, et dès-lors l'incontinence disparaît. On en augmente le nombre jusqu'à six par jour. L'enfant urine encore une fois au lit tous les huit ou dix jours ; mais à présent, bien qu'on ait cessé le traitement, cette fâcheuse infirmité a disparu.

Il est bien entendu qu'on distinguera soigneusement les cas où il existe quelque lésion organique des voies urinaires. La belladone devrait échouer et échouerait nécessairement ici. Son efficacité toutefois n'est pas limitée à l'incontinence d'urine des enfans. Elle a aussi été constatée par M. Morand dans l'incontinence des vieillards désignée sous le nom d'*essentielle*, alors qu'il y a en même temps irritabilité des parois de la vessie et faiblesse de son col. Si son action n'est alors que temporaire, le soulagement qu'elle procure n'en est pas moins un bienfait qu'il ne faut point dédaigner. L'observation qui suit est un exemple remarquable de la puissance de ces effets.

OBS. II. — M. de P., vieillard presqu'octogénaire et un peu paraplégique, laisse couler involontairement ses urines dans son lit depuis le mois de mars dernier, et malgré toutes les précautions prises pour lui faire éviter cet inconvénient, il ne peut les retenir. Cette incontinence d'urine devient même de plus en plus prononcée et oblige de recourir à l'extrait de belladone ; quatre pilules sont d'abord administrées par jour sans aucun résultat ; six encore, aucun résultat ; neuf alors, M. de P. ressent les effets du remède et cesse d'uriner involontairement. Mais il faut ajouter qu'aussitôt qu'on suspend leur emploi, l'incontinence d'urine reparaît. Chez M. de P., la belladone à cette dernière dose a produit de l'éréthisme, de l'exaltation.

Il s'est présenté, dans le cours du traitement, un phénomène qui mérite d'être mentionné : c'est la suspension, pendant l'usage de la belladone, d'un écoulement involontaire de salive qu'avait habituellement M. de P. Cette plante, dit M. Morand, aurait donc une action resserrante spéciale sur certains conduits excréteurs.

L'un des points sur lequel M. Morand a le plus longuement fixé ses méditations paraîtra à quelques lecteurs, au premier coup d'œil, d'une importance un peu secondaire, c'est la méthode de pansement à appliquer après l'opération de la hernie étranglée. Nous ne serons point, pour notre compte, de ceux qui jugeraient aussi défavorablement pour ce motif des efforts de l'auteur ; car si tout détail a sa portée en médecine opératoire, c'est surtout lorsqu'on est, comme après la kélotomie, entouré de tant de chances de mort qu'il est permis, qu'il est urgent de chercher dans les moindres détails le moyen d'obtenir des résultats plus avantageux. C'est de ce point de vue que M. Morand examine et propose *la réunion immédiate dans certaines plaies herniaires*. A ses yeux, toutefois, ce n'est point, tant s'en faut, un mode universel et absolu de pansement : il restreint au contraire judicieusement l'indication à quelques circonstances bien spécifiées. Ainsi, il ne sera rationnellement applicable qu'autant que : 1° l'opération aura été faite de bonne heure ; 2° que les tissus auront été peu dilacérés ou que la section en aura été simple et nette ; 3° que le sujet sera d'une bonne constitution ; que l'inflammation n'aura pas été assez violente pour faire craindre la gangrène, soit de l'intestin, soit du sac ; 4° que le sac ne sera ni dur, ni ancien, ni épais, que sa dissection n'aura pas été laborieuse et qu'il n'aura pas contracté de trop fortes adhérences avec les parties contenues dans sa cavité ; 5° que

les parties réduites n'auront pas une tendance extrême à ressortir; 6° que l'on n'aura pas abusé du taxis au point de contondre fortement la peau et les parties sous-jacentes, etc. Lorsque ces conditions se trouvent réunies, M. Morand juge avantageux de provoquer la réunion primitive de la plaie, à l'aide de bandelettes agglutinatives, en laissant toutefois entre ses lèvres un intervalle vide à la partie la plus déclive. On place dans ce point une petite tente de charpie pour ménager une issue au pus qui pourrait se former dans la profondeur du canal herniaire. Une guérison plus rapide est le but qu'on se propose d'obtenir par ce mode de pansement dont les chances de succès augmentent encore si l'on a eu la précaution d'exciser les lambeaux du sac herniaire. Enfin, l'auteur affirme que la cicatrice ainsi formée est aussi capable que celle résultant d'un travail d'adhésion secondaire de s'opposer à la manifestation d'une nouvelle hernie. — De toutes les questions traitées dans ce volume, celle-ci est assurément l'une des moins capables d'être éclairée et résolue par des faits; car les succès même les plus éclatans ne prouveraient pas beaucoup en faveur de cette modification opératoire, puisque son influence sur leur production serait sinon contestable, du moins très difficilement susceptible de démonstration. Nous dirons seulement, pour apporter, nous aussi, notre part d'observation, que la réunion primitive par les agglutinatifs des plaies de herniotomie était la pratique habituelle de Dupuytren; et nous ajouterons aussi que, durant trois ans, nous n'avons guère vu de cas où ce pansement ait paru entre ses mains exercer un effet réellement appréciable sur la promptitude ou sur la sûreté de la guérison. Presque constamment, la moitié ou le tiers de la solution de continuité se trouvait effectivement cicatrisée à la levée du premier appareil, mais le reste de la surface traumatique suppurait et mettait sans contredit autant de temps à se fermer en totalité que si l'on eût à peu près abandonné ce travail à la nature. Il est trop incontestable d'ailleurs qu'on ne peut jamais discerner à coup sûr d'avance les cas où rien n'entravera la guérison de la plaie et ceux où des abcès profonds viendront à se former; dans cette certitude, n'est-il pas plus prudent de ne point chercher à activer artificiellement un travail d'adhésion qu'il faudra souvent détruire et qu'on n'est pas toujours sûr de détruire avant qu'il n'ait eu le temps de susciter des dangers sérieux? La *petite tente* de charpie de M. Morand ne répondrait évidemment qu'à une *petite partie* de ces craintes.

En jetant un coup d'œil sur les travaux dont nous venons de donner l'analyse, on conviendra sans contredit qu'ils suffisent et bien au delà pour justifier M. Morand de les avoir livrés à la publicité. Dirons-nous que tous n'offrent pas à un égal degré ce haut intérêt ni ce caractère pratique? C'est le propre des recueils de ce genre; et M. Morand ne pouvait se soustraire à cette règle tellement absolue que nous n'y connaissons pas jusqu'à présent une seule exception. Si nous avions donc à exprimer ici quelques reproches, ce serait moins à cause de cette différence inévitable entre ses divers mémoires qu'en raison de l'importance exagérée que trop souvent il s'efforce d'attacher à quelques-uns d'entr'eux. On dirait que, jaloux de ne produire que des œuvres de même valeur, il a cherché à rehausser artificiellement par la manière de les présenter celles qu'une infériorité marquée plaçait trop au dessous de leurs sœurs aînées. Ainsi, lui arrive-t-il d'observer dans deux cas de fièvre typhoïde un amendement des symptômes semblant coïncider avec l'administration d'une potion laudanisée, aussitôt il écrit en tête de ces deux faits : *De l'emploi du laudanum dans le délire qui survient à la dernière période de la dothinentérie.* De même, l'action révulsive bien connue de l'onguent mercuriel contre les phlegmons ayant été éprouvée par lui dans 3 cas où cette affection avait envahi un côté du cou, il profite de l'occasion pour grossir son volume d'un chapitre intitulé : *De l'emploi de l'onguent napolitain dans les phlegmons de la face et du cou.* Ces taches sont bien légères, et notre blâme, on le comprend aisément, porte ici sur la forme plus que sur le fond; car, malgré leur titre un peu trop pompeux, ces observations n'en ont pas moins leur utilité et leur intérêt. Mais tel fait qui ne doit compter que comme *renseignement* risquerait, avec cet entourage, d'être pris par le lecteur inattentif pour un *exemple faisant loi*, et c'est contre ce danger réel qu'il est du devoir de la critique de prémunir.

Bien que ce compte-rendu ne puisse ni donner une idée exacte, ni seulement contenir l'énumération complète des matières renfermées dans l'ouvrage de M. Morand, nous ne le terminerons pas sans mentionner d'une manière toute particulière deux mémoires que leur étendue nous empêche de faire connaître autrement. Le premier traite de la diphtérite laryngienne et contient, outre plusieurs réflexions nouvelles sur les indications de la trachéotomie, la description de quelques instrumens fort ingénieux. Le second est une notice sur un nouvel instrument que l'auteur appelle pince obstétricale ou main artificielle, et qu'il destine à terminer le travail de l'accouchement au moment où la tête de l'enfant est arrivée au détroit inférieur.

VARIÉTÉS.

SUR LES INJECTIONS CAUSTIQUES DANS LA VESSIE.

Monsieur le rédacteur,

La GAZETTE MÉDICALE du 16 août dernier, en analysant le mémoire de M. Debeney SUR L'EFFICACITÉ DES INJECTIONS CAUSTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE L'IRRITATION CHRONIQUE DE LA VESSIE, fait remarquer que des injections de nitrate d'argent avaient déjà été faites dans la vessie avant M. Debeney, mais qu'elles ne contenaient que 5 centigr. au plus de ce sel pour 30 grammes d'eau distillée.

Permettez-moi de rappeler à vos nombreux lecteurs que, dans un ouvrage publié il y a déjà près de dix-huit mois (RECH. SUR UNE CAUSE FRÉQUENTE ET PEU CONNUE DE RÉTENTION D'URINE, etc.), je rapporte une observation dans laquelle on lit ce qui suit, p. 279 : « Les bons effets obtenus la première fois des injections faites dans la vessie avec une légère solution de nitrate d'argent me portèrent à l'employer à dose plus élevée (50 centigr. pour 30 grammes d'eau distillée). Il s'ensuivit immédiatement une douleur excessive, difficile à peindre, accompagnée d'un ténesme tel que le malade urinait à chaque instant quelques gouttes. Je le fis mettre aussitôt après dans un bain tiède, où il resta trois heures. L'acuité de la douleur persista pendant une heure environ, puis diminua insensiblement, tellement que, le soir, elle était presque nulle. Cette injection eut presqu'immédiatement de bons effets : c'était le 15 septembre que je l'avais pratiquée, et, le 18, les urines étaient déjà très claires, presque sans dépôt. Le 19, il n'y avait ni douleur, ni ténesme dans la région vésicale... »

Je dis, p. 314, à propos des injections de nitrate d'argent et de sublimé: « Je dois prévenir que, toutes choses égales d'ailleurs, il faut une solution plus chargée pour la vessie que pour l'urètre : c'est un fait que j'ai plusieurs fois observé et qui m'a d'abord surpris. »

Enfin, p. 318, en parlant du traitement de l'inflammation chronique de la vessie, je fais voir que la cautérisation de cet organe avec le caustique solide est très bornée, très imparfaite, et n'agit très probablement que par ce qui se dissous dans la petite quantité d'urine restant dans la vessie; puis j'ajoute : « Il y aurait avantage à injecter 30 ou 60 grammes de solution de nitrate d'argent, à dose plus ou moins caustique, qu'on laisserait une demi-minute, une minute même, et qu'on remplacerait immédiatement par une solution albumineuse dont l'effet serait de neutraliser le caustique non éteint qui pourrait encore se trouver dans la vessie. La propriété qu'a le nitrate d'argent de coaguler l'albumine des tissus ne lui permet pas d'agir profondément, même à un état de grande concentration. D'ailleurs, l'injection que je propose de faire aussitôt après sa sortie ne lui en laisserait pas le temps : on a appliqué, sans inconvénient, à la surface même de l'œil, des solutions contenant plus d'un dixième de nitrate. Cette méthode est plus facile que celle de M. Lallemand et elle procurerait au moins l'avantage d'agir immédiatement sur toute la surface malade. On a vu plus haut les bons effets que j'ai obtenus d'une solution de 50 centigr. de nitrate par 30 grammes de liquides : je n'hésiterais pas actuellement, dans un cas, bien entendu, où la muqueuse seule serait enflammée, à élever la dose du caustique à 75 centigr. et même plus. »

Ces passages, Monsieur le rédacteur, ne peuvent laisser la question de priorité un instant douteuse, et ils répondent jusqu'à un certain point aux *desiderata* exprimés par la GAZETTE MÉDICALE. Plus tard je publierai la continuation de mes expériences sur le sujet en question.

Recevez, etc. AUG. MERCIER.

Paris, 19 août 1845.

— EXAMEN CLINIQUE DE L'HYDROTHÉRAPIE; par H.-E. SCHEDEL, docteur en médecine, ancien interne et lauréat (médaille d'or) des hôpitaux. Un vol. in-8°. Prix : 7 fr.

A Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

— DES CHANGEMENS DANS LE CLIMAT DE LA FRANCE, HISTOIRE DE SES RÉVOLUTIONS MÉTÉOROLOGIQUES; par le docteur FUSTER.—1845. Prix : 8 f.

Paris, chez Capelle, libraire-éditeur, 10, rue des Grès-Sorbonne.

— DE LA PELLAGRE, DE SON ORIGINE, DE SES PROGRÈS, DE SON EXISTENCE EN FRANCE, DE SES CAUSES ET DE SON TRAITEMENT CURATIF ET PRÉSERVATIF; par THÉOPHILE ROUSSEL, docteur en médecine, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut de France, membre de la Société anatomique. —Un vol. in-8°. Prix : 6 fr.

Paris, au bureau de l'ENCYCLOPÉDIE MÉDICALE, 7, rue Neuve-de-l'Université (prolongement de la rue Saint-Guillaume).

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

OPHTHALMOLOGIE.

DE LA NÉVRALGIE CILIAIRE; par M. le docteur Tavignot.

Les petits filets nerveux qui partent du ganglion ophthalmique pour pénétrer dans l'intérieur de l'œil, soit par la partie postérieure de la sclérotique, soit par sa partie antérieure, forment en quelque sorte un système à part au milieu des nerfs qui concourent plus ou moins aux fonctions du globe oculaire et de ses annexes. L'origine des nerfs ciliaires, leur nombre considérable, le trajet qu'ils parcourent, les parties auxquelles ils se terminent, tout atteste l'importance du rôle qu'ils jouent dans la physiologie, comme dans la pathologie de l'organe de la vue. En effet, ces nerfs sont à la fois *moteurs*, *sensitifs* et *organiques*, puisque le ganglion dont ils émanent communique avec la troisième paire, la cinquième paire et avec le grand symphatique. De plus, on peut dire sans exagération que les filets ciliaires sont répandus dans toute la trame organisée de l'œil et qu'ils en sont devenus parties constituantes. Il suffit de se rappeler maintenant que la rétine est une membrane nerveuse douée d'une sensibilité spéciale, et tout à fait impropre à exercer le rôle d'agent sensitif général, ainsi qu'on l'a établi depuis longtemps, pour être déjà tout disposé à admettre que les phénomènes de sensibilité pathologique, les douleurs en un mot, dont l'œil peut être le siége ou le point de départ, dépendent d'un état névralgique du système ciliaire.

Tout prouve l'exactitude de l'opinion que nous venons d'énoncer. D'abord, dans beaucoup de cas, la cause des douleurs névralgiques a agi directement sur les nerfs ciliaires, comme cela se voit, par exemple, dans l'opération de la cataracte, à la suite de lésions plus ou moins étendues du globe oculaire, etc. Puis, on peut invoquer le témoignage des malades qui accusent, comme siége de leurs douleurs, le fond de l'orbite et l'œil lui-même; il n'y a pas enfin jusqu'aux irradiations de la névralgie qui ne viennent encore à notre aide, car elles suivent constamment le trajet des cordons nerveux de la cinquième paire (nerf sus-orbitaire, sous-orbitaire, nasal, etc.) qui ont des connexions si directes avec le système nerveux ciliaire.

On prévoit déjà, seulement par cet exposé, qu'il était impossible que les praticiens méconnussent longtemps et d'une manière complète l'existence de la maladie dont nous allons tracer la description. Tout le monde en effet a constaté son existence, mais chacun l'a interprétée à sa manière, de telle sorte qu'aujourd'hui nous trouvons partout, épars çà et là, des fragmens appartenant à l'histoire de la névralgie ciliaire, mais nulle part une description complète de cette affection.

Dans cet état de choses, et en vertu de ce principe qui permet de prendre son bien partout où on le retrouve, on ne s'étonnera pas de nous voir faire rentrer dans le cadre de la névralgie ciliaire plusieurs états pathologiques de l'œil qui en avaient été distraits à différentes époques; telles sont, par exemple, quelques formes de rétinite aiguë ou chronique, plusieurs variétés d'amauroses, etc., dont les symptômes appartiennent plutôt à une lésion de la cinquième paire qu'à celle de la rétine.

La névralgie du système ciliaire ne se développe pas toujours dans les mêmes conditions organiques des tissus de l'œil; mais, à vrai dire, c'est toujours la même maladie à laquelle on a affaire; qu'elle ait pris naissance

Feuilleton.

DES EFFETS DU TRAVAIL DES ENFANS DANS LES MANUFACTURES.

Une des lois les plus importantes qui aient été faites depuis quelques années, c'est la loi sur le *travail des enfans dans les manufactures*. On se rappelle que de nombreux écrits, parmi lesquels il faut compter ceux de MM. Villermé, Léon Faucher, etc., avaient fixé l'attention publique sur le sort misérable de ces enfans qui payaient de leur santé et même de leur vie la fortune des manufacturiers. On n'a pas oublié la conduite de la presse médicale et de la presse politique en cette circonstance. L'une et l'autre demandaient que les jeunes victimes qui étaient enchaînées à un travail toujours trop pénible pour leurs forces naissantes et le plus souvent dangereux, ne restassent pas plus longtemps à la merci des avides spéculateurs qui les employaient à leurs fabriques. Elles réclamaient une loi qui posât des limites entre les exigences des uns et les droits des autres, et où il y aurait répression contre les puissans et protection pour ceux que la misère forçait à accepter les conditions les plus dures. Pendant la session de 1845, une loi fut formulée pour atteindre ce but. Des inspecteurs ont été chargés depuis d'en surveiller l'exécution dans tous les lieux où il existe des manufactures. Il a été d'abord difficile d'obliger les maîtres à se départir du despotisme qu'ils exerçaient sans responsabilité et sans contrôle sur leurs jeunes ouvriers. Il a fallu provoquer des punitions, imposer des amendes pour prouver que la loi n'était pas une de ces prescriptions de police de peu d'importance qu'on peut se permettre d'éluder sans inconvénient. Enfin, d'après un rapport que le ministre du commerce a inséré dans le Moniteur du 25 juillet dernier, la loi règne dans la plupart des départemens manufacturiers; à peine si quelques-uns répugnent encore à entrer dans la voie nouvelle où ils seront bientôt obligés de marcher. C'est très rassurant sans doute. Mais la loi a-t-elle réellement amélioré la condition des enfans des fabriques; a-t-elle produit des effets salutaires sur leur santé, sur leur constitution? c'est assez difficile à dire; et voici pourquoi.

Et d'abord la loi a-t-elle bien tenu compte de l'état des forces des enfans employés aux manufactures, et n'a-t-elle pas permis le travail à un âge où l'occupation la moins pénible peut faire obstacle au développement régulier du corps? N'a-t-elle pas négligé de s'éclairer aux lumières de la médecine qui seules pouvaient cependant répandre quelque clarté sur un problème aussi obscur? C'est très probable. La loi permet en effet d'admettre les enfans au travail dans les manufactures dès l'âge de huit ans. Toutefois cet âge est loin d'offrir des conditions suffisantes d'énergie. Le corps n'est pas fait à cette époque de la vie; il se compose, il se prépare pour la période de la puberté. Ainsi le squelette qui doit être consolidé dans toutes ses parties, pour qu'aucun effort ne le modifie dans sa forme, le squelette présente à cet âge des points que la substance osseuse n'a pas encore entièrement pénétrés. Ce défaut d'homogénéité permet pour ainsi

spontanément; sous l'influence d'une lésion traumatique ou qu'elle coïncide avec une altération matérielle. Il viendra très probablement un jour où l'on ne décrira qu'une seule espèce de névralgie ciliaire; mais en attendant, et pour mieux nous faire comprendre de ceux qui adoptent les idées qui ont actuellement cours en ophthalmologie, nous diviserons notre sujet en trois parties, ainsi qu'il suit :

1° Névralgie ciliaire idiopathique;
2° Névralgie ciliaire traumatique;
3° Névralgie ciliaire avec altération des tissus de l'œil.

1° NÉVRALGIE CILIAIRE IDIOPATHIQUE.

C'est elle qui est le type de l'affection qui nous occupe, et qui a la plus grande analogie possible avec les névralgies des autres nerfs de l'économie. Comme elles, elle débute spontanément, c'est-à-dire sans cause qu'il nous soit possible de préciser, du moins dans la plupart des cas. Elle a également de la tendance à affecter plus spécialement les sujets d'un tempérament nerveux; mais les personnes qui n'offrent pas cette condition n'en sont pas toujours exemptes; caractère que la névralgie ciliaire partage d'ailleurs avec la plupart des autres névralgies.

Enfin, la névralgie ciliaire peut débuter d'emblée, et c'est le cas le plus ordinaire, ou bien ne se développer que consécutivement à d'autres états névralgiques de nerfs plus ou moins éloignés.

Elle peut encore être continue ou périodique; cependant il est très rare de lui voir affecter un type intermittent bien tranché, celui-ci est plutôt rémittent; et, sous ce rapport, la névralgie des nerfs ciliaires diffère un peu de celle du nerf sus-orbitaire, par exemple, qui est, dans certains cas, franchement intermittente, comme on le sait.

On observe, au début, un clignottement exagéré des paupières; les yeux sont larmoyans; ils fuient l'impression de la lumière; l'iris est violemment contracté, plus au jour que dans l'obscurité. Lorsque les paupières sont fermées, le malade croit voir voltiger devant ses yeux des corps de différentes couleurs et de formes variables; quelquefois ce sont des taches blanchâtres plus ou moins brillantes; d'autres fois, ce sont des corps lumineux, incandescens, des éclairs, etc. (photopsies.) Il n'est pas rare non plus de voir l'œil affecté se dévier dans un sens ou dans un autre et donner lieu alors à de la diplopie. En même temps que ces phénomènes ont lieu, il existe dans le fond de l'orbite et dans tout le globe oculaire un sentiment de tension et de douleur cuisante, brûlante, etc. Cet état névralgique est le plus souvent limité, au commencement, au globe de l'œil, mais plus tard il s'irradie en général aux parties environnantes de l'orbite en suivant les divisions du nerf ophthalmique.

Si la névralgie est à forme continue, les symptômes que nous venons d'indiquer ne s'affaiblissent point pendant la nuit; quelquefois même, mais non constamment, ils paraissent augmenter lorsque le malade est au lit.

La vision souffre, à différens degrés, de cet état nerveux de l'œil; pendant la rémittence et lorsque le sujet peut entr'ouvrir ses paupières, il distingue encore les objets, mais non avec la netteté et la précision ordinaires; quelquefois ceux-ci lui paraissent plus grands que leurs véritables dimensions, ou bien recouverts par des corps de formes plus ou moins bizarres; dans d'autres cas, ils lui semblent plus éclairés qu'ils ne le sont. Il peut se faire enfin que la perturbation fonctionnelle de la rétine ne soit pas la même dans toute l'étendue de cette membrane, de sorte que la vision est plus distincte dans telle position que dans telle autre; cette circonstance explique peut-être comment il se fait que certains malades n'aperçoivent que la moitié des corps qu'on leur présente, principalement lorsqu'ils ont une assez grande étendue. (Hémiopsie.)

Lorsque cette surexcitation anormale de l'œil dure depuis quelque temps, il peut survenir dans plusieurs de ses tissus des modifications de vitalité qui acquièrent elles-mêmes une certaine importance. On s'en rendra facilement compte, en réfléchissant un peu à l'influence, aujourd'hui bien démontrée, de la cinquième paire de nerfs sur la physiologie de l'œil, et aux conséquences qui peuvent résulter de la perturbation ou de l'abolition de ses fonctions. (Voy. mon MÉMOIRE DE L'ACTION DE LA CINQUIÈME PAIRE SUR L'ŒIL; GAZ. DES HÔPIT., nos 2 et 4, 1845.) Ces complications principales sont, outre l'amaurose qui peut devenir complète, un état congestionnel de l'œil, caractérisé par un cercle radié péricornéal, une véritable inflammation de l'iris, un trouble plus ou moins prononcé dans les parties transparentes de l'œil, depuis la cornée jusqu'à l'humeur vitrée inclusivement. Néanmoins, il est rare que, dans l'état ordinaire de la maladie, les désordres soient portés si loin.

La marche de l'affection que nous décrivons n'a rien de bien régulier; elle est susceptible de guérir assez promptement sans laisser après elle de trouble de la vue. Mais lorsqu'elle passe à l'état chronique, elle revêt une physionomie bien autrement grave, et elle entraîne dans l'œil des désordres tels qu'ils nous ont engagé à étudier à part cette forme de la maladie *dans notre troisième division de la névralgie ciliaire.*

Mais sans offrir précisément les caractères de la chronicité, cette névralgie présente parfois une grande ténacité, lorsqu'elle abandonne brusquement le système ciliaire, pour se porter sur une autre division de la cinquième paire; qu'elle quitte bientôt après pour revenir à son premier siége, et cela un assez grand nombre de fois, à peu de temps d'intervalle. Souvent ces permutations de la douleur névralgique font le désespoir du praticien qui, après avoir épuisé en quelque sorte ses ressources thérapeutiques dans un point, se croit victorieux du mal qu'il voit tout aussitôt reparaître un peu plus loin et avec les mêmes caractères.

Mais la névralgie ciliaire n'existe pas toujours à l'état simple, on l'a rencontrée également associée, pour la plus grande partie de sa durée, à une autre névralgie, soit, par exemple, celle du nerf sus-orbitaire, que nous indiquons ici comme étant la plus fréquente. Il en résulte une névralgie *composée*, dont les élémens sont toujours fort distincts; d'ailleurs la réunion de leurs symptômes forme un ensemble de caractères qui ne serait applicable ni à l'une ni à l'autre maladie prise isolément. De plus, nous sommes porté à croire que dans ces circonstances, c'est la névralgie ciliaire qui commence la première, l'autre ou les autres ne se développant qu'après elle. Nous nous fondons en cela sur ce fait d'observation que la névralgie du nerf frontal ou du sons-orbitaire existe, le plus ordinairement, seule, tandis que la névralgie ciliaire a plus de tendance à s'irradier vers les branches nerveuses dont nous venons de parler. Les personnes affectées de névralgie circum-orbitaire ordinaire éprouvent une douleur qui est tout à fait extérieure à l'œil et par conséquent indépendante de cet organe, au lieu que la névralgie ciliaire débute par le fond de l'orbite; reste toujours fixée dans le globe oculaire, même quand elle s'irradie à une plus grande distance. La névralgie circum-orbitaire

---

-dire à toutes les difformités de s'établir sous l'influence des causes si multipliées qui peuvent les produire. Et parmi ces causes, il y en a peu qui soient plus actives qu'un travail hors de proportion avec les forces naissantes de l'organisation. Puis, les muscles manquent d'énergie, les organes sont très impressionnables, la peau se distingue par une grande perméabilité. Les élémens hétérogènes qui flottent dans l'atmosphère des ateliers, ces corpuscules toxiques qui dans quelques industries saturent en quelque sorte l'air que les ouvriers respirent, exercent par conséquent leur action destructive avec plus de vitesse et d'intensité sur les jeunes enfans que sur les individus qui ont atteint tout leur développement. Aussi quelque sage mesure que la loi ordonne pour mettre à couvert la frêle organisation des jeunes ouvriers des manufactures, des atteintes qu'elle peut recevoir sous l'influence d'un travail exagéré, il y a un obstacle permanent qui paralyse en grande partie les résultats. Il y a l'obstacle de l'âge, de cet âge de huit ans si accessible à toutes les impressions qui peuvent modifier l'économie. Il est bien sans doute d'avoir abaissé pour ces jeunes enfans le chiffre des heures de travail qui forment leur journée; mais cette réforme ne produit qu'une amélioration illusoire. Tout au plus si, dans quelques rares circonstances, elle retarde l'invasion du mal; en aucun cas, elle ne peut l'empêcher.

En présence d'une impossibilité aussi réelle que celle d'un âge qui peut contracter tous les maux parce qu'il n'a pas encore acquis les conditions qui lui permettent de résister, il est difficile de dire jusqu'à quel point la loi améliore la situation des enfans de cette catégorie. Les effets sont plus visibles sans doute pour les jeunes ouvriers dont l'âge se rapproche davantage de la puberté. Chez ceux-là il existe une somme d'énergie plus considérable que chez les autres; et l'état d'enfance ne fait pas obstacle aux améliorations introduites par la loi. Mais comment apprécier les améliorations, comment mesurer avec quelque justesse la différence qu'il y a entre le passé et le présent sous le point de vue de la conservation des forces? Les médecins seuls ont la capacité nécessaire pour remplir cet office. Et cependant la loi semble avoir voulu se passer d'eux. Ainsi les inspecteurs ne sont pas choisis parmi les médecins; seulement, si ces fonctionnaires croient devoir recourir à un homme de l'art dans des circonstances exceptionnelles, la loi les autorise ou les invite même à le consulter. Une telle organisation a évidemment pour résultat d'introduire une grande incertitude dans l'appréciation des effets hygiéniques de la loi. L'inspecteur écrira dans son rapport que tout se passe bien dans telle ou telle fabrique, que le maître loin de chercher à éluder les prescriptions que lui impose la législation nouvelle, les exécute avec la plus exacte fidélité ou bien il dira le contraire s'il y a des plaintes dans l'atelier et si une enquête les justifie. Mais voilà où s'arrêtera sa mission. Pourra-t-il, sans connaissances spéciales, apprécier suffisamment les conditions hygiéniques des localités, et rattacher aux vraies causes les traces de souffrance ou de maladie qu'il pourra découvrir sur les jeunes travailleurs? L'impossibilité de rien avancer de précis ne le réduira-t-il pas à une sorte de silence, et ses rapports ne prouveront-ils pas qu'il s'est déclaré incompétent sur la question qui tient le plus étroitement au bien-être et à l'avenir de cette population si digne d'intérêt? Rien de plus vrai que tout cela; le ministre lui-même vient de le prouver d'une manière assez complète dans le rapport du 25 juillet dernier.

On devait s'attendre que dans un travail de cette nature il serait parlé avec

et la névralgie ciliaire sont donc deux maladies tout à fait distinctes.

2° NÉVRALGIE CILIAIRE TRAUMATIQUE.

Elle a peu près les caractères que la précédente dont elle diffère principalement par la cause qui lui donne naissance; il est juste néanmoins de dire que cette origine différente imprime quelquefois à la maladie un cachet tout particulier et lui donne une marche qu'elle n'aurait pas eue, si son développement avait été spontané.

Quoi qu'il en soit, la névralgie ciliaire traumatique reconnaît pour cause, comme son nom l'indique, une violence extérieure ayant agi sur l'œil avec assez de force pour y produire des désordres de quelque importance. Cependant, toutes les lésions traumatiques ne sont pas susceptibles, à un égal degré, de faire naître cette affection; ainsi des blessures fort étendues de l'œil, des contusions qui seront assez violentes pour détruire la cornée, décoller l'iris, etc., ne seront pas suivies de névralgie ciliaire, tandis qu'il suffira, dans d'autres cas, d'une simple piqûre pour produire ce résultat; mais une des causes qui lui donnent le plus sûrement lieu, c'est certainement la présence de corps étrangers implantés dans l'œil et qui y demeurent fixés pendant un temps plus ou moins considérable. Quand la névralgie de l'œil survient après l'opération de la cataracte, c'est le plus ordinairement après l'abaissement. L'opération peut avoir été d'ailleurs fort heureuse, et la vue serait déjà rétablie sans ce dernier accident. J'ai vu la névralgie ciliaire développée dans ces circonstances se montrer avec un degré extrême d'acuité, se déplacer et envahir successivement presque toutes les branches de la cinquième paire. Les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux de la névralgie ciliaire idiopathique. Sa marche et sa durée offrent peut-être quelques différences, mais peu importantes. Seulement, qu'il nous suffise de dire que la névralgie ciliaire traumatique est ordinairement fort tenace, qu'elle dure des semaines, des mois entiers, en résistant au traitement qu'on lui oppose, et lorsqu'elle survient après l'opération de la cataracte, le malade ne manque pas de rejeter sur l'opérateur l'accident qu'il éprouve, quoiqu'en réalité cela soit inexact.

3° NÉVRALGIE CILIAIRE CHRONIQUE OU AVEC ALTÉRATION DES TISSUS DE L'ŒIL.

Il nous reste à examiner, avec quelques détails, un autre état névralgique de l'œil, qui diffère assez des deux espèces précédentes pour mériter une description particulière. Au fond, la nature de la maladie est sans doute la même; mais soit par suite d'une prédisposition innée ou acquise de l'œil, soit par le fait seul de la durée plus longue de l'état morbide, il survient peu à peu, dans les tissus du globe oculaire, des changemens importans. Ces altérations pathologiques de la coque oculaire nous paraissent avoir des connexions intimes avec les douleurs névralgiques; nous pensons même que celles-ci sont la cause productrice du changement de structure de l'organe. Nous nous fondons, dans notre manière de voir, sur les motifs suivans : la névralgie ciliaire précède le plus souvent les désordres organiques de l'œil....; par ses caractères propres, elle ne ressemble nullement à la douleur symptomatique d'une ophthalmie; par sa marche, ses retours sous forme d'accès, elle s'en éloigne encore davantage.

Ainsi, à notre avis, les observateurs qui ont constaté, dans le *glaucôme organique*, la coexistence d'une névralgie oculo-circum-orbitaire ont eu tort de considérer la production de la douleur comme purement symptomatique. Pour nous, la proposition renversée nous paraîtrait plus vraie. C'est donc à distinguer la douleur, phénomène de sensibilité générale, et la douleur appelée névralgique, qu'il faut s'attacher. Or, les caractères distinctifs de ces deux phénomènes morbides sont tracés partout, et il n'est pas nécessaire de les rappeler ici. Disons seulement que leurs différences tiennent au caractère même de la douleur, qui est bien moins brûlante, moins térébrante, dans le premier cas, que dans le second. L'une est exaspérée par certaines influences toutes mécaniques, par exemple : le contact des corps extérieurs, le tiraillement de l'iris lorsqu'il se contracte brusquement, etc.; tandis qu'il n'en est pas de même de l'autre, qui se développe, persiste, indépendamment de toutes ces causes, et ne disparaît pas dans les circonstances où la première s'affaiblit de plus en plus.

Leur marche est également tout à fait distincte : la douleur oculaire, en tant que phénomène de sensibilité générale, persiste d'une manière continue, sauf les exacerbations, faciles à prévoir et produites par l'action de la lumière, par exemple. La douleur névralgique, au contraire, même lorsqu'elle n'est pas franchement périodique, a ses momens de paroxisme, ses accès en un mot; et ceux-ci apparaissent spontanément, sans être provoqués par aucune cause extérieure appréciable.

Enfin, et cet argument n'est pas le plus faible parmi ceux que l'on peut invoquer en faveur de notre opinion, la lenteur ou la rapidité de la désorganisation qui s'opère dans l'œil paraît être le plus ordinairement en rapport avec l'éloignement ou le rapprochement des accès névralgiques.

Ainsi donc, et pour les différentes raisons que nous venons d'énumérer, nous inclinons à regarder les douleurs oculo-circum-orbitaires dont nous venons de parler, non comme le résultat de la lésion organique de l'œil, mais bien comme une maladie primitive, idiopathique, une véritable névralgie, en un mot.

Mais, d'un autre côté, comme il faut bien aussi se rendre compte de l'altération *glaucômateuse* qui ne tarde pas, dans ces circonstances, à envahir graduellement le globe oculaire, nous nous trouvons ainsi naturellement amené à poser cette question :

La névralgie ciliaire, passée à l'état chronique, peut-elle, dans quelques cas, donner naissance au glaucôme?

Cette proposition, ainsi formulée, a, j'en conviens, quelque chose de hardi; et, en face d'une maladie, d'une origine si obscure, comme l'est encore le glaucôme, on est en droit de se montrer exigeant en fait de preuves.... On est en droit surtout d'éliminer et de faire ses réserves sur les cas d'affections dites glaucomateuses, qui n'auraient été ni précédées, ni même accompagnées des symptômes propres à la névralgie ciliaire.

Si l'on veut essayer d'expliquer le développement des cas de glaucôme qui se trouvent associés, dans leur marche, à l'état névralgique, il faudra se rappeler toutes les expériences qui ont été faites pour établir l'action de la cinquième paire sur l'œil, sur sa nutrition, sur ses fonctions, ne pas oublier non plus les faits pathologiques qui ont trait à ce sujet. Et, partant du principe qui établit l'influence du trijumeau sur l'œil, chercher à voir si une perturbation aussi générale et aussi profonde que l'est une névralgie ne peut, lorsqu'elle dure depuis longtemps, lorsque ses accès se succèdent à d'assez courts intervalles, ou bien lorsqu'elle est en quelque sorte continue, amener, à la longue, des modifications dans l'état fonc-

---

quelque détail de l'état hygiénique des jeunes ouvriers. Mais un rapport ministériel n'est que le résumé des rapports partiels qui parviennent à la direction supérieure. Il était donc naturel qu'il y fût traité de tout, excepté des choses qui échappent à l'appréciation des inspecteurs, qui peuvent être certainement des esprits très judicieux, mais qui ne possèdent pas, sauf quelques rares exceptions, les connaissances spéciales du médecin. Ainsi, le rapport déclare que la loi est mise en application dans soixante-quinze départemens, et qu'une population de 70,000 enfans est protégée contre les abus de l'exploitation manufacturière par les sages mesures qu'elle prescrit. Il dit aussi que les enfans qui n'ont pas encore atteint leur huitième année ne sont pas reçus dans les ateliers de travail, et que l'admission des jeunes ouvriers dans les manufactures n'a plus lieu qu'à partir de cet âge. Il est surtout question, dans l'œuvre ministérielle, de l'état et des progrès de l'enseignement. L'instruction n'est pas complètement sacrifiée aux exigences des occupations manuelles de la journée. Elle est organisée d'une manière régulière dans la plupart des localités; et, dans quelques villes du Nord, il y a des écoles fondées au profit des jeunes ouvriers, au sein même de la manufacture. Rien de mieux, certainement, qu'une organisation semblable; et il très utile, pour l'avenir de ces malheureux enfans, de l'encourager dans tous les points de la France où les nécessités du travail enrôlent une population aussi digne d'intérêt. Mais ce bienfait ne suffit pas. Le pain de l'esprit ne tient pas lieu du pain du corps. Si l'intelligence se développe, si la raison se fortifie, il faut qu'il en soit de même pour l'organisation. Sans cela il est probable que la semence germerait mal ou porterait de mauvais fruits. Ce serait tendre vers un but incomplet, pour ne pas dire plus, que d'envelopper un bon instrument dans une enveloppe détériorée. Cet adage vulgaire : *mens sana in corpore sano*, pose une règle de laquelle il est impossible de se départir. La loi a été faite pour atteindre ce double résultat. Elle a voulu développer, par une instruction convenable, cette force morale dont le jeune travailleur a besoin pour savoir résister à l'entraînement des penchans vicieux; elle a voulu aussi que l'exploitation du faible par le fort, du pauvre par le riche, n'éteignît pas dans la population la plus utile, parce qu'elle est la plus laborieuse, les bénéfices physiologiques de la virilité. Pourquoi donc ce rapport ministériel, qui a donné des détails si complets sur l'organisation de l'enseignement des jeunes ouvriers des manufactures et l'extension qu'il prend chaque jour, n'a-t-il tenu compte que d'une partie de la question? Cela s'explique parfaitement, comme je l'ai déjà dit, par la manière dont l'exécution de la loi est surveillée. Les inspecteurs n'étant pas choisis parmi les médecins, ils ne peuvent se rendre compte que d'une manière incomplète des conditions insalubres des ateliers, des influences du travail qui sont si variées à cause de la variété si grande des matières en manipulation, et de la gravité des altérations que ces causes doivent produire sur la jeune population des fabriques. De là, le silence presque absolu que gardent les rapports officiels sur un ordre de faits dont il importerait tant de s'occuper. Mais le ministre ne devrait-il pas prendre l'initiative et remédier au vice d'exécution que je viens de signaler?

Ce serait facile ; car les médecins sont répandus en proportions considérables sur toutes les parties du sol national et surtout dans les grands centres manufacturiers. La question des honoraires ne les arrêterait pas certainement dans la mission de surveillance dont ils seraient chargés. Il y a longtemps qu'ils ont

tionnel des nerfs ciliaires, du ganglion ophthalmique peut-être, modifications qui ne seraient plus compatibles, non seulement avec l'état fonctionnel de l'œil, mais encore avec son état organique; l'amaurose et le glaucôme, ou amaurose glaucomatique, s'expliquerait donc de la sorte.

Si l'on a vu en effet la cornée perdre sa transparence, se ramollir, les humeurs de l'œil se troubler, l'organe lui-même s'atrophier ou même se vider complètement après la section du trijumeau, ne pourrait-il pas se faire également que l'abolition graduelle des fonctions du système ciliaire; la seule portion de la cinquième paire qui soit immédiatement destinée à l'œil; produisît, quoique plus lentement, des accidens analogues? Nous objectera-t-on qu'il paraît démontré aujourd'hui que la nutrition de l'organe de la vue est placée d'une manière plus directe, sous l'influence du nerf grand sympathique, et que M. Magendie n'a observé la destruction rapide de l'œil que parce qu'en pratiquant ses sections non loin du ganglion de Gasser, il a lésé en même temps une branche du nerf ganglionnaire? Nous répondons à ceci que nous sommes très disposé à admettre cette explication du fait, mais que ce fait lui-même ne nous paraît pas propre à renverser complètement notre manière d'envisager cette question, attendu qu'à supposer même qu'il fut démontré que les filets nerveux ciliaires appartenant au grand sympathique ne soient pas susceptibles de participer au désordre vital produit par l'état névralgique, le ganglion placé plus en arrière d'eux, et où ils vont tous puiser l'influence nerveuse qui leur est propre, peut bien ne plus être, par le fait seul de la maladie nerveuse, dans des conditions normales pour remplir ses fonctions ordinaires.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs de notre manière d'interpréter le fait, l'essentiel était de démontrer comment l'altération des différens tissus de l'œil (membranes, cristallin, humeurs) venait compliquer la névralgie ciliaire passée à l'état chronique. Cette question d'étiologie, qui pourrait être ailleurs tout à fait futile, a, dans le cas particulier, une haute importance; car il s'agit du glaucôme, maladie tout à fait incurable jusqu'ici et dont il sera toujours utile de connaître la véritable origine pour tâcher de s'opposer activement, dès le début, à ses progrès.

Le fait en lui-même, sinon son interprétation, avait depuis longtemps fixé l'attention des hommes de l'art, et la plupart avaient déjà signalé l'existence simultanée d'une affection glaucomateuse et de douleurs plus ou moins aiguës aux alentours de l'orbite et dans l'œil; mais c'est particulièrement dans ces derniers temps qu'un de nos savans confrères, M. Sichel, a appelé l'attention sur ce sujet, en publiant plusieurs observations dans lesquelles la coïncidence de la névralgie et du glaucôme se trouvait mise plus particulièrement en relief (voy. ANNALES D'OCULIST., 1844). Cependant, tout en signalant la névralgie, qu'il nomme oculo-circum-orbitaire, comme un phénomène, soit précurseur, soit concomitant, des affections amaurotiques et glaucomateuses, tout en reconnaissant lui-même que chaque accès augmentait l'état congestionnel de l'œil et le trouble de la vision, ce praticien ne s'est pas arrêté à l'interprétation du phénomène, ou plutôt il nous a semblé qu'il confondait la douleur, phénomène général, qui se rencontre dans la plupart des ophthalmies, avec l'état névralgique, phénomène tout à fait spécial, et qui ne se développe que dans quelques cas particuliers. De cette confusion, il en est résulté que la névralgie a été considérée par lui non pas comme une maladie spéciale, existant, ne fut-ce qu'à titre de complication, mais bien comme un symptôme de l'inflammation des membranes de l'œil. Tout ce que nous avons dit jusqu'ici réfute assez cette explication, et d'ailleurs plusieurs des observations rapportées par M. Sichel lui-même viennent déposer contre lui.

Sans qu'il soit nécessaire de répondre à toutes les objections, nous dirons qu'à supposer même que la distinction que nous avons tenté d'établir entre la douleur idiopathique ou névralgique et la douleur symptomatique d'une inflammation ne fût pas de tout point rigoureuse, il n'en est pas moins évident que le phénomène *douleur* ne pourra pas être rapporté à une inflammation toutes les fois qu'il n'existera aucun caractère propre à faire admettre son existence. Eh bien! c'est précisément là ce qui a lieu dans beaucoup de cas.

S'il est vrai actuellement que nous soyons parvenu à dégager la maladie que nous avons désignée sous le nom de névralgie ciliaire de plusieurs autres avec lesquelles on l'avait confondue jusqu'ici; s'il est vrai enfin que nous lui ayons trouvé une existence propre, indépendante, en établissant ses rapports avec les autres affections qui peuvent exister en même temps qu'elle, nous avons également essayé de faire comprendre qu'en pesant mûrement la valeur des faits pathologiques, de même qu'en interprétant avec logique les expériences des physiologistes, on pourrait peut-être par la suite faire jouer à la névralgie du système ciliaire un rôle fort important, en considérant cette maladie comme le point de départ, l'origine première, la cause enfin de plusieurs variétés d'amauroses, dites jusqu'ici *irritatives*, de quelques espèces de glaucômes encore mal définies, etc. Mais, dans tous les cas, il serait, bien entendu, complètement inexact de chercher à rattacher à cette origine toutes les amauroses et tous les glaucômes que l'on rencontre dans la pratique, puisqu'il existe un certain nombre de ces deux affections qui ne sont point précédées des symptômes de la névralgie oculo-circum-orbitaire; c'est de quelques cas seulement dont nous avons entendu parler.

TRAITEMENT.

Il n'y a, en réalité, qu'une seule espèce de névralgie du système ciliaire relativement au traitement, puisque celui-ci est à peu près le même pour les trois variétés que nous avons admises. Ainsi, sauf les indications spéciales qui peuvent se rencontrer dans la névralgie traumatique, comme serait, par exemple, l'extraction d'un corps étranger fixé dans l'œil, on agira de la même manière dans tous les cas.

C'est surtout au début de la maladie que la médication dirigée contre elle doit avoir de l'activité, car plus tard, et à mesure qu'elle se prolonge davantage, elle devient de plus en plus opiniâtre et revêt les caractères si graves de la chronicité. Et si cet état nerveux s'est développé sur une personne dont l'âge, la constitution prédisposent à l'amaurose ou au glaucôme, il faut prévoir la possibilité de cette terminaison et n'en agir qu'avec plus d'énergie, pour l'éviter, si cela est possible.

ANTIPHLOGISTIQUES. On se trouve quelquefois bien de débuter par une saignée du bras proportionnée à la force du malade; on peut parfois, cependant, préférer l'application de sangsues aux environs de l'orbite; les ventouses scarifiées rempliront le même but. Il va sans dire que, chez la femme dont la menstruation est irrégulière, des sangsues à la vulve, à l'époque cataméniale, seront préférées avec juste raison, en y joignant d'autres emménagogues.

PURGATIFS. Quelques dérivatifs sur le canal intestinal, répétés deux ou

---

contracté l'habitude des services gratuits, des dévouemens stériles. Pourquoi donc ne pas les employer à une fonction qui a des rapports si étroits avec celle qu'ils exercent chaque jour? Quel est l'obstacle et d'où vient-il? Craint-on, par exemple, que le médecin ne soit pas indépendant dans la localité où il recueille laborieusement ses honoraires, et qu'il n'abandonne la cause du pauvre devant les intérêts qui le rattacheraient impérieusement à celle du riche? Certainement, il y a là dedans une apparence de raison. Mais il ne faut pas croire que le médecin, le plus indépendant peut-être de tous les hommes qui remplissent une fonction en ce monde, puisqu'il ne relève que de sa conscience, il ne faut pas croire qu'il ne sache pas conserver, dans de semblables circonstances, la qualité qui brille le plus chez lui, le désintéressement. Sans exagérer les vertus de la profession, il est difficile d'admettre, ce me semble, qu'entre la conservation d'un client et l'accomplissement d'un devoir, il hésite au point de ne régler sa conduite qu'au point de vue de ses intérêts pécuniaires. Ainsi, une telle objection n'est pas admissible. Le pouvoir préférerait-il ne compter dans le personnel des inspections que des hommes façonnés au joug administratif; ne voudrait-il pas avoir, avant toutes choses, non pas de ces individualités courageuses qui voient clairement, jugent avec discernement, blâment sans hésitation, mais ce que dans toute la rigueur du mot on appelle des fonctionnaires? C'est une supposition qui est assez fondée, au moins à mon avis. Rien ne le prouve mieux d'ailleurs que les paroles du ministre lui-même. Il s'applaudit, dans son dernier rapport, d'avoir investi de la surveillance, pour l'exécution de la loi, une administration qui couvre de ses employés la plupart des localités de la France, je veux dire celle des poids et mesures. Il faut certainement que l'amour de l'économie, ou la confiance dans les employés du gouvernement, soit poussée bien loin pour assimiler, en quelque sorte, à la vérification des instrumens à peser et à mesurer, la surveillance de l'exécution de la loi sur le travail des enfans dans les manufactures.

Il faudra du temps sans doute pour voir succéder aux fonctionnaires actuels des hommes plus compétens, pour que les médecins soient investis des inspections grandes ou petites, enfin pour qu'ils siègent en majorité au sein des commissions de surveillance dont l'institution sera bientôt organisée dans tous les départemens. Mais, avant qu'on en vienne là, il est bien que la médecine s'occupe de temps en temps d'une question aussi importante que celle des effets du travail sur le développement et la santé des jeunes ouvriers des manufactures; il est bien surtout que la nouvelle génération médicale se livre à l'étude de ces problèmes qui font pénétrer de plus en plus la profession dans le domaine des affaires de l'Etat: c'est comprendre l'avenir qui nous est réservé, et dont (il faut au moins en avoir l'espérance), nous ne tarderons pas longtemps à jouir.

Une thèse qui vient d'être soutenue à l'Ecole de Paris prouve assez, en effet, que la jeunesse médicale ne veut pas rester étrangère aux questions qui semblent être en dehors de la pratique. Ce travail consciencieux, du docteur Bodeau (de Niort), a pour objet le travail des enfans dans les manufactures, au point de vue qui doit occuper l'homme de l'art, c'est-à-dire à celui de l'hygiène. La manière dont il est conçu et écrit mérite certainement des encouragemens et des éloges, car il renferme une série de faits et d'inductions que MM. les inspecteurs des manufactures pourraient consulter avec beaucoup de fruit. C'est principalement des influences variées que les matières en manipulation déterminent sur les en-

trois fois par semaine, le calomel, le jalap, la scammonée, etc., en feront la base; l'émétique en lavage peut également être utile.

Frictions. Les frictions faites sur le front, la tempe, le pourtour de l'orbite, avec l'onguent mercuriel double, pourront amener quelquefois du soulagement; d'autres fois, il sera avantageux de recourir à une pommade composée de parties égales d'onguent napolitain et d'extrait de belladone. L'opium, la ciguë ont été également préconisés en frictions.

Opiacés. Les opiacés administrés à l'intérieur, dans le but d'engourdir la sensibilité et de calmer les douleurs, sont, dans quelques cas rebelles, d'une utilité incontestable; mais il faut avoir le soin d'augmenter tous les jours la dose du médicament.

Vésicatoires. Les révulsifs cutanés sont ici d'un grand secours; il faut que le malade ait constamment, aux environs de l'orbite, un vésicatoire volant, qu'il ne laisse sécher qu'après en avoir rétabli un autre. En enlevant une petite portion d'épiderme, on fera absorber, par la surface mise à nu, 1 centigr. par jour d'hydroch. de morphine.

Électricité. Je n'ai pas vu, pour mon propre compte, l'électricité employée contre les névralgies réussir assez généralement pour me croire autorisé à conseiller ce moyen dans ce cas particulier; il serait peut-être bon de ne conseiller qu'en désespoir de cause, et lorsque tout aurait échoué; mais, dans tous les cas, il faudra toujours s'abstenir de la mettre en usage pendant l'existence d'un accès.

Salivation. On peut se demander si, dans les cas où l'on est forcé d'avoir recours à beaucoup de moyens pour triompher de la névralgie, il ne serait pas indiqué de chercher à produire la salivation, comme l'a fait avec succès Mackensie, dans la névralgie circum-orbitaire.

Ferrugineux. Si l'on pouvait rattacher le développement de la névralgie oculaire à un état anémique ou chlorotique, ou se trouverait bien d'administrer au malade un traitement ferrugineux complet; du sous-carbonate de fer à la dose d'un gramme et plus par jour, continué pendant un mois, six semaines, débarrasseront le plus souvent le malade.

Antipériodique. Mais il est un médicament qui, à lui seul, vaut mieux que tous les précédens, lorsque son emploi est indiqué, c'est le sulfate de quinine. Il peut, en effet, suffire pour la guérison, que l'on obtient, avec son aide, en fort peu de temps; seulement il est indispensable, pour qu'il réussisse, que la névralgie ait un caractère franchement intermittent, qu'elle revienne, en un mot, par accès, quelqu'irréguliers d'ailleurs que soient ceux-ci. On peut commencer par 5 décigr., et aller rapidement jusqu'à 1 gramme par jour, et même au delà.

Tous ces traitemens ne s'adressent qu'à l'élément nerveux de l'œil; lorsqu'il est survenu dans celui-ci des changemens organiques, c'est à une autre médication qu'il faut en même temps avoir recours; mais nous n'avons pas à nous en occuper dans ce travail.

MALADIES SYPHILITIQUES.

RECHERCHES CLINIQUES FAITES A L'HÔPITAL SAINT-LAZARE, MALADIES DES FEMMES, SUR LES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS, SUR LES CHANCRES CHRONIQUES DES PARTIES GÉNITALES, LES BUBONS, L'URÉTRITE, LA VAGINITE, ETC.; par J. Boys de Loury, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. Costilhes, docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, ex-médecin interne de Saint-Lazare.

DES ULCÉRATIONS CHRONIQUES (CHANCRES CHRONIQUES) DES PARTIES GÉNITALES DE LA FEMME.

Les médecins qui se sont occupés des maladies syphilitiques ont noté qu'il y a des ulcères vénériens des parties génitales de la femme qui, après un certain laps de temps, deviennent très difficiles à guérir, ou persistent indéfiniment. On est d'accord également que lorsque ces chancres sont parvenus à cette période, ils deviennent indolens; ou les croit alors incapables de communiquer la contagion. Aussi, parmi les femmes publiques, en voit-on un certain nombre qui portent, depuis longues années, ces graves affections; continuant à fréquenter les hommes, elles n'en éprouvent aucune douleur dans des organes souvent profondément ulcérés, hypertrophiés ou même ayant l'apparence squirrheuse. Ces femmes, soit par l'insouciance, habituel défaut de leur malheureuse conduite, soit par la crainte de perdre quelques mois d'une liberté si mal employée, demandent rarement à être guéries de cette infirmité. Dès le commencement de son service à Saint-Lazare, M. Boys de Loury fut étonné du nombre de femmes arrêtées pour des contraventions de police et atteintes de chancres chroniques; ce n'est que lorsqu'elles devaient rester pendant plusieurs mois pour punition, qu'elles consentaient à se laisser traiter pour des maladies contre lesquelles on n'opposait ordinairement aucun remède, et qu'elles regardaient comme nullement dangereuses. Quelques-unes atteintes en même temps de maladies syphilitiques primitives ou secondaires étaient envoyées à Saint-Lazare. Sur ces dernières, nous avons souvent tenté de guérir ces ulcérations chroniques des parties génitales, tantôt à leur début, d'autres fois lorsqu'elles sont anciennes. Nous y sommes parvenus complètement sur les unes; nous avons sensiblement amélioré la position des autres; mais il en est un petit nombre qui ont paru entièrement réfractaires à tous les moyens qu'on leur a opposés.

En publiant nos observations, nous nous proposons de démontrer que beaucoup de ces chancres peuvent être guéris par des remèdes appropriés; et que s'ils paraissent très difficiles à modifier, ils guérissent cependant souvent par des médications variées, des pansemens ou des applications de caustiques divers; l'instrument tranchant n'est pas non plus lui-même une ressource inutile dans ces ulcérations.

Tout chancre qui persiste, après six semaines à deux mois de traitement, qui, au lieu de guérir, prend un mauvais aspect, se couvre de fongosités malgré les cautérisations, dont la surface devient irrégulière, les bords étant tuméfiés, durs et comme infiltrés, peut être considéré comme *un chancre chronique* ou ulcération chronique; si surtout le gonflement et la dureté s'étendent aux parties voisines, les grandes lèvres ou les nymphes; si enfin l'orifice de l'urètre participe de cet état. Dans ces dernières circonstances, on doit craindre que ce chancre chronique ne soit rebelle à plus d'un moyen et qu'il n'offre pour sa guérison aucune des ressources que l'on emploie contre les chancres simples.

Les chancres chroniques peuvent se manifester sur tous les points des parties génitales; et si c'est à la commissure postérieure des grandes lèvres que l'on rencontre ordinairement les chancres récens, c'est également à cette place que l'on observe, dans l'immense majorité des cas, les chancres chroniques.

---

fans que traite l'auteur de cette thèse; et il parvient bientôt à tirer ces tristes conséquences des nombreux exemples colligés par l'observation, à savoir : que la loi n'a pas pris assez de précautions sous le rapport de l'âge d'admission au travail dans les ateliers, et que cette faute a abandonné de nombreuses victimes à l'action destructive de l'industrie. Ainsi, il ressort même des imperfections de la loi la nécessité de la surveillance médicale; car plus les influences funestes peuvent prendre de l'empire, ou, en d'autres termes, plus le mal est menaçant, plus l'active intervention de l'homme de l'art devient nécessaire. Puis il ne s'agit pas seulement de soustraire pendant quelques heures l'enfant débile aux influences mauvaises de la manufacture ou de l'atelier, il faut surtout modifier ou neutraliser, si on peut y parvenir, ces causes délétères. Et on n'obtient pas ces résultats, souvent impossibles et presque toujours difficiles, sans posséder des connaissances spéciales, sans être chimiste, pharmacien ou médecin. Il existe d'ailleurs des antécédens sur lesquels le pouvoir aurait pu se diriger pour donner à la loi toute l'efficacité qu'elle doit avoir dans l'application. Nous ne sommes pas en effet les premiers qui ayons songé à nous occuper du sort des enfans qui travaillent dans les manufactures. En Angleterre, où cependant la population ouvrière est infiniment plus malheureuse que dans notre pays, les inspections sont organisées de manière à présenter des garanties suffisantes, sinon complètes. Ainsi, une commission composée de quinze membres compte cinq médecins dans son sein, ce qui n'est pas assez peut-être, mais ce qui donne à cette réunion de fonctionnaires cette justesse d'appréciation à laquelle tient si étroitement l'amélioration physique et morale des jeunes travailleurs.

Certainement l'intervention des médecins dans l'inspection des manufactures n'a pas besoin d'être démontrée. Il y a des vérités qui se prouvent à la manière des axiômes, c'est-à-dire sans se donner la peine de les mettre en discussion. Mais quant à celle-ci, si on en reconnaît l'évidence en théorie, on semble ne pas vouloir la réaliser dans la pratique. Il n'est donc pas de trop, il est même important de revenir sur ce sujet toutes les fois qu'on en trouve l'occasion. Bien que la nécessité de l'intervention médicale, dans une question qui lui appartient d'une manière si directe, n'ait besoin ni de preuves ni de faits, il ne faut pas négliger d'appeler l'attention sur les plus concluans et les plus curieux. C'est le moyen de rallier toutes les convictions. Voici un fait qui est connu depuis près d'une année et qu'on ne connaîtrait pas si un savant ne l'avait recueilli. C'était en Alsace. Deux manufactures voisines occupaient un assez bon nombre d'enfans. L'une les faisait travailler moins que l'autre; et cependant dans la première les enfans présentaient de moins bonnes conditions hygiéniques que dans la seconde. Ainsi la manufacture qui agissait le plus dans le sens de la loi, obtenait des résultats contraires à ceux qui auraient dû être la conséquence de cette conduite. D'où venait cela? les ateliers étaient-ils mal construits? le pays était-il insalubre? Sous ce rapport, il n'existait aucune condition défavorable. Voici la cause de cet effet si difficile à expliquer en apparence. Dans la manufacture où les enfans travaillaient peu et se portaient mal, chacun était libre aux heures de repas de prendre la nourriture qui lui convenait. Le salaire était donné sans retenue, et chaque ouvrier ou chaque enfant se composait son repas à sa convenance. Or, comme le jeu était un des amusemens ordinaires des heures de récréation, l'abondance et le choix de la nourriture dépendait de la position financière du joueur. De là une grande irrégularité dans l'alimentation, et de là aussi

Il y a un point sur lequel ils se développent bien fréquemment et qu'il est bon de noter, parce que les médecins peu familiarisés avec les examens des femmes, peuvent ne pas les apercevoir; ce sont ceux qui siégent à l'entrée du vagin, de chaque côté de l'urètre, dans le sillon formé en dehors de ce canal; cette observation a déjà été notée dans le courant de notre travail; ces chancres se trouvent alors cachés par les replis du vagin; et si la femme n'est pas examinée avec les soins que nous avons prescrits, au commencement de ce mémoire, ils échappent complètement à l'observateur, eussent-ils, comme on le voit fréquemment, 2 à 3 centim. de longueur. Suivant la rainure du canal de l'urètre, leur largeur se voit qu'après avoir déplissé complètement la muqueuse vaginale, autrement ils ont l'apparence d'une simple fissure. Lorsque les chancres chroniques occupent une grande lèvre, la cause en est presque toujours due à un abcès qui s'y est développé et ouvert spontanément. Ces chancres peuvent avoir une grande étendue et se terminer en fistules, soit dans la partie inférieure du vagin, soit dans le rectum. Il est impossible, dans ces cas, quelle que soit la méthode que l'on mette en usage, de guérir ces vastes ulcérations.

Dans le cas le plus simple des chancres chroniques, on ne note presque aucune différence d'aspect entre lui et l'ulcère vénérien ordinaire arrivé à une certaine période; seulement on apprend, en interrogeant la malade, que cet ulcère persiste depuis un temps plus long que celui qu'il aurait fallu pour le guérir, qu'il est indolent, caractère qu'il ne faut cependant pas regarder comme appartenant à cette maladie en particulier, puisque le chancre aigu qui occupe la muqueuse du vagin est souvent aussi exempt de douleurs. Toujours est-il que nous rencontrons des femmes qui portent aux parties génitales des chancres chroniques, multiples ou très étendus, de l'existence desquels elles ne se doutent nullement, aucune douleur ne se faisant sentir. Autour du chancre chronique, il existe rarement de l'inflammation; l'infiltration des tissus voisins est bien plus commune; la surface de l'ulcère est blafarde et souvent recouverte d'une sorte de couenne, assez dure, sous laquelle les tissus sont également indurés.

Il est assez rare que les ulcérations chroniques des parties génitales se développent chez des femmes qui n'ont jamais eu de maladies syphilitique, sur des femmes de belle constitution, quoique nous en donnions des exemples. Le plus ordinairement cette maladie se rencontre chez des femmes de 30 à 40 ans, d'une constitution faible, débile, chez des femmes décolorées et surtout épuisées par les excès auxquels elles se livrent.

Les grandes lèvres des personnes atteintes de cette maladie deviennent extrêmement tuméfiées, hypertrophiées et très souvent œdémateuses; elles sont quelquefois le siége de tubercules durs, variant entre le volume d'un pois et celui d'une noisette; et qui verrait cette maladie pour la première fois la prendrait pour une affection ressemblant à l'éléphantiasis des Grecs (ainsi que l'a fait M. Desruelles, interne des hôpitaux, dans un article publié dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, année 1844, sous le nom d'*hypertrophie particulière de la vulve*). Ces parties sont plutôt blafardes que colorées; en les incisant ou les piquant, il n'en sort ordinairement qu'un liquide séreux incolore ou roussâtre. Le volume de ces grandes lèvres peut devenir tel qu'on les voit acquérir plus que la grosseur du poing. Nous avons remarqué que la lèvre droite était bien plus souvent le siége de cette tuméfaction que la gauche. Les petites lèvres et le clytoris participent de cette dégénérescence; les nymphes dépassant les premières prennent quelquefois un volume encore plus considérable; elles rejettent en dehors les grandes lèvres, de manière que l'orifice du vagin reste continuellement à découvert. Nous avons vu le clytoris prendre, à son extrémité, le volume d'une grosse cerise; cet organe tout infiltré avait une forme polygonale irrégulière, il était couvert de tubercules végétans. Maintenant, si on écarte ces parties ainsi dégénérées, comment décrire les innombrables et anfractueuses ulcérations que présente le vagin. Très irréguliers dans leurs formes, ces chancres s'enfoncent plus on moins profondément sous la muqueuse et se terminent en fistules qui pénètrent, comme nous l'avons déjà fait observer, dans le rectum à 2 ou 4 centimètres au-dessus du sphincter interne, ou s'ouvrent au périnée ou autour des parties environnantes. Ces ulcères à contours anguleux, à bords durs, tuméfiés, sont recouverts d'un pus sanieux ordinairement peu abondant qui, lorsqu'il est enlevé, laisse à découvert une surface d'un aspect livide ou brunâtre, très peu douloureuse, ainsi que nous l'avons noté. Au moment où nous faisons cette description, nous avons sous nos yeux une jeune fille qui paraît être d'une belle constitution; elle porte un seul de ces ulcères qui, après avoir détruit une partie de la muqueuse de la commissure postérieure de la vulve, s'est étendu au-dessous de cette muqueuse, en dédoublant et intéressant le périnée; cet ulcère forme une large ouverture de 5 cent. de profondeur qui communique avec le rectum aussi ulcéré; c'est un cul-de-sac placé entre le rectum et le vagin.

Le méat urinaire participe souvent de l'ulcération et de l'état général des parties; il se tuméfie et s'infiltre, puis l'ulcération s'empare de sa paroi inférieure, de sorte que nous ne saurions dire combien de fois nous avons vu la paroi vaginale de l'urètre détruite dans presque toute son étendue; l'urine qui s'écoule librement dans le vagin ne fait qu'ajouter à l'horreur de cette affreuse maladie.

Lorsque cette affection persiste depuis un certain temps, on ne tarde pas à s'apercevoir que la constitution de ces femmes se ressent de la gravité d'un mal contre lequel tout remède devient alors ordinairement impuissant.

Nous avons vu, avons-nous dit, des femmes très jeunes, de la plus belle constitution, être affectées de ces ulcères. Nous avons en, dans nos salles, une fille de 20 ans qui n'avait été atteinte qu'une fois d'un chancre à la fosse naviculaire pour lequel elle était restée, il y a quatre ans, six semaines en traitement et dont elle avait été parfaitement guérie. Cette jeune fille rentra, à Saint Lazare, à la fin de décembre de l'année suivante, pour un chancre occupant la même place. Mise immédiatement au traitement par les pilules de proto-iodure à la dose de 0,05, le chancre pansé de toutes les manières, cautérisé plusieurs fois avec le fer rougi à blanc, ne présenta, huit mois après l'invasion de cette maladie, aucune différence notable; et rien dans la cautérisation de cette fille ne put rendre compte de la persistance de son mal. Cette jeune personne remarquable par sa fraîcheur, par son embonpoint, était une fille qui n'appartenait pas à la dernière classe des femmes; elle était de celles qui se tiennent avec la plus grande propreté et qui usent de soins hygiéniques qui sembleraient devoir préserver d'une pareille maladie. Nous eûmes plus tard l'explication de la ténacité de la maladie que portait cette jeune fille. Revenue une troisième fois à Saint-Lazare, le chancre n'avait pas reparu; mais nous pûmes constater une phthisie pulmonaire à laquelle elle succomba deux mois après son entrée dans nos salles.

---

des effets qui devaient imprimer des traces sur l'économie. Dans l'autre manufacture, au contraire, où les enfans avaient un surcroît de travail, on pourvoyait à la nourriture au moyen d'une retenue faite sur le salaire. Il est inutile de dire que par ce système on parvenait à fournir une alimentation saine et suffisante, et que l'état sanitaire des jeunes ouvriers devait s'en trouver parfaitement. Rien de plus naturel, de plus simple que de faire ce rapprochement, et d'en déduire que la différence dans les conditions de santé tenait directement à la différence dans les deux systèmes d'alimentation. Mais, ce qui est très facile pour un médecin ou un savant, ne l'est pas pour un fonctionnaire qui a l'avantage de posséder seulement la connaissance des affaires et des choses du monde. Et je crois fermement que si M. Boussingault, qui est l'auteur de si importantes recherches sur le rôle de l'aliment, n'avait pas été lui-même sur les lieux et n'avait pas trouvé l'explication du fait, aucune commission non médicale n'aurait pu résoudre une semblable difficulté.

Pour les esprits peu réfléchis, la question du travail des enfans des manufactures ne mérite pas, peut-être, l'importance qu'on lui donne depuis quelque temps. C'est le résultat d'une manie de l'époque, de cette manie qui pousse à la philantropie, même jusqu'à celle des hommes qui méritent le moins les bienfaits de l'État, c'est-à-dire les criminels. Mais on se tromperait si on ne jugeait plus sérieusement la surveillance ou plutôt la sollicitude paternelle que l'État doit à ces nombreuses masses d'enfans qui peuplent les ateliers. Le chiffre en est énorme; il atteint 70,000. Cette pépinière nous fournira, dans quelques années, des soldats pour nos armées et de nouvelles générations de travailleurs pour nos villes manufacturières. Ainsi, c'est la population elle-même qu'il s'agit de protéger dans son développement physiologique; c'est la race alerte, vive et courageuse du Midi, c'est la race forte et patiente du Nord qu'il s'agit de soustraire à un abâtardissement qui a déjà produit des résultats si funestes. Marcher dans cette direction, c'est donc travailler pour le bien-être et pour la moralité de la portion la plus nombreuse et la mieux méritante de notre population, c'est augmenter les conditions de prospérité du pays.

ED. C.

— M. Pelletan, ancien professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris, vient de mourir à Bruxelles. On a rendu à notre célèbre confrère les honneurs que méritaient son grand talent et son esprit distingué. MM. Jobart et Talma ont rappelé en très bons termes les principaux traits de la carrière scientifique et professorale de M. Pelletan. Ce n'est pas sans émotion que nous avons lu ces témoignages de haute justice et d'affection accordés à la mémoire d'un des nôtres sur la terre étrangère. C'est une haute et touchante hospitalité.

— DES CHANGEMENS DANS LE CLIMAT DE LA FRANCE, HISTOIRE DE SES RÉVOLUTIONS MÉTÉOROLOGIQUES; par le docteur FUSTER.—1845. Prix: 8 f.
Paris, chez Capelle, libraire-éditeur, 10, rue des Grès-Sorbonne.

. Nous n'avons pas remarqué que cette maladie guérisse en proportion beaucoup plus rapidement chez des jeunes jeunes filles bien constituées, que chez des femmes ayant atteint un certain âge. La première que l'un de nous, M. Boys de Loury, a tenté de guérir, était une femme de 40 ans, portant un chancre chronique qui occupait le pourtour de l'urètre, dont la muqueuse formait, autour de ce canal, une tumeur ulcérée de 3 cent. de diamètre qui existait depuis quatre à cinq ans, et qu'on ne tentait plus de traiter. Ayant entrepris de faire disparaître cette maladie, cette femme sortit complètement guérie de Saint-Lazare, après deux mois de traitement; et depuis nombre d'années ses chancres chroniques n'ont pas reparu. Nous verrons bientôt que nous n'avons pas toujours eu des succès aussi rapides et surtout aussi stables.

Nous avons observé plusieurs fois qu'après des maladies graves survenant pendant le traitement des ulcérations chroniques, celles-ci se trouvaient guéries complètement. En 1833, l'un de nous, M. Boys de Loury, eut l'occasion d'observer le fait suivant.

Obs. I.— La nommée Lefort entre le 17 septembre à St-Lazare, après être restée longtemps dans un autre hôpital. Elle porte, aux parties génitales, des ulcérations chroniques avec des trajets fistuleux qui ont été traités à plusieurs reprises, et qui ne se sont jamais cicatrisées entièrement. A l'examen des ulcérations, on remarque qu'elles sont profondes et d'une grande étendue, les bords en sont durs et tuméfiés; elles sont traitées infructueusement pendant plus d'un mois. Vers cette époque, cette femme est prise d'un érysipèle de la face très intense, avec fièvre, vomissemens et délire. Il se développe, à la fin de cette maladie, deux abcès très considérables de chaque côté de la mâchoire; il sort, par l'ouverture que l'on pratique, une grande quantité de pus; la suppuration dure près d'un mois. Lorsqu'après ces accidens, il fut permis d'examiner les parties génitales de cette femme, on trouva les chancres chroniques presque cicatrisés. Lefort sortit de l'hôpital, parfaitement guérie. Cette femme n'est jamais revenue depuis à St-Lazare.

Ce fait, pris au milieu d'un grand nombre d'autres, et mis en parallèle avec des observations d'un autre genre et dont l'issue devait nous frapper, que des femmes portant depuis longtemps des chancres chroniques étaient fréquemment atteintes de maladies graves, pendant le traitement qu'on leur faisait subir pour les guérir, et qu'elles y succombaient généralement, a dû nous faire supposer qu'il pouvait être quelquefois dangereux de chercher à remédier à cette maladie. En effet, nous avons vu mourir plusieurs de ces femmes, à la suite de cancers de l'utérus ou des ovaires; d'autres ont succombé très promptement à une phthisie qui semblait commençante à leur entrée à l'hôpital, et toutes portaient des ulcérations chroniques des parties génitales.

Obs. II.— La nommée Moret, âgée de 31 ans, d'une constitution molle, lymphatique, vient à St-Lazare, dans l'été de 1839, pour un chancre qui occupait le pénil. Ce chancre, qui paraissait n'avoir aucun caractère particulier, lors de l'arrivée de cette femme à l'hôpital, s'agrandit beaucoup, devint phagédénique, et il se développa à l'entour une vive inflammation. Sa surface se couvrit bientôt de gangrène, que nous ne pûmes arrêter qu'en cautérisant, avec le fer incandescent, dans une étendue de plus de 40 millimètres. La cautérisation opéra efficacement, et la malade guérit d'une affection dont le début était fort grave. Cette femme revint à St-Lazare le 8 décembre 1840; les parties génitales avaient acquis un énorme volume; les nymphes hypertrophiées étaient dures, comme squirrheuses; les grandes lèvres participaient du même état; il y avait, à l'entrée du vagin, de larges et profondes ulcérations d'un rouge livide, à bords durs et inégaux. Avant de nous décider à agir localement sur les chancres de cette femme, qui était entrée à l'hôpital dans l'espoir d'une guérison, nous lui fîmes subir un traitement antisyphilitique avec les pilules de Sédillot et la tisane de Feltz; la malade fut cautérisée plusieurs fois avec le nitrate acide de mercure. Au commencement de janvier, Moret se plaint de malaise; elle éprouve quelques frissons, des nausées, des vomissemens, de la fièvre. On suspend le traitement. Peu de jours après, un furoncle se développe sur le métacarpe de la main gauche; nous remarquons en même temps, sur l'avant-bras, du même côté, des traînées rougeâtres qui se dessinent sur la peau. Nous appliquons alors une trentaine de sangsues sur l'avant-bras du même côté et nous insistons sur les fomentations émollientes et les boissons délayantes. L'angioleucite, au bout de quelques jours, cède, mais il se développe un érysipèle phlegmoneux de l'avant-bras et de la face dorsale de la main, en même temps que la lèvre supérieure se gangrène. La malade succombe.

A l'autopsie, nous trouvons les deux ovaires carcinomateux (matière encéphaloïde), et sur l'un d'eux, le gauche, un kyste adhérait avec le colon; autour de cette adhérence, péritonite partielle.

Après cette autopsie et celles d'autres femmes affectées de chancres chroniques qui ont succombé, comme nous l'avons dit, à la suite de maladies graves, nous nous sommes demandés si ces ulcères chroniques n'étaient pas, pour ces femmes, ce que sont certaines fistules anales, émonctoires, auxquelles il ne faut pas toucher, et que la nature a placées comme correctifs de maladies mortelles. Plusieurs faits de ce genre, qui se sont présentés à notre observation, nous avaient fait adopter cette opinion. Elle ne peut cependant pas être tout à fait exclusive; nous avons vu des femmes portant, depuis longues années, des ulcérations chroniques des parties génitales, entrer pâles, émaciées et souffrantes à l'hôpital, et en sortir dans un état des plus satisfaisans, qui s'est toujours soutenu depuis. Mais nous pensons que, dans certains cas, avant de traiter ces ulcérations, il est nécessaire d'interroger, les uns après les autres, tous les organes, et, pour peu qu'on ait quelque doute, il vaut mieux s'abstenir de tout traitement qui peut hâter la mort de la malade.

En résumé, cette maladie est grave chaque fois qu'elle occupe une grande surface des parties génitales; grave, d'une part, parce qu'il ne reste aucun espoir de guérison chez quelques femmes; grave encore, parce que lorsqu'une affection aiguë d'une certaine intensité s'empare de ces malades, il est bien rare qu'elles n'y succombent pas. Quant aux ulcères bornés à l'entour du méat urinaire et à la fosse naviculaire, lorsqu'il n'existe qu'une ou deux ulcérations, il nous reste l'espoir de les guérir, et nous en possédons un assez grand nombre d'exemples.

Nous ne terminerons pas cet article sans faire remarquer que ces ulcères, une fois guéris, quelle que soit la méthode que l'on ait employée, la place qu'ils occupaient est fortement déprimée, la muqueuse reste dure et sans villosités; elle semble être un intermédiaire entre le tissu muqueux et celui de la peau.

Cette maladie, que nous avons pendant longtemps considérée comme appartenant au virus syphilitique, semble cependant ne pas être complètement sous sa dépendance. Nous avons, chez toutes ces malades, débuté par le traitement antisyphilitique le mieux entendu, soit avec les pilules de proto-iodure de mercure, les pilules de Sédillot, soit l'iodure de potassium porté même jusqu'au *délire iodique*, sans jamais obtenir, dans aucun cas, une amélioration sensible. Mais nous n'en dirons pas de même du traitement local que nous faisons subir à nos malades, et qui, selon nous, est celui qui a le plus d'action contre ces ulcérations chroniques. C'est ainsi que nous commençons par les pansemens avec le cérat mercuriel, puis avec le miel proto-iodure; et si, au bout d'un certain temps, malgré des cautérisations faites avec le nitrate acide de mercure ou la pâte de Vienne, alors que nous ne connaissions pas le caustique Filhos, nous n'obtenons aucune amélioration, nous avons recours aux pansemens avec la poudre de calomel, qui nous réussit quelquefois. Nous ferons observer que les pansemens doivent être fréquemment renouvelés et faits matin et soir.

Nous avons aussi employé le caustique de *Canquoin*, que nous laissions à demeure pendant vingt-quatre heures. Cette cautérisation changeait la nature de l'ulcère et apportait un état inflammatoire dont nous avons obtenu quelques heureux effets. Cette idée nous conduisit à appliquer le fer rougi à blanc. Pendant plus d'un an, nous avons employé cette méthode, que craignent beaucoup les malades, quoique cette application soit moins douloureuse qu'on ne pourrait le supposer. Mais nous donnons actuellement la préférence à la pâte de Vienne solidifiée, qui effraie beaucoup moins les malades, dont l'usage est bien plus sûr et plus commode, et qui produit des escarres aussi profondes que le fer rougé. Ce n'est donc, maintenant, qu'en désespoir de cause que nous nous servons du cautère actuel; car, malgré la modification profonde qu'il apporte dans les tissus et l'afflux inflammatoire qu'il détermine, nous n'avons pas été encouragés par un assez grand nombre de succès pour conseiller cette méthode d'une manière exclusive.

Le mode de traitement que nous préférons donc, et par lequel nous avons obtenu les meilleurs résultats, est celui qui consiste à cautériser, une fois ou deux fois, au plus, chaque semaine, la surface malade, avec le caustique de Vienne solidifié, de manière à produire une escarre profonde et à panser avec l'opium brut bouilli. (Bouillie d'opium.)

Il est fort difficile de déterminer le temps pendant lequel une malade doit être soumise à la cautérisation pour obtenir une guérison complète. Prévenu d'avance de la ténacité de cette maladie, il ne faut pas se décourager, mais cautériser pendant longtemps. Nous venons de revoir une femme sortie guérie, il y a plus de deux ans, de notre service; elle fut traitée par les caustiques pendant près d'un an; le chancre occupait la fosse naviculaire, dont la muqueuse est transformée en tissu inodulaire; rien ne fait craindre, chez cette malade, les complications dont nous avons parlé.

Lorsqu'il n'y a qu'une seule ulcération, que la constitution de la malade ne paraît pas détériorée, nous excisons presque toujours avec succès, au moyen de ciseaux courbes, le tissu morbide, qui a acquis une consistance cassante, et qui s'enlève par lamelles dures, desséchées, superposées les unes aux autres, sans être unies ensemble. Au dessous de ces couches morbides, ces parties se trouvent liées au tissu sain par un tissu cellulaire condensé dans lequel rampent de rares vaisseaux, il a acquis l'apparence aponévrotique et ressemble tout à fait à une membrane kystique. Lorsque l'ulcère est assez bien limité pour que l'on puisse enlever ainsi toute sa surface jusqu'à cette couche dont nous venons de parler, la guérison est

certaine et nous continuons à enflammer cette membrane en la touchant de temps en temps avec le nitrate d'argent, ou bien en la pansant avec le digestif simple ou animé.

Lorsque deux ulcères sont placés l'un près de l'autee, et sont séparés seulement par un lambeau de muqueuse à l'état sain, nous excisons alors la surface intermédiaire, de manière à ne faire qu'une seule et même plaie. Dans tous les cas où la maladie a fait de grands ravages, nous nous contentons d'enlever avec des ciseaux les parties les plus hyperteophiées ou les plus chargées d'ulcérations chroniques; nous excisons souvent la paroi antérieure ou interne de ces ulcères, sous laquelle le pus s'amasse, et qui pourrait donner lieu à des fistules. Ces excisions ou ces opérations partielles rendent aux parties génitales un peu de leur apparence normale, elles servent surtout à dégorger les parties environnantes, et les malades ne font toujours que gagner à cette sorte d'opération. Nous avons teaité des malades chez lesquelles tout a été essayé, sans obtenir la moindre amélioration; et si quelques femmes ont fini par guérir, après quinze ou dix-huit mois de traitemens variés, c'est plutôt aux efforts de la nature qu'il faut attribuer la cicatrisation de leur ulcère qu'aux effets des médications qu'on leur a opposées.

Nous avons aussi tenté de guérir ces fistules, suite d'abcès. Nous excisons dans ce but les callosités que présentent leurs bords, et excitons ensuite les surfaces nouvelles au moyen des caustiques irritans; mais nos efforts n'ont jamais été couronnés de succès.

Ainsi donc, quant à penser à guérir pour toujours ces malades ou à les débarrasser des fistules qu'elles portent, notee opinion est que c'est impraticable et même dangereux dans quelques cas.

1° ULCÉRATION CHRONIQUE DES PARTIES GÉNITALES TRAITÉE DE DIVERSES MANIÈRES PENDANT QUINZE MOIS ET DEMI; GUÉRISON COMPLÈTE.

Obs. III. — Scobier (Marie), âgée de 26 ans, d'une constitution lymphatique, entee à St-Lazare le 11 février 1841. Cette femme arrive de la campagne, elle porte à la fosse naviculaire une ulcération chronique de 2 centimètres de diamètre, de couleur rouge-brunâtre, à bords durs et tuméfiés, extrêmement peu douloureuse; la malade ne sait pas préciser l'époque à laquelle remonte l'origine de cette affection. Nous cautérisons ce chancre un très grand nombre de fois avec la pâte de Vienne, sans obtenir la moindre amélioration, et nous pansons successivement avec l'onguent mercuriel, le miel proto-iodure, le calomel préparé à la vapeur.

Le 27 septembre, nous cessons la cautérisation au moyen de la pâte de Vienne, et nous essayons la cautérisation au fer rouge; sous son influence, la surface de la plaie se boursouffle, mais nous ne voyons pas un mieux sensible.

Le 22 octobre, nous reprenons le caustique de Vienne en pâte, et nous pansons avec de la charpie sèche; il existe alors une abondante suppuration.

Le 26, nous employons comme topique l'iodure de mercure en pommade (8 grammes d'iodure de mercure pour 30 grammes d'axonge) jusqu'au mois de février 1842. A cette époque, la malade prend, dans 125 grammes de houblon, 1 gramme d'iodure de potassium. Huit jours après, il lui survient à la face une éruption d'acné que nous traitons par des lotions d'eau de son, des purgatifs et des bains.

Le 7 mars, nous cautérisons de nouveau avec la poudre de Vienne, et nous pansons avec l'opium brut bouilli.

Le 10 avril, nous constatons une amélioration sensible; le fond s'est élevé, les bords sont moins tuméfiés et se rapprochent; la surface ulcérée suppure beaucoup moins. Enfin, la cautérisation s'opère rapidement, nous dirons même presque tout à coup, et la malade sort entièrement guerie le 6 juin 1842.

La guérison s'est maintenue; nous avons eu l'occasion de revoir cette femme plusieurs mois après sa sortie : la fosse naviculaire était le siége d'une cicatrice blanche, très résistante.

2° CHANCRES CHRONIQUES; EXCISION D'UNE PORTION DE MUQUEUSE INDURÉE ET DE LA PETITE LÈVRE DROITE; AMÉLIORATION TRÈS MANIFESTE.

Obs. IV.— La nommée Rose (Louise), âgée de 26 ans, d'un tempérament lymphatique, entre à St-Lazare le 19 mai 1842. Cette femme, paralysée incomplètement de tout le côté gauche depuis dix ans, a eu deux enfans. L'affection dont elle est atteinte date d'une dernière couche qu'elle a faite il y a quatre ans. L'urètre présente une destruction à peu près complète dans sa partie inférieure, qui est représentée par une languette fongueuse de 2 centimètres de longueur. Elle porte en outee une hypertrophie comme squirrheuse de la petite lèvre droite, de plus, une ulcération chronique de 2 centimètres de diamètre, située à l'entrée du vagin, qui est d'un aspect livide; ses bords sont durs et irréguliers. Enfin, cette femme a des varices au pénil et à la partie supérieure de la cuisse gauche; et depuis quelques années la menstruation est très irrégulière; elle ne voit que tous les deux ou trois mois.

Cette malade n'a jamais subi de traitement, et comme l'affection nous paraît trop ancienne pour être heureusement modifiée par les topiques et les cautérisations, nous pensons qu'il vaut mieux avoir recours de suite à l'excision; le 20 mai, nous excisons en effet la petite lèvre droite, qui est considérablement hypertrophiée; cette opération fut peu douloureuse et suivie d'une légère hémorrhagie; la cicatrisation était complete le 1er juin. A cette époque, nous excisons les bords de l'ulcération et une portion de muqueuse indurée qui s'étendait profondément dans le vagin. Nous pansons, les premiers jours, avec de la charpie, puis avec l'onguent digestif animé.

La malade sort le 8 août, la vulve était dans un état satisfaisant, eu égard à ce qu'elle offrait le jour de son enteée.

3° OBSERVATION DE CHANCRES CHRONIQUES TRAITÉS SANS SUCCÈS.

Obs. V. — La nommée Boivin, âgée de 38 ans, femme de la campagne, paraissant d'une bonne constitution, est entrée à Saint-Lazare, le 4 juin 1840, pour un bubon dans l'aine droite. Cet engorgement est extrêmement dur. Le traitement mercuriel, les sangsues, les frictions de pommade mercurielle, les cataplasmes enfin, parviennent très difficilement à arrêter la suppuration d'une partie de ce bubon qui fut ouvert successivement jusqu'à huit fois; cette femme reste à l'hôpital jusqu'au mois de novembre et sort parfaitement guérie.

Boivin rentre, le juin 1841, avec plusieurs chancres situés sur les grandes et les petites lèvres; il y en a un qui occupe la commissure postérieure de la vulve; ils ont tous l'apparence d'ulcérations chroniques. Nous faisons subir à la malade un traitement antisyphilitique par la liqueur de Van Swiéten, et nous pansons successivement avec le calomel et l'oxide rouge; nous employons la pâte de Vienne et le cautère actuel sans obtenir d'amélioration. Cette femme, depuis un mois, tousse beaucoup; la toux est plus fréquente la nuit que le jour. Les crachats n'offrent rien de particulier, la percussion est sonore partout, l'auscultation ne fait entendre que des râles muqueux. Enfin, quoique les symptômes de la phthisie pulmonaire soient négatifs, cette malade a presque toujours de la fièvre, elle est considérablement amaigrie. Nous croyons qu'il serait dangereux d'insister sur les traitemens pour obtenir la guérison; elle sort donc de Saint-Lazare dans le courant de mai dans l'état où elle était en y entrant. Cette femme qui devait retourner dans son pays et abandonner un état qui ne semblait, en aucune manière, fait pour elle, revient pourtant un mois après. Les grandes lèvres sont hypertrophiées, tuméfiées, dures; leur surface est couverte de tubercules de la grosseur d'un petit pois qui paraissent s'enfoncer dans leur tissu. Le côté interne des petites lèvres et l'orifice du vagin ne forment plus qu'une seule ulcération qui n'a plus de profondeur; car l'ulcère est à la même surface que le reste de la muqueuse; il est d'un gris jaunâtre, n'est plus saignant, mais lisse et sans granulation. Cette malade n'y ressent aucune douleur, mais de temps en temps elle éprouve des élancemens dans les grandes lèvres. L'état de la poitrine est le même, elle tousse toujours beaucoup, elle a de la fièvre et des sueurs tous les soirs; sa maigreur est encore plus marquée. Nous essayons, pendant quelque temps, les pansemens avec le coton cardé; ce pansement lui paraît d'abord fort douloureux, mais elle s'y habitue bientôt et trouve même qu'il adoucit les cuissons qu'elle ressentait. Nous avons encore donné, pendant quelques semaines, mais en vain, l'iodure de potassium que nous avons porté jusqu'à 4 grammes.

Boivin est rentrée de nouveau cette année après l'avoir perdue de vue depuis un an. L'affection qu'elle porte, au lieu d'avoir diminué sous l'influence des traitemens qu'elle a faits en ville, s'est propagée jusqu'à l'anus qui est devenu aussi le siége d'ulcérations chroniques; cette malade est complètement émaciée, les jambes sont infiltrées, elle a un dévoiement presque continuel. Après être restée plusieurs mois dans nos salles, sans obtenir aucune amélioration, nous lui accordons sa sortie, elle entre plusieurs mois après dans un autre service, elle succombe. A l'autopsie on trouve des tubercules disséminés dans les poumons, et des masses squirrheuses dans le petit bassin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'EMPLOI DES SONDES A COURTE COURBURE POUR L'EXPLORATION DU COL DE LA VESSIE ET DE LA PROSTATE; par M. le docteur LEROY-D'ÉTIOLLES.

Monsieur le Rédacteur,

Dans un mémoire très remarquable que M. Mercier vient de publier dans la Gaz. Méd., se teouve une note relative à la sonde à courbure courte et brusque, laquelle se termine par ces mots : *c'est encore un nouvel emprunt que m'a fait M. Leroy-d'Etiolles.* Vous avez désiré que j'attendisse pour relever cette expression peu obligeante l'accomplissement de la publication des mémoires de notre honorable confrère. Je me suis conformé à ce désir avec d'autant plus de facilité que, mettant à profit les conseils dont mes confrères ont bien voulu me gratifier, j'ai amorti l'ardeur guerroyante qu'avait développée en moi le besoin d'une légitime défense et lui ai fait succéder la placidité la plus parfaite. J'aurais donc laissé sans réponse la singulière accusation de plagiat de M. Mercier, de même que celles qu'il a jetées çà et là dans ses deux ouvrages, si je n'avais teouvé l'occasion ici de traiter une question scientifique, celle de *l'emploi des sondes à petites courbures comme moyen d'exploration et de cathétérisme.*

Il n'y a pas plus de vingt ans que l'on a généralement senti l'avantage d'avoir pour explorer la vessie des sondes dont la courbure fût plus courte que celle des algalies avec lesquelles on pratique le cathétérisme évacuateur.

La sonde dite recto-curviligne de M. le baron Heurteloup a marqué le premier pas dans cette voie; il avait pris pour base de la courbe de ses sondes le quart ou le cinquième d'un cercle ayant un pouce et

demi de rayon (voy. PRINCIPLES OF LITHOTRITY, pl. 4 et son explication). Cette courbe m'ayant paru trop longue pour permettre de tourner dans toutes les vessies et de porter le bec dans le bas-fond, je la rendis plus *courte*, plus *brusque*, et je posai ces deux conditions comme principe de toute sonde exploratrice; cette qualification des sondes était passée dans le langage médical, ainsi qu'on peut le voir par la citation suivante : « Dans le livre que M. Leroy-d'Etiolles a publié en 1836, il » avait décrit une sonde qu'il avait nommée à courbure courte et brusque.» (Mercier, RECHERCHES SUR LES MALADIES DES ORGANES URINAIRES ET GÉNITAUX, p. 367.) A la page 369 du même ouvrage, l'auteur se plaint qu'en parlant de cette forme de sonde, *je n'ai pas même daigné le citer*. Mais il oublie que la date de mon livre (1836) est antérieure à la publication de ses premiers travaux, et que, par conséquent, je puis lui adresser avec une légère variante, la réponse de l'agneau de la fable :

Comment l'aurais-je fait si vous n'étiez pas né?

M. Mercier dit que cette qualification *courte* et *brusque* donnée aux sondes exploratrices est insuffisante, puisque *chacun peut varier la courbure à sa volonté*. Il oublie encore qu'il a lui-même reproduit les formes et dimensions que j'avais données à mes sondes, 15 à 18 lignes au plus (34 à 35 millimètres) pour la longueur et le développement de la courbe, 45 degrés au moins pour l'inclinaison de l'angle (voir fig. 1re). A cette inclinaison et à cette courbe, M. Mercier a substitué sa *sonde coudée* (fig. 2e); il en avait parfaitement le droit; seulement il n'aurait pas dû ajouter que je m'appropriais sa sonde lorsqu'il ne faisait qu'exagérer la courbe de la mienne, laquelle n'était elle-même qu'une réduction des courbes antérieures. Examinons maintenant si ce savant confrère a eu raison, au point de vue chirurgical, d'opérer cette modification. Commençons par faire observer que la courbure de mes sondes, bien qu'elle ait 15 lignes de développement, n'a pas sur la partie droite, ou le corps de l'instrument, une élévation plus grande que celle de la sonde de M. Mercier, dont la longueur est seulement de 8 lignes (18 millim.), c'est ce que l'on peut voir par le rapprochement des fig. 1re et 3e; la rotation autour du col doit, par conséquent, pouvoir se faire également avec l'un et l'autre (v. fig. 4). Mais s'il y a parité entre les deux instrumens sous le rapport de l'exploration, il n'en est pas de même de l'introduction.



FIG. 1.



FIG. 3.



FIG. 2.

FIG. 4.



La portion courbe de l'urètre a, comme l'on sait, une longueur de 2 pouces environ (5 centim.). Lorsque la sonde avec laquelle on pratique le cathétérisme a une courbe d'une ouverture égale ou supérieure, le seul mouvement de bascule ou d'abaissement du pavillon suffit pour voir arriver dans la vessie le bec de l'instrument (v. fig. 5); mais si la courbure est moindre, il faudra, après avoir abaissé la main, afin d'engager le bec sous le ligament sous-pubien, imprimer une impulsion pour faire avancer la sonde dans une position voisine de l'horizontale. Plus la courbure est courte et plus sera long l'espace à parcourir dans cette position, le talon glissant à frottement sur la paroi antérieure (v. fig. 6). Si la courbe n'est pas trop brusque, la sonde se présente obliquement dans le canal, et les deux points sur lesquels a lieu la pression et le frottement sont assez éloignés pour permettre aux parois une certaine ondulation; mais si la sonde est *coudée à angle presque droit*, la portion courbe se présente presque transversalement, écartant d'avant en arrière de toute la longueur de la partie coudée, c'est-à-dire de huit lignes (18 millim.), les parois du canal, qui, dans cet endroit, n'ont que la moitié de ce diamètre. Lorsque la prostate n'est pas hypertrophiée, l'urètre supporte cette violence et laisse cheminer la sonde coudée; mais il n'en est plus de même quand la prostate est engorgée, que son tissu induré rend rigide toute la portion du canal qu'elle entoure; alors il devient impossible de faire pénétrer la sonde coudée à angle presque droit, et bien souvent les sondes à petite courbure plus ouverte ne peuvent elles-mêmes franchir. Voilà ce que j'ai reconnu cent fois, ce que chacun pourra vérifier, ce dont M. Mercier lui-même se convaincra lorsque les occasions d'appliquer se présenteront à lui en plus grand nombre.

FIG. 5.



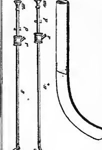
FIG. 6.



Les sondes crochues flexibles en gomme, sans mandrin, n'ont pas cet inconvénient des sondes rigides, coudées sous le même angle; j'en ai dit la raison dans la GAZ. MÉD. du 19 avril 1845, dans le numéro suivant, 26 avril. M. Mercier a revendiqué l'idée de ces sondes crochues sans mandrin, attendu que, dans un livre publié en 1844, il avait écrit : *quand on manque de sonde à* GRANDE *courbure naturelle, on peut y suppléer* PAR UN MANDRIN *très mince*. (RECHERCHES SUR UNE CAUSE, ETC., p. 189.) Notre savant confrère entend, comme l'on voit, d'une manière large et élastique le droit de réclamation.

Revenons à la sonde exploratrice, dont les sondes crochues flexibles nous ont éloigné un moment. Désespérant de démontrer qu'une sonde à courbure *courte* et *brusque* est une sonde à grande courbure, M. Mercier ne veut pas du moins que je m'en sois servi pour apprécier l'état du col de la vessie : « Cette sonde, dit-il, s'appliquait à la re» cherche des calculs, et *nullement* aux » maladies de la prostate. Personne avant » 1836 ne connaissait de M. Leroy-d'Etiol» les pour le diagnostic des tuméfactions » de la prostate que *la sonde à inclinai*» *son*. » Cette phrase serait d'une grande naïveté si elle ne cachait une malice; car elle contient le fait de l'exploration, tout en donnant une fausse idée des moyens mis en usage pour y parvenir. Qu'est-ce, en effet, que la sonde à inclinaison? Tout simplement une sonde *à petite courbure*, douée, *en outre*, d'un mouvement d'inclinaison de son extrémité sur sa tige ou son corps (v. les fig. 7, 8, 9, qui représentent l'instrument dans ses

FIG. 7 8 9



deux positions). Ce mouvement, que produit une articulation ginglymoïdale, voici comment j'ai été conduit à l'imaginer : il y a des vessies tellement resserrées latéralement par l'hypertrophie de leurs parois et par le prolongement de la prostate, que les sondes courbées à 18 millimètres d'élévation seulement sur la partie droite ne peuvent elles-mêmes exécuter le mouvement de rotation autour du col; c'est dans de telles vessies que j'emploie l'inclinaison, sans avoir besoin de bonger la sonde; son extrémité coudée à angle droit plonge dans le bas-fond pour y découvrir des pierres qui auraient échappé à tout autre mode d'exploration, ou bien, ramenée contre la partie inférieure du col, elle peut faire apprécier les déformations et les saillies produites par le pli, le bourrelet, le lobe pathologiques de la prostate : lobe, bourrelet, pli, trois degrés divers d'une même altération dans lesquels, depuis quelques années, on vent absolument voir une valvule que l'on a nommée, les uns pylorique, les autres urétro-vésicale, etc.

Les vessies dans lesquelles la sonde à petite courbure ne peut pas exécuter le mouvement de rotation complet ou *le tour de clé*, si l'on peut ainsi dire, sont loin d'être les plus nombreuses; dans la majorité des cas, cette sonde conserve donc, pour l'exploration, la forme naturelle, c'est-à-dire celle qu'elle avait au moment de l'introduction; par conséquent M. Mercier, en présentant, pour le besoin de sa cause, l'exception comme la règle, s'est donné à peu de frais l'apparence d'une argumentation victorieuse.

En réalité, avec la sonde *à inclinaison*, l'on peut acquérir toutes les notions que donne la sonde *coudée*, et, de plus, elle en procure que celle-ci ne peut fournir. Je ne prétends pas dire pour cela qu'il soit indispensable de posséder une telle sonde; mais j'affirme que, dans les circonstances précédemment indiquées, les plus grands chirurgiens explorant la vessie avec les algalies simples se trouveraient dans un état d'infériorité vis-à-vis d'un homme moins habile peut-être qui serait muni de la sonde à inclinaison. La possession de cette multiplicité des moyens applicables à toutes les éventualités est l'une des causes qui assurent au chirurgien spécialiste la supériorité sur l'encyclopédiste, dont l'arsenal est nécessairement moins complet, sans parler de l'habitude de l'application. C'est un perfectionnement de l'outillage que nous devons les merveilles de l'industrie dont nous sommes témoins. Or, tout en protestant contre une comparaison blessante pour notre belle science, contre toute interprétation malveillante de mes paroles, je soutiendrai que l'outillage est, pour le chirurgien, une condition essentielle à laquelle il ne peut se soustraire sans se condamner sur beaucoup de points à l'infériorité. J'ai, dans mon recueil de mémoires à l'Académie des sciences, présenté des considérations relatives à l'influence de la mécanique sur les progrès de la chirurgie; je m'en réfère à ce que j'ai dit alors.

Puisque je me suis enfin décidé à rompre le silence vis-à vis de M. Mercier, je veux, si vous voulez me le permettre, Monsieur le rédacteur, solder encore un petit compte arriéré : il s'agit d'un instrument à double rotation pour mesurer le diamètre transversal des calculs vésicaux et des tumeurs du col de la vessie (v. fig. 10 et 11). M. Mercier, pensant que j'ai publié pour la première fois cette sonde en 1840, dans un EXPOSÉ DE MES TITRES SCIENTIFIQUES, réclame la priorité de l'invention. « Cette sonde, dit-il, » a une ressemblance presque parfaite avec un instru» ment que j'ai décrit dans une lettre *cachetée*, » adressée, le 20 juin 1836, à l'Académie des scien» ces, et dont, depuis ce temps, je n'ai fait mystère à » personne. » Cette sonde à double rotation, qui n'est autre que mon lithomètre, est déposée depuis quinze ans dans le musée instrumental de la Faculté de médecine; elle est décrite et *figurée* dans le JOURNAL GÉNÉRAL DE MÉDECINE de 1829; décrite dans mon TRAITÉ DE LITHOTRIPSIE de 1836, p. 43 et 57. M. Mercier peut donc laisser sommeiller son idée dans sa lettre cachetée. *Requiescat in pace.*

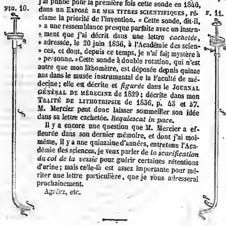


FIG. 10. F. 11.

Il y a encore une question que M. Mercier a effleurée dans son dernier mémoire, et dont j'ai moi-même, il y a une quinzaine d'années, entretenu l'Académie des sciences, je veux parler de *la scarification du col de la vessie* pour guérir certaines rétentions d'urine; mais celle-ci est assez importante pour mériter une note particulière, que je vous adresserai prochainement.

Agréez, etc.

OBSERVATION D'OTITE PROFONDE, recueillie dans le service de M. le professeur MICHEL LÉVY par M. CHAMPENOIS, chirurgien-élève.

HUIT MOIS DE DATE; ÉCOULEMENT DE PUS PAR LA BOUCHE; ABCÈS MASTOÏDIEN; ACCIDENT DE MÉNINGITE; MORT AU BOUT DE DIX JOURS; FISTULE DE L'APOPHYSE MASTOÏDE GAUCHE; PHLÉBITE ADHÉSIVE DU SINUS PÉTREUX INFÉRIEUR CORRESPONDANT; INJECTION DES MÉNINGES; RAMOLLISSEMENT PULPEUX DU CERVELET, SURTOUT A GAUCHE.

OBS.—Cochet (Théod.), est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 26 juin 1845, accusant vers la tête des douleurs excessives, qui semblaient avoir pour point de départ la région auriculaire gauche. — Ce qui frappait au premier abord dans l'aspect du malade, c'était l'absorption profonde des facultés intellectuelles, contrastant singulièrement avec la mobilité extrême des traits et le jeu grimaçant de la physionomie. An devant de l'œil fixe et hagard, la paupière supérieure était agitée par un clignotement spasmodique incessant, surtout pendant la conversation. — La tête lui pesait *autant que la cathédrale*, pour nous servir de ses expressions. — Au front la main ressentait une chaleur âcre, mordicante, des plus intenses; des douleurs sourdes, partant des profondeurs de l'oreille gauche, s'irradiaient dans tout le côté correspondant de la tête; la peau était brûlante, le pouls fort et fréquent, les réponses lentes et laborieuses. Le conduit auditif externe était exempt de toute altération et libre de toute concrétion, les mouvemens masticatoires s'exécutaient sans douleurs.

Derrière l'oreille existait un abcès reposant sur l'apophyse mastoïde et donnant issue à un pus sanieux fétide. — Un stylet, introduit à travers l'orifice boursouflé calleux de son ouverture, alla heurter contre une portion d'os dénudée, un peu rugueuse, sans toutefois rencontrer de trajet fistuleux.

Un mois avant l'entrée à l'hôpital, cet abcès s'était développé dans l'espace de quatre à cinq jours, et une ponction avait donné issue à une quantité assez considérable de pus.

En interrogeant davantage les antécédens pathologiques du sujet, on apprit que, huit mois auparavant, par un temps froid et humide, il avait contracté une violente otite, caractérisée par des douleurs vives, des bourdonnemens, des tintemens dans l'oreille gauche. — Ces symptômes n'avaient pas tardé à s'accompagner d'un écoulement puriforme par le conduit auditif externe.

Cependant les douleurs allèrent en s'aggravant, jusqu'à ce qu'enfin, au bout d'une quinzaine de jours, du pus fut rejeté avec les produits de l'expectoration.— Elles perdirent alors peu à peu de leur intensité et continuèrent, sourdes et profondes, à tourmenter le malade d'une manière périodique.

Toutes ces circonstances commémoratives, jointes à la présence de l'abcès mastoïdien et aux accidens nouveaux développés du côté de la tête, firent admettre sans hésitation l'existence d'une otite profonde de vieille date, avec imminence de méningocéphalite; et l'abcès mastoïdien fut regardé comme symptomatique d'une suppuration profonde des cellules. Les douleurs vives ressenties dans la moitié gauche de la tête, la concentration stupide des facultés intellectuelles, n'étaient que le prélude d'une explosion cérébrale et le signal de la propagation de l'inflammation à la portion gauche des méninges.— Le danger était pressant, il fallait un traitement énergique pour le conjurer.

Du 27 au 30 juin trois saignées de 500 grammes furent pratiquées et n'apportèrent dans l'état du malade aucun amendement notable. Le pouls étant fort, le chiffre des pulsations s'élève à 120 par minute.

Le 30, il y eut du délire pendant la nuit; l'abcès mastoïdien ne fournissait plus qu'un léger suintement.

Du 30 juin au 3 juillet, 55 sangsues furent appliquées, en trois fois, sur la région temporale à l'apophyse mastoïde. Le pouls tomba à 96, la peau devint légèrement sudorale; la face était moins injectée, mais la pesanteur de tête persistait et les douleurs restaient tenaces.

Le 3 juillet, tout avait changé de face; le coma était profond, le pouls remonté à 110, le regard était fixe, hébété, les réponses difficiles et lentes.—Deux vésicatoires appliqués aux mollets et un troisième à la nuque le tirèrent un peu de cet état de somnolence. — L'huile de ricin qui avait été administrée à trois reprises à la dose de 25 et de 35 grammes fit enfin cesser la constipation qui durait depuis l'entrée du malade. Il eut deux selles en diarrhée.

Le 4, le purgatif fut continué (35 grammes) et provoqua plusieurs déjections alvines involontaires. — De la glace fut appliquée en permanence sur la tête.

Le 5 juillet, délire calme, somnolence, pouls fréquent : les questions restent sans réponses.

Le 7, délire continu, agitation, plaintes incessantes, urines et selles involontaires, faciès décoloré, abattu, coma profond, pouls petit, irrégulier, toujours fréquent; extrémités froides : mort dans l'après-midi.

NÉCROSCOPIE (54 heures après la mort); putréfaction avancée du sujet.

Les premières recherches furent dirigées du côté de la région mastoïdienne pour trouver la justification de la valeur symptomatologique accordée pendant la vie à l'abcès dont on avait constaté l'existence. Un trajet fistuleux, ouvert en arrière de l'apophyse mastoïde, faisait communiquer le foyer avec les cellules remplies d'un pus jaune verdâtre. L'oreille moyenne renfermait une matière noirâtre analogue à du pus dont la partie liquide aurait été résorbée et dont le résidu aurait été coloré par du sang en décomposition.

La muqueuse des parois de la caisse était tuméfiée, ramollie, facile à séparer de l'os. — Les osselets étaient intacts.

Du côté de l'encéphale, injection vive des méninges, surtout à gauche, dimi-

notion de consistance de la totalité du cerveau, épanchement de sérosité rougeâtre dans les ventricules : pas d'adhérences à la base.

La dure-mère, décollée avec soin, n'offrit rien de particulier tant qu'on ne fut pas arrivé à la face postérieure du rocher.

Dans ce point l'injection était plus tranchée ; le sang contenu dans le sinus pétreux inférieur correspondant était organisé en caillot ; à la portion de la dure-mère en rapport avec la gouttière occupée par le sinus adhérait une petite masse puriforme.

Le point de l'os en contact était dépoli, privé du vernis de tissu compacte qui le recouvre : le scalpel l'entamait facilement.

Le cervelet ramolli formait du côté gauche une espèce de pulpe homogène ; la désorganisation avait porté sur les deux substances. — Le foie ne présentait aucune trace d'abcès. — On trouva du pus épanché dans les grandes articulations. L'intestin était le siége d'une injection cadavérique.

De ces données nécroscopiques, quelle conclusion peut-on tirer ?

En faisant large part au travail de putréfaction qui s'était emparé du sujet, lors de l'autopsie, la présence du pus dans les cellules mastoïdiennes, le ramollissement du tissu osseux, l'absence de lame compacte dans le point où les aréoles qui creusent l'apophyse mastoïde se rapprochent le plus de la cavité cranienne, c'est-à-dire an niveau du sinus latéral, l'injection vive des méninges, surtout à gauche, l'état du sinus lui-même, devenu le siége d'une phlébite adhésive, l'existence de cette petite masse puriforme adhérente à ses parois, le ramollissement pulpeux du cervelet à gauche, comparé à la simple diminution de consistance du cerveau, que l'on peut regarder comme un effet de la putréfaction ; telles sont les altérations pathologiques qui méritent quelque confiance.

Quant au lien qui doit les rattacher aux phénomènes observés pendant la vie, les voici, suivant moi : L'inflammation, après être restée cantonnée dans les cellules mastoïdiennes, pendant un assez longtemps, a creusé à son produit, au pus, une issue au dehors à travers l'os lui-même. — De là l'abcès mastoïdien.

Cependant elle minait sourdement dans une autre direction, ramolissant le tissu osseux du côté de la cavité cranienne, dans le point le plus faible et touchait au sinus, — un pas encore et l'inflammation allait trouver dans les méninges un vaste champ ouvert au développement d'un nouveau cortége d'accidens. — L'hémicranie du côté gauche, l'intensité subite des douleurs, le délire signalèrent cette invasion. L'état des méninges rendait assez bien compte des accidens qui avaient terminé la scène. — L'irritation du nerf facial, si rapproché du centre principal des altérations, avait provoqué les contractions bizarres du masque facial.

Un autre point digne de remarque c'est le ramollissement pulpeux de l'hémisphère gauche du cervelet (que l'on ne pouvait évidemment rapporter à la putréfaction), comparé à la simple diminution de consistance du cerveau. — Cette différence porte à croire que le cervelet, plus rapproché du foyer de l'explosion inflammatoire dans la cavité cranienne, a reçu la première et la plus profonde atteinte, et que l'état de cet organe n'est pas le résultat d'une altération *post mortem*. — Une circonstance qui, selon moi, vient à l'appui de cette idée, c'est la difficulté qu'éprouvait le malade, et la lenteur qu'il mettait à coordonner ses idées, jointe à la lucidité de ses perceptions et à la netteté de ses réponses. Si l'état à peu près normal du cerveau rend compte de l'intelligence, les désordres du cervelet, chargé de la coordination des idées, peuvent avoir quelque valeur pour la physiologie pathologique du cas qui vient de nous occuper.

NOTE COMPLÉMENTAIRE SUR UNE NOUVELLE SONDE DESTINÉE A L'ALIMENTATION DES ALIÉNÉS; par M. LEURET.

(Voir le numéro précédent.)

Comme je désirerais que l'on pût se procurer, partout où l'on en aura besoin, des sondes destinées à l'alimentation des aliénés, je dois m'étendre, plus que je ne l'ai fait dans ma note précédente, sur la manière de les préparer. Mais, avant de passer outre, je dirai qu'ayant essayé comparativement les sondes confectionnées avec les tubes fibreux et celles qui sont formées par l'intestin tanné et assoupli, j'ai trouvé que ces dernières ne peuvent être d'aucun usage. L'immersion dans l'eau les gonfle un peu et en détache les membranes péritonéale et villeuse. Les sondes formées par la réunion des tubes fibreux ont seules les qualités désirables pour le but qu'il s'agit d'atteindre; or, à mon avis, elles ne laissent rien à désirer.

Les boyaudiers séparent avec beaucoup d'adresse les membranes des intestins : la membrane péritonéale, qu'ils appellent *filandre*, et la membrane villeuse, qu'ils appellent *raclure*, sont enlevées par eux très promptement et sans dommage pour les membranes musculaire et fibreuse qui forment alors un tube susceptible d'être et de rester insufflé. Pour fabriquer une sonde, il faut prendre au moins quatre et au plus huit ou dix de ces tubes fibreux et les introduire successivement les uns dans les autres. Cette introduction exige le plus grand soin, parce que l'on agit sur un tissu très facile à déchirer. L'important est d'empêcher que les tubes fibreux ne conservent la moindre tension; autrement, à l'endroit tordu, il se forme un cul-de-sac; si on introduit de l'air ou de l'eau dans le tube, on opère une rupture par laquelle s'épanche le fluide, et l'on a, non pas un tube, mais une succession de cellules. On remédie à la torsion des tubes fibreux en faisant couler de l'eau en dehors et en dedans de chacun d'eux, au fur et à mesure qu'on les introduit les uns dans les autres, pendant qu'on les tient suspendus horizontalement. Chaque tube, ayant environ la longueur d'un mètre, est mis dans l'eau pour qu'il reste parfaitement souple; on en prend un, à l'une des extrémités duquel on adapte un entonnoir, ou le tient suspendu et on y fait passer un courant d'eau. Cela fait, et le premier tube restant suspendu, on introduit dans sa cavité, à l'aide de l'entonnoir, un second tube que l'on fait glisser à l'aide d'un courant d'eau. Ce second tube mis en place est aussi maintenu ouvert par un entonnoir dans lequel on fait passer de l'eau, et ainsi successivement pour tous les autres tubes. Le dernier tube, une fois placé, on exprime de haut en bas pour faire couler toute l'eau qui pourrait rester la réunion de ces tubes, et après avoir placé une ligature en bas et préparé une ligature en haut, on insuffle de l'air à l'aide d'un siphon dans le dernier tube introduit. La distension de ce tube distend tous les tubes superposés, et il résulte de là une seule paroi formée de plusieurs couches. Par la dessiccation, ces couches se collent les unes aux autres et ne se séparent plus. En une journée, la dessiccation et l'accollement sont opérés. Alors on enlève les ligatures placées à chaque bout du tube, on fait sortir l'air qui s'y trouve et l'on procède au tannage.

Le tannage se fait en mettant le tube pendant vingt-quatre, trente ou trente-six heures, dans la décoction d'écorce de chêne; ensuite ce tube est lavé, bien essuyé ou incomplètement desséché, puis frotté avec un corps gras. J'ai essayé comparativement l'huile d'olives, la graisse de porc et la pommade au blanc de baleine; cette dernière m'a paru préférable aux autres. Quand le tube est bien imprégné des corps gras dont on l'a enduit, il faut le dégraisser avec l'eau de savon, puis le laisser sécher, et comme, en desséchant, il s'est un peu durci, on l'assouplit en le frottant entre les doigts.

Le tube terminé, il faut en faire une sonde ou plutôt un canal destiné à transmettre les alimens par l'une des narines jusque dans la partie inférieure de l'œsophage. On lui laisse une longueur de 50 à 60 centimètres, on le ferme en cul-de-sac à l'une de ses extrémités, et non loin de cette extrémité on pratique des ouvertures à peu près comme on fait pour les sondes œsophagiennes ordinaires; à l'extrémité opposée, on adapte un anneau d'un diamètre supérieur à celui de la narine. On voit tout de suite à quoi servent le cul-de-sac, les ouvertures latérales et l'anneau. A l'aide du cul-de-sac, la sonde peut être poussée en avant par un mandrin, l'anneau retient en dehors l'orifice de la sonde, orifice au moyen duquel l'aliment sera introduit; les ouvertures latérales donnent passage à l'aliment, qui se trouve ainsi porté près du cardia, ou même dans la cavité de l'estomac.

Maintenant il faut un conducteur à la sonde flexible et molle dont je viens d'indiquer la confection. Le canal à parcourir pour aller de l'ouverture des narines à l'estomac est horizontal le long du plancher des fosses nasales; en arrière de ce plancher, il se courbe et descend en arrière, puis il continue de descendre presque perpendiculairement jusqu'à l'estomac. L'endroit de la courbure est le point difficile à franchir, parce que là, tout près de l'œsophage dont il n'est séparé que par une mince cloison, se trouve le larynx. Or si la sonde ne suit pas rigoureusement sa route, si elle devie un peu ou qu'elle se porte en avant, au lieu de servir à alimenter le malade, elle lui donne la mort. Il faut donc une courbure à la sonde, ou plutôt au conducteur de la sonde, mais il faut que cette courbure reste en. baut du pharynx. Comment y parvenir? En faisant un conducteur composé de deux pièces : l'une fixe, qui s'arrête à l'endroit indiqué; l'autre mobile, passant à travers la première pour descendre jusqu'au bas de l'œsophage.

Je prends une sonde en métal, ouverte aux deux bouts, courbée à l'une de ses extrémités, et à l'autre munie d'un pavillon Le pavillon reste en dehors de la narine, la partie courbée est portée jusqu'à l'entrée supérieure du pharynx en passant, soit immédiatement au dessus du plancher des fosses nasales, soit entre le cornet inférieur et le cornet moyen. Dans cette sonde, je pousse un mandrin en baleine ; ce mandrin, en raison de sa flexibilité, s'accommode à la courbure de la sonde; il va au delà et descend verticalement dans l'œsophage, en s'appuyant contre la colonne vertébrale et évitant ainsi l'entrée du larynx.

Pour porter la sonde membraneuse et la laisser en place, que faire

donc? En revêtir la sonde métallique, qui la conduira jusqu'au haut du pharynx, puis pousser le mandrin de baleine, qui à son tour la poussera jusqu'où elle doit arriver. L'œsophage se contractant dessus et la tenant serrée, on pourra alors retirer et la sonde métallique et le mandrin qui glisseront dans l'intérieur de la sonde membraneuse. Cette sonde maintenue ouverte à l'entrée d'une narine permettra l'injection des alimens liquides et semi-liquides que l'on voudra faire parvenir jusque dans l'estomac. Le malade, convenablement maintenu, ne pourra pas s'y opposer. Il y a pourtant une résistance qu'il s'avisera peut-être de faire; ce sera de contracter les muscles du pharynx de manière à fermer l'entrée de l'œsophage; mais comme, en fermant l'entrée de l'œsophage, il empêche en même temps l'introduction de l'air dans les poumons, à la première inspiration qu'il fera, et il ne pourra pas s'empêcher d'en faire, les alimens descendront inévitablement par un seul et même effort instinctif et contre la volonté du malade.

Pour faciliter l'introduction de la sonde, il est nécessaire d'incliner la tête du malade vers la poitrine et de diriger cette sonde de telle manière qu'elle ne dévie ni à droite ni à gauche. On fera bien aussi de s'exercer sur le cadavre; c'est le seul moyen d'agir avec quelque sécurité quand il faut opérer sur le vivant.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 AOUT.

RÉSORPTION DE L'OS.

M. Flourens lit une Note sur la résorption de l'os, question dont il a fait l'objet d'une étude particulière et à l'examen de laquelle il vient de consacrer de nouvelles expériences. Dans des expériences précédentes il avait établi :

1° Que l'os croît en longueur par lames terminales et juxta-posées;

2° Qu'il croît en grosseur par lames externes et superposées;

3° Et que le canal médullaire croît ou s'agrandit par la résorption des lames intérieures, des lames anciennes de l'os. Il appelle encore une fois l'attention des physiologistes sur cette résorption intérieure de l'os que ses nouvelles expériences lui paraissent démontrer d'une manière complète.

On sait que Duhamel expliquait l'agrandissement du canal médullaire par l'extension de l'os, tandis que M. Flourens, en se fondant toutefois sur la même expérience, l'explique par la résorption de l'os.

Afin d'éviter les interprétations diverses auxquelles avaient pu donner lieu ses expériences précédentes, faites d'après celles de Duhamel, et qui consistaient à placer un anneau métallique autour d'un os, M. Flourens a procédé d'une manière différente. Au lieu d'un anneau qui presse, qui résiste et puisse rompre l'os, il a employé une très petite lame de métal de platine, de 4 millim. de long sur 2 de large, si mince qu'elle n'avait presque pas de poids, et qui, d'ailleurs, étant isolée, libre, ne pouvait offrir à l'os aucune résistance. Il a placé cette lame sous le périoste de tibias de jeunes chiens. Ce qui est arrivé à l'anneau arrive aussi à la lame. La lame est, comme l'anneau, successivement recouverte par le périoste, par des lames d'os de plus en plus nombreuses : on la trouve enfin dans le canal médullaire. Et pourtant, fait remarquer M. Flourens, la lame n'a point résisté, la lame n'a rien rompu. L'os qui, primitivement, était sous la lame, est maintenant sur la lame : c'est qu'un os ancien a disparu, et qu'il s'est formé un os nouveau. L'os qui existe aujourd'hui n'est pas celui qui existait quand on a mis la lame; il s'est formé depuis, et l'os qui existait alors n'est plus : il a été résorbé. La résorption de l'os est donc un fait démontré, un fait certain.

La conclusion que M. Flourens tire de ce fait, c'est qu'ainsi que l'avaient déjà avancé Buffon, Cuvier, Leibnitz, tout dans nos organes se renouvelle, change, s'écoule; et, considérée sous ce point de vue, la vie n'est que la mutation continuelle de la matière.

MONSTRE DIPLOGÉNÈSE ISCHIADELPHE.

M. Decerfz, médecin à La Châtre (Indre), communique un cas de monstruosité des plus rares et des plus singuliers qui vient de se produire dans un hameau de l'arrondissement de La Châtre. Il s'agit de la naissance d'un enfant monstre double, dont les deux corps incomplets sont joints par un ventre unique et commun. Voici en quels termes M. Decerfz rapporte ce phénomène :

Le 6 août 1845, la femme G... de Chassepain, commune de Mers (Indre), est accouchée de deux enfans jumeaux joints ensemble par le ventre, et qui présentent la plus bizarre comme la plus monstrueuse conformation. Les deux jumeaux nés à terme étaient renfermés dans les mêmes enveloppes. Il n'y avait qu'un seul placenta et qu'un seul cordon ombilical. Ce double enfant a d'abord été considéré comme appartenant au sexe masculin et baptisé sous les noms de Jean et de Pierre; mais comme il est évident qu'il est du sexe féminin, il a été convenu que les deux jumelles seraient inscrites sous les prénoms de Philomène et d'Hélène. Voici les dispositions principales que M. Decerfz a constatées.

Hélène et Philomène présentent deux corps placés sur un plan horizontal et bien distinct jusqu'à la base du thorax. Jonction de ces deux corps par un abdomen commun; un seul ombilic placé un peu sur le côté de la ligne médiane du ventre; un seul anus, situé à la partie la plus déclive des régions lombaires, recouvert de deux caroncules nymphoïdes, oblongues, et qui offre l'apparence d'une vulve. Ces caroncules soulevées, on voit distinctement deux ouvertures : l'une à droite, qui sert à la défécation; l'autre à gauche, qui remplace la vulve, donne issue aux urines qui s'échappent par un méat unique et distinct. Le ventre unique et commun qui unit les deux enfans est relativement plus volumineux que les autres parties.

Les deux têtes sont diamétralement opposées, très bien conformées. Elles ont toutes les deux les mêmes dimensions, les mêmes diamètres. Tous les organes, toutes les régions des deux corps présentent la plus parfaite régularité, la plus exacte corrélation jusqu'à la base de la poitrine; mais c'est là que tout devient anormal et que commence la monstruosité.

Chaque enfant a un cœur particulier dont les battemens sont sensibles au toucher et isochrônes à ceux du pouls; il a également des poumons dont les fonctions sont régulières et spéciales.

L'une des deux jumelles (Philomène) seule prend le sein; l'autre l'a constamment refusé, bien que la bouche et la langue soient bien conformées. Son alimentation consiste seulement dans quelques gouttes de lait que sa mère lui projette dans la bouche; et, ce qui est digne de remarque, c'est que précisément celle qui ne prend rien semble la plus vivace et paraît de la meilleure santé, et c'est la seule aussi qui pousse des vagissemens.

Sur la demande de l'auteur de cette communication, une commission composée de MM. Serre, I. Geoffroy-Saint-Hilaire et Velpeau est chargée d'examiner ce monstre et d'en faire l'objet d'un rapport à l'Académie.

PHÉNOMÈNES CADAVÉRIQUES.

M. Lesauvage (de Caen) adresse un mémoire dont l'objet est l'étude des phénomènes cadavériques.

Le fait qui se présente le plus constamment à l'ouverture d'un cadavre, et qui, sous ce rapport, paraît être tout à fait indépendant de l'espèce de maladie qui a terminé l'existence, celui qui est d'autant plus exprimé que le sujet était riche de sang et que sa mort a été prompte, est l'accumulation du sang dans les gros troncs veineux, les cavités droites du cœur, et par extension dans les veines du cou, de la tête, et jusque dans les sinus veineux de cette partie. M. Lesauvage explique ce fait, dont les physiologistes ont donné des interprétations très diverses, par l'activité vitale du système capillaire persistant après la mort générale qui produit le passage du sang artériel dans le système veineux. Mais cette action du système capillaire ne suffirait pas pour l'accomplir entièrement, et elle ne pourrait donner la raison de cette accumulation si considérable du sang dans les vaisseaux veineux de la poitrine, et surtout du reflux qui s'opère dans les veines du cou, de l'intérieur du crâne et jusque dans les sinus de la dure-mère. C'est par le refroidissement du corps que M. Lesauvage explique ces derniers phénomènes. Le refroidissement a lieu presque constamment des extrémités et de la circonférence vers le centre. A mesure qu'il s'opère, le tissu cellulaire et la peau surtout compriment les parties profondes, et l'ordre dans lequel ces actes se produisent indique suffisamment qu'il doit en résulter une concentration vers l'intérieur des liquides ainsi comprimés. Il faut, dit-il ensuite, ajouter à cette puissance la raideur cadavérique pour avoir la raison positive de cette accumulation vers les cavités splanchniques. Ainsi, suivant M. Lesauvage, les phénomènes cadavériques, et plus particulièrement l'accumulation du sang dans le système nerveux central, considérés par certains auteurs comme provenant des derniers actes de la vie, par quelques autres comme étant un résultat d'actions purement physiques, s'accomplissent tout à la fois par l'influence combinée des lois vitales et des lois physiques. C'est du centre aux extrémités que la puissance des premières va s'anéantissant; c'est de la circonférence au centre que les dernières étendent leur action, à laquelle succèdent, dans une période plus ou moins rapprochée, les phénomènes chimiques de la putréfaction.

— M. Bandelocque adresse deux notes dont l'une est relative à la possibilité de lier sur le cadavre les artères rénales sans blesser ni le diaphragme, ni le péritoine; la seconde, sur l'inutilité de l'entérotomie iliaque ou lombaire, dans le cas d'absence du rectum, chez l'enfant nouveau-né, prouvée par la position qu'affecte alors le colon descendant, et sur la possibilité d'attirer toujours cet intestin à la marge de l'anus, pour l'y fixer et l'y suturer, après avoir ouvert ou non la ligne blanche.

LIGATURE DES ARTÈRES RÉNALES.

Le rein gauche étant placé tout à fait au dessous de la base du cône que forme la poitrine, et le rein droit, au contraire, étant placé au dessus de la base de ce cône, ou doit, d'après M. Bandelocque, pour l'artère rénale gauche, commencer l'incision de la peau à partir d'une ligne tirée transversalement, de l'apophyse transverse de la dernière vertèbre dorsale à la dernière côte flottante. Pour l'artère rénale gauche, c'est au dessous de l'espace triangulaire que laisserait au dessus de lui le cercle formé par les côtes et continué par la ligne dont il vient d'être question, qu'il faut commencer l'incision de la peau, tandis que, pour l'artère rénale droite, il faut commencer cette incision à partir du sommet de cet espace triangulaire. Grâce à cette disposition et au choix de ce lien, M. Baudelocque a reconnu, dans des expériences sur des chiens, la possibilité de faire cette opération.

INUTILITÉ DE L'ENTÉROTOMIE ILIAQUE OU LOMBAIRE, ETC.

C'est pour n'avoir pas connu la position qu'affecte le colon descendant, dans le cas d'absence du rectum, chez l'enfant nouveau-né, que Litre a proposé d'inciser la région lombaire gauche et ce même intestin. M. Bandelocque rapporte l'histoire d'un cas d'absence de rectum chez un enfant nouveau-né, sur lequel il pratiqua l'entérotomie lombaire. L'enfant ayant succombé, l'autopsie lui démontra que la manière dont se termine le colon descendant dans ce cas, sa position,

relativement au détroit supérieur, et l'extensibilité extrême dont le mésentère est susceptible, devaient permettre aisément d'attirer cet intestin à la marge de l'anus, pour l'y suturer, apres avoir ouvert ou non la ligne blanche.

Voici en effet ce que M. Baudelocque constata à l'ouverture du cadavre :

Le colon descendant ayant été coupé transversalement et complètement, il y avait adhérence du bout supérieur du colon aux tégumens....; le bout inférieur du colon était libre et flottant dans l'abdomen; sa longueur était de 20 centim.; il se terminait par un col-de-sac très large qui se trouvait au niveau et un peu à droite de l'angle sacro-vertébral; il était fixé dans cette position par le mésentère, qui lui faisait décrire des circonvolutions.... En attirant le cul-de-sac du colon vers l'anus naturel, on voyait que ce cul-de-sac dépassait très facilement de 6 centim. l'ouverture de l'anus, sans distendre trop le mésentère. Donc, ajoute-t-il, la suture du colon, à l'ouverture de l'anus, serait très possible dans le même cas.

Voici le procédé qu'il propose de suivre en pareille circonstance :

L'absence du rectum étant constatée, il faudrait d'abord dilater l'anus naturel, par l'introduction d'un morceau d'éponge préparée, puis passer un spéculum de l'anus, long de 2 pouces et demi, et l'introduire jusqu'à l'angle sacro-vertébral, où l'on verrait le cul-de-sac ou colon descendant saisir ce cul-de-sac avec un ténaculum, et l'amener vers l'anus, auquel on le suturerait. Si ce procédé ne pouvait pas être exécuté, on inciserait immédiatement la ligne blanche, le cul-de-sac du colon paraîtra alors à la plaie; on le traverserait avec une aiguille munie d'un fil plat, dont on passerait les bouts dans les yeux d'une sonde de femme, puis on amènerait la sonde tenant le cul-de-sac du colon vers l'anus naturel, auquel on le suturerait, et l'on ferait la suture de la plaie du ventre.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR LA GIRAFE.

MM. JOLLY, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Toulouse et LAVOCAT, chef des travaux anatomiques à l'Ecole vétérinaire de la même ville, adressent un mémoire très étendu contenant des recherches historiques, zoologiques, anatomiques et paléontologiques sur la girafe, à l'occasion de la dissection qu'ils ont faite, il y a quelque temps, d'une girafe morte à Toulouse, et dont la relation a déjà été communiquée à l'Académie.

— M. DELABARRE fils, chirurgien-dentiste, adresse un mémoire sur de nouveaux appareils imaginés pour le redressement des dents, et propres à éviter les douleurs occasionnées par cette opération.

— M. BONJEAN (de Chambéry) adresse la suite de ses recherches sur l'action de l'ergotine dans les hémorrhagies externes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

MÉDICATION ARSÉNICALE

M. BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles, adresse, à l'occasion de la discussion de la dernière séance, relative à l'emploi thérapeutique des préparations arsénicales, une communication dont nous extrayons les passages suivans :

La discussion du 19 de ce mois ayant remis à l'ordre du jour l'importante question relative à l'emploi thérapeutique des préparations arsénicales, je m'empresse de soumettre à l'appréciation de l'Académie quelques documens exclusivement basés sur l'expérience et susceptibles d'éclairer le problème.

Après m'être soumis moi-même pendant très longtemps à l'usage de l'acide arsénieux, après m'être convaincu de son innocuité *à dose thérapeutique*, et avec la seule observation des précautions ordinaires dont on entoure le maniement de tous les médicamens héroïques, j'ai traité depuis cinq ans 2947 malades de tout âge par la médication arsénicale.

J'en ai retiré les meilleurs résultats et *il ne s'est pas présenté une seule fois le moindre accident imputable à l'arsenic.*

Le plus grand nombre des malades dont il s'agit étaient atteints de fièvres paludéennes de divers types ; plus de 2000 avaient été traités antérieurement de *une à dix fois* par la quinine. Près de 500 individus venaient de prendre vainement, pendant plusieurs jours, des doses plus ou moins considérables de quinine avant de m'être adressés.

Les malades n'ont été l'objet d'aucun triage préalable ; tous *indistinctement* ont été soumis par centaines au traitement arsénical.

Je n'ai fait acception d'aucune saison ; seulement, j'ai constaté, pendant plusieurs années de suite, la nécessité d'augmenter la dose moyenne en été.

Le traitement arsénical a été continué pendant cinq années sans suspension aucune, sous des latitudes variées, toujours sur une large échelle, et sur des malades venus pour ainsi dire de tous les points du globe, du Sénégal, de l'Algérie, d'Amérique, de la Syrie, de l'Italie, de la Corse, du Delta, du Rhône, etc., etc. Le résultat a été tel qu'il m'est arrivé de rester *des années entières* sans recourir une seule fois à la quinine.

Mes expériences ont été répétées, sur divers points du globe, avec un succès souvent enregistré par la presse médicale, par des centaines de médecins tant civils que militaires, en Italie, en Corse, en Afrique, au Brésil et à Paris, en particulier, par des membres de l'Académie de médecine et par plusieurs professeurs des Facultés.

L'efficacité thérapeutique de l'arsenic et son innocuité complète, quand il est manié avec les soins que commande l'emploi de tous les médicamens énergiques, peuvent donc être considérées aujourd'hui comme ayant subi la quadruple épreuve du temps et des lieux, du nombre des médecins, du nombre et de la variété des malades.

La durée du traitement a été généralement courte ; rarement la fièvre a résisté à une première ou à une seconde dose d'arsenic ; les récidives ont été d'une rareté remarquable ; différence que j'attribue en grande partie à la continuation du fébrifuge, pendant huit ou dix jours, après la cessation des accès.

Des essais comparatifs répétés m'ont conduit à renoncer à tous les arséniates, et à me renfermer dans l'emploi exclusif de l'acide arsénieux.

Les liqueurs étrangères de Fowler et de Pearson sont d'une préparation trop longue et d'un dosage difficile et même dangereux. Je leur ai substitué la solution suivante :

Acide arsénieux..............	5 centigrammes (un grain);
Eau distillée................	500 grammes (une livre).

Toute addition d'opium est ici inutile ; l'extrême division du médicament par la grande quantité du véhicule est la meilleure garantie contre son action irritante.

100 grammes de cette solution, ou *un cinquième de grain* d'acide, représentent la *dose moyenne.* On l'administre trois heures avant le moment présumé de l'accès. Si les antécédens font supposer la fièvre d'un caractère tenace, on fait précéder cette prise de 100 grammes de deux autres prises égales, mais à deux heures d'intervalle l'une de l'autre.

J'ai longtemps employé, à Marseille, comme dose moyenne 1 *à 2 centièmes de grain* d'acide arsénieux ; cette dose est encore employée aujourd'hui par beaucoup de médecins du midi de la France, et, notamment, par plusieurs professeurs de Montpellier. Je préfère la dose indiquée ci-dessus de 1 centigramme d'acide.

On reproche à l'arsenic d'être un poison ! Il y a trois cents ans que Paracelse a fait justice de ce reproche par ce mot remarquable : « Si l'arsenic guérit, c'est précisément par qu'il est un poison. »

D'ailleurs, comme substance toxique, il y a longtemps que la quinine a fait ses preuves, ce qui ne l'empêche pas de constituer un de nos plus précieux médicamens.

« Mais l'arsenic tue petite à dose ! » Soit ; mais pourquoi donner des doses qui tuent, quand il est facile d'administrer des doses qui guérisent ? Il est d'ailleurs d'autres médicamens, tels que la strychnine et le bichlorure de mercure, etc., qui tuent à des doses plus petites que l'arsenic, et pourtant quel est le praticien qui songe à y renoncer ?

On accuse l'arsenic de produire ou de laisser produire des engorgemens viscéraux, etc., etc. Il faut passer cette fable à ceux qui n'ont jamais manié l'arsenic. On reproche à l'arsenic de ne pas guérir dans certaines saisons, en certains lieux ; cette accusation tombe lorsqu'on ne s'obstine pas à opposer partant et toujours des doses identiques, et surtout quand on attaque vigoureusement au début une des *complications* les plus fréquentes de la fièvre......., l'*embarras gastrique.*

Enfin, on déclare l'arsenic inutile en affirmant que la quinine guérit *toujours.* Une telle assertion ne se réfute pas sérieusement. Ramazzini, Baker et J.-P. Frank ont cité des épidémies entières réfractaires à la quinine ; de ce nombre furent les épidémies de 1680, 1781 et 1787. Mais en supposant même que le quinquina guérisse toujours, ce qui est faux, il est inaccessible, par son prix, à la classe indigente.

Maintenant, une petite discussion théorique : comment agit l'arsenic dans le traitement des fièvres de marais ? Pour ceux qui ne connaissent de ces fièvres que la *forme intermittente*, et la localisation splénique *toute éventuelle*, la réponse est simple : l'arsenic, de même que la quinine, guérit la rate et, par suite, la fièvre. Pour le médecin d'armée, pour le médecin voyageur, habitués à voir l'arsenic et la quinine guérir non seulement la forme *intermittente de Paris*, mais encore les formes *rémittente* et *continue* des fièvres paludéennes des pays chauds, avec *ou sans* engorgement de la rate, la réponse est un peu différente. Pour mon compte j'incline à penser que l'arsenic et la quinine sont avant tout des *antilimniques*, des antipaludéens, plus encore que des antipériodiques.

Cette forme continue des fièvres paludéennes, inconnue à Paris, était très commune il y a deux siècles à Londres qui, *alors*, était un foyer de fièvres du marais. Sydenham, qui la connaissait parfaitement, la distinguait très bien des *autres* fièvres continues : *distare ut æra lupinis.* Dans son épître à Robert Brady il se déclare positivement en faveur du quinquina dans les fièvres continues de cette espèce, HUJUS SPECICI.

Nulla mihi est religio, dit ce grand homme, *corticem* VEL IN MAXIME CONTINUIS *hujus specici sumendum proponere, qui dicto more iteratus ad* APYREXIAM *certo ægrum perducet.* (Epistola responsoria ad Robertum Brady.)...

De tout ce qui précède M. Boudin conclut que, si dans les circonstances ordinaires, le médecin a jusqu'à un certain point le choix d'employer l'arsenic ou la quinine, il y va de son devoir de braver de vieux préjugés et d'administrer hardiment l'acide arsénieux, quand il s'agit de faire marcher la science ou de traiter des malades indigens ou réfractaires à la quinine.

INFLUENCE DE LA SECTION DES TÉGUMENS DE LA NUQUE SUR LA STATION.

M. LONGET lit un travail sur les troubles qui surviennent dans la station, l'équilibre et la locomotion à la suite de la section des tégumens de la nuque. Ce travail est le développement de la communication que M. Longet a faite sur le même sujet à l'Académie des sciences. (Voir nº 25 de cette année.)

M. LONDE : Nous avons rarement l'occasion d'entendre d'aussi bons travaux

que celui que vient de lire M. Longet. Je propose qu'il soit renvoyé au comité de publication pour être inséré dans les mémoires de l'Académie.

M. Bousquet : Il faut que M. Longet sache qu'en acceptant l'honneur de l'insertion dans le Recueil des mémoires il doit s'interdire la publication de son travail dans les journaux.

M. Longet : Je me vois à regret dans la nécessité de renoncer à cet honneur, mon travail devant paraître dans le prochain numéro des Archives de psychologie.

M. Bousquet : En ce cas, il sera inséré dans le Bulletin.

HERNIE HYDRENCÉPHALIQUE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

M. Velpeau donne communication, au nom d'un médecin de La Châtre, d'un cas de hernie hydrencéphalique très volumineuse chez un enfant nouveau-né, qui n'a succombé que le cinquante-unième jour, après deux ponctions successives qui donnèrent issue à une assez grande quantité de sérosité, et dont chacune a eu pour résultat de diminuer considérablement le volume de la tumeur et de prolonger, à ce que croit l'auteur, les jours du malade qui n'a succombé que vingt-deux jours après la seconde ponction. L'autopsie n'ayant pu être faite, on n'a pu s'assurer de la composition de la tumeur; mais la nature des accidens qui se sont manifestés à la suite de chaque ponction et les explorations que l'évacuation partielle permettait de faire, ne laissaient aucun doute sur l'existence d'un encéphalocèle. (Renvoyé au comité de publication pour être inséré dans le Bulletin.)

— M. Dupuy lit un travail sur quelques maladies de l'espèce bovine. Il ne nous a pas été possible d'en entendre un seul mot.

EMPOISONNEMENT SATURNIN.

M. Sandras lit un mémoire sur le traitement de l'empoisonnement saturnin.

En 1843, MM. Bouchardat et Sandras avaient proposé, d'après de nombreuses expériences, le persulfure de fer hydraté humide comme contrepoison du sublimé corrosif, du plomb, du cuivre et de l'arsenic.

Ils ont depuis pensé à appliquer ce contrepoison aux accidens causés par ces préparations saturnines usitées dans toutes sortes d'industries et si dangereuses pour ceux qui les emploient ou les préparent.

Pour faire ce persulfure, il suffit de verser goutte à goutte une dissolution neutre de sulfure ferrique dans une dissolution de foie de soufre étendue d'eau. On obtient ainsi un précipité noir, gélatineux, qu'on prive du sulfure de potassium en excès par des lavages et des décantations et que l'on conserve sous l'eau dans un flacon bien clos.

On se sert de ce moyen avec les précautions suivantes :

Aussitôt que le malade se présente, quels que soient les accidens, l'épilepsie exceptée parce qu'elle comporte des indications plus puissantes, il prend un bain savonneux pour nettoyer la peau de tout corps étranger vénéneux ou autres et on renouvelle le bain aussi souvent qu'il est nécessaire.

Immédiatement après le bain, on prescrit un purgatif, pour nettoyer l'intestin, vaincre la constipation et ainsi calmer les coliques; ce purgatif, c'est une ou deux gouttes d'huile de croton, ou 60 grammes de ricin, ou une bouteille d'eau de Seidlitz ou deux, trois ou quatre pilules écossaises; si le malade vomit ou n'évacue pas, on lui donne un lavement purgatif, soit savonneux, soit huileux, avec addition d'une ou deux gouttes d'huile de croton, soit même le lavement dit des peintres dans le traitement des frères de la Charité.

Pour boisson, de la limonade tartrique ou citrique, de la groseille ou une infusion légère de feuilles d'oranger.

Le soir, pour calmer dans les premiers temps les crampes, les douleurs ou l'insomnie, on donne 0,05 d'extrait aqueux d'opium.

Enfin, aussitôt que le malade est nettoyé en dedans et en dehors, c'est-à-dire au second ou troisième jour de traitement au plus tard, on fait prendre matin et soir une cuillerée à bouche de persulfure de fer indiqué plus haut, et continuer cette pratique jusqu'à la guérison complète.

Quand les malades sont pris en même temps de paralysie, M. Sandras fait faire sur les parties paralysées et sur la colonne vertébrale des frictions avec une pommade d'axonge dans laquelle la strychnine entre pour un trentième, et il en fait prendre même un demi-centigramme et plus tard un centigramme à l'intérieur; mais cette thérapeutique accessoire n'empêche pas l'usage constant du persulfure.

De cette manière, MM. Bouchardat et Sandras ont cru pouvoir aller au-devant des accidens consécutifs les plus graves sans contredit de ceux que cause le plomb. Ils ont, avec tous les toxicologistes modernes constaté que, dans les empoisonnemens saturnins, il y a beaucoup de plomb dans le foie et dans la bile; leurs expériences sur la digestion leur ont prouvé que les matières solubles qui se trouvent dans la bile sont réabsorbées par les radicules de la veine-porte, dans les intestins où elles ont été versées en même temps que ce fluide; ils ont expliqué, par cette petite circulation vénéneuse, la réapparition commune des accidens saturnins chez des malades traités et soulagés qui ne s'étaient pas exposés à une nouvelle intoxication; et de là conclu à la nécessité d'un traitement définitif.

C'est pour cela qu'ils ont proposé le persulfure de fer hydraté humide, qu'on peut donner à hautes doses répétées chaque jour, qui agit au-delà de l'estomac, et là précipite le plomb en un composé insoluble, qui n'est plus absorbé par conséquent et sort incessamment avec les matières fécales.

Depuis le mois d'août 1844, M. Sandras a traité, d'après ces données, dans son service de l'Hôtel-Dieu-annexe, 54 malades pris de tous les accidens saturnins.

Un seul de ces malades est mort, mais il est mort d'une fièvre typhoïde intercurremment survenue.

Tous les autres ont guéri.

Ce médecin conclut en affirmant que depuis ce temps il n'a plus rencontré de ces affections saturnines désespérantes comme celles dans lesquelles on répète plusieurs fois de suite le traitement de la Charité; qu'il ne voit plus de ces coliques atroces qui crucifient plusieurs jours le malade sous les yeux du médecin; qu'il n'observe plus d'affections saturnines chroniques que les paralysies entrées telles dans son service; et que celles-là même, au bout d'un temps fort long sans doute, mais limité, finissent par s'améliorer d'une manière notable ou par guérir.

D'après les expériences physiologiques, la théorie et les faits précités, MM. Bouchardat et Sandras proposent ce traitement comme curatif et en même temps comme le meilleur des prophylactiques.

ANUS CONTRE NATURE.

M. Jobert (de Lamballe présente un malade qu'il a opéré d'un anus contre nature, et qu'il a guéri au moyen de l'autoplastie.

Voici les principaux détails de cette importante opération.

Obs. — Beauby, cocher, âgé de 45 ans, entra le 3 juillet 1844, à l'hôpital St-Louis, pour un anus anormal siégeant à la région inguinale gauche, survenu à la suite d'une hernie étranglée.

Interrogé sur la manière dont s'était établi cet anus anormal, le malade donne les renseignemens suivans :

Une hernie inguinale qu'il portait depuis six ans s'étrangla il y a deux ans; des coliques, des vomissemens, une douleur vive dans la tumeur amenèrent cet accident, pour lequel on pratiqua une opération à la Maison royale de santé le 2 décembre 1842. L'étranglement avait duré six jours. Au dire du malade, les matières fécales s'échappèrent par la plaie immédiatement après l'opération et continuèrent depuis à salir les pièces d'appareil. Six semaines après l'opération, il existait une large ouverture qui livrait passage aux matières fécales, dont aucune partie ne s'échappait par l'anus naturel.

Plus tard on appliqua l'entérotome à diverses reprises. Malgré l'application réitérée de l'instrument, le malade n'éprouva pas d'amélioration notable; les matières ne passaient qu'en petite quantité et à de longs intervalles par l'anus normal. Il sortit de la Maison de santé, après y avoir séjourné sept mois.

Il entra ensuite dans un autre hôpital. Le chirurgien du service, après avoir avivé les bords de la solution de continuité, au moyen de cautérisations faites avec le nitrate d'argent, appliqua sur ses lèvres une pince formée de deux branches garnies de coussinets et se serrant avec force à l'aide d'une vis. Ce traitement dura deux mois et produisit un léger resserrement dans l'anus artificiel, qui toujours laissait passer la totalité des matières fécales.

On eut alors recours à un autre mode de traitement. Après avoir avivé comme il a été dit précédemment les bords de l'ouverture anormale, on pratiqua vers son extrémité inférieure seulement un point de suture entortillée. Mais, au bout de vingt-quatre heures, l'épingle avait coupé les tissus : on fut obligé de la retirer. On tenta de nouveau les cautérisations pratiquées à cinq ou six jours d'intervalle. Enfin, ce malade sortit de cet établissement le 2 juin 1844, dans le même état qu'il y était entré.

Un mois après, il entra à l'hôpital St-Louis. Son état est le suivant :

Au pli de l'aine gauche, à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et du pubis, au dessus du ligament de Fallope, on voit une ouverture de forme à peu près circulaire, de 3 centim. et demi de diamètre ; les bords en sont radiés et le fond rougeâtre est formé par la muqueuse intestinale épaissie et comme boursoufflée. Une sonde portée dans cette ouverture pénètre profondément, soit en haut, soit en bas, dans les portions d'intestin qui lui correspondent. Les matières qui sortent par cette ouverture indiquent par leur odeur, leur couleur et leur consistance que l'anus anormal correspond au gros intestin. Du reste, l'appareil digestif ne présente rien de particulier dans ses fonctions, et l'état général de cet homme est des plus satisfaisans.

Le 18 juillet 1844, M. Jobert pratiqua une autoplastie pour remédier à cette infirmité. Deux heures après cette opération, il survint une hémorrhagie qui nécessita l'emploi de la compression. Celle-ci dut être continuée le lendemain, et le troisième jour de l'opération, on trouva ce lambeau gangrené à son sommet.

Les jours suivans, les points de suture se détachèrent et la portion du lambeau qui ne s'était pas gangrenée se rétracta peu à peu vers son pédicule. Dès lors, on ne compta plus sur le succès de cette opération, et le malade fut laissé en repos pendant quelque temps.

Un mois après cette opération, les parties étaient revenues à leur état primitif, sauf la région de l'abdomen sur laquelle avait été taillé le lambeau, et qui offrait encore une plaie en voie de cicatrisation.

Au mois de septembre 1844, M. Jobert tenta la cicatrisation des bords de la plaie avec le nitrate d'argent d'abord, puis avec le fer rouge. Sous l'influence de ce traitement continué jusqu'au mois d'octobre, la solution de continuité avait un peu diminué d'étendue.

Le 8 octobre, M. Jobert pratiqua l'opération suivante ;

Après avoir fait une perte de substance sur les côtés et à peu de distance des lèvres de l'anus anormal, le chirurgien rapproche les parties molles à droite et à gauche au devant de l'ouverture accidentelle, et les maintient en contact au moyen de six points de suture entortillée. Les parties molles, ainsi rapprochées, laissent entre elles et aux extrémités du sillon longitudinal qu'elles forment par leur adossement, deux angles rentrans, au fond desquels on voit une partie de la paroi abdominale parfaitement saine.

Le 9, il n'est point sorti de matières fécales, et la réunion est aussi parfaite que la veille.

Le 10, l'angle inférieur de la plaie laisse suinter un peu de matières liquides.

Le 11, il en fut de même pour l'angle supérieur. On enlève alors les deux épingles qui avoisinent les extrémités de la plaie, et on laisse en place celles qui en rapprochent la partie moyenne.

Le 14, M. Jobert enlève les épingles qui restent : un aperçoit par dessus la solution de continuité un large pont cutané, au dessus et au dessous duquel existent deux orifices qui livrent passage aux matières fécales. Chaque jour ce pont augmente d'étendue; les orifices supérieur et inférieur sont cautérisés avec la pierre infernale, et diminuent de calibre, de telle sorte qu'il ne s'écoule plus par l'anus anormal qu'une très petite quantité de matières liquides.

Le 19 novembre, le malade présente l'état suivant :

A la région inguinale du côté gauche, on voit : 1° un tissu cicatriciel, linéaire, blanchâtre, ferme et résistant, indice de la réunion des parties molles; 2° aux extrémités de cette ligne, deux enfoncemens formés par la peau saine des parois de l'abdomen; 3° au centre de ces enfoncemens, deux trous inégaux, dont l'inférieur est plus étendu que le supérieur, et qui laissent suinter quelques gouttes de matière fécale liquide.

Le 14 août 1845, Beauby se présenta à l'hôpital St-Louis, qu'il avait quitté déjà depuis plusieurs mois. On put, à cette époque, constater que la guérison était complète. La région de l'aine gauche ne présente plus de fistule stercorale; elle porte seulement la trace des diverses opérations pratiquées : en haut, au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, les restes d'un lambeau rétracté vers son pédicule; en dessous, une cicatrice oblique dans la direction du cordon spermatique, résultant de l'adossement des tégumens, dont l'agglutination a amené la guérison définitive. Cette cicatrice est déprimée en forme de rigole et limitée latéralement par deux replis cutanés; à ses extrémités supérieure et inférieure, elle offre deux enfoncemens qui sont pendant quelques mois demeurés fistuleux. Sous l'influence de la toux, cette cicatrice se soulève et se déplisse; la région inguinale est surmontée par une tumeur molle, descendant jusque vers le milieu de la hauteur du scrotum. Cette tumeur est facilement réductible avec gargouillement par la pression avec la main ou un bandage; et quand la réduction est opérée, on sent avec le doigt une large ouverture qui représente le canal inguinal. La cicatrice est partout complète et bien organisée; il ne se fait aucun suintement stercoral.

Depuis trois mois, Beauby a pu reprendre ses occupations de cocher dans une entreprise d'omnibus. Les digestions s'exécutent bien; jamais il n'éprouve de coliques; ses garderobes sont régulières. Il soutient la région inguinale avec un brayer.

— M. Bonnafont présente des instrumens destinés à opérer les polypes et les végétations du conduit auditif.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Examen clinique de l'hydrothérapie; par H.-E. Schedel, docteur en médecine, ancien interne et lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-8°. Paris, chez Labé, libraire.

Les maladies, la souffrance et la mort sont trois choses inévitables, chacun le sait, et cependant personne n'accepte cette loi commune de notre pauvre humanité sans essayer de s'y soustraire, sans lutter contre la nécessité. Tout guérisseur voit bientôt accourir en foule ceux que séduit la promesse d'un remède nouveau, si bizarre, si désagréable qu'il soit, et souvent même la difficulté de son emploi, les privations qu'il entraîne, les ennuis qu'il occasione, sont un attrait de plus pour cette masse flottante de malades incurables toujours prête à se livrer aux hasards d'une expérimentation qui leur promet la santé. L'histoire des variations thérapeutiques serait chose curieuse, et l'on verrait se révéler la puissance d'un sentiment qui tient au fond des entrailles de l'homme, l'amour du bien-être, l'horreur de la souffrance et de la mort. Cela explique le succès des fauteurs de médecine excentrique, l'enthousiasme des malades réels et imaginaires qui, toujours trompés, toujours désabusés, n'attendent qu'une occasion nouvelle pour être trompés encore, et il en sera de même assurément jusqu'à la consommation des siècles.

Reste à savoir si ces tentatives plus ou moins hardies ont eu quelques résultats favorables, et si la thérapeutique ne s'est pas enrichie de découvertes heureuses dues à cette soif de guérison. Il serait aisé de prouver que ces sortes d'expériences faites en grand par des hommes qui n'avaient pas appris à douter ont produit des faits importans, et que la médecine pratique a beaucoup gagné à ces recherches dirigées par un empirisme grossier.

Une nouveauté de ce genre s'est révélée de nos jours. En 1826, un paysan slave, de Graefenberg, sur les confins de la Silésie prussienne, s'étant, dans une chute, fracturé quelques côtes, dut sa prompte guérison à la nature d'abord, puis à des applications de compresses imbibées d'eau froide, faites d'après le conseil d'un berger, et accompagnées de certaines paroles mystérieuses. Le malade, nommé Priessnitz, doué d'une sagacité naturelle, appliqua à la guérison de certaines blessures le remède qui lui avait si bien réussi; bêtes et gens furent traités avec un succès qui eut du retentissement dans le pays. Le guérisseur varia son traitement, observa, jugea, et bientôt il passa de la chirurgie à la médecine; il multiplia les essais, ou plutôt, il sut profiter des expériences que faisaient les malades qui venaient réclamer ses soins. Priessnitz provoqua les sueurs de ses paysans, chose habituelle dans son pays, coutume antique dont les bienfaits sont traditionnels; il obtint par ces procédés des résultats merveilleux; bientôt l'enthousiasme s'en mêla, et l'on vit les malades dépasser toutes les limites de la prudence la plus vulgaire. Le guérisseur, entraîné par ses cliens, songea à régulariser sa position et à en tirer le meilleur parti possible; il sollicita et obtint l'autorisation de traiter toutes les maladies par l'usage de l'eau froide, sous toutes les formes, et en quelques années l'Allemagne entière se passionna pour l'hydrothérapie.

L'inventeur de cette nouvelle thérapeutique usa d'un procédé infaillible en pareil cas : il dit beaucoup de mal de la médecine, dont il ne savait pas le premier mot, déclara poisons dangereux les médicamens les plus usuels, et prétendit hautement que l'eau seule avait le pouvoir de guérir toutes les maladies en provoquant des crises salutaires et en débarrassant l'économie des humeurs peccantes qui troublaient l'harmonie de ses fonctions. Armé de cette formule de blâme universel, il entreprit, avec une hardiesse inouïe, la guérison des cas les plus graves, et quelques succès habilement exploités, chaudement propagés par l'ignorance crédule, attirèrent la foule dans l'établissement de Priessnitz, désormais trop étroit pour la contenir.

Chacun connaît la suite. Des établissemens rivaux se formèrent en Allemagne et ailleurs; les hydropathes se multiplièrent, le créateur de la doctrine fut dépassé, le schisme éclata entre les adeptes, et bientôt on ne sut plus auquel entendre. Des ouvrages nombreux furent publiés, un journal spécial fut créé, il y eut même un congrès de médecins s'occupant exclusivement d'hydrothérapie, et rien ne manqua à la gloire de cette création du paysan de Graefenberg.

Il y a des esprits peu disposés à l'enthousiasme et qui sont encore moins enclins au dénigrement. Un examen attentif des faits peut seul convenir à leur nature raisonnable; ils aiment à voir ce qui est réel, à recueillir les résultats utiles d'une série d'observations, et à rechercher ce que la science médicale peut acquérir à la suite de ces expériences audacieusement tentées par des novateurs passionnés. C'est ce que vient de faire le docteur Schedel, dans le livre que nous essayons de faire connaître en ce moment, et nous allons voir s'il a réussi.

Les médecins sont mal accueillis à Graefenberg; on voit en eux des exploitans qui cherchent à faire concurrence; Priessnitz n'admet pas que l'on puisse, par amour de la science seulement, venir en Silésie, employer beaucoup de temps et de soins à étudier cette thérapeutique si étrange. M. Schedel n'a trouvé à cet égard que des incrédules, et le temps seul démontrera à Priessnitz que notre confrère n'élève pas d'établissement rival. Possédant la langue du pays, pouvant recevoir directement des malades eux-mêmes des renseignemens de tout genre, il a pu se livrer à un examen rigoureux et approfondi des faits nombreux qui s'accomplissent chaque jour sous la direction de Priessnitz lui-même; et c'est le résultat de cet examen qui fait le fond du livre de M. Schedel.

Il y a beaucoup de choses à apprendre dans cet ouvrage, et les médecins français, qui ont le grand tort de tenir peu de compte de ce qui se fait en pays étranger, s'étonneront peut-être de ce que nos confrères d'outre Rhin ne partagent pas toujours nos opinions, dites classiques, sur les principaux points de doctrine médicale. Ils verront en outre que si l'on rend justice à notre diagnostic, à la solidité des bases sur lesquelles il est établi, à l'intelligente expectation qui nous distingue, on nous reproche justement l'insuffisance de notre thérapeutique dans une foule de cas où l'intervention de l'art est très efficace partout ailleurs que chez nous. Ils y verront encore que l'hygiène proprement dite est fort négligée par nos médecins les plus célèbres, que quelques prescriptions banales sur le régime, le lieu d'habitation, l'exercice, constituent à peu près nos moyens d'action sur les individus, et que, bien évidemment, il y a quelque chose de mieux à faire.

Priessnitz, armé de son bon sens, a compris que la plupart des personnes qui s'adressaient à lui, affectées de maladies chroniques déterminées ou entretenues par des habitudes vicieuses, devaient subir un changement complet, sous ce rapport, pour arriver à une solution favorable; en conséquence il a banni de sa maison tous les excitans ordinaires; la commune n'offre que des mets simples et même grossiers; un broc de l'eau et en quantité plus ou moins considérable, enfin, on se promène beaucoup, on marche longtemps, et, de plus, on exerce ses bras en sciant du bois, en faisant quelque travail fort rude, qui influe rapidement sur des

gens habitués aux douceurs d'une vie oisive. Et remarquez que ni le sexe, ni le rang ne servent de dispense à cet égard; tout le monde manie la scie ou la hache dans la mesure de ses forces, et personne ne songe à se soustraire aux prescriptions du maître. Celui-ci trouve une docilité parfaite, une obéissance passive, et souvent même les malades vont bien au delà de ce qu'on leur demande.

Il faut donc tenir compte de tout ceci dans la juste appréciation des miracles dus à l'hydrothérapie. Une hygiène radicalement opposée à celle que suivaient les malades, un sentiment de confiance inspiré par les allures rustiques de Priessnitz, par ce ton d'inspiré qui prend sa source dans l'expérience qu'il a acquise, dans la conviction réelle ou feinte de l'efficacité de ses procédés, tout cela entre comme élément capital dans le traitement de certaines formes pathologiques qui résistent d'ordinaire à la médecine rationnelle.

Si l'on joint à ces premiers agens l'emploi de l'eau froide ou fraîche sous des formes variées, les frictions prolongées, les douches locales ou générales, les sueurs provoquées dans des draps humides ou dans des couvertures de laine, si l'on tient compte de la grande quantité d'eau que boivent les malades, des modifications que produisent des alimens simples, abondans, on cessera de s'étonner des changemens profonds qui surviennent chez des individus paraissant atteints de maladies incurables. Ajoutons enfin que Priessnitz ferme les portes de son établissement à un certain nombre de malades, sous divers prétextes, mais au fond pour ne pas discréditer sa maison en laissant voir tous les échecs qu'aurait à subir son infaillibilité.

Le chef des hydropathes est, comme on le voit, un homme à peu près complet : il a l'esprit observateur, sa sagacité est rarement en défaut, et, de plus, il est doué à un haut point de ce savoir-faire sans lequel le succès est chose rare. Ce sont là, si l'on veut, les accessoires de la question, et scientifiquement, cela nous touche peu. Mais il y a autre chose à Græfenberg, et le docteur Schedel, tout en tenant compte de ces petits moyens, est allé au-delà, beaucoup au-delà, et il a vu tout ce qu'il fallait voir. Il a étudié avec le plus grand soin l'agent simple dans ses applications multiples, l'eau et ses divers usages, et sa description permettra de reconnaître un modificateur beaucoup trop négligé de nos jours, malgré les travaux de Currie, de Pomme et de beaucoup d'autres médecins du commencement de ce siècle. M. Schedel expose avec netteté en quoi consistent les divers procédés hydriatiques, les règles de leur emploi, leurs effets immédiats, bons ou mauvais; enfin il nous indique le parti que l'on peut tirer de ces agens dans la médecine usuelle. Il a fait plusieurs groupes des maladies principales, suivant leur affinité réciproque, et il examine avec soin quel est le mode de traitement mis en usage pour les combattre. Il constate les résultats habituels de notre thérapeutique rationnelle; puis il voit en quoi le traitement de Priessnitz diffère du nôtre et quelles en sont les suites. Cette comparaison ainsi établie le conduit à des rapprochemens curieux, inattendus et qui, nous n'en doutons pas, donneront à réfléchir surtout aux médecins français.

N'est-il pas digne de remarque, en effet, que la plupart des mouvemens déterminés dans l'économie par nos agens thérapeutiques le soient également par des procédés si différens que repoussent tous nos préjugés, et que l'on regarde, pour la plupart, comme des causes efficaces de maladie? En Allemagne, on fait peu usage de l'eau, sous quelque forme que ce soit, et un novateur se rencontre assez hardi pour préconiser ce liquide, pour l'employer exclusivement dans le traitement des maladies, et cette révolution fondamentale se trouve accomplie presque sans difficulté. En Allemagne, les habitudes polypharmaceutiques sont notoires : on purge beaucoup; on abuse même d'une foule de matières fort actives; on fait, en un mot, la médecine du symptôme et chaque formule est en quelque sorte mise à l'adresse des différentes expressions de la souffrance morbide des organes. Le même novateur crie anathème contre les médicamens; il attribue la plupart des maladies chroniques à l'abus des remèdes et rend les médecins responsables de cette faute, capitale selon lui. Ces idées extravagantes se répandent avec rapidité; elles sont surtout accueillies par ceux à qui elles devraient être tout naturellement antipathiques; la loi de contraste trouve ici une application nouvelle et les pays voisins comme la Belgique et l'Angleterre accueillent avec empressement ces doctrines qui ne s'éloignent pas moins de leur manière d'agir.

Tout cela est assurément fort singulier, et le livre de M. Schedel est destiné, selon nous, à produire plus d'un étonnement de ce genre. Il est écrit avec naïveté, avec bonne foi, et l'auteur s'y montre partout observateur attentif, critique instruit et modeste. Sa plume impartiale retrace avec une égale franchise les succès surprenans de Priessnitz dans quelques cas de maladies bien déterminées et les revers presque coupables qui viennent démentir ses promesses trompeuses et mettre à nu son ignorance pleine d'audace. De cet examen scrupuleux, l'auteur tire un bon parti, et cela, sous deux rapports; car il montre en même temps l'insuffisance des ressources ordinaires des médecins français et les avantages que l'on pourrait retirer de certains moyens négligés par les uns, oubliés par les autres et dont l'humanité réclame l'emploi. Si la France est restée jusqu'ici à peu près indifférente aux efforts des hydropathes, si notre antipathie pour les remèdes très actifs n'a pu s'accommoder d'une doctrine qui les proscrit en masse, il y a lieu de croire que c'est chez nous que la nouvelle doctrine finira par trouver ses défenseurs naturels. Lorsque le monde médical aura consenti à examiner cette méthode curative, lorsque l'on aura bien voulu étudier avec soin ses bases, ses procédés, ses résultats, ce sera chez nous que l'hydriatrie prendra racine, grandira et donnera des fruits. M. Schedel démontre victorieusement l'utilité de cette thérapeutique contre la syphilis à tous ses dégrés, contre les hépatites chrooiques, la goutte, les hémorrhoïdes, le rhumatisme, etc.

On a dit que l'eau de Græfenberg contenait des sels de différente nature qui lui donnaient des propriétés particulières, et l'on est parti de là pour expliquer les guérisons qu'il paraissait trop simple d'attribuer à la grande quantité de ce liquide bue par des gens qui précédemment n'en faisaient qu'un rare usage. Le docteur Schedel fait bonne justice de cette prétention de nos chemiâtres modernes. Il part de là pour comparer l'hydrothérapie de Priessnitz avec l'usage des sources minérales et thermales les plus renommées, et il arrive à des rapprochemens fort singuliers.

En somme, cet examen clinique d'une des plus grandes questions de thérapeutique générale nous paraît mériter une sérieuse attention de la part de tout médecin qui aime le progrès et qui ne se borne pas à la dose d'instruction qu'il a trouvée dans le cours de ses études. Ceux qui ne croient pas la science complète, qui sont prêts à accueillir tout perfectionnement légitime, qui applaudissent aux acquisitions nouvelles que peut faire l'art de guérir, ceux-là liront avec fruit l'ouvrage de M. Schedel et lui sauront gré d'avoir consacré son temps et ses soins à faire mieux connaître une doctrine qu'il n'est pas permis de juger sans examen. De quelque part que vienne le bien, il faut lui faire bon accueil. La médecine, fille du temps et de l'observation, s'enrichit de découvertes, à quelque main qu'on les doive, et Priessnitz, mieux apprécié, méritera quelque reconnaissance pour avoir inventé et propagé des procédés hydriatiques d'une efficacité incontestable dans des cas où tout autre moyen aurait échoué.

VARIÉTÉS.

— Cours d'ichthyologie, ou de l'histoire naturelle des poissons. — M. C. Duméril, professeur, membre de l'Académie royale des sciences, etc., ouvrira ce cours, dans les galeries du Muséum, le lundi 1er septembre 1845, à onze heures et demie très précises, et le continuera tous les jours de la semaine et des suivantes, à la même heure.

L'histoire particulière des reptiles ayant été le sujet du cours de l'an dernier, le professeur traitera uniquement, cette année, de la classe des poissons. Il examinera et comparera successivement les diverses fonctions de ces animaux; ce qui lui fournira l'occasion de faire connaître les modifications les plus remarquables de leur structure, qui est presque toujours en rapport avec leurs mœurs et leurs habitudes.

La seconde partie du cours sera consacrée à l'étude spéciale des ordres, des familles, des genres et de quelques espèces.

Le directeur du Muséum, Chevreul.

— Précis de médecine opératoire, par M. J. Lisfranc, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie royale de médecine, professeur de chirurgie et de médecine opératoire, officier de la Légion-d'Honneur, etc. — 3 forts vol. in-8o de près de 900 p. chacun.

Troisième livraison. Prix : 2 fr. La quatrième est sous presse pour paraître le 1er novembre prochain.

Le prix de chaque livraison, pour les souscripteurs, est fixé à 2 fr. pour Paris, et 2 fr. 50 c. franc de port par la poste pour les départemens.

Les non-souscripteurs payeront chaque livraison 2 fr. 50 c., et 3 fr. franc de port par la poste.

Cette augmentation n'aura lieu qu'à la mise en vente de la sixième livraison. Cinq livraisons feront un volume.

On souscrit à Paris, chez Béchet jeune, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 1;

Et chez tous les libraires des départemens.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cie, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

FIÈVRES INTERMITTENTES. — LE QUINQUINA ET L'ARSENIC.

(Voir le numéro 34.)

Dans notre précédent article, nous avons rappelé par quelques exemples les distinctions importantes qu'il convient d'établir entre les diverses formes que peuvent affecter les fièvres paludéennes dans des lieux et dans des temps différens; nous avons signalé quelques-unes des complications et des conditions accessoires capables d'en altérer la physionomie et d'en modifier l'expression au point de faire méconnaître souvent leur véritable origine et d'en rendre les indications obscures, difficiles à saisir. Nous avons fait voir enfin que les fièvres paludéennes, bien qu'identiques au fond, à raison de la communauté de leur origine et de l'identité de la cause qui les produit, ne varient pas moins en réalité, suivant les temps et les lieux où on les observe, dans leur marche, leur degré de gravité et de curabilité, que dans les types sous lesquels elles se montrent et les formes particulières qu'elles revêtent; que, soumises, comme toutes les autres maladies, aux influences des constitutions régnantes et des constitutions atmosphériques sous lesquelles elles surgissent, elles empruntent souvent à ces diverses conditions un cachet particulier. C'est surtout sous le rapport pratique et en vue de l'appréciation comparative des diverses méthodes de traitement que ces distinctions ont une importance fondamentale; sans elles, en effet, on se rendrait difficilement compte des insuccès qu'essuie parfois la médication anti-périodique, de même que l'on serait faussement induit à attribuer aux nombreux succédanés qu'on a cherché à substituer au quinquina, des succès dont tout le secret est dans la bénignité et la curabilité naturelle de quelques-unes de ces affections. Ces faits expliquent aussi comment, avec un fonds commun qui les rend toutes tributaires d'une même médication principale, les fièvres paludéennes offrent, en raison des nombreuses circonstances qui en modifient les formes, des indications accessoires qui entraînent des modifications corrélatives dans les moyens de traitement. De là les difficultés beaucoup plus grandes qu'on ne le supposerait à un simple aperçu de la question, dans l'appréciation comparative des diverses méthodes. Sans doute si les fièvres de marais ne se présentaient jamais aux yeux de l'observateur qu'exemptes de complications, et si l'on n'avait à comparer entre elles que des fièvres intermittentes simples, légitimes, rien ne serait plus aisé que d'apprécier les effets comparatifs des divers agens thérapeutiques; la question se réduirait à une simple opération d'arithmétique; mais, ainsi que nous venons de le voir, il est loin d'en être ainsi. Il était donc nécessaire, avant

Feuilleton.

DU SERVICE DES ACTES DE NAISSANCE DANS SES RAPPORTS AVEC LA MORTALITÉ DES ENFANS.

Dans le Milanais, où le culte catholique est célébré suivant le rite ambroisien, on suit une coutume très hygiénique pour le baptême des enfans. La cuve de marbre qui sert à la cérémonie est entourée d'un épais rideau de mousseline; et c'est à l'abri de cette draperie protectrice que l'eau est répandue sur la tête du nouveau chrétien. Le transport de l'enfant jusqu'à l'église peut donner lieu à des inconvéniens plus ou moins graves, suivant les circonstances; mais le baptême ainsi modifié ne doit faire redouter aucun danger. Sous cet épais rideau, la frêle créature éprouve rarement une vive impression de froid, elle est suffisamment protégée contre les influences extérieures. Malheureusement cette coutume si simple et si utile n'est suivie que dans une contrée circonscrite. Il serait heureux qu'on s'occupât un jour à l'introduire dans toutes les églises du monde chrétien. Cette légère modification contribuerait à diminuer les conditions de mortalité des enfans que les obligations sociales et religieuses exposent à tant de maux. En effet, les inconvéniens du baptême, comme on le pratique généralement, sont évidens pour les personnes les plus étrangères à la médecine. L'enfant est porté dans l'église dans les jours les plus chauds de l'année comme dans la saison la plus rigoureuse; quelquefois c'est à travers champs que le cortége s'achemine pour aller accomplir cet acte religieux. Toutes les précautions sont prises si l'on veut; l'enfant est assez couvert pour qu'il ne puisse recevoir l'impression de l'air qu'à travers les mailles des étoffes qui l'enveloppent; mais ces précautions n'empêchent pas qu'il ne soit plus ou moins sensible à l'action des divers milieux qu'il traverse, depuis la douce atmosphère de la chambre maternelle jusqu'à l'air humide et froid de l'église. Puis, il s'écoule toujours quelques momens avant l'arrivée du prêtre et le commencement de la cérémonie. Si pendant ces quelques minutes d'attente, l'enfant éprouve une impression assez vive pour le disposer à un commencement de maladie, l'opération baptismale ne peut que développer cette disposition et déterminer par conséquent une affection peut-être dangereuse. Des statistiques ont prouvé que la mortalité des enfans est plus forte en décembre et janvier que dans les autres mois de l'année; l'administration prématurée du baptême ne serait-elle pas la cause qui contribuerait le plus à ce résultat? Comme, en général, on attend que l'enfant ait pris quelque énergie avant de le transporter à l'église, il y a une autre cause à laquelle il faut attribuer surtout cette mortalité. C'est cette disposition de notre Code qui oblige à déclarer la naissance de l'enfant, et même à le présenter à un officier de l'état civil dans un délai de trois jours à compter celui de l'accouchement.

Pour savoir s'il est possible de remplacer cette disposition législative par une autre qui soit plus en harmonie avec les exigences de l'hygiène, on doit d'abord

de présenter les faits propres à faire apprécier la valeur de la médication arsénicale comparée à la médication quinique, d'établir préalablement les bases sur lesquelles doit porter une semblable comparaison. Cela fait, entrons en matière, et rappelons rapidement les principales conditions qui règlent l'emploi et assurent le succès du quinquina.

Un premier fait capital dans l'histoire du quinquina (et nous verrons tout à l'heure qu'il n'est pas moins important à prendre en considération dans l'appréciation des propriétés spéciales de l'acide arsénieux), c'est la propriété dont jouit cette substance de combattre les effets de l'intoxication paludéenne sous quelque forme et quelque type que ce soit. On savait depuis longtemps, et cette vérité remonte à Hippocrate, que les fièvres intermittentes dégénèrent quelquefois en continues; que les fièvres paludéennes se montrent même, dans quelques cas, de prime-abord sous ce type. Or, l'expérience a démontré que le quinquina n'est pas moins efficace contre les affections paludéennes rémittentes et continues que contre celles qui se montrent sous un type franchement intermittent; d'où l'on a conclu avec quelque raison que ce n'était pas uniquement comme antipériodique qu'agit, dans ce cas, le quinquina, mais plus particulièrement encore en vertu d'une action spéciale contre l'intoxication paludéenne. Son action antipériodique, toutefois, n'est pas moins démontrée par les résultats qu'on en obtient journellement dans le traitement des maladies intermittentes et périodiques de toute autre nature avec ou non pyrexie, telles que les fièvres larvées de toutes sortes, les névralgies périodiques, et généralement toutes les affections intermittentes à courte période. Le quinquina semble donc obéir à la fois à deux ordres d'indications fort distinctes et également importantes: d'une part l'impaludation, quel que soit le type des fièvres produites par le miasme; d'autre part la périodicité, quelles que soient la nature et la forme des maladies qui se manifestent sous ce type. C'est à ce double titre, sans doute, qu'il faut attribuer l'efficacité plus marquée et en quelque sorte spécifique du quinquina contre les affections qui réunissent à la fois ces deux caractères, et qui sont effectivement de toutes les maladies celles qui cèdent avec le plus de certitude et de la manière la plus constante à cette médication.

Examinons maintenant à quelles conditions le quinquina guérit et prévient le retour des accès de fièvre. Supposons d'abord des fièvres intermittentes, simples, légitimes et admettons les préceptes le plus unanimement consacrés par l'expérience.

Le quinquina donné en temps opportun et aux doses convenables (c'est-à-dire à la fin d'un paroxisme et à la dose moyenne de 8 à 15 grammes pour le quinquina en poudre et aux doses correspondantes pour ses différens dérivés), supprime ordinairement l'accès suivant; mais la fièvre n'est véritablement pas guérie et si l'on s'en tient là; si l'on cesse brusquement l'usage du médicament, les accès ne tardent pas à reparaître, faibles d'abord, puis de mieux en mieux dessinés, jusqu'à ce qu'ils aient atteint leur intensité première. D'où le précepte de Torti et de Sydenham, adopté depuis par la presque unanimité des praticiens, de donner trois jours de suite de fortes doses de quinquina, de laisser 5 ou 6 jours d'intervalle, de reprendre de nouvelles doses et ainsi de suite jusqu'à disparition complète de toute trace d'accès.

S'il s'agit de fièvres intermittentes pernicieuses le traitement est dirigé avec plus d'énergie et d'activité. Le quinquina est donné, non pas au moment de l'intermission qui d'ailleurs n'a pas toujours lieu d'une manière complète dans ce cas, mais dès le début de la période de rémission, ou mieux, comme le veulent quelques praticiens, au milieu même du paroxisme et dès que les caractères pernicieux sont constatés; et la dose est double, au moins, de la dose ordinaire, dès la première crise. Du moment où l'accès pernicieux est supprimé ou atténué, on réduit la dose de moitié pendant quelques jours; après quoi on diminue progressivement en suivant la méthode précédente.

Le même traitement convient également dans les fièvres larvées, mais en proportionnant les doses à la gravité des accès et en les élevant en général au-dessus de la dose moyenne du traitement des intermittentes franches. En un mot, que la fièvre soit simple, larvée ou pernicieuse, elle cède en général au quinquina administré conformément aux préceptes que nous venons de rappeler. Dans les cas de complication gastrique, bilieuse, inflammatoire nerveuse, le quinquina ne produira son effet qu'à la condition d'être précédé ou accompagné d'une médication appropriée à l'élément de complication, et grace à cette association bien dirigée son effet est presque aussi sûr que dans les cas ordinaires. Telle est la règle générale. Cette règle a ses exceptions; mais hâtons-nous de dire que pour apprécier convenablement ces exceptions et les réduire à leur véritable valeur, il faut se faire une idée nette sur les limites qu'il convient d'assigner aux indications de la médication anti-périodique, car c'est souvent pour avoir outrepassé ces limites qu'on a été conduit à accuser la médication d'impuissance, quand il n'y avait à en accuser que l'impéritie du médecin. On ne doit pas oublier, par exemple, que certaines fièvres continues, des phlegmasies latentes, débutent quelquefois par des accès qui simulent une fièvre intermittente et que, faute d'un examen attentif, on s'exposerait dans ce cas, non seulement à voir échouer le médicament, mais à produire même une aggravation de la maladie. D'un autre côté, l'échec du médicament ne dépend souvent que de la manière vicieuse dont il est administré. Il est d'observation, par exemple, que lorsqu'on donne le quinquina tous les jours à faible dose, comme beaucoup de médecins ont encore l'habitude de le faire, outre que la guérison est beaucoup moins assurée, on voit souvent, sous quelque forme que cette substance soit administrée, survenir des irritations, des douleurs d'estomac et même de véritables accès de fièvre qui ne font qu'accroître à mesure qu'on augmente les doses, parce qu'ils ne sont plus le fait de la maladie, mais le fait du remède lui-même. D'autres fois, il s'établit sous l'influence de la médication quotidienne du quinquina une sorte d'habitude qui en paralyse tous les effets.

Enfin, il nous suffira, sans entrer dans de plus longs détails à cet égard, de rappeler, pour compléter ce rapide aperçu des conditions d'une bonne médication anti-périodique, combien le dosage, la forme du médicament, son mode d'administration, la substitution d'une forme à une autre, l'association du quinquina à des substances adjuvantes ou correctives, etc., peuvent influer sur le succès de la médication.

Sans nul doute, si l'on tenait exactement compte des nombreses circonstances que nous venons de signaler le nombre des cas réfractaires au traitement par les préparations de quinquina et considérés à ce titre comme exceptionnels, se trouveraient considérablement restreints. Il n'en est pas moins certain cependant que, malgré l'observation la plus rigoureuse de toutes les indications, le quinquina échoue quelquefois. On trouve dans les auteurs des relations d'épidémies entières qui ont résisté à ce spécifique. Nos médecins d'Afrique, tout en proclamant bien haut les éminens services que leur a rendus le quinquina dans le traitement

---

se demander si une réforme n'entraînerait pas des inconvéniens, comme de jeter, par exemple, beaucoup d'incertitude dans les registres de l'état civil. On peut répondre hardiment que les erreurs ne seraient pas plus nombreuses avec un mode qui exempterait l'enfant du transport à la mairie qu'elles ne le sont en ce moment, bien que le législateur ait cru devoir prendre de telles précautions pour entourer cet acte important de garanties considérables. Ainsi, malgré la loi qui veut que l'enregistrement et la présentation aient lieu dans le délai de trois jours, on n'obéit pas très fidèlement dans les villes plus ou moins populeuses et principalement dans les campagnes. Puis, l'officier de l'état civil, qui est chargé de constater le sexe de l'enfant, se borne souvent à inscrire ce qu'on lui dit pour éviter les lenteurs d'une vérification. De là, des erreurs dont les exemples ne sont pas bien rares. Il y a quelques mois qu'une jeune fille, au dire des journaux, ne pût se marier parce qu'au lieu d'être inscrite comme appartenant au sexe féminin, elle l'avait été comme appartenant au masculin; il fallut proroger la cérémonie pour lui constituer un état civil régulier. On ne conçoit pas que les officiers chargés de constater les sexes des nouveau-nés s'acquittent de ce devoir avec aussi peu de soin; mais, ce qu'on comprend facilement c'est que les parens ne mettent pas un grand empressement à obéir aux prescriptions de la loi. Sans parler en effet des craintes qu'ils doivent avoir de compromettre l'existence si frêle de l'enfant, ne se présente-t-il pas d'autres difficultés qui font ajourner cette démarche obligatoire? Les pauvres, qui n'ont pas la libre disposition de leurs heures, ne sont pas toujours libres de se présenter et de présenter le nouveau-né avant l'expiration du délai légal. Dans les petites villes où les distances à parcourir ne sont pas considérables, il n'y a pas pour ainsi dire de temps perdu; et il est facile aux plus occupés et aux plus malheureux de consacrer quelques minutes à remplir les formalités de la loi. Mais dans les grandes villes comme Paris, dans les localités situées au milieu des montagnes, les difficultés sont réelles. A Paris, il y a des mairies dont la circonscription s'étend à une distance si considérable qu'il faut plus d'une heure de marche pour s'y rendre en partant des points les plus éloignés. Et les pauvres n'ont pas de quoi prendre une voiture qui leur permette d'arriver promptement. Dans les campagnes les obstacles sont quelquefois insurmontables. Les hameaux sont souvent séparés des villages dont ils dépendent par des chemins très difficiles, surtout pendant la froide saison; il y a des localités même où pendant les mois les plus rigoureux les communications sont entièrement interrompues.

Dans un mémoire très détaillé que le docteur Loir a présenté à l'Académie des sciences morales et politiques sur le service des actes de naissance et sur les réformes qu'il réclame, il a présenté ces inconvéniens comme une des raisons qui doivent faire renoncer à l'ancienne législation. Toutefois, la plus importante, celle qui milite le plus contre l'ancien système, c'est la raison qui se tire des intérêts hygiéniques de l'enfant. Avec le baptême, on a de la marge; on peut faire undoyer le nouveau-né à domicile, et attendre que ses forces se soient assez développées pour aller le présenter aux fonts baptismaux. Mais sauf les obstacles, les négligences ou les impossibilités, la loi est formelle pour la régularisation de l'acte de naissance. Il faut que l'état sache dans le délai de trois jours quel est l'enfant qui est né, à quel sexe et à quels parens il appartient. Et ce n'est pas un fonctionnaire de l'état qui va demander et prendre des informations chez les parens; ceux-ci au contraire se présentent à son bureau avec l'enfant qu'il

des fièvres de ce pays, ont eu souvent à déplorer son impuissance. Et pour notre propre compte nous avons eu nombre de fois l'occasion de voir de ces malheureux fébricitans revenant en France avec leurs accès, bien qu'ils eussent été saturés de quinquina.

Ces motifs et d'autres empruntés à des considérations d'un autre ordre ont engagé à chercher si parmi les succédanés du quinquina il n'y en aurait point qui fussent capables, sinon de le remplacer d'une manière générale, du moins de lui être substitués, pour les cas où son impuissance aurait été reconnue. Nous ne ferons pas ici, comme on le pense bien, l'histoire des nombreux succédanés qui ont été prônés tour à tour; le seul dont nous ayons à nous occuper en ce moment, et le seul aussi qui puisse être sérieusement mis en parallèle avec le quinquina, est l'acide arsénieux.

L'usage de l'acide arsénieux contre les fièvres intermittentes n'est pas nouveau; il remonterait au contraire, au dire des historiens de la matière médicale, à la plus haute antiquité. Laissons de côté les documens historiques; qu'il nous suffise de rappeler que Fowler, Willan, Pearson, en Angleterre, le professeur Flokes en Irlande, Heim et Schœnlein en Allemagne, Bréra en Italie, enfin Fodéré en France, ont constaté et signalé par un grand nombre d'observations les bons effets de l'arsenic contre les fièvres intermittentes; mais nul sans contredit n'a poussé les investigations en ce genre aussi loin que M. Boudin, nul n'a multiplié les expériences sur une aussi vaste échelle. Les observations qu'il a faites sur ce sujet dépassent en nombre, à elles seules, toutes celles qui ont été consignées jusqu'à présent dans les annales de la science. Ce sera donc désormais, soit qu'on veuille avoir un point de départ pour se livrer à de nouvelles expérimentations, soit qu'on veuille se borner à l'examen critique des faits déjà acquis, aux faits recueillis par M. Boudin qu'il faudra surtout recourir. Ce sera aussi à cette source que nous emprunterons quelques élémens d'instruction.

A ne s'en tenir qu'aux résultats généraux, le dernier manifeste de M. Boudin simplifierait singulièrement notre tâche. Ce document, dont un extrait textuel a été reproduit dans notre précédent compte-rendu de l'Académie, semble en effet, par la masse imposante des faits qu'il résume, ne laisser plus aucun doute possible sur la propriété anti-pyrétique de l'acide arsénieux. Cependant comme les résultats n'y sont rapportés qu'en masse et sans désignation des diverses conditions au milieu desquelles ils ont été obtenus, nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile, autant pour notre propre édification que pour celle de nos lecteurs, de remonter un peu plus haut vers la source des faits. Or, voici quelques détails que nous empruntons sur ce sujet à l'ouvrage dans lequel l'auteur a longuement exposé les résultats de sa pratique et sa méthode, TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES PRÉPARATIONS ARSÉNICALES.

A l'époque de la publication de cet ouvrage, en 1842, le nombre des malades auxquels M. Boudin avait administré ses préparations arsénicales s'élevait déjà à plus de 500. Sur 266 individus dont il avait tenu note, voici en résumé les résultats qu'il a signalés :

MALADIES.	Vierges de tout traitement antérieur guéries par l'arsenic.	Rebelles au quinq., guéries par l'arsenic.	Rebelles à l'arsenic, guéries par le quinq.	Rebelles à la fois au quinquina et à l'arsenic.	Total.
Fièvres quotidiennes	102	19	4	3	128
— tierces	53	11	3	0	67
— quartes	2	4	1	2	9
— quintanes	1	2	0	0	3
— non réglées	18	13	2	2	35
— dites larvées	12	8	3	1	24
Total des résultats obtenus.	188	57	13	8	266

On peut voir par ce tableau que s'il y a avantage d'un des deux côtés, il semble être en faveur de l'arsenic.

D'après les nombreuses expériences de M. Boudin, l'arsenic ne se serait pas montré seulement efficace dans le traitement des affections intermittentes; il l'a également employé, avec succès contre des accidens continus, surtout lorsqu'ils paraissaient traduire une intoxication des marais. Il en a également retiré, dit-il, de bons effets dans les paroxismes qui compliquent si souvent la fièvre typhoïde. Un point sur lequel M. Boudin insiste particulièrement, c'est que l'efficacité de l'arsenic se montre constante dans le traitement des maladies produites par l'intoxication des marais, quels que soient leurs types et leurs formes. Quant aux complications des fièvres de marais, M. Boudin se comporte avec la médication arsénicale comme avec la médication quinique. A-t-il affaire à la forme bilieuse ou gastrique qui constitue un des caractères les plus fréquens de ces fièvres, il fait précéder la médication spécifique de l'emploi d'un vomitif. Il a recours à l'opium uni à l'ipécacuanha ou au calomel dans le cas de complication dysentérique. S'agit-il de la forme inflammatoire et de ces nuances latentes ou insidieuses qui, lorsqu'elles sont méconnues, peuvent, ainsi que l'observe judicieusement M. Boudin, conduire le médecin à forcer vainement les doses des médicamens spécifiques, il fait précéder ce médicament par les antiphlogistiques modifiés suivant les circonstances. En un mot, il se comporte à cet égard, de tout point, comme on le fait avec la médication quinique, obéissant aux indications particulières que fournissent les diverses complications de ces fièvres, négligeant à l'occasion les indications accessoires pour administrer d'emblée l'anti-pyrétique s'il s'agit de prévenir le retour d'un accès qui mette immédiatement en danger les jours du malade, et se guidant surtout, pour les modifications à introduire dans le traitement, d'après la connaissance de la constitution régnante. M. Boudin fait remarquer, toutefois, qu'avec la médication arsénicale, l'adjonction des médications adjuvantes, bien qu'utile en général, lui a paru cependant moins souvent nécessaire qu'avec la médication quinique. Enfin une dernière circonstance qui nous a frappés et qui établit un nouveau trait de similitude entre l'arsenic et le quinquina, c'est que l'efficacité des préparations arsénicales est subordonnée d'une manière manifeste, tout comme celle du quinquina, à l'influence de la constitution médicale régnante.

---

faut débarrasser de ses langes et exposer au contact immédiat de l'air, afin de constater légalement son sexe. Ainsi, la différence est grande entre le mal auquel on expose le nouveau-né pendant la cérémonie du baptême, et celui qu'on appelle est quelque sorte sur lui, en remplissant le devoir légal de l'enregistrement. Dans le premier cas, l'enfant a pu faire quelques pas dans la vie, et n'est plus absolument neuf aux impressions qui l'assiègent par tous les sens; dans le second, il n'en a fait qu'un seul, il est à peine né.

Il importe sans doute de connaître exactement le chiffre, la distribution sexuelle et les mouvemens de la population d'un pays. Sans cela, on en serait réduit à des appréciations erronées soit pour régler l'assiette des impôts, soit pour renouveler nos armées. Ainsi le premier acte auquel la loi soumet le nouveau-né est une nécessité de notre civilisation, une condition de notre existence sociale. Mais ne pourrait-on pas le rendre compatible avec les exigences de l'hygiène? ou est-il nécessaire de violenter les droits à la vie que l'enfant porte en naissant, pour établir légalement ses droits de citoyen? On peut certainement réunir ces deux intérêts par une heureuse alliance. Il ne faut pas aller chercher des exemples de ce fait dans les législations de l'antiquité. A cette époque, si quelques hommes étaient comptés pour quelque chose par l'état, les autres, et ceux-là formaient le plus grand nombre, ne présentaient qu'une mince valeur. Or n'ayant pas de rôle à remplir dans la société dont ils faisaient partie seulement sous le point de vue matériel, il importait peu qu'aucune formalité légale consacrât la réalité de leur existence; enfin qu'il y eût pour eux ce que nous appelons dans le langage moderne, un état civil. Cependant les Romains avaient dans les derniers temps de la république ou au commencement de l'empire quelque chose qui ressemblait à notre mode d'enregistrement. D'après M. le docteur Loir qui cite à l'appui quelques vers de Juvénal, il paraîtrait que les grandes familles étaient dans l'usage de faire inscrire la date de la naissance de leurs enfans sur des registres publics. Aucun document ne dit, du moins à cette époque, si l'enfant était transporté devant le magistrat ou si celui-ci se bornait à recevoir le témoignage du père ou d'un proche parent. Mais plus tard, c'est-à-dire au deuxième siècle de notre ère, Marc-Aurèle fit une loi à la fois plus générale et plus explicite. Ainsi, d'après Julius Capitolinus, « cet empereur garantit l'état des hommes libres en ordonnant le premier que tout citoyen fît » auprès du préfet du trésor de Saturne la déclaration de naissance de ses enfans » dans les trente jours, en leur donnant un nom. Dans les provinces, il établit » des officiers publics instrumentaires, chargés, quant aux naissances, des mêmes » fonctions que le préfet du trésor à Rome. » Donc il était bien entendu que l'enfant ne jouait aucun rôle dans la démarche que Marc-Aurèle avait ordonnée, c'était le père seul qui devait se présenter devant le préposé à l'enregistrement des naissances. S'il en avait été autrement, Julius Capitolinus n'eût pas manqué de le mentionner, comme le fait observer M. le docteur Loir. Le grand empereur ne pensait pas sans doute aux intérêts hygiéniques de l'enfant, en n'ordonnant pas qu'il fût transporté chez le magistrat; mais en supposant qu'il eût cru devoir prescrire cette formalité, croit-on qu'elle eût introduit dans l'état civil une exactitude plus rigoureuse? Ce n'est pas probable, car il n'y avait rien dans la législation romaine qui pût faire naître l'intention de tromper l'état sur le sexe de l'enfant.

Dans notre constitution sociale, il faut des garanties plus grandes, parce que

Voici, quant au mode d'administration, quelques-unes des indications auxquelles se conforme M. Boudin, et qui diffèrent peu, comme on le verra, des indications qui règlent l'emploi du sulfate de quinine. D'abord il modifie ses prescriptions suivant le type des maladies auxquelles elles s'adressent. Ainsi, dans les maladies chroniques, les préparations arsénicales peuvent être prises à toute heure de la journée. Dans les fièvres *marécageuses continues*, il les donne le plus promptement possible et sans attendre une apyrexie que le médicament est précisément appelé à provoquer. Dans les maladies paroxistiques, telles que les fièvres intermittentes et rémittentes, les névralgies périodiques, il saisit le moment d'élection qui est celui qui précède d'environ cinq à six heures le paroxisme. Dans les fièvres tierces, quartes ou quintanes, il s'abstient de donner l'arsenic les jours d'apyrexie, quelquefois une seule prise lui a suffi pour couper une fièvre rebelle aux autres moyens; toutefois, ce résultat n'étant point certain, il répète ordinairement l'administration deux ou trois fois et autant que possible toujours cinq ou six heures avant l'heure présumée du paroxisme. Si, au contraire, l'accès n'a été qu'atténué, et à plus forte raison s'il a conservé son intensité première, c'est pour lui un motif de plus pour continuer. Lorsqu'après deux ou trois administrations successives le résultat désiré n'a pas été obtenu, il n'hésite pas à recourir au quinquina. Il est des circonstances dans lesquelles il alterne ces deux médicamens. Les fièvres intermittentes anciennes et rebelles exigent la continuation prolongée de l'anti-pyrétique qui est administré à des distances progressivement croissantes, et autant que possible, aux jours présumés des accès. Dans les maladies chroniques, il persiste dans l'emploi des préparations arsénicales, ou jusqu'à cessation des accidens à combattre, ou au moins jusqu'à constatation de leur impuissance médicatrice.

Nous croyons en avoir rapporté assez pour faire voir quelle est, sous tous les rapports, l'analogie de ces deux médications; elle ressort assez de ce qui précède pour que nous puissions nous dispenser d'y insister davantage. Quant à l'efficacité thérapeutique de la médication arsénicale, elle serait, à en croire M. Boudin, non seulement égale, mais même supérieure à celle du quinquina. Depuis qu'il a substitué comme méthode usuelle l'arsenic au quinquina, il observe moins de cas réfractaires, moins de récidives, moins de lésions consécutives; et s'il lui arrive quelquefois de voir l'arsenic échouer et de lui substituer avec avantage le sulfate de quinine, il lui arrive beaucoup plus souvent, à ce qu'il dit, d'observer des résultats inverses et de voir réussir l'arsenic là où le quinquina avait échoué.

Il y a certainement dans des faits aussi multipliés, observés depuis un grand nombre d'années, dans les pays les plus divers et sous des latitudes différentes, au milieu de toutes les circonstances les plus variées d'endémicité et d'épidémicité, par un homme dont le caractère et les lumières sont une garantie suffisante de l'exactitude de ses assertions; il y a, disons-nous, dans ces faits, de quoi provoquer une sérieuse attention de la part des praticiens. — Mais ces tentatives de réhabilitation thérapeutique de l'arsenic ne constituent point une question purement pratique et scientifique. Cette question se présente encore sous un autre point de vue non moins grave et non moins important qu'il nous reste à signaler, nous voulons parler de la question de la nocuité ou de l'innocuité des préparations arsénicales à dose thérapeutique, et des inconvéniens qu'il pourrait y avoir pour la sécurité publique à autoriser et à encourager l'extension et l'application générale d'un pareil moyen de traitement. M. Boudin ne s'est pas dissimulé toutes les objections qui pourraient être faites sous ce rapport contre l'usage de la médication anti-pyrétique arsénicale, et il est allé au devant de quelques-unes de ces objections; d'abord, en établissant expérimentalement le point de tolérance de l'organisme pour ce médicament, et en le prescrivant à des doses atténuées et très inférieures à celles qu'avaient employées ses devanciers, l'expérience lui ayant démontré que cette atténuation de dose n'exclut nullement l'action thérapeutique du médicament, qu'à un centigramme et au dessous l'acide arsénieux ne produit jamais d'accidens toxiques, et qu'à un demi-milligramme (1/100 de grain), il ne perd rien de ses propriétés curatives; en second lieu, enfin, il répond à ces objections par la masse des faits qu'il a observés et parmi lesquels il affirme n'avoir pas vu survenir une seule fois d'accident toxique. Cette réfutation est en règle, sans doute, mais elle ne répond pas à toutes les objections, et il en est une en particulier à laquelle M. Boudin ne paraît pas même avoir songé. M. Boudin exerce et a fait toutes ses expériences dans les grands hôpitaux militaires; malgré la régularité, la précision et l'exactitude qui président au service de ces établissemens, il a cru prudent de ne s'en rapporter qu'à lui-même pour l'administration de ce médicament, de le recevoir, sans intermédiaire, de la main du pharmacien, et de le donner sans intermédiaire au malade. Or, s'il a cru ces précautions utiles alors qu'il était entouré d'agens auxquels il se fierait entièrement dans toute autre circonstance, que sera-ce lorsqu'il s'agira de surveiller cette médication dans la pratique civile et surtout dans celle des campagnes.

Personne n'ignore que dans les petites localités des pays marécageux où il n'y a pas de pharmacien et souvent pas de médecin, les paysans font leur approvisionnement de quinquina à la ville, et ils ont la plupart une telle habitude de manier ce médicament qu'ils se l'administrent eux-mêmes, à l'occasion, sans le concours et même sans l'avis du médecin. Quelque rassuré que l'on puisse être à l'égard de l'innocuité des petites doses d'arsenic, n'y a-t-il pas lieu d'être effrayé à l'idée de voir un pareil agent mis à la disposition des malades et son administration livrée ainsi le plus souvent à leur discrétion sans surveillance et sans contrôle? Et qu'on ne dise pas que c'est un danger imaginaire que nous allons chercher, car l'une des raisons principales que M. Boudin lui-même fait valoir en faveur de l'adoption de ce médicament, c'est l'extrême modicité de sa valeur vénale, et par conséquent la facilité que l'on aurait désormais à mettre à la disposition des malades pauvres un médicament aussi efficace et beaucoup moins coûteux que le quinquina, dont le prix est tel que beaucoup d'habitans des campagnes se voient forcés de renoncer au bénéfice d'un traitement aussi onéreux. Or, si l'on adoptait l'acide arsénieux, ce serait justement à ce titre, et ce serait précisément dans la classe pauvre, c'est-à-dire dans la classe auprès de laquelle la surveillance offre le plus de difficultés et les accidens le plus de chances, que ce médicament se trouverait le plus répandu. Cette considération est grave, et les médecins ruraux hésiteront certainement longtemps avant de prendre sur eux la responsabilité de répandre et de propager l'usage d'une pareille substance dans les campagnes. Est-ce une raison suffisante pour condamner à jamais la médication arsénicale? Non sans doute. Doué de propriétés thérapeutiques aussi énergiques, l'arsenic devra toujours être conservé comme un médicament précieux et qui pourra rendre, suivant l'occasion, de grands services à la médecine, comme il en rend du reste, dans

---

tout le monde est appelé à contribuer aux charges de l'Etat, et que chacun a un intérêt direct à ce que personne n'échappe à ce réseau d'obligations et de devoirs qui nous enveloppe. Cependant, la France seule, parmi toutes les nations qui nous entourent, exige la présentation de l'enfant chez l'officier civil, dans ce délai si court qu'il a donné lieu si souvent à des accidens funestes. M. le docteur Loir, qui a pris de nombreux renseignemens, s'appuie sur eux, avec raison, pour prouver que, loin d'entraîner des inconvéniens, une réforme ne donnerait que des avantages. Ainsi, en Russie, on n'est pas obligé par la loi de transporter l'enfant hors du domicile pour remplir les formalités de l'enregistrement. C'est le prêtre qui vient, le lendemain de l'accouchement, constater la naissance. La mère et le nouveau-né ne sont tenus de se présenter à l'église qu'après un délai de quarante jours. En Angleterre, les actes de naissance ne sont dressés qu'un mois ou même un an après la naissance; et la cérémonie du baptême, qu'on peut retarder plus ou moins longtemps, se fait à l'église ou à domicile, suivant l'état du nouveau-né ou les désirs de la famille. En Prusse, il n'y a pas plus de présentation d'enfans que dans le Royaume-Uni, après un délai de trois jours, suivant la législation française; ce n'est qu'après six semaines que le pasteur a le droit de l'exiger. L'Autriche, il est vrai, semble faire exception; le délai de trois jours est inscrit dans la loi. Mais on obtient la dispense de cette obligation, en se soumettant à un impôt de 50 ou 60 fr. Les familles riches sont donc les seules qui aient le privilège d'entourer de précautions hygiéniques la frêle organisation de leurs enfans. Cet avantage, ou plutôt ce droit, est interdit aux familles pauvres. Cependant une telle loi doit être considérée comme sans importance dans l'application, puisqu'il suffit d'un peu d'argent pour se soustraire à ses exigences.

On vient de voir que la France n'a guère d'imitateurs chez les autres nations, et cependant elles ne s'en trouvent pas plus mal pour cela. S'il y a des erreurs dans leur état civil, ne s'en glisse-t-il pas aussi dans le nôtre? et, sous ce rapport, n'existe-t-il pas entre eux et nous une sorte d'égalité?

Où l'égalité n'existe pas, c'est sous le point de vue hygiénique. On n'a pu faire de statistiques différentielles assez développées pour obtenir des résultats exacts sur la question. Des preuves matérielles n'ont pas été rassemblées peut-être en assez grand nombre; mais on connaît des observations assez concluantes pour tenir lieu de toute autre démonstration. Ainsi, Toaldo (de Padoue) a fait la remarque que les enfans de la ville qui sont soumis, comme ceux de la campagne, au transport prématuré, succombent en moins grand nombre que les autres; et il attribue la différence du résultat à ce que les premiers sont mieux protégés que les seconds contre l'influence de l'air, qui est toujours moins froid et moins violent dans les rues que dans les pays découverts. Le même observateur a trouvé aussi, en faisant un rapprochement entre les enfans des juifs, qui ne sont pas transportés prématurément, et ceux des chrétiens des campagnes qui sont transportés peu de jours après la naissance, que chez ceux-ci la mortalité était de deux cinquièmes sur les décès totaux, tandis que chez les autres, c'est-à-dire chez les juifs, elle n'atteignait qu'un cinquième. Une preuve bien plus concluante encore, c'est que nous avons pu constater, dans l'un de nos établissemens coloniaux, de la manière la plus décisive, les funestes effets de notre système d'enregistrement. Nous avons fait cette triste expérience aux Antilles, où les enfans qui étaient transportés à la mairie dans le délai légal succombaient bientôt à des attaques de tétanos. Le seul moyen d'arrêter cette mortalité fut de reculer le

un autre ordre de maladies, entre les mains habiles des médecins de Saint-Louis. Mais en ce qui concerne son application spéciale aux fièvres intermittentes, nous croyons que tant que l'importation de l'écorce du Péron en Europe ne sera pas interdite, il y aura convenance à n'employer l'arsenic qu'à titre de succédané et pour les cas exceptionnels où le quinquina se montre impuissant, à restreindre, en un mot, le plus possible les limites de son application.

On le voit, au point de vue scientifique, il y a là une question de thérapeutique intéressante à laquelle les médecins ne peuvent, il nous semble, rester entièrement indifférens. Au point de vue économique et hygiénique, cette question n'offre pas moins d'intérêt, et elle semble appeler toute la sollicitude des corps savans. Aussi avons-nous été surpris qu'étant en possession de semblables documens, l'Académie ait laissé passer cette occasion de discuter cette question, et qu'elle ait aussi rapidement glissé sur des faits d'une semblable importance. La double question de l'efficacité antipyrétique spéciale de l'arsenic et des limites auxquelles s'arrête l'action toxique et commence l'action thérapeutique de l'arsenic, était cependant bien digne de fixer un instant son attention.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

SUR LES TROUBLES QUI SURVIENNENT DANS L'ÉQUILIBRATION, LA STATION ET LA LOCOMOTION DES ANIMAUX, APRÈS LA SECTION DES PARTIES MOLLES DE LA NUQUE (mémoire lu à l'Académie de médecine); par M. LONGET, professeur d'anatomie et de physiologie, membre de l'Académie royale de médecine, etc.

Les physiologistes admettent, depuis un certain nombre d'années, que la soustraction du liquide cérébro-spinal occasione un trouble notable des facultés locomotrices. Ayant évacué ce liquide, entre l'occipital et l'atlas, après avoir divisé les parties qui recouvrent l'espace occipito-atloïdien postérieur, j'ai vu, en effet, les animaux abandonnés à eux-mêmes chanceler comme s'ils étaient ivres, leur corps se balancer de tous côtés comme s'il était successivement sollicité par des forces antagonistes. Mais chez les mêmes animaux (cheval, mouton, chien, chat, cabiai, lapin, etc.) m'étant borné à inciser les parties molles de la nuque, *sans donner issue au liquide cérébro-spinal*, j'ai observé, avec quelque surprise, les mêmes phénomènes jusqu'à présent attribués à sa soustraction.

Dès lors il devenait nécessaire de faire écouler le liquide cérébro-spinal, sans léser les parties musculaires et ligamenteuses de la région postérieure du col; j'enlevai donc une seule lame vertébrale vers le milieu du dos; et si, à la suite de cette opération préalable, de la faiblesse survint (à cause de la plaie musculaire) dans le train postérieur, elle ne fut en rien augmentée par l'écoulement du liquide, et d'ailleurs les animaux (chiens) ne présentèrent aucunement la titubation si singulière que j'avais remarquée dans l'autre série d'expériences, après la simple division des parties molles de la nuque.

Mais on pouvait objecter qu'en procédant ainsi, j'avais donné issue à une quantité de liquide moins considérable qu'en perforant les membranes au lieu ordinaire d'élection, à la hauteur du quatrième ventricule, entre l'occipital et l'atlas; d'où l'absence de troubles dans la locomotion. Il fallait donc avoir recours à une contre-épreuve plus décisive.

Or, en variant les expériences, je n'ai pas tardé à reconnaître un fait important, savoir: la possibilité d'évacuer le liquide au niveau du lieu d'élection, et en même temps d'isoler, pour l'observateur, les effets qui pourraient résulter de cette évacuation de ceux qui surviennent aussitôt après la section des parties recouvrant le ligament occipito-atloïdien postérieur. Ainsi, j'ai vu (chez les chiens, les chats, les lapins, etc.) la titubation, l'incertitude dans la démarche, que j'avais produites en me bornant à diviser ses parties, disparaître complètement en trente-six ou quarante-huit heures; et dès lors, le ligament occipito-atloïdien postérieur étant demeuré à découvert, la locomotion étant redevenue tout à fait normale, les conditions étaient on ne peut plus favorables à la fois pour extraire le liquide cérébro-spinal et pour observer l'influence immédiate, si elle était réelle, de son extraction sur l'exercice régulier des organes locomoteurs. Malgré le soin que j'ai pris, au moment de la perforation des membranes, de faire crier les animaux, de gêner leur respiration, ou même, après avoir ouvert les membranes spinales, d'enlever une partie de la voûte crânienne (lapins) pour rendre l'écoulement du liquide plus facile et plus complet (1), dans aucun cas la démarche des animaux n'a présenté la moindre modification. Par conséquent, d'une part, on peut donner issue au fluide cérébro-spinal, sans déterminer aucun trouble dans les mouvemens; d'autre part, celui qui éclate d'une manière si brusque et si marquée, après qu'on a seulement divisé les muscles sous-occipitaux postérieurs (avec le ligament sus-épineux, quand il existe), ne dure qu'un espace de temps assez court.

A propos de ce dernier résultat, qu'il me soit permis de faire observer qu'ici, pour expliquer la restitution prompte et intégrale des mouvemens, il est bien impossible, comme l'ont toujours fait les expérimentateurs qui avaient d'abord évacué le liquide, d'invoquer sa reproduction rapide, puisque son évacuation n'avait point eu lieu d'abord.

Ainsi, évidemment dans nos expériences, le rétablissement des fonctions locomotrices ne saurait pas plus dépendre de la reproduction du liquide cérébro-spinal, que leur perturbation n'a pu dépendre de son écoulement; et jusqu'alors, par conséquent, la cause de l'apparition de ces phénomènes, aussi bien que la cause de leur disparition rapide, a été entièrement méconnue.

Mais, avant de chercher à les expliquer, il importe de décrire les phénomènes dus à la section des parties molles de la nuque. Comme ils varient un peu selon l'espèce animale, avant d'exposer le tableau comparé de leurs variations, j'indiquerai les effets obtenus sur une espèce donnée, chez le chien, par exemple.

La tête s'infléchit fortement au-devant de la colonne cervicale; l'animal perd aussitôt l'équilibre, faiblit sur ses quatre membres, spécialement

(1) Ce dernier procédé est dû à M. Foville.

délai de trois jours jusqu'à un terme plus ou moins éloigné du moment de la naissance. En France, où les conditions du climat sont si différentes, les effets ne sont pas aussi prompts, mais ils sont aussi réels. Dans notre pays, ils se produisent plus lentement, voilà tout. Aussi, combien de parens se désolent de voir se flétrir, sans cause connue, l'existence si frêle de leur enfant, de voir que cette vie si chère leur échappe malgré les soins les plus attentifs et les plus constans! Eh bien! le médecin ne tarde pas longtemps à reconnaître la cause de ce désordre, et il attribue à une première imprudence cette atrophie mésentérique qui se dévoile par la coloration du visage, l'état des digestions, le volume du ventre, l'amaigrissement des membres, et qui conduit tant de jeunes victimes au tombeau. Ces terribles suites d'une législation si facile à modifier, puisque ni l'état, ni les institutions n'ont rien à perdre à cette modification, exigent un prompt remède. Il y a longtemps déjà que MM. Villermé, Milne-Edwards, Baudelocque en ont exprimé la nécessité. Mais, de ce qu'ils n'ont pu parvenir à un résultat, ce n'est pas une raison pour ne pas fixer de nouveau l'attention des hommes sérieux sur une réforme aussi impérieuse. Puis, comme le dit très bien M. le docteur Loir, la vraie base des lois, n'est-ce pas leur harmonie avec la loi naturelle? Les exigences de l'esprit, ainsi que les besoins de l'organisme, voilà ce qu'il faut protéger au moyen de la législation, et non pas les violenter de manière à mettre obstacle à la durée de la vie.

L'auteur du mémoire présenté à l'Académie des sciences morales et politiques ne signale pas le mal sans indiquer comment il faut s'y prendre pour le faire cesser. Voici donc ce qu'il propose: « N'est-il pas possible, dit-il, de faire pour » les nouveau-nés ce que l'on fait pour les morts, d'envoyer constater les nais» sances à domicile? et cela de la manière suivante: L'officier de l'état civil ou » la personne chargée de le représenter viendrait au domicile de l'enfant con» stater la naissance et le sexe, après quoi il n'aurait qu'à remettre aux parens » un bulletin imprimé, avec lequel les témoins iraient seuls (sans l'enfant) à la » mairie, faire dresser l'acte de naissance. » M. le docteur Loir ajoute que personne ne serait plus apte à remplir cette fonction que les médecins attachés aux mairies pour le service des pauvres ou la constatation des décès. D'ailleurs, ils sont habitués par état à n'être pas ménagers des courses les plus longues et les plus fatigantes. Ils savent si souvent qu'une visite n'est qu'un acte de dévoûment gratuit qu'ils rempliraient cet office avec un désintéressement presque complet. On me permettra d'ajouter une autre raison à celle qu'a donnée le docteur Loir pour justifier ses préférences en faveur des médecins. Les hommes de notre profession trouvent de temps en temps dans le monde de la clientèle des témoignages de considération et de reconnaissance. Mais cette belle récompense est assez rare cependant, elle est rare surtout pour les médecins qui ne tiennent pas un rang élevé dans la hiérarchie professionnelle, ou qui joignent à l'exercice de leur état des fonctions que ne recherchent guère les praticiens bien achalandés. Ainsi, les médecins chargés de constater les décès semblent revêtus, aux yeux des familles, d'une enveloppe de mauvais augure qui les fait repousser par ceux mêmes qui rendent le plus de justice à leurs talens. Charger ces praticiens si honorables et si dévoués pour la plupart de constater les naissances comme les décès, ne serait-ce pas mitiger les inconvéniens d'une fonction par les avantages d'une autre? Désormais, ils ne passeraient pas seulement le seuil des familles en larmes, ils iraient les visiter aussi quand le cœur est plein d'espérance et de joie, le

sur les postérieurs, demeure d'abord à plat sur le ventre, et, après être resté un moment comme indécis, tout à coup s'élance, fait trois ou quatre bonds en avant avec une grande précipitation, puis retombe à plat en écartant ses pattes antérieures qu'il meut d'une manière brusque et incohérente. Mais bientôt il parvient à se soulever imparfaitement, chancelle sur ses membres écartés, et, s'il marche, s'avance d'un pas mal assuré et bizarre qui lui donne tout à fait l'apparence de l'ivresse. Vient-on à l'effrayer, il fait effort pour fuir, s'embarrasse dans ses mouvemens, tombe et roule sur lui-même.

Mêmes effets chez le cabiai et le lapin ; seulement le train de derrière m'a paru moins affaibli que chez le chien, et le mouvement de recul s'est offert plusieurs fois à mon observation.

Le chat, doué d'une extrême vivacité, d'une adresse et d'une précision si remarquables dans ses mouvemens, offre surtout le spectacle le plus frappant par l'impétueux désordre de sa locomotion rappelant toutes les allures de l'ivresse la plus fougueuse ; ses chutes sont fréquentes et parfois il roule sur l'axe de sa longueur.

Sur cinq moutons mis en expérience, trois ont présenté une tendance manifeste au recul. Le désordre et l'incohérence dans les mouvemens ont été moindres que chez le chien, le chat, le lapin et le cabiai. Toutefois, le train de derrière s'est montré assez affaibli, et la démarche assez incertaine pour permettre la chute de l'animal.

Chez le cheval, la section isolée des muscles sous-occipitaux postérieurs n'a été suivie d'aucun effet appréciable. Mais, après celle de ces muscles et du *ligament sus-épineux*, la démarche est devenue irrégulière, embarrassée, indécise ; l'animal marchait affaissé sur le train postérieur, comme s'il eût été chargé d'un lourd fardeau ; il étendait et relevait d'une façon bizarre et maladroite ses jambes de devant, comme l'eût fait un cheval atteint d'une cécité récente. Néanmoins, l'allure est toujours demeurée plus ferme, plus assurée que chez les autres animaux ; car je n'ai vu survenir la chute chez aucun des trois chevaux qui m'ont servi à exécuter ces expériences.

Tous les effets précédens ne sont bien prononcés, chez ces diverses espèces animales, qu'à la condition que les deux petits muscles droits postérieurs soient entièrement divisés. En cherchant à expliquer ce résultat, on trouve qu'à cause du lien d'insertion, de la direction de leurs fibres, et de leurs adhérences intimes avec le ligament occipito-atloïdien postérieur, ces deux muscles non seulement empêchent un écartement exagéré de l'occipital et de l'atlas, lors de la flexion de la tête, mais encore soulèvent le ligament occipito-atloïdien et le maintiennent suffisamment éloigné des parties nerveuses sous-jacentes. Aussi, à cause même de l'action spéciale des deux muscles, petits droits postérieurs, les effets qui surviennent après leur section n'ont-ils pas lieu quand on se borne à fléchir fortement la tête des animaux à l'aide de liens appropriés (1).

Je dois ajouter que, sur le chien, le chat et le lapin, ayant fait plusieurs fois la section des muscles cervicaux postérieurs d'*un seul côté*, au niveau de l'espace occipito-atloïdien, je n'ai donné lieu à aucun des phénomènes précédens.

(1) On trouvera plus loin d'autres raisons qui expliquent également ces différences.

Du reste, j'ai pu, au moment même où je venais de les produire, faire disparaître ces phénomènes à volonté et presque instantanément, c'est-à-dire restituer aux animaux leur équilibre et la faculté de marcher, en soutenant leur tête et la retenant dans l'attitude normale avec la main ou à l'aide d'un collier de carton suffisamment large.

Cette dernière observation me conduisit à effectuer la division des parties molles de la nuque sur des animaux d'abord munis d'un semblable appareil convenablement découpé ; les effets furent nuls : tandis que, aussitôt après l'enlèvement de l'appareil, ils se manifestèrent avec toute leur singularité.

J'ai dit, plus haut, qu'ils étaient de courte durée chez les animaux abandonnés à eux-mêmes ; mais cette durée varie selon leur intensité, et par conséquent selon l'animal. Chez le cheval, la locomotion redevient régulière après six on huit heures ; après dix ou douze chez le mouton ; et, chez le chien, le chat, le cabiai, le lapin, la restitution intégrale de la fonction n'a lien qu'au bout de trente-six à quarante-huit heures.

Si le retour de la fonction est d'autant plus rapide que son trouble a été moindre, il est facile de démontrer que l'intensité de celui-ci sera d'autant plus grande qu'après l'expérience, la flexion de la tête, sur la colonne cervicale, sera devenue accidentellement plus considérable relativement au degré de flexion normale. Chez le cheval, l'angle sous lequel se rencontrent les axes longitudinaux de la tête et du col est un angle droit ; chez le chien, le chat, le lapin, le cabiai, ces deux axes sont à peu près sur le prolongement l'un de l'autre, et forment, par conséquent, un angle extrêmement obtus ; tandis que, chez le mouton, leur position relative est intermédiaire aux deux précédentes, c'est-à-dire que l'angle formé est plus ouvert que chez le cheval et moins obtus que chez le chien.

Il en résulte évidemment qu'après la division des parties musculaires ou ligamenteuses indiquées, la tête du chien, du chat, du lapin et du cabiai devra s'infléchir plus que celle du mouton, et celle du mouton plus que celle du cheval, pour faire un angle de même ouverture avec l'axe longitudinal du col. Or, c'est précisément l'ordre dans lequel nos expériences nous avaient amené à classer ces animaux, au point de vue de l'intensité du trouble fonctionnel.

Ces faits se représenteront bientôt à l'appui de la théorie physiologique que nous avons cru devoir adopter.

Il m'importait de savoir si des expériences semblables à celles que j'avais exécutées sur des mammifères, produiraient, sur les oiseaux, des effets analogues : celles que j'ai faites sur plusieurs gallinacés, sur divers passereaux et palmipèdes n'ont donné que des résultats négatifs ; la tête ne s'est point fléchie sur le cou d'une manière appréciable, si ce n'est légèrement, chez les palmipèdes à bec long et volumineux, comme le canard, dont néanmoins la station et la progression ne m'ont pas paru sensiblement modifiées.

A ce propos, on peut se rappeler que, chez la plupart des oiseaux, l'axe longitudinal du col est perpendiculaire à celui de la tête, comme chez les mammifères dont la locomotion, après l'expérience, a offert le moins d'irrégularité ; que, de plus, le trou occipital n'est pas, en général, situé à l'extrémité postérieure du crâne, mais vers sa base, au point que, dans la bécasse, par exemple, ce trou est au moins autant que dans l'homme à la face inférieure de la tête ; que les os du crâne des oiseaux

jour de la venue d'un nouveau-né. A présent qu'on s'occupe à relever la considération du médecin, et que le gouvernement paraît nous vouloir tendre la main pour cela, il faut que l'écrivain ose dire tout haut l'étendue des services que peut rendre notre profession. C'est le moyen d'empêcher ceux de qui nous attendons de tout, de répondre à nos doléances que s'ils ajournent leurs promesses, c'est parce qu'ils ne savent comment s'y prendre pour les remplir.

Il est inutile de dire que le docteur Loir a été vivement encouragé par l'Académie tout entière ; M. Villermé lui-même a pris la parole pour confirmer les faits et s'associer aux conclusions de cet excellent travail. Mais qu'adviendra-t-il de ce triomphe académique ? Le projet de réforme restera-t-il à l'état de théorie ? Ou quelque membre politique de cette assemblée qui compte tant d'hommes puissans le prendra-t-il sous sa protection pour le faire passer à l'état pratique ? Il faut le désirer, car rien n'est plus urgent que de mettre un terme à une législation qui augmente le chiffre de la mortalité déjà si considérable de la classe si intéressante et si nombreuse des enfans.

Ed. C.

sont fort légers à cause de nombreuses cellules qui se remplissent d'air provenant, soit de l'organe auditif, soit des cavités nasales; qu'enfin les apophyses para-mastoïdes sont ordinairement très volumineuses et fort saillantes en arrière, comme les fosses cérébelleuses de l'occipital. Or, ces conditions, bien différentes, pour la plupart, de celles qui se rencontrent chez les mammifères, tendent à faire que la tête soit à peu près maintenue sur l'épine par son propre poids, au degré de flexion normale. D'où les résultats négatifs que nous avons obtenus : peut-être devrait-on aussi tenir compte du mode particulier d'articulation de la tête avec le corps de la première vertèbre cervicale.

Un fait que je ne saurais passer sous silence, parce qu'il a vivement excité ma surprise, c'est que, chez plusieurs chiens et lapins conservés après l'expérience, la mort ait pu résulter de la simple division des parties musculaires de la nuque, dès le troisième ou le quatrième jour. A l'autopsie, je ne rencontrai pourtant pas de signes qui permissent de croire que l'inflammation extérieure se fût propagée spécialement au bulbe, à travers le ligament occipito-atloïdien postérieur et les membranes de la moelle; mais je trouvai, pour toute lésion, une congestion cérébrale des plus intenses, qu'il me parut rationnel d'attribuer à la gêne circulatoire et respiratoire qui avait dû résulter de la flexion angulaire, longtemps continuée, de la tête, et, sans doute en particulier, de la compression de l'artère basilaire et du bulbe contre la base du crâne. Cette remarque m'engagea à tenter sur moi une expérience dans laquelle, pendant près d'une heure, je demeurai le menton appliqué au sternum : indépendamment de la fatigue musculaire, des battemens incommodes survinrent dans les artères temporales, la face s'injecta, des étourdissemens, des bruissemens d'oreilles se manifestèrent; et ma respiration devenant de plus en plus difficile, je fus contraint d'interrompre cette expérience, de laquelle je ne conservai qu'une céphalalgie qui se dissipa graduellement.

Maintenant, il reste à donner une courte explication des autres phénomènes déjà décrits. Les physiologistes ont pu reconnaître leur extrême analogie avec ceux que M. Flourens a le premier signalés, après les lésions directes du cervelet.

La flexion angulaire de la tête sur l'atlas, qui, chez certains animaux que nous avons désignés, résulte de la section complète des parties musculaires de la nuque, nous semble devoir occasionner à la fois un tiraillement et une compression de l'axe cérébro-spinal, portant plus spécialement sur les parties qui avoisinent l'articulation occipito atloïdienne. Ces parties sont le bulbe et la protubérance annulaire *auxquels se lient tous les pédoncules du cervelet*. Or, ces moyens de transmission n'apportant plus qu'imparfaitement aux muscles l'influence coordonnatrice de cet organe, on comprendra qu'il puisse en résulter les mêmes effets que s'il était lésé lui-même directement. D'ailleurs, je n'ai pas négligé de répéter souvent des expériences comparatives sur deux animaux de la même espèce : chez l'un, je lésais isolément, mais superficiellement, le cervelet; chez l'autre, je ne pratiquais que la section des muscles cervicaux postérieurs, et j'ai toujours trouvé une frappante analogie dans les phénomènes.

Objectera-t-on que, dans nos expériences, ces phénomènes ont été passagers? Mais tous les expérimentateurs savent avec quelle promptitude les centres nerveux, chez les animaux, s'habituent à une compression et à un tiraillement modérés, avec quelle facilité ils réacquièrent intégralement leur fonction.

Ayant enlevé la voûte crânienne à des lapins, j'ai successivement superposé de petites lames métalliques sur l'encéphale lui-même, jusqu'à ce que je visse les animaux chanceler et près de fléchir sur leurs membres; aussitôt je m'arrêtais, et, au bout d'une heure, déjà la station était redevenue plus ferme et mieux assurée.

Sur la même espèce animale, il m'est fréquemment arrivé de pratiquer la section intra-crânienne du trijumeau, et de léser en même temps le sinus caverneux; au bout de quelques minutes, les animaux tombaient sur le côté opposé à la lésion; puis je les abandonnais, et le lendemain ils étaient debout sans la moindre trace de paralysie. A l'autopsie, faite après quelques jours, on rencontrait un caillot sanguin qui avait comprimé et déformé l'hémisphère cérébral correspondant.

Ajoutons que, dans ses expériences si variées, M. Flourens a vu souvent et que nous avons vu nous-même, après des lésions circonscrites du cervelet, les fonctions de cet organe se rétablir d'une manière très rapide et complète.

Je ne m'arrêterai point à l'examen d'autres théories qui s'offrent également à l'esprit pour expliquer les résultats énoncés dans ce mémoire, et je crois devoir ici m'en tenir à celle qui, jusqu'à présent, m'a paru la plus rationnelle.

Toutefois, je ferai observer qu'un simple déplacement du centre de gravité, par suite de la flexion de la tête, due à la section de ses muscles extenseurs, ne saurait rendre compte des désordres si bizarres qui surviennent dans la locomotion des animaux; car, comme nous l'avons expérimenté, on ne donne pas lieu à ces mêmes désordres, en fixant la tête au devant du sternum, à l'aide de liens convenables, quoique la flexion puisse alors être portée plus loin que chez l'animal abandonné à lui-même, après la section des muscles cervicaux postérieurs. De plus, ne sait-on pas que, quelques minutes après l'amputation d'un de ses membres, le chien, en changeant son centre de gravité, retrouve l'équilibre? J'ai vu tout récemment un de ces animaux auquel j'avais lié l'aorte abdominale, et chez qui les membres abdominaux étaient complètement paralysés, reprendre instantanément son équilibre, à l'aide d'une attitude singulière dans laquelle son train postérieur était entièrement détaché du sol, et qui lui permettait de se soutenir et de marcher avec vitesse et régularité sur ses deux pattes de devant. J'ai déplacé le centre de gravité de bien d'autres manières, sans avoir jamais pu reproduire des phénomènes analogues à ceux qui font l'objet de ce travail.

Maintenant, il reste à savoir pourquoi on ne les produit point, quand on se borne à fléchir fortement la tête des animaux à l'aide de liens appropriés.

Dans ce cas, le mouvement se fait par un déplacement de toutes les vertèbres de la colonne cervicale, et, quoique les rapports des vertèbres entre elles soient très peu changés, il en résulte une courbe qui permet un abaissement considérable de la tête, sans lésion possible des masses nerveuses : au contraire, dans le cas où la flexion n'a lieu qu'après la section des parties molles de la nuque, la tête s'infléchit directement sur l'atlas, les autres vertèbres cervicales ne participent point à ce mouvement, et, quoique la flexion ne paraisse pas plus considérable que dans le cas précédent, elle s'est opérée au moyen d'un déplacement angulaire entre l'atlas et le contour du trou occipital, d'où résulte un angle qui fait saillie en dedans et vient comprimer des parties de l'axe cérébro-spinal que nous avons déjà spécifiées (1).

CONCLUSIONS.

1° La soustraction du liquide cérébro-spinal n'a aucune influence sur l'exercice régulier des organes locomoteurs : au contraire, la simple section des parties molles de la nuque entraîne la perte immédiate de toute faculté de station et de locomotion régulières.

2° C'est à la division préalable de ces parties qu'on doit rapporter le trouble locomoteur attribué, jusqu'à présent, à la soustraction du liquide cérébro-spinal faite au niveau de l'espace occipito-atloïdien.

3° Ce trouble, si notable chez certains mammifères, est nul chez les oiseaux dont l'axe longitudinal du col est perpendiculaire à celui de la tête et le trou occipital situé à la base du crâne.

4° Chez les mammifères, l'incertitude dans la station et dans la marche, après qu'on a divisé les muscles cervicaux postérieurs, est d'autant plus prononcée et disparaît d'autant moins vite que les deux axes précédens forment, à l'état normal, un angle plus obtus.

5° Elle offre, d'ailleurs, la plus grande analogie avec celle qui résulte des lésions directes du cervelet, et paraît avoir pour cause la compression et le tiraillement, au niveau et au-dessus de l'atlas, des portions de l'axe cérébro-spinal auxquelles sont liés les pédoncules cérébelleux.

6° C'est par l'habitude que ces portions encéphaliques prennent si rapidement d'être comprimées et tiraillées, et non par la reproduction du liquide céphalo-rachidien, qu'on doit expliquer la restitution prompte et entière des facultés locomotrices.

7° Même après le rétablissement de ces facultés, la section des parties molles de la nuque, chez certains animaux, peut déterminer la mort en occasionnant une congestion cérébrale des plus intenses due à la gêne de la circulation encéphalique et de la respiration, qui résulte de la flexion angulaire de la tête sur l'atlas.

(1) On a vu que la section des deux petits muscles droits postérieurs était indispensable pour permettre ce déplacement et tous les accidens qui en résultent.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

DU CATHÉTÉRISME DE L'ŒSOPHAGE CHEZ LES ALIÉNÉS; DIFFICULTÉS ET DANGERS QU'IL PRÉSENTE; PERFORATION DU PHARYNX, SUIVIE DE MORT; INTRODUCTION DE LA SONDE DANS LE LARYNX; INJECTION DES ALIMENS DANS LA TRACHÉE; EMPLOI D'UNE SONDE A DOUBLE MANDRIN ET A OBTURATEUR POUR PRÉVENIR CES ACCIDENS (1); par M. BAILLARGER, médecin à l'hospice de la Salpêtrière.

§ Ier.

Entre tant de services rendus aux aliénés par Esquirol, il faut compter l'emploi qu'il a fait le premier de la sonde œsophagienne pour nourrir les malades qui refusent obstinément de prendre des alimens.

Depuis plus de trente ans, on a souvent eu recours à ce moyen à la Salpêtrière, à Bicêtre, à Charenton et dans presque tous les asiles d'aliénés.

Esquirol s'est d'ailleurs peu étendu sur l'emploi de la sonde œsophagienne, et je ne puis mieux faire que de citer textuellement ce qu'il en a dit.

Après avoir rappelé qu'il faut avant tout s'appliquer à vaincre la résistance du malade par la persuasion et avoir conseillé l'emploi de la douche et des bains froids, Esquirol continue ainsi :

« Si tous ces moyens échouent, si le refus des alimens persiste, si le »malade a pris la résolution de mourir par abstinence, il faut recourir à »l'introduction forcée des substances alimentaires dans l'estomac. On a »imaginé plusieurs moyens mécaniques pour forcer à ouvrir la bouche. »Ces moyens sont violens et ne réussissent pas toujours. L'usage d'une »sonde de gomme élastique introduite par les narines dans l'œsophage, »pour ingérer des liquides dans l'estomac, réussit ordinairement, si on a »recours à ce moyen avant que l'abstinence ait déterminé l'inflammation »de l'estomac et des intestins. L'ingestion tardive ne saurait prévenir la »mort.

»Le premier, j'ai fait usage de la sonde dans cette circonstance; mais »son emploi exige des précautions.

» La sonde œsophagienne, dont je me servais d'abord, d'un calibre »trop gros, ne s'introduisait que difficilement. On a adopté depuis une »sonde ordinaire d'un calibre plus petit, et qui est plus courte; il arrivait »quelquefois que l'extrémité de la sonde se repluyait sur elle-même avant »d'entrer dans l'œsophage, et qu'alors le liquide ressortait par les narines »et par la bouche. M. Baillarger, élève interne de Charenton, a armé la »sonde d'un mandrin en baleine, et l'accident dont je viens de parler a »été prévenu (2).

»Il peut arriver que la résistance soit telle que, même avec beaucoup »d'expérience, on fraie une fausse route à la sonde. Cet accident très »grave est fort rare, car je ne l'ai observé qu'une fois sur un jeune »homme.

»La sonde, introduite par une main exercée et habile, se fourvoya dans »une fausse voie et provoqua une inflammation qui en peu de jours fut »mortelle.

»Je le répète, c'est la seule fois que j'aie observé un pareil accident. »Ce moyen est ordinairement sans danger; il a conservé à la vie un grand »nombre de malades auxquels j'ai donné des soins, soit dans les établis»semens publics, soit dans ma pratique particulière (1). »

On voit qu'Esquirol, tout en disant que le cathétérisme de l'œsophage est ordinairement sans danger, déclare cependant qu'il exige des précautions et même qu'il peut entraîner des accidens très graves. Il cite en effet un cas dans lequel l'opération fut suivie de mort; mais il ajoute que c'est le seul qu'il ait observé.

M. Leuret est allé beaucoup plus loin qu'Esquirol, quant au danger de l'introduction de la sonde œsophagienne. Il déclare que, chez les malades qui résistent, cette opération devient *excessivement dangereuse.* « Alors, dit-il, il est arrivé qu'avec la sonde on a *percé l'œsophage*, ou bien qu'on a *traversé le larynx, une bronche, le tissu pulmonaire*, et que par l'*injection* d'un aliment on *a causé la mort du malade.* »

En présence de faits aussi graves, j'ai pensé qu'il importait :

1° De rechercher les causes qui peuvent rendre le cathétérisme œsophagien difficile, et d'apprécier au juste quels sont les dangers qu'il peut entraîner.

2° D'examiner par quel moyen on peut surmonter les obstacles et prévenir les accidens.

Ce sera l'objet de ce mémoire.

§ II. — DES DIFFICULTÉS DU CATHÉTÉRISME ŒSOPHAGIEN CHEZ LES ALIÉNÉS.

Les obstacles qui s'opposent quelquefois à l'introduction de la sonde œsophagienne se rencontrent dans les fosses nasales, à la partie supérieure et à la partie inférieure du pharynx; quelquefois ils peuvent venir de l'œsophage lui-même.

Les difficultés qu'on éprouve dans quelques cas pour pénétrer jusqu'au pharynx tiennent au volume trop considérable de certaines sondes, et surtout à ce qu'on ne suit pas exactement le plancher inférieur des fosses nasales. Il arrive alors qu'après avoir vainement essayé d'un côté, on est obligé d'opérer de l'autre, et j'ai vu quelquefois des hémorrhagies provoquées par ces tentatives qui, en outre, augmentent beaucoup la douleur produite par l'opération. Si la sonde est petite et si le malade est convenablement maintenu, ce premier temps du cathétérisme œsophagien sera toujours facile.

Les obstacles qui peuvent se rencontrer à la partie supérieure du pharynx sont beaucoup plus sérieux. L'extrémité de la sonde, après avoir franchi les fosses nasales et le voile du palais, arrive à angle droit sur la paroi postérieure du pharynx, et c'est appuyée sur cette paroi qu'elle doit se recourber. Elle glisse alors quelquefois à droite ou à gauche et s'arrête derrière les piliers postérieurs du voile du palais que j'ai trouvé ecchymosés chez des malades qui avaient succombé. La sonde, ainsi arrêtée, continue quelquefois à entrer si on la pousse; mais, au lieu de descendre dans l'œsophage, elle se replie sur elle-même, et c'est en vain qu'on essaie de faire l'injection. Il faut alors retirer l'instrument et recommencer l'opération.

Mais je suppose que l'obstacle dont je viens de parler ait été évité, ce qui a lieu le plus souvent, alors il pourra arriver que la sonde, qui en descendant se recourbe plus ou moins en avant, rencontre la base de la langue et soit arrêtée par elle. On voit alors parfois l'instrument revenir par la bouche, ou bien il se replie encore sur lui-même, et dans les deux cas l'injection devient impossible.

J'ai trouvé deux fois après la mort des ecchymoses à la base de l'épiglotte, ce qui prouve que ce point avait été assez fortement comprimé.

Il semble que, dans quelques cas, les contractions de l'œsophage peuvent s'opposer à l'introduction de la sonde, c'est au moins l'avis de quelques médecins; mais ces contractions sont de courte durée, et on doit profiter du moment où elles cessent pour terminer l'opération.

Tels sont les obstacles qui s'opposent quelquefois au cathétérisme œsophagien : on voit qu'ils viennent surtout :

1° De ce que la sonde se dévie en se repliant à la partie supérieure du pharynx et se trouve arrêtée latéralement derrière les piliers postérieurs du voile du palais;

2° De ce que l'extrémité de la sonde plus ou moins recourbée en avant rencontre la base de la langue.

---

(1) Ce travail fait partie de recherches sur l'abstinence volontaire des aliénés, recherches commencées à Charenton, et que j'ai poursuivies à la Salpêtrière. Je crois devoir publier dès aujourd'hui ce qui a trait à l'emploi de la sonde œsophagienne, à l'occasion de la note insérée dans le dernier numéro de la GAZ. MÉD. par M. Leuret, note qui contient la description d'une nouvelle sonde œsophagienne.

(2) Esquirol a omis involontairement de parler du mandrin en fer, qui peut seul rendre possible l'emploi du mandrin en baleine. L'introduction d'une sonde armée du seul conducteur en baleine serait très difficile, mais surtout extrêmement dangereuse. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on parviendrait à recourber cette sonde, qui s'appliquerait à angle droit sur la paroi postérieure du pharynx, et c'est alors qu'on pourrait faire une fausse route. La sonde dont parle Esquirol, et à laquelle j'ai ajouté un conducteur en baleine, était donc une sonde à double mandrin; l'un des conducteurs est métallique et destiné à faire arriver la sonde dans le pharynx; l'autre conducteur est en baleine et la fait descendre jusque dans l'œsophage. En y réfléchissant, on verra qu'il est impossible qu'il en fût autrement. C'est d'ailleurs ainsi que l'employèrent alors plusieurs de mes collègues, et entre autres M. Gérard Marchant, aujourd'hui médecin de l'asile des aliénés à Toulouse.

(1) Esquirol, TRAITÉ DES MALADIES MENTALES, t. I, p. 682.

§ III. — DES DANGERS DU CATHÉTÉRISME ŒSOPHAGIEN.

Hémorrhagies nasales. — J'ai vu un malade qui perdit une livre de sang environ à la suite de l'opération. Cette hémorragie dans le cas particulier dont il s'agit n'eut aucun mauvais résultat; on put même penser qu'elle fut utile; mais il en serait tout autrement chez un aliéné affaibli, et un accident de ce genre serait très fâcheux. Je n'ai d'ailleurs depuis quinze ans, sur plusieurs centaines d'opérations, observé qu'une seule fois une hémorragie aussi forte, et je ne crois pas que le cathétérisme œsophagien ait jamais occasioné aucun désordre grave dans les fosses nasales.

Perforation du pharynx. — Le danger de la perforation du pharynx n'est que trop réel, et j'ai observé un cas dans lequel cette perforation fut suivie de mort. Ce fait me paraît assez important pour être rapporté avec détail.

CATHÉTÉRISME ŒSOPHAGIEN CHEZ UN MÉLANCOLIQUE; PERFORATION DU PHARYNX EMPHYSÈME; ABCÈS; MORT LE TROISIÈME JOUR.

Obs. I. — Le nommé F..., sous-officier vétéran, âgé de 46 ans, était tombé sans cause connue dans un état de lypémanie pendant lequel il refusait de prendre des alimens. On fit de vains efforts pour vaincre son obstination, et il fallut avoir recours à la sonde œsophagienne.

Le malade, assis sur une chaise, fut maintenu par plusieurs infirmiers; l'introduction de la sonde offrit quelques difficultés et on ne parvint à traverser la fosse nasale droite, qu'après plusieurs tentatives et non sans avoir provoqué l'écoulement d'un peu de sang. La sonde ayant suffisamment pénétré pour qu'on la crût arrivée dans l'œsophage, on essaya de pousser l'injection, mais ce fut en vain; on dut retirer l'instrument et l'introduire une seconde fois. L'injection devint alors facile et on fit prendre ainsi deux potages et un peu de vin.

Jusque-là on n'avait encore soupçonné aucun accident; mais quand on enleva au malade la serviette qu'on lui avait attachée sous le menton pour garantir les vêtemens, on aperçut au bas du cou un gonflement déjà considérable et qu'on reconnut bientôt pour de l'emphysème. L'opération avait été faite à huit heures du matin. J'arrivai auprès du malade à neuf heures, et je le trouvai dans l'état suivant:

La partie antérieure du cou est très tuméfiée; la peau de cette partie est légèrement tendue, et on sent en la déprimant une crépitation bien évidente, mais assez profonde; on dirait qu'il y a un espace vide entre la peau et le tissu crépitant.

Le malade est assis dans son lit; sa respiration n'est pas sensiblement gênée; expectoration de crachats sanguinolens; léger écoulement de sang par le nez. Pouls petit et fréquent. Cet homme essaie quelquefois de parler et ne peut y parvenir.

A onze heures la tuméfaction a gagné la face, et en bas elle s'est étendue à la partie antérieure de la poitrine. La peau commence à être légèrement rosée et chaude. Le soir, la tuméfaction a diminué un peu à gauche, mais elle est aussi considérable à droite. Rougeur sur presque toute l'étendue de la partie tuméfiée.

Le 2 novembre, la tumeur a diminué et le malade après une application de sangsues s'est trouvé un peu soulagé. Cependant il ne peut encore parler, il n'a pas eu de sommeil et a beaucoup souffert pendant la nuit.

Le soir la fièvre, qui jusque-là avait été peu sensible, augmente beaucoup; la tumeur est rosée et chaude, la peau très tendue.

3 novembre. La nuit a été assez bonne; il y a moins de fièvre et la tumeur est moins tendue.

4 novembre. La tumeur conserve l'impression du doigt; la rougeur s'étend à la partie antérieure de la poitrine. Fièvre assez forte, respiration fréquente et gênée, matité à gauche et en arrière, absence de bruit respiratoire. Le malade n'avale que très difficilement les boissons, mais il parle mieux que le premier jour; faiblesse, prostration.

5 novembre. La tuméfaction du cou a beaucoup diminué; il n'y a plus de rougeur qu'à la partie antérieure de la poitrine; on sent du pus infiltré dans le tissu cellulaire; respiration très gênée et très fréquente; peau chaude et sèche; pouls extrêmement fréquent. La langue est sèche, l'épigastre très sensible; point de sommeil. Le malade s'affaiblit de plus en plus et succombe le soir à six heures.

Autopsie. Le tissu cellulaire du cou est infiltré de pus dans toute sa partie antérieure.

On trouve en haut du pharynx, vis-à-vis l'ouverture de la fosse nasale du côté droit, une ecchymose assez large, et bientôt on découvre dans ce point une déchirure de 5 à 6 lignes de long. Les deux bords de cette plaie se touchent, ce qui a empêché de l'apercevoir dès le premier moment. Vis-à-vis cette ouverture faite au pharynx commence une sorte de trajet fistuleux entre le pharynx, l'œsophage et la colonne vertébrale. — Ce trajet s'étend jusqu'au milieu de la poitrine, mais l'infiltration purulente va jusqu'au diaphragme. Le reste du pharynx et l'œsophage sont sains.

On ne trouve rien au larynx ni dans la trachée. Le pus a fusé dans le médiastin antérieur et s'y est accumulé. Il y a, dans la plèvre du côté gauche, un épanchement séro-purulent assez considérable qui refoule le poumon. Un grand nombre de lambeaux pseudo-membraneux flottent au milieu de cet épanchement. Le péricarde contient aussi de la sérosité trouble et floconneuse, et quelques fausses membranes commençantes.

La muqueuse de l'estomac est d'un rouge très vif; la rougeur est disséminée par plaques très rapprochées; la muqueuse de l'intestin grêle est aussi très rouge; en outre, elle est tapissée par une matière liquide et noire, qui ressemble à du sang altéré.

Cerveau. Injection très vive de la pie-mère; injection très fine de la substance blanche; d'ailleurs, rien qui mérite d'être noté.

Il importe surtout de remarquer, dans cette observation, le siége de la fausse route faite au pharynx. C'est à la partie supérieure de cet organe, et vis-à-vis la fosse nasale droite par laquelle l'opération avait été faite. La sonde, introduite sans mandrin, est arrivée à angle droit sur la paroi postérieure du pharynx, et la perforation n'a pu avoir lieu que pendant l'effort qu'on a fait pour la recourber; peut-être un mouvement du malade qui se débattait a-t-il contribué à produire cet accident. Il est probable, d'ailleurs, que le pharynx a été perforé pendant la première introduction de la sonde, alors que l'injection ne put avoir lieu; l'opérateur, n'ayant été averti par rien de ce qui venait d'arriver, réintroduisit l'instrument et fit l'injection. Il est probable aussi que la sonde avait été poussée entre la colonne vertébrale et le pharynx, et c'est ce que semblent démontrer les désordres trouvés à l'autopsie.

Perforation de l'œsophage. — M. Leuret a indiqué la perforation de l'œsophage comme un des accidens qu'aurait produit le cathétérisme œsophagien. Je ne connais aucun fait de ce genre, et j'avoue que je comprends assez difficilement comment cette perforation peut avoir lieu. A la partie supérieure du pharynx, la sonde presse à angle droit la muqueuse et peut la déchirer; mais dans l'œsophage, l'instrument est perpendiculaire et suit la direction du canal; la perforation ne paraît donc pas possible.

Introduction de la sonde dans le larynx. — Cet accident a dû arriver un assez grand nombre de fois, mais il n'a aucune gravité si le médecin, averti par l'état de suffocation qui survient tout à coup, retire immédiatement l'instrument. J'ai vu et entendu rapporter des cas de ce genre, et je ne sache pas qu'on ait jamais observé aucune suite fâcheuse.

Injection des alimens dans la trachée; déchirure des bronches et du tissu pulmonaire. — M. Leuret indique tous ces accidens comme ayant eu lieu à l'occasion du cathétérisme œsophagien chez les aliénés. Je ne connais pas de faits semblables, mais je suis loin de les regarder comme impossibles. On m'a dit que les médecins allemands redoutaient, en général, le cathétérisme œsophagien chez les aliénés et que des malheurs très graves avaient été la suite de cette opération.

Il faut ajouter que tous les faits de ce genre qui ont pu avoir lieu ne sont peut-être pas connus; ils sont, en effet, de ceux qu'on s'empresse peu de publier. Voilà, d'ailleurs, comment je comprends qu'on ait pu, dans quelques cas, faire l'injection dans les voies aériennes.

Si on se sert d'une petite sonde, l'introduction dans le larynx pourra avoir lieu très facilement sans rien léser. Il se manifestera une menace de suffocation, mais très courte, très passagère, car à peine la glotte est-elle franchie que le passage de l'air se fait en même temps et par la sonde et par la partie de l'ouverture de la glotte qui est restée libre. Alors l'anxiété diminue; quant à la sortie de l'air par la sonde, elle ne suffira pas pour indiquer la fausse voie dans laquelle on s'est engagé parce qu'elle a lieu dans quelques cas alors que la sonde est bien réellement dans l'œsophage; ce sont probablement des gaz venant de l'estomac; mais, quelle que soit l'explication, le fait est certain et tout le monde l'a observé. Il ne serait donc pas impossible, si l'on n'a pas la précaution depousser un peu d'injection, comme moyen d'exploration, de s'expliquer les accidens signalés par M. Leuret.

§ IV. — DES MOYENS DE DIMINUER LES DIFFICULTÉS ET DE PRÉVENIR LES ACCIDENS DANS LE CATHÉTÉRISME ŒSOPHAGIEN. — SONDE A DOUBLE MANDRIN ET A OBTURATEUR.

Après l'accident dont je fus témoin en 1832, je songeai aux moyens de prévenir le retour d'un pareil malheur et aussi d'éviter les déviations de la sonde, qui tantôt revenait par la bouche, et tantôt se repliait sur elle-même, de telle sorte que l'injection devenait impossible; c'est alors que je fis construire par M. Samson, fabricant d'instrumens, une sonde à double mandrin, dont voici la description.

Cette sonde, longue de 40 centimètres, diffère des sondes œsophagiennes ordinaires par son volume beaucoup plus petit et aussi par son extrême flexibilité. A 13 centimètres du cul-de-sac, on a tracé un petit cercle blanc et un autre cercle semblable, à 8 centimètres du pavillon.

On commence par introduire un mandrin en baleine, qu'on fixe au pavillon de la sonde, dont il fait désormais partie. Ce mandrin porte à son extrémité et en dehors du pavillon un petit bouchon conique qu'il

traverse à son centre, bouchon avec lequel on peut à volonté fermer l'entrée de la sonde.

On introduit ensuite un mandrin en fer recourbé et assez fort pour maintenir dans la même courbure le mandrin en baleine. Cette courbure doit être telle qu'une corde tirée du bout de la sonde au premier petit cercle blanc soit de 3 pouces et demi environ.

La sonde ainsi préparée, on traverse les fosses nasales et on s'arrête lorsque le cercle blanc le plus voisin du cul-de-sac est au niveau de l'ouverture de la narine; alors on fixe la sonde et on retire le mandrin en fer. Le mandrin en baleine, obéissant à son élasticité, se redresse et applique la sonde sur la paroi postérieure du pharynx.

Immédiatement après avoir retiré le mandrin en fer, on ferme l'extrémité de la sonde avec l'obturateur, et on continue l'opération. L'instrument, guidé par le conducteur en baleine, descend directement et sans se replier en avant. Il ne reste plus qu'à retirer le mandrin et avec lui l'obturateur, et à faire l'injection.

Les avantages de ce procédé sont bien faciles à démontrer.

Il y a, en effet, deux accidens très graves à éviter dans l'opération du cathétérisme; ces accidens sont:

1° Les fausses routes à la partie supérieure du pharynx;

2° L'injection des alimens dans les voies aériennes.

Je vais essayer de prouver que ce double malheur devient impossible avec la sonde à double mandrin et à obturateur.

Les fausses routes à la partie supérieure du pharynx peuvent avoir lieu au moment où la sonde, arrivée à angle droit sur la paroi postérieure de cet organe, se recourbe pour descendre en bas. Or, en donnant au mandrin la courbure que j'ai indiquée, non seulement l'extrémité de la sonde ne peut pas déchirer la paroi postérieure du pharynx, mais il est impossible qu'elle la touche. La sonde tombe, pour ainsi dire, toute recourbée dans le pharynx, et elle ne peut toucher la paroi postérieure que par la convexité de la courbure. On voudrait produire une fausse route semblable à celle dont j'ai cité un exemple qu'on n'y parviendrait pas. L'accident dont j'ai parlé n'est donc pas à redouter.

La sonde, guidée par le conducteur en baleine, qui l'applique sur la paroi postérieure du pharynx, descend directement sans se recourber, et on évite ainsi et la base de la langue et le larynx. Mais, en supposant qu'on pût encore pénétrer dans les voies aériennes, il sera impossible qu'on puisse jamais faire l'injection. J'ai dit plus haut comment l'anxiété et la suffocation que détermine l'entrée de l'instrument dans le larynx peut n'être que très passagère, et cela parce que la sonde ne bouche pas complètement l'ouverture de la glotte, mais surtout parce que cette sonde elle-même devient un nouveau conduit pour la respiration. C'est là ce qui peut tromper à ce point peut-être qu'on aille jusqu'à faire l'injection. L'obturateur préviendra toujours cet accident si grave. Alors, en effet, la suffocation, au lieu d'être passagère, persistera au plus haut degré, tant que l'instrument restera dans les voies aériennes; il sera impossible de méconnaître le danger, et l'injection ne sera jamais faite.

Ainsi, la sonde à double mandrin et à obturateur, dont je me sers depuis 12 ans, et qu'Esquirol a indiquée dans son ouvrage, a pour avantage de rendre impossible:

1° Les fausses routes au haut du pharynx;

2° L'injection des alimens dans les voies aériennes.

Or, ce sont là les seuls accidens vraiment graves qu'on ait à redouter.

Quant aux difficultés de l'opération, le procédé que je viens de décrire permet d'éviter les déviations qui portent la sonde derrière les piliers du voile du palais, sur la base de la langue et dans le larynx.

CONCLUSIONS.

1° Le cathétérisme œsophagien, pratiqué avec une sonde sans conducteur et sans obturateur, est ordinairement une opération sans danger, mais elle peut cependant, dans quelques cas exceptionnels, être suivie d'accidens mortels.

2° Cette opération, faite avec la sonde à double mandrin et à obturateur, dont je me sers depuis douze ans, pour peu qu'on y apporte de prudence, est tout à fait sans danger.

MALADIES SYPHILITIQUES.

RECHERCHES CLINIQUES FAITES A L'HÔPITAL SAINT-LAZARE, MALADIES DES FEMMES, SUR LES BUBONS, L'URÉTRITE, LA VAGINITE, ETC.; par J. BOYS DE LOURY, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. COSTILHES, docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, ex-médecin interne de Saint-Lazare.

DU BUBON CHEZ LES FEMMES ET DE SON TRAITEMENT.

Une polémique très animée s'est engagée, dans ces derniers temps, sur la question des bubons d'emblée; conduite de part et d'autre par des hommes de talent, elle n'a pourtant rien avancé pour la science. Sans prétendre être plus heureux pour la solution de cette importante question, nous émettrons toutefois notre opinion.

Nous avons déjà eu l'occasion de remarquer, dans l'introduction de notre travail, que les bubons se rencontraient beaucoup moins fréquemment chez les femmes que chez les hommes. A quoi peut-on attribuer cette circonstance? Le chancre est un accident plus fréquent chez les femmes, en même temps qu'elles peuvent en présenter dans la même infection un plus grand nombre. Il y a donc toute raison de croire que l'absorption puisse déterminer plus aisement et plus vite l'engorgement des glandes lymphatiques. N'est-il pas au moins singulier que les femmes, dont le système lymphatique est beaucoup plus développé que chez l'homme, ne soient pas plus souvent sujettes à ce symptôme? Nous nous sommes demandé si les travaux des hommes, bien plus fatigans que les occupation des femmes, ne nous rendraient pas compte de cette différence et ne seraient pas la cause déterminante de l'engorgement des ganglions lymphatiques. A l'appui de cette remarque, nous noterons que nous l'avons observé plus souvent sur des femmes de la campagne que chez les filles soumises aux règlemens de la police. Nous croyons que si le relevé était fait, à l'hôpital de Lourcine, comparativement au nôtre, le nombre des bubons serait plus considérable qu'à St-Lazare.

Y a-t-il des bubons syphilitiques d'emblée? Ils ont été niés par les chirurgiens inoculateurs, qui refusent d'admettre un bubon syphilitique d'emblée sans l'existence préalable d'une ulcération de même nature. Nous comprenons parfaitement que, dans l'intérêt de ce système, il ne pouvait en être autrement sans le voir s'écrouler. Il est vrai qu'il y a des chancres qui échappent facilement aux investigations les plus minutieuses par leur situation, comme nous l'avons répété plusieurs fois, par leur petitesse et enfin parce qu'il en est qui guérissent avec une grande rapidité; de ce nombre sont ceux qui occupent le col de l'utérus. (On sait que le docteur *Aubry* a déposé au musée de la Faculté de médecine une pièce sur laquelle on voit le réseau lymphatique du col de l'utérus communiquer avec celui de la partie antérieure du vagin lequel, se rend aux ganglions de l'aine.) A la suite d'un de ces chancres qu'il se développe un bubon; la cause n'en pouvant être constatée, on croira alors à un bubon syphilitique d'emblée. Mais pourquoi refuser aux vaisseaux lymphatiques et aux veines des parties génitales non ulcérées la propriété d'absorber le virus déposé à leur surface? Est-ce que leurs orifices ne sont pas toujours béans, prêts à absorber et charier les fluides en contact avec eux? Ne peut-on pas admettre en outre que le virus ne produisant pas de réaction sur un point de la surface infectée, la matière virulente pénètre dans les vaisseaux et va porter son influence à quelques centimètres de là sur les ganglions de l'aine? Au reste nos observations à St-Lazare nous portent à croire que les bubons d'emblée sont moins fréquens que quelques médecins l'ont avancé.

A la suite des règles ou après leur suppression quelle qu'en soit la cause, nous observons assez souvent des engorgemens de l'aine, sans qu'il y ait dans les organes génitaux des symptômes syphilitiques ou inflammatoires qui puissent expliquer cet accident.

Les bubons non syphilitiques sont bien plus fréquens à St-Lazare que les bubons virulens, ce qui se rapporte avec les observations faites par plusieurs praticiens dans d'autres services.

Nous admettons pour les bubons deux divisions: les uns sont lymphatiques ou inflammatoires, c'est-à-dire le résultat d'une irritation qui se propage des organes génitaux aux ganglions de l'aine; les autres *syphilitiques* ou symptomatiques d'une maladie vénérienne et résultant du virus déposé sur une muqueuse ou à la surface d'un ulcère quel que soit son siége.

Nous ne voyons pas comment expliquer les bubons dits constitutionnels dont parlent les auteurs; nous pensons qu'ils ont attribué au virus syphilitique ce qui lui était tout à fait étranger; en effet, des rhagades, des végétations enflammées, etc. des parties génitales peuvent bien, en atteignant le réseau lymphatique, être accompagnées de bubons consécutifs; mais ces bubons sont la suite d'un symptôme syphilitique secondaire et non un symptôme constitutionnel lui-même.

Quant aux bubons scrofuleux, à ceux des fièvres graves, nous n'avons pas à en parler ici.

Les bubons occupent dans la région inguinale des plans différens; aussi les divisons-nous en *inguinaux*, en *sus-inguinaux* et en *sous-inguinaux*. Cette division tout anatomique nous paraît importante; en effet les ganglions de la région inguinale occupent en plus grand nombre le pli de l'aine et sont parallèles au ligament de Fallope; d'autres siègent plus bas, près du sommet du triangle inguinal; quelques-uns, mais plus rares, se trouvent au dessus du pli de l'aine. Disons enfin que tous les ganglions qui ont leur siége dans le pli de l'aine, près du pubis, sont ceux qui sont atteints par les maladies des organes génitaux, et que les ganglions qui sont placés au dessous de l'aine, près de la crête des os des îles, ne se gonflent que sous l'influence d'une maladie quelconque du membre abdominal du même côté.

L'engorgement d'un ganglion peut se montrer soit à droite soit à gauche, sans que pour cela un chancre soit placé du même côté; cependant, en général, le bubon existe du côté où siége le chancre. Il n'est pas rare de voir les ganglions lymphatiques inguinaux se prendre des deux côtés à la fois. D'accord avec quelques auteurs, nous admettons des bubons *glanduleux* et des bubons *celluto-adéniques*, suivant que le pus siége dans le tissu même de la glande, ou en même temps dans la glande et le tissu cellulaire environnant. Mais nous ne comprenons pas comment le tissu cellulaire qui enveloppe la glande peut seul s'enflammer sans que la glande y prenne part. On est allé même jusqu'à assigner, dans ce cas, des caractères particuliers qui nous paraissent difficiles à vérifier.

Les bubons les plus communs sont sous-cutanés, c'est-à-dire occupant un ganglion superficiel; on les reconnaît à leur forme circonscrite, à leur convexité très marquée; il semble qu'ils sont sous la peau. Lorsqu'ils sont encore durs, on peut facilement passer les doigts au-dessous et leur faire exécuter quelques mouvemens. Ces bubons sont souvent multiples, c'est-à-dire que l'on sent plusieurs tumeurs ou glandes séparés les unes des autres: ils n'occupent ordinairement que le pli de l'aine dans un espace circulaire et qui n'excède pas 5 à 6 centimètres; leur grand diamètre est presque toujours transversal. D'autres fois, ce sont plusieurs glandes placées les unes contre les autres à la manière des grains de chapelet et prennent toute la largeur de l'aine. Nous les voyons quelquefois plus bas et plus en dedans de la cuisse, au dedans et près de la jonction de la veine saphène dans la crurale; enfin, ce qui est beaucoup plus rare, nous avons vu de ces bubons au-dessus du ligament de Fallope et occupant la partie inférieure de l'hypogastre.

Les bubons plus profonds s'emparent du second plan des glandes lymphatiques de l'aine, celles qui sont placées sous l'aponévrose du *fascia lata*. La forme de ces bubons est moins élevée. Comprimés par l'aponévrose, ils sont forcés de s'étendre davantage en largeur et en profondeur; la tumeur est plus arrondie; on sent moins de bosselures; il est très difficile de les faire mouvoir comme dans les bubons superficiels. Ce qu'il y a de particulier, dans ce cas, c'est un engourdissement de tout le membre qui est sans doute causé par la compression qu'exerce la tumeur sur les gros vaisseaux et sur le nerf crural.

Quant au bubon sous-inguinal, nous rappellerons que les vaisseaux lymphatiques des organes génitaux externes se portent quelquefois aux ganglions lymphatiques qui embrassent l'orifice de la saphène. Le gonflement de ces ganglions, qui est du reste assez rare, présente quelques particularités importantes à noter: ces bubons, superficiellement situés, sont ordinairement mal circonscrits; leur grand diamètre est transversal; ils deviennent très volumineux et s'abcèdent plus facilement que les bubons de l'aine. Lorsqu'il existe un bubon sous inguinal et un bubon inguinal, nous observons assez souvent une communication entre le bubon inférieur et le supérieur, accident qui nécessite un temps assez long pour guérir.

L'adénite, quelque soit son siége, présente une marche qui est différente suivant les cas que l'on peut rattacher au nombre de trois:

Dans les cas les plus simples, qui se terminent toujours par résolution, la douleur est à peine appréciable quand on appuie sur le ganglion qui acquiert ordinairement un volume double du sien; cet état persiste pendant une huitaine de jours seulement, et s'observe dans la vaginite et l'uréthrite simples.

Mais, lorsque le bubon est franchement inflammatoire ou le siége d'un principe virulent, il devient très douloureux, très volumineux, s'opposant à la marche, au moindre mouvement; en très peu de jours la peau rougit, la tumeur s'élève encore; la fluctuation s'y établit et le bubon s'ulcère rapidement, si on n'arrête pas sa marche par un traitement énergique. Plus souvent la marche est moins rapide et n'en suit pas moins les phases que nous venons de tracer: lorsqu'il y a plusieurs glandes, il est rare que l'inflammation les gagne toutes en même temps, et si on a été obligé d'ouvrir l'une pour donner passage au pus qu'elle contenait, l'autre peut se résondre, ou bien, ce n'est qu'après un temps assez long qu'on voit l'inflammation s'en emparer et suivre la marche de la première.

Il n'est pas très rare de voir des bubons qui, après avoir été douloureux, deviennent indolens; les malades les portent pendant longtemps sans qu'ils causent la moindre douleur; la peau ne rougit pas; on remarque une tumeur comme strumeuse, assez ordinairement bosselée, volumineuse, qui pourrait rester ainsi pendant plusieurs mois, sans offrir aucun changement, si on ne lui opposait le traitement dont nous parlerons plus tard.

Il arrive assez souvent que, quelle que soit la méthode dont on s'est servi, on est obligé de donner issue au pus qui s'est collecté, et dès qu'un bubon a été ouvert, voici quelle est sa marche ordinaire: le bubon est-il simplement inflammatoire, a-t-il été ouvert en temps opportun, la suppuration se tarit bientôt, la plaie offre un bon aspect, et la cicatrisation s'opère en peu de temps.

Mais si le bubon est de nature syphilitique, le plus ordinairement la plaie, au lieu d'être d'une belle apparence, prend une teinte grisâtre; les bords sont rouges, renversés, taillés à pic; sa guérison ne se montre jamais avant six semaines ou deux mois; quelquefois, nous l'avons vu s'étendre en largeur et en profondeur et rester stationnaire des deux et trois mois, malgré des modes de traitemens variés.

On a avancé que lorsqu'un bubon était guéri, les glandes qui avaient été affectées conservaient toujours de l'engorgement dans l'aine. Cette assertion ne nous paraît pas fondée. Sans doute nous avons été témoins bien des fois de ce fait, mais il est loin d'être général, et nous avons maint exemple de bubons ou suppurés ou guéris par résolution dont il n'est resté aucun vestige peu de temps après la guérison.

De tous les sujets dont nous nous sommes occupés, il n'en est peut être pas d'aussi complexes que le *traitement des bubons*.

On a proposé tant de palliatifs et de moyens chirurgicaux, qu'il est presque impossible de les énumérer tous. Nous avons soumis des malades à un grand nombre de méthodes diverses; nous ne ferons mention toutefois que des principales, et nous croyons avoir acquis assez d'expérience pour pouvoir conseiller tel mode de traitement qui doit réussir dans certaines circonstances, lorsqu'il échouerait dans d'autres cas, quoique préconisé outre mesure par des praticiens qui les ont mis en usage.

Nous ne pensons donc pas qu'il y ait une méthode qu'on doive employer dans tous les cas, et par conséquent la thérapeutique est riche en applications dans la maladie qui nous occupe.

Voyons d'abord le cas le plus simple (bubon inflammatoire). Il est rare d'être appelé au moment de son début; presque toujours un ou plusieurs jours se sont écoulés pendant lesquels la période inflamatoire a augmenté d'intensité, la tumeur a déjà acquis un certain volume, elle est dure, la peau est rouge, la douleur qui est quelquefois très intense est toujours au moins prononcée. Dans les cas d'inflammation vive, une application de 15 à 30 sangsues, nombre variable suivant l'intensité de la douleur et le degré d'inflammation, peut arrêter en quelques jours la marche de cet engorgement qui n'aurait pas tardé à arriver à la suppuration. Si le bubon cause un état fébrile, nous nous trouvons bien de faire précéder l'application des sangsues par une saignée du bras; nous donnons des boissons délayantes et légèrement laxatives, nous prescrivons en même temps des bains entiers, ordonnons le repos le plus absolu et nous voyons très souvent sous l'influence de ces moyens s'opérer la résolution; nous l'avons même quelquefois obtenue par ces moyens dans des circonstances inespérées, sur des femmes portant des bubons aux deux aines à la fois, très volumineux, qui étaient le siége d'une vive inflammation et de douleurs qui causaient l'insomnie; nous avons vu la résolution se faire avec une rapidité singulière. Dans d'autres cas, au contraire, la tumeur est peu volumineuse; elle semble peu inflammatoire, la douleur est très tolérable, on applique des sangsues, et au lieu de calmer l'inflammation, on ne fait que l'augmenter et la suppuration que l'on voulait éviter arrive beaucoup plus rapidement. C'est qu'il est un point fort difficile à établir entre les bubons franchement inflammatoires et ceux chez lesquels l'inflammation est à peine prononcée; chez ces derniers la piqûre des sangsues enlève peu de sang, mais causant l'irritation de la peau, elle se transmet à la glande elle-même et détermine souvent un état aigu qui arrive beaucoup plus vite que si cette glande s'était enflammée d'elle-même. Ainsi donc, dans les cas franchement inflammatoires, une ou plusieurs applications de sang-

sues parviennent souvent, comme nous l'avons dit, à entraver la marche de la maladie; d'autres fois, on croirait avoir obtenu du succès, mais en examinant avec attention, on sent comme une fluctuation sourde qui échappe presque toujours à l'investigation des médecins qui n'en ont pas l'habitude. Cette fluctuation devient de plus en plus manifeste chaque jour, et enfin la tumeur peut se ramollir presque entièrement.

Que le bubon ait été franchement inflammatoire, ou qu'ayant présenté une inflammation médiocre, on ait obtenu la résolution de la tumeur, ainsi qu'une grande diminution dans la douleur, que la peau n'offre point ou presque plus de rougeur, mais qu'il reste encore une fluctuation peu sensible, nous avons employé presque constamment avec succès la compression faite pendant plusieurs jours au moyen d'une pelote de linge fin de forme ovoïde, soutenue par un spica dont la bande a 3 mètres au moins de longueur. A la suite de cette compression, nous avons vu le bubon se résondre complètement, ou, au moins dans la plupart des cas, la fluctuation disparaître, et il ne restait qu'une portion de la glande beaucoup plus petite qu'avant l'emploi de ce moyen.

Lorsque, quelle que soit la méthode que l'on ait employée, l'adénite est arrivée au point qu'il n'y a ni inflammation ni pus, qu'il ne reste plus qu'une glande dure plus ou moins volumineuse, il est plusieurs moyens qui peuvent réussir à en opérer la résolution complète; la compression d'abord qui réussit comme dans le cas précédent; le broiement du bubon, méthode que nous ne conseillons pas, ainsi que le pratiquait son auteur, parce que l'on peut porter au delà de ce qu'il faut l'irritation que doit causer un moyen violent. Nous l'avons cependant employé plusieurs fois avec succès, mais en prenant la précaution de le faire avec les deux pouces appliqués l'un sur l'autre et non avec un cachet garni de linge, comme quelques praticiens l'ont conseillé, corps inerte à travers lequel on ne peut juger de l'intensité de la pression que l'on exerce; nous faisons la compression pendant peu d'instans et en nous y reprenant plusieurs jours de suite. C'est ainsi que nous avons vu des bubons très volumineux ne formant qu'une masse se diviser en plusieurs glandules dont la résolution s'est opérée ensuite assez rapidement.

Nous avons fréquemment employé, dans les mêmes cas, les emplâtres fondans de savon, de Vigo, que nous laissons à demeure pendant plusieurs jours, souvent jusqu'à ce que l'emplâtre se détache de lui-même; tantôt une seule application suffit; d'autres fois on est obligé d'y revenir et d'aider la résolution de l'engorgement inguinal au moyen de frictions mercurielles. Nous avons plusieurs fois appliqué des vésicatoires volans sur la tumeur sans nous servir de la solution de sublimé, comme l'avait fait M. Malapert, et nous n'avons jamais eu lieu de nous en repentir, quoique nous n'ayons pas pour ce genre de traitement une prédilection bien marquée.

N'oublions pas de faire observer que lorsque nous employons les pommades résolutives dans le but d'éviter la suppuration, nous recouvrons les bubons de cataplasmes émolliens qui facilitent l'absorption de ces agens thérapeutiques en même temps qu'ils diminuent et amollissent les parties engorgées.

Lorsque, malgré les divers moyens que nous venons d'énumérer, nous n'avons pu parvenir à arrêter la suppuration des ganglions malades, il nous reste alors à choisir entre plusieurs méthodes pour donner issue au pus collecté; une *simple incision*, des *ponctions multiples*, ou bien une *simple ponction sous-cutanée*, ou enfin l'*application de caustiques*. Pendant longtemps, nous avons fait une simple incision que nous pratiquions obliquement suivant la direction du pli de l'aine, lorsque les bubons étaient inguinaux, et longitudinalement, c'est-à-dire suivant la longueur du membre pelvien, comme le font quelques chirurgiens, quand les bubons étaient sous-inguinaux. Nous avons renoncé depuis quelque temps à ces larges incisions qui nécessitaient toujours un temps assez long pour se cicatriser et qui laissaient après elles ces traces indélébiles que les femmes ont tant intérêt à cacher. Nous ne terminerons pas ce que nous avons à dire sur les larges incisions, sans parler des cas où des chirurgiens imprudens ont ouvert trop tôt des bubons durs, volumineux et très douloureux qui n'étaient pas encore parvenus à l'état de suppuration. Nous avons été plus d'une fois témoins de souffrances qu'ont endurées les malades et surtout de la difficulté de les guérir avant la fonte complète du ganglion engorgé. Nous avons plusieurs fois vu arriver dans notre service des malades dont les bubons avaient été ouverts d'une manière intempestive. La nommée Bouillon a été traitée dans un autre hôpital avant d'entrer à Saint-Lazare. Après un chancre q i fut traité seulement par les cautérisations, elle vit survenir dans l'aine gauche, quinze jours après, un bubon volumineux, dur, bosselé, dans lequel la douleur était peu prononcée. Le bubon fut ouvert bien avant qu'il se fût manifesté aucun signe de suppuration, il fut incisé dans une grande étendue et profondément; les bords se sont presque immédiatement renversés en dehors, sont devenus fongueux et irréguliers; quelques points étaient indurés. On appliqua dans l'intérieur de ce bubon des sangsues à diverses reprises qui ne firent que rendre encore plus irrégulière la cavité qu'il présentait. La cautérisation plusieurs fois répétée le fut avec assez peu de succès. Transférée à Saint-Lazare, après deux mois de traitement, la malade y arriva dans un état alarmant. L'ouverture irrégulière et largement béante occupait presque tout le pli de l'aine; les bords fongueux étaient, ainsi que le fond de l'ulcère, recouverts d'un pus sanieux sécrété en grande abondance. La cavité formée par la glande présentait un aspect fongueux et lardacé qui aurait pu faire croire à une maladie cancéreuse. La malade, soumise immédiatement au traitement par les pilules de proto-iodure, fut d'abord pansée avec les émolliens; les cataplasmes et les bains parvinrent à enlever de la dureté, et la profondeur sembla diminuer. On pansa ensuite avec le miel proto-iodure; enfin, la compression et les bandelettes, lorsque le fond fut assez rapproché, parvinrent à guérir cette malade après cinq mois de séjour dans notre service; nous avons en plusieurs fois depuis l'occasion de revoir cette malade, elle a été parfaitement guérie, et il ne s'est développé aucun symptôme consécutif.

Les *ponctions multiples*, préconisées et pratiquées pour la première fois par M. Berne, chirurgien de Rouen, ont eu, suivant quelques praticiens, beaucoup de succès. Nous nous sommes presque toujours défendus de pratiquer l'ouverture des bubons par cette méthode, parce que, lorsqu'on a affaire à un bubon syphilitique, il est presque impossible que chacune des petites plaies qu'on a faites ne devienne pas un chancre dont les bords se renversent, s'agrandissent, se réunissent et ne forment plus qu'une grande ouverture à bords irréguliers; et lors même que le bubon ne serait que sympathique ou inflammatoire, le même accident surviendrait, si la peau est déjà rouge et amincie.

OBS. I. — La nommée P....., entre à St-Lazare le 25 janvier 1843, portant des rhagades chancreuses et un bubon volumineux à l'aine droite, dont la peau était rouge, enflammée; il datait déjà d'une dizaine de jours; il était trop avancé pour qu'on pût le faire résoudre au moyen de sangsues et de la compression; la ponction multiple fut pratiquée avec une lancette dont les piqûres n'étaient pas très rapprochées; cinq à six piqûres furent faites et donnèrent issue au pus. Malgré toutes les précautions que nous avons prises, nous n'avons pas tardé à voir ces piqûres s'ulcérer, se rapprocher et ne former bientôt qu'une seule plaie à bords irréguliers et grisâtres; la cicatrisation de ce bubon s'est fait très longtemps attendre, malgré les pansemens variés que nous avons employés. La femme n'est sortie parfaitement guérie qu'après quatre mois et demi de séjour à St-Lazare. La cicatrice de ce bubon était enfoncée, large et très apparente.

La ponction sous-cutanée est la méthode que nous avons presqu'exclusivement adoptée depuis trois années, et qui n'a pas les inconvéniens des ponctions multiples ni de la large incision. Pour pratiquer cette opération, nous nous servons d'un bistouri à lame mince et étroite, semblable à celle dont on fait usage pour faire les ponctions exploratrices et la ténotomie. C'est à la partie la plus déclive de la tumeur et en dedans, pourvu que la fluctuation soit manifeste, que nous faisons pénétrer l'instrument. La lame est introduite de bas en haut et de dedans en dehors, d'une manière lente et progressive, et produit une ouverture de 4 à 5 millim. au plus. Lorsque la lame est arrivée à la profondeur de 2 centim., nous faisons opérer à sa pointe quelques mouvemens dans la tumeur, de manière à détruire les filamens de tissu cellulaire qui pourraient s'opposer au libre écoulement du liquide. On peut comparer les mouvemens que nous faisons ici à ceux que l'on exécute avec l'aiguille à cataracte, lorsque l'on veut rompre et faire dissoudre le cristallin. Quand cette manœuvre est terminée, nous retirons le bistouri, en lui faisant suivre le même trajet et en ayant le soin de ne pas agrandir l'ouverture; puis, avec une pression modérée et continue faite avec les doigts de la main gauche appliqués sur la partie supérieure de la tumeur, nous la voyons à l'instant même diminuer de volume et se débarrasser complètement de tout le pus qu'elle contenait. Nous avons presque toujours la précaution, pour empêcher l'ouverture de se fermer, d'introduire quelques fils de charpie dans la petite plaie. Pour avoir négligé ce précepte, nous avons quelquefois vu, le lendemain de l'opération, la plaie complètement cicatrisée, le pus amassé de nouveau dans le foyer, et nous nous sommes trouvés dans l'obligation de recommencer la ponction. Nous laissons la mèche pendant vingt-quatre heures; souvent le pus coule malgré sa présence; mais d'autres fois la mèche bouche complètement l'ouverture, et le lendemain en la retirant, il sort une quantité de pus supérieur ou au moins égal à celle qui s'était écoulée le premier jour. Ce pus est presque toujours rougeâtre ou sanguinolent. Nous continuons rarement l'emploi de la mèche plus de trois à quatre jours; l'ouverture reste béante pour donner continuellement issue au pus. Si la peau n'est pas amincie, et c'est le cas le plus ordinaire, parce que nous avons la précaution d'ouvrir aussitôt que la fluctuation est manifeste, nous faisons la compression, comme nous l'avons indiqué plus haut. Cette méthode,

lorsque le bubon n'est pas virulent, nous réussit d'une manière surprenante. Nous avons vu des femmes sortir au bout de seize jours, sans qu'il restât le moindre engorgement et sans qu'on puisse retrouver la place où la ponction avait été pratiquée, ainsi que le prouve l'observation suivante.

BUBON A L'AINE GAUCHE; PONCTION SOUS-CUTANÉE; GUÉRISON EN SEIZE JOURS.

OBS. II. — La nommée Livache, Marie-Pierrette, âgée de 21 ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, entre à St-Lazare le 4 octobre 1843. Cette femme porte dans l'aine gauche un engorgement du volume d'un gros œuf de poule qui date de 15 jours et qui est très douloureux. A l'examen des parties nous constatons une vaginite légère sans écoulement appréciable; nous faisons, le jour de son entrée, une application de 20 sangsues autour du bubon, (cataplasme émolliens, bains, boissons délayantes). Le surlendemain, en examinant la tumeur, nous sentons profondément une fluctuation sourde et pratiquons immédiatement une ponction sous-cutanée qui donne issue à une quantité considérable de pus bien lié; le jour même nous faisons une compression méthodique pour rapprocher les parois du foyer, après avoir eu la précaution de mettre une mèche dans l'ouverture que nous ne laissâmes que 24 heures; nous continuons la compression jusqu'au 20 octobre, jour de sa sortie; il ne restait aucune trace d'engorgement dans l'aine; on n'y voyait pas même l'endroit par où avait passé l'instrument tranchant.

Lorsqu'il y a un engorgement dur autour du point ramolli, comme cela a lieu très souvent, la guérison se fait beaucoup plus attendre; nous appliquons alors des cataplasmes émolliens pendant les premiers jours, puis la compression qui fait quelquefois tarir la suppuration; mais, pour peu qu'elle se prolonge, nous employons les frictions d'iodure de potassium pour faciliter la résolution de l'engorgement, et nous sommes souvent heureux de l'obtenir promptement. Dans quelques cas rares et qui paraissent tenir à la constitution de la malade, l'ouverture ne se ferme pas, la glande endurcie se fond lentement et un pus séreux s'en écoule d'une manière incessante; ce sont de ces bubons qui sont toujours longs à guérir. Nous avions dernièrement sous les yeux une fille qui était dans notre service depuis cinq mois; elle y était entrée avec deux bubons superposés occupant l'aine droite; deux ponctions furent pratiquées; le bubon sous-inguinal guérit bien longtemps avant le bubon sus-inguinal dont l'ouverture a persisté, pendant deux mois, avec un suintement puriforme, malgré plusieurs moyens rationnels que nous avons employés, entre autres les injections de teinture d'iode qui réussissent souvent dans le cas qui nous occupe. Cette femme, d'un tempérament lymphatique, fut plusieurs fois indisposée pendant son séjour à Saint-Lazare.

Lorsque le bubon est de nature syphilitique et que l'on procède de la même manière; dès le lendemain l'ouverture, au lieu de diminuer, s'est agrandie; les bords en sont ulcérés, prennent l'aspect chancreux et se renversent en dehors. Dans ce cas, nous introduisons une sonde cannelée jusqu'au fond du foyer et nous débridons largement, de manière à le mettre à découvert. Faisons observer ici que pour les bubons syphilitiques et ceux qui s'offrent aux chirurgiens à une période très avancée, où la peau est fort amincie, il n'est qu'un seul moyen, c'est d'ouvrir largement dans la direction du pli de l'aine, de ne pas craindre de faire une large incision qui occupe quelquefois la plus grande partie du pli de l'aine. Si le chirurgien hésite à ouvrir largement, il se forme des clapiers, des fistules interminables, la nature indique elle-même le traitement; car si on abandonne le bubon à lui-même, la peau s'ulcère sur plusieurs points à la fois qui s'étendent, se réunissent et ne forment bientôt plus qu'une vaste ouverture. Il nous est arrivé plus d'une fois de voir des femmes dont les bubons s'étaient ainsi ouverts spontanément; on aurait pu être effrayé de l'étendue et de la profondeur du foyer; nous nous empressions d'ébarber les bords de manière à en faire une plaie régulière, et nous avons souvent été à même de constater que ces bubons guérissaient plus rapidement qu'on n'aurait pu se l'imaginer; une femme mariée de Melun, d'une belle constitution, âgée de 25 ans, eut un bubon à la suite de liaisons de garnison; elle quitta son mari pour venir se faire soigner à Paris, et, par un singulier concours de circonstances, elle entra à Saint-Lazare. Cette femme portait à l'aine droite une large ouverture, de forme irrégulière, anfractueuse et découpée de 5 à 6 centim. de longueur, au-dessous de laquelle la cavité profonde du bubon suppuré s'étendait au-delà des dimensions de la plaie extérieure. Ce bubon s'était ouvert spontanément. Le jour de son entrée, nous fîmes de ce bubon une plaie régulière, en ébarbant tout le bord frangé de l'ulcère. Nous avons enlevé tout ce qui restait de peau aux angles, et avons ainsi mis à découvert tout le fond de l'ulcère qu'elle cachait; la plaie qui résulta de cette excision avait près de 10 centim. de longueur dans le sens du pli de l'aine. Pour aider au dégorgement, nous laissâmes couler le sang, et nous appliquâmes ensuite des cataplasmes qui furent bientôt remplacés par des plumasseaux de miel proto-iodure. Les bords du bubon cautérisés à plusieurs reprises ne tardèrent pas à se rapprocher, et la malade put sortir de l'hôpital, après un séjour d'un mois. Nous lui avons conseillé de continuer le traitement mercuriel que nous avions prescrit le jour même de son entrée.

Lorsque les femmes ont eu plusieurs fois des maladies vénériennes, qu'elles ont une constitution délabrée, qu'elles sont scrofuleuses, l'adénite est pour ainsi dire interminable. Nous nous rappelons une femme d'une trentaine d'années, d'une constitution molle, lymphatique, ayant eu un grand nombre d'affections syphylitiques, qui vint à Saint-Lazare avec plusieurs chancres aux parties génitales. Il survint peu de jours après un bubon à l'aine gauche qui fut ouvert par la ponction sous-cutanée. Malgré le signe caractéristique que nous avons indiqué pour le bubon syphilitique (ulcération chancreuse de l'ouverture pratiquée par la ponction), on opéra, sur cette femme, l'inoculation et la pustule devint caractéristique et fut arrêtée immédiatement au moyen du caustique de Vienne solidifié. Nous attendîmes quelque temps avant de nous décider à débrider le trajet fistuleux qui s'était formé, d'autant plus qu'il nous paraissait très profond; enfin nous débridâmes dans l'espoir de voir la cicatrisation s'opérer assez rapidement, et pourtant malgré les toniques et les analeptiques à l'intérieur, malgré le traitement par les pilules proto-iodure, malgré les pansemens qui ont varié du vin aromatique à la teinture d'iode, du calomel à l'oxyde rouge de mercure, nous n'avons obtenu dans l'espace de quatre mois qu'une faible réduction dans l'étendue de l'ulcère et la malade n'est sortie de l'hôpital qu'après un séjour de six mois.

Nous voyons quelquefois des femmes qui ont un bubon à chaque aine; l'un d'eux se trouve plus avancé que l'autre, la peau est amincie, rouge et enflammée, celui-ci nous l'ouvrons largement; sur l'autre nous pratiquons une ponction sous-cutanée et il nous arrive souvent de remarquer que la guérison de l'un ne se fait pas plus attendre que celle de l'autre. Il n'est pas rare d'observer chez quelques femmes, autour des bubons guéris, des collections de pus semi-liquide, presque concret d'un blanc jaunâtre, qui donne lieu à une fluctuation semblable à celle que l'on rencontre dans des kystes séreux et qui ne détermine du reste qu'un peu de gonflement dans l'aine, sans autres phénomènes appréciables. Lorsqu'on vient à pratiquer une ponction sous-cutanée dans ces bubons enkystés, on est tout étonné d'en voir sortir du pus; dans ces cas, il est inutile de placer une mèche dans l'ouverture, car nous avons remarqué que, le kyste une fois vidé, les parois se réunissent parfaitement au moyen de la compression.

Nous avons blâmé la méthode qui consiste à ouvrir les bubons lorsqu'ils sont volumineux, durs et indolens, et en cela nous sommes d'accord avec la grande majorité des praticiens. Mais que faut-il faire quand un bubon persiste depuis un certain temps dans cet état, qu'il est volumineux, sans changement de couleur à la peau, bosselé et dur, ne présentant pas de douleurs; les applications de sangsues, le vésicatoires, les frictions mercurielles iodurées etc., tous ces moyens ne serviraient qu'à enflammer la peau et à tourmenter les malades sans jamais obtenir la plus légère résolution. La compression ne réussirait pas davantage. Dans ce cas, tout exceptionnel et qui heureusement ne se présente pas très communément, nous avons recours au moyen conseillé par les auteurs anciens, Cullerier et Larrey entr'autres, et qui nous réussit constamment, la potasse caustique ou mieux encore le caustique de Vienne. L'écrasement du ganglion nous paraît devoir être employé dans cette occurrence avec succès; enfin, dans les cas où le ganglion peut devenir le siége de dégénérescence cancéreuse, il ne faut pas hésiter à l'extirper.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE.

MOLLUSQUES ACÉPHALES.

M. VALENCIENNES dépose sur le bureau une note ayant pour titre : NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LES FEUILLETS BRANCHIAUX DES MOLLUSQUES ACÉPHALES LAMELLIBRANCHES.

L'auteur démontre, par de nouveaux faits, que le caractère signalé comme l'un des plus saillans des mollusques acéphales, est loin d'avoir la généralité que les zoologistes lui avaient attribuée. Après avoir démontré, dans un précédent travail, qu'il existait des acéphales avec une seule lame branchiale, il étend aujourd'hui cette observation à d'autres mollusques. Il a de plus signalé des animaux de ce groupe, qui n'ont plus aucune feuille branchiale.

STRUCTURE DU BRANCHIOSTOME OU AMPHIOXUS.

M. DE QUATREFAGES lit un extrait d'un mémoire dans lequel il examine la structure intime des divers tissus du branchiostome. Le branchiostome est, pour M. de Quatrefages, un *vertébré dégradé*, c'est-à-dire un animal chez lequel le type des vertébrés a subi des modifications telles que ses caractères les plus essentiels ont entièrement disparu.

L'auteur saisit cet exemple pour faire ressortir combien chez les animaux invertébrés les limites entre lesquelles peut varier le type fondamental d'un

groupe sont éloignées, et combien les animaux invertébrés diffèrent à cet égard des animaux vertébrés, ou à type fixe.

— M. Bourgery a commencé la lecture d'un long mémoire, pour prouver l'existence d'un vaste réseau nerveux dans les membranes séreuses. La suite de cette lecture est renvoyée à une autre séance.

ENDÉMIES DE LA MEURTHE.

M. Gabriel, médecin à Monmeny (Meurthe), adresse quelques remarques à l'occasion d'un mémoire envoyé récemment par M. Assalon, relativement aux maladies endémiques et épidémiques du département de la Meurthe, et particulièrement de Dienze et des lieux voisins. M. Assalon signalait dans les maladies endémiques de ces pays des circonstances d'intermittence, que M. Gabriel dit n'avoir jamais rencontrées. Suivant ce dernier, les fièvres typhoïdes sont assez rares dans le canton de Dienze et nullement périodiques. Les fièvres intermittentes quotidienne tierce, double tierce et quarte y sont endémiques. Quant aux affections charbonneuses que signalait M. Assalon, il ne les a rencontrées qu'une fois.

Les causes de la fréquence des fièvres intermittentes dans ce canton tiennent à la grande quantité d'étangs et de marais qu'on y rencontre, et non à l'étang de Lindre seul.

Dans les communes voisines de l'étang de Lindre, il y a eu rarement des fièvres typhoïdes et toujours des fièvres intermittentes. Au contraire, le pays de Nomeny, où il n'y a qu'un petit étang, se fait remarquer par la fréquence des fièvres typhoïdes, qui s'y montrent quelquefois épidémiques et contagieuses.

Quant aux fièvres intermittentes, elles sont très rares; et quand il s'en montre quelques cas, elles sont bénignes et cèdent facilement au sulfate de quinine.

Ce n'est pas quand l'étang de Lindre est plein d'eau que les fièvres intermittentes sont plus fréquentes, mais dans les années humides et chaudes. Dans ces années, les végétaux et les animaux se corrompent plus facilement et en plus grande quantité. De là les effluves putrides qui s'en échappent et se répandent en plus grande abondance dans le pays.

— M. Leuret adresse une note relative à l'usage des sondes destinées à l'alimentation des aliénés. (Voir les numéros 34 et 35 de la Gaz. Méd.)

SYSTÈME D'ASSAINISSEMENT PAR LA VENTILATION.

M. Petit de Maurienne envoie à l'Académie la copie d'un rapport qu'il adresse au ministre de l'intérieur sur l'essai de son système d'assainissement par la ventilation, essai fait avec succès dans une salle d'infirmerie, un dortoir et un atelier de la prison centrale de Melun. Ce système consiste à pratiquer des orifices dans les murs, près du plancher inférieur, et à remplacer, en guise de vasistas, les vitres des carreaux supérieurs des fenêtres par des toiles métalliques à mailles plus ou moins serrées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE, VICE-PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

SUTURE INTESTINALE.

M. Jobert donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Moreau-Boutard ayant pour titre: De l'excision de la muqueuse dans les sutures intestinales.

Après avoir exposé la méthode de l'auteur qui consiste dans l'excision du bourrelet muqueux renversé en dehors des lèvres de la plaie intestinale et l'adossement de la séreuse avec le tissu sous-muqueux mis à découvert; après avoir passé en revue les expériences au nombre de 19 faites sur des chiens par M. Moreau-Boutard et avoir examiné avec soin les quatre pièces anatomiques soumises à l'Académie, M. Jobert passe à l'appréciation de la méthode de l'auteur, et s'applique principalement à résoudre les deux questions suivantes:

Connaissait-on l'existence du bourrelet muqueux dans les plaies de l'intestin?

L'adhérence du tissu cellulaire sous-muqueux avec la séreuse est-elle un procédé nouveau et acceptable?

La présence du bourrelet muqueux a été signalée par tous les auteurs de chirurgie; quant à l'excision de la muqueuse et l'adossement de la séreuse avec le tissu sous-muqueux, elle constitue véritablement une méthode au point de vue théorique et pratique; mais cette excision que M. Moreau-Boutard a pu exécuter sur des chiens serait dans bien des cas matériellement impossible sur l'homme; elle exposerait en outre à la mortification de l'intestin privé de ses vaisseaux; enfin, la réunion, quand elle a lieu, s'est opérée par le contact des séreuses ou par la lymphe qu'elles exhalent; en dernier lieu, les fils coupés à ras de la surface externe de l'intestin doivent presque immanquablement tomber dans le péritoine; tels sont les faits qui résultent de l'examen des pièces adressées à l'Académie par M. Moreau-Boutard. Indépendamment de ces inconvéniens généraux, il en est un qui appartient en particulier au deuxième procédé de l'auteur dans lequel l'intestin suturé est maintenu en rapport avec la plaie de la paroi abdominale; ne voit-on pas que ce procédé expose à des anus contre nature? et c'est en effet ce qui est arrivé dans les expériences de M. Moreau-Boutard.

Après cette exposition du travail soumis à l'examen de la commission, le rapporteur jette un coup d'œil sur la grande question des sutures intestinales; il rappelle les doctrines des chirurgiens anciens sur ce point important de pratique; il énumère les procédés de J. Bell, de B. Bell, de Travers, de Cooper, de Smith (de Philadelphie), de Louis, de La Peyronie, etc. De cette énumération, il résulte qu'en France et en Angleterre la suture était pratiquée sans principe arrêté, abandonnée aux inspirations du moment; elle était considérée comme moyen de prévenir l'épanchement plutôt que comme moyen de réunir immédiatement la plaie; les guérisons étaient rares, et les chirurgiens découragés aimaient mieux exposer le blessé à un anus contre nature que de lui faire subir une opération dangereuse et incertaine. Aussi ne doit-on pas s'étonner de voir La Peyronie rejeter tous ces procédés empyriques et abandonner à lui-même l'intestin blessé, landis que Ledran, Bertrandi, pratiquaient une suture pour prévenir l'épanchement en attendant les efforts de la nature médicatrice.

Il n'y a que très peu de temps, continue M. Jobert, qu'on a soumis les sutures intestinales à des règles fixes, basées sur la structure anatomique de l'intestin: les nombreux procédés qui ont surgi dans ces derniers temps peuvent tous être rapportés aux trois méthodes suivantes: 1° rapprochement de parties identiques qui exhalent une lymphe fortement plastique; 2° rapprochement des membranes séreuse, muqueuse et musculeuse; 3° rapprochement de la séreuse avec le tissu cellulaire sous-muqueux.

Les inventeurs de ces procédés ont voulu créer une suture unique, pouvant convenir à toutes les lésions du canal intestinal; mais il est évident que le chirurgien doit modifier son procédé opératoire suivant le genre de lésion de l'intestin, suivant l'état sain ou morbide de ses tuniques, suivant qu'elles ont été ou non ramollies par l'inflammation. Aussi M. Jobert a-t-il adopté depuis longtemps une invagination par constriction, mais à points rares; une invagination sans constriction; une suture par le procédé de Ledran; une à points séparés, et une entéro-plastie.

M. Jobert passe ensuite à l'exposition de la plupart des procédés modernes.

M. Denans, selon la méthode primitive de l'invagination, soutient les parois de l'intestin avec un corps étranger, mais il subordonne son procédé à l'adossement des séreuses.

Cette opération a réussi quelquefois sur les chiens. Mais sur l'homme oserait-on gangrener l'intestin même dans une petite étendue? On avait renoncé autrefois à de simples cylindres de carton à cause des inflammations auxquelles leur présence donnait lieu; qui pourrait aujourd'hui se servir de corps plus solides et plus résistans?

M. Gely a inventé une suture dite en *piqué*, qui a beaucoup d'analogie avec le point mis en usage par les cordonniers.

M. Gely a adressé son travail à l'Académie. Son procédé a pour but de faire renoncer à l'invagination et d'assurer la chute des fils dans l'intestin. A ce procédé sont inhérentes des coarctations et une espèce d'anneau valvulaire qui ne peut disparaître par l'absorption puisqu'il est formé par les parois de l'intestin renversé. D'ailleurs les expériences prouvent que ces valvules demeurent ce qu'elles étaient, qu'elles exposent à la rétention des matières.

L'examen des pièces envoyées par M. Gely à l'Académie, a fait reconnaître que les fils étaient, sans exception, retenus dans le point où on les avait fixés.

En résumé:

1° La suture dite en *piqué* adosse les séreuses, et lorsqu'il s'agit d'une plaie de peu d'étendue elle peut réussir.

2° Dans les plaies circulaires complètes, cette suture ne s'applique qu'avec une extrême difficulté et l'on n'y parvient qu'aux *dépens du calibre* de l'intestin.

On ne peut en effet produire l'adossement partout, et vaincre la tendance au renversement, qu'en tirant fortement sur les deux chefs du fil, ce qui doit nécessairement froncer les parois du canal intestinal, diminuer, sinon oblitérer la cavité de ce conduit.

3° Quant à la facilité d'exécution du procédé, nous ne croyons pas qu'elle soit telle que M. Gely semble l'établir, et on se convaincra, en l'exécutant, de la difficulté qu'elle présente dans son application.

En regard de ces faits, M. Jobert rapporte une série d'expériences faites sur les animaux et des observations recueillies sur l'homme, en démontrant que l'invagination telle qu'il la pratique depuis longtemps ne détermine ni oblitération, ni valvule oblitérante. Il prouve, en outre, qu'il n'est pas nécessaire de disséquer le mésentère des deux bouts de l'intestin, ni de distinguer ceux-ci l'un de l'autre. Il est de la plus haute importance de placer les fils de manière à ce qu'ils puissent être extraits facilement par la plaie. En effet, lorsqu'ils demeurent dans la cicatrice, ils produisent l'engorgement et même la suppuration du tissu cellulaire.

Quant au procédé de M. Reybard, il consisterait dans un véritable affrontement des tuniques de l'intestin, dans une réunion par première intention; mais le peu d'épaisseur des parois de l'intestin, leur immobilité, rendent leur affrontement inexécutable.

M. Jobert croit devoir ajouter à l'examen de ces procédés la description d'une suture ingénieuse due à M. Nunciante (Hippolyte), professeur d'anatomie à Naples. On peut l'appeler *suture en spirale*. Elle se pratique avec un fil qui passe alternativement de gauche à droite et de droite à gauche en laissant, en sens opposé, chacun de ses bouts aux angles de la division; en tirant sur les extrémités du fil, on renverse en dedans les lèvres qui se trouvent adossées séreuse contre séreuse. Le professeur de Naples a pratiqué avec succès trois fois son procédé.

M. Jobert, après ce long et consciencieux examen, est amené à conclure que la méthode par adossement des séreuses est encore celle qui réunit le plus grand nombre d'avantages réels; que, sauf le procédé de suture de M. Nunciante, aucun de ceux qui ont été récemment proposés n'a introduit dans la pratique une modification avantageuse; que plusieurs doivent être proscrits comme dangereux dans leur application ou impraticables sur l'homme.

M. Velpeau: J'ai écouté avec un vif intérêt le remarquable rapport de M. Jobert; aussi n'est-ce pas pour le combattre que je prends la parole. Je ferai remarquer seulement que, dans l'appréciation que M. Jobert a faite des différens procédés de suture, il me paraît avoir été un peu sévère à l'égard du procédé de M. Gely (de Nantes). Il lui a reproché d'étrangler les tissus. Ce reproche n'est pas fondé, à mon avis. J'ai vu opérer M. Gely, j'ai appliqué moi-même ce pro-

cédé, et j'ai pu me convaincre qu'il n'étranglait pas plus les tissus que les autres procédés. Ce n'est pas à dire que, dans mon opinion, ce procédé doive être considéré comme préférable aux autres, et qu'il s'applique à tous les cas; ce que je tiens à établir seulement, c'est que, dans les cas où je l'ai employé, il ne m'a pas paru mériter les reproches que lui adresse M. Jobert, et qu'il m'a semblé, en outre, avoir l'avantage de serrer assez, tout en permettant en même temps de laisser aux tissus toute l'extensibilité nécessaire.

M. Jobert : Je ferai remarquer d'abord à M. Velpeau que je ne me suis pas servi de l'expression *étrangler*; j'ai dit que par ce procédé on était exposé à froncer les tissus, ce qui les expose à se couper ensuite beaucoup plus facilement. Si M. Velpeau avait bien entendu tout ce que j'ai dit à l'égard du procédé de M. Gely, il aurait vu que je ne l'ai condamné qu'après en avoir démontré tous les inconvéniens et tous les dangers par des preuves empruntées tout à la fois à l'anatomie pathologique, à l'expérimentation et à l'observation. Par l'anatomie pathologique, j'ai fait voir qu'en suivant le procédé de M. Gely, on ne devait, on ne pouvait pas parvenir à mettre les deux surfaces séreuses en contact, ce qui est le but qu'on se propose dans ce genre d'opération. J'ai démontré par des expériences sur des animaux qu'en faisant cette suture on avait inévitablement, par suite du froncement dont j'ai parlé, non pas une simple valvule, mais un véritable diaphragme qui rétrécit, oblitère le calibre de l'intestin, et produit une dilatation au dessus de la suture, un rétrécissement au dessous, et quelquefois même une oblitération presque complète, en un mot, tous les effets d'un véritable étranglement. Enfin, en analysant les observations de M. Gely, il est aisé de voir que l'exécution de son procédé est d'une grande difficulté.

M. Velpeau : Je prie M. Jobert de remarquer que je n'ai pas dit que ce procédé fût facile, qu'il fût le meilleur et qu'il n'eût aucun inconvénient. J'ajouterai que je ne le crois pas applicable à tous les cas. Mais tout cela ne dit pas que ce procédé soit mauvais. Quant au repli, à la valvule dont parle M. Jobert, je ne crois pas que ce soit un inconvénient aussi grave qu'il le dit. S'il s'agit, par exemple, d'une plaie longitudinale, il est évident que ce repli ne peut avoir d'inconvénient sérieux et qu'il serait incapable de faire obstacle au passage des matières. Dans les cas de plaie transversale, je ne nie pas que ce repli puisse devenir une cause de gêne; mais il ne me paraît pas impossible de l'éviter. En résumé, cet inconvénient ne constitue pas, à mes yeux une raison suffisante pour faire rejeter ce procédé.

M. Jobert insiste de nouveau et croit devoir maintenir la critique qu'il a faite de ce procédé.

Après quelques mots échangés encore entre MM. Jobert et Velpeau, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Girardin propose que le rapport de M. Jobert soit renvoyé au comité de publication. (Adopté.)

ANTAGONISME DE LA PHTHISIE ET DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un mémoire de M. Lefèvre, chirurgien de la marine à Rochefort, relatif à la question d'antagonisme de la phthisie et de la fièvre intermittente.

D'après l'auteur du mémoire, la phthisie serait tout aussi fréquente et aussi meurtrière à Rochefort, où les fièvres intermittentes règnent, comme tout le monde le sait, d'une manière endémique, que partout ailleurs.

M. le rapporteur, après avoir analysé le travail de M. Lefèvre, et sans se prononcer sur le fond de la question, propose pour conclusions d'adresser des remercîmens à l'auteur et de renvoyer son mémoire à la commission de topographie et des épidémies.

M. le Secrétaire annuel : On vient de remettre à l'instant sur le bureau une note qui apprend que ce mémoire a été inséré dans le Journal de médecine de Bordeaux. Si cela est, le règlement s'oppose à ce qu'il soit pris aucune conclusion.

M. Gaultier de Claubry : J'ignorais que ce travail eût été imprimé; mais cela ne doit changer en rien d'ailleurs ma proposition, car ce travail a été envoyé à l'Académie comme renseignement, et c'est à ce titre que j'en demande le renvoi à la commission des épidémies.

M. Velpeau : Je signalerai à cette occasion quelques-unes des fâcheuses conséquences qu'entraînent pour la publicité des travaux scientifiques les réglemens et les habitudes de l'Académie. Les auteurs qui nous adressent des travaux et qui auraient souvent intérêt à leur donner promptement de la publicité se lassent d'attendre des rapports qui arrivent presque toujours tardivement, et qui quelquefois n'arrivent pas du tout. D'un autre côté, la communication des pièces de correspondance étant interdite aux journalistes, les auteurs savent, s'ils tiennent à avoir un rapport, que leur travail ne recevra d'autre publicité que celle du Bulletin de l'Académie. Il résulte de là une sorte de gêne dans la circulation scientifique qu'il serait bon de chercher à faire cesser. Ce qu'il y a de certain, c'est que la plupart des médecins qui adressent des mémoires à l'Académie n'attendent pas les rapports et les font imprimer.

M. Gaultier de Claubry fait remarquer que le mémoire de M. Lefèvre lui est parvenu le 5 août dernier, et que par conséquent il n'a pas perdu de temps. Il insiste, à raison de la circonstance particulière dans laquelle ce travail a été communiqué à l'Académie, pour qu'il soit renvoyé, à titre de renseignement, à la commission des épidémies, malgré sa publication anticipée.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées sans opposition.

La séance est levée avant cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Études d'oculistique; par M. Guépin. Un vol. in-8° de 143 pages. — 1844. Paris, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Parmi les nombreux médecins qui honorent la spécialité ophthalmique, il en est peu qui aient mieux mérité de la science et de la pratique que l'auteur de cet opuscule. Par ce temps d'apparente abondance et de stérilité réelle, ce n'est pas un mince éloge peut-être que de dire d'un homme toujours le premier inscrit dans tous les congrès, concours, académies, journaux, etc., qu'il n'a jamais lassé l'attention publique. Tant de fécondité annonce en général des fruits plus que médiocres; mais il est cependant des exceptions, et la critique les enregistre toujours volontiers, d'autant plus volontiers qu'elle n'a point dans ce cas à craindre de voir périr la règle faute d'exemples qui la confirment. Les Études d'oculistique que nous recevons aujourd'hui témoignent du bon esprit et du zèle qui continuent à animer M. Guépin dans la voie utile qu'il s'est créée lui même. Fondateur depuis quatorze ans, à Nantes, d'un dispensaire public pour les maladies des yeux, il a trouvé moyen de faire tourner au profit de la science les bienfaits de cette philantropique institution; et le nombre aussi bien que le mérite des productions sorties de sa plume, à partir de cette époque, ne sont pour personne un sujet d'étonnement quand on pense qu'elles sont le fruit des observations multipliées que sa consultation lui a mises sous les yeux.

Le bien qui découle d'études dirigées dans ce sens ressort clairement de la lecture du présent ouvrage; on peut le formuler en deux mots : l'auteur a beaucoup vu, il a retenu tout ce qu'il a vu, et il dit ici tout ce qu'il a retenu. « L'opium m'a valu de beaux succès...; j'emploie avec avantage la belladone...; on peut encore essayer le datura...; les cyanures ne méritent pas l'injuste oubli..., etc. » Voilà ordinairement le langage et trop souvent le fond du sac de nos éternels professeurs de thérapeutique, desquels on a pu justement dire qu'ils croient, sans doute, avoir le mieux *rempli* l'indication quand ils y ont *entassé* le plus de remèdes! M. Guépin comprend tout autrement la science. Jamais il n'écrit : tantôt ce médicament réussit, tantôt il échoue; mais : il réussit dans tel cas et échoue dans tel autre; il réussit administré à telle dose, appliqué selon tel procédé, préparé de telle manière, etc., et échoue dans les conditions contraires. Ainsi spécifiées et justifiées, les minuties cessent de sembler arides et fatigantes, les avis différens ne paraissent plus contradictoires comme dans nos classiques, nul précepte ne s'établit trop absolument, nulle doctrine n'est proscrite ou rejetée dans tous ses points, et constamment une expérience de bon aloi perce à travers les motifs et se devine jusque dans le style des jugemens. Telle est, on peut le dire, la multiplicité des instructions de détail, des conseils relatifs au temps, à l'espèce morbide, à la dose, aux adjuvans, etc., que la lecture de cet excellent ouvrage deviendrait un véritable et pénible travail si l'on se proposait de l'achever sans discontinuer et de classer extemporanément dans sa mémoire toutes les règles qu'il contient. M. Guépin le dit explicitement dans sa préface : il ne s'adresse pas aux élèves mais aux praticiens.

La leçon la plus détaillée n'est pas, en effet, toujours la plus élémentaire; le commençant s'égare dans ces mille théorèmes dont il ne sait ni comprendre le motif ni faire l'application. Mais ce sont autant de secrets précieux pour le médecin exercé; dans les maladies de longue durée, dans les consultations entre confrères, il lui est parfois imposé, au prix de sa réputation, de modifier l'ordonnance, d'indiquer un nouvel agent et, qui pis est, de motiver ces changemens. En cherchant dans l'ouvrage de M. Guépin, il apprendra à sortir d'embarras; bien mieux encore, il apprendra comment cet art peut être rendu aussi utile au malade qu'au consultant et combien on gagne toujours à pouvoir substituer au savoir-faire le savoir.

Nous n'avons pas pu nous défendre de dire, prématurément peut-être, ce qui nous a le plus frappé dans cette lecture. Il reste maintenant à faire connaître le cadre qu'a si bien rempli M. Guépin. Trois mémoires composent son livre; ce sont : 1° *De l'application de la méthode abortive au traitement de toutes les ophthalmies aiguës*; 2° *Du traitement à employer pour guérir les taches de la cornée*; et 3° *De l'iris, de ses divers états pathologiques, des opérations que l'on peut pratiquer sur cet organe.*

Le premier mémoire sur *la méthode abortive* se fait remarquer par la méthode que l'auteur a voulu appliquer à l'étude de ce sujet. On appelle ordinairement *abortif* le traitement qui consiste dans l'attouchement de la surface enflammée avec le nitrate d'argent. C'est là, à la vérité, un bon moyen; mais ce n'est que l'un des moyens qui sont au pouvoir du médecin pour faire avorter une phlegmasie. Il est d'autres remèdes, de même qu'il est d'autres indications, pour arriver au même but. Ces indications,

M. Guépin a eu l'idée de les nombrer pour les mieux graver dans l'esprit, et il en a trouvé huit. « Toute méthode abortive, dit-il (page 17), appliquée aux affections diverses de l'œil, doit répondre, à notre sens, aux indications suivantes, qui sont au nombre de huit *au plus*. »Voici, toujours d'après le texte, ces indications.

1° Extraire, quand c'est possible, les corps étrangers, cause d'irritation.

2° Supprimer, quand on peut le faire avec avantage, les parties altérées qui joueraient le rôle de corps étrangers ou qui transmettraient aux autres leur état pathologique.

3° Agir directement sur la partie malade pour empêcher le sang de s'y porter. (Astringens locaux.)

4° Agir indirectement dans le même but. (Ventouses sèches ou scarifiées, purgatifs.)

5° Rendre les nerfs moins bons conducteurs de la douleur. (Médications locales narcotiques ou antispasmodiques sous toutes les formes.)

6° Rendre le cerveau moins sensible aux impressions douloureuses.

7° Modifier avantageusement, quand c'est possible, l'état des parties malades par un traitement local.

8° Recourir, quand la constitution l'exige, à un traitement général.

Cette thèse se présente comme le fruit d'une conviction profonde. Pour M. Guépin, elle ne paraît point être un simple procédé d'exposition, un de ces moyens artificiels de résumer une question dont l'auteur use quelquefois en passant pour plus de précision, mais dont il se garderait d'accepter au fond toute la responsabilité. Bien au contraire; les huit propositions ci-dessus expriment si exactement la profession de foi de M. Guépin qu'il multiplie les explications et les exemples pour prouver qu'elles suffisent réellement dans la pratique à tous les symptômes de la maladie comme à tous les besoins de la médecine. Reprenant une à une la série des prescriptions de la méthode abortive, il développe tour à tour, à propos de chacune d'elles, comment il convient de les exécuter et de les varier selon les cas. C'est même au sujet de ces huit chapitres que nous avons surtout trouvé à signaler cette remarquable perspicacité pratique qui spécifie à chaque phénomène morbide son remède, j'allais dire son antidote particulier. Puis, outre ces conseils si détaillés, il donne encore plusieurs observations très circonstanciées où il prend la peine d'analyser le traitement par lui ordonné, afin de mieux faire voir au lecteur comment il faut reconnaître et remplir chacune des huit indications précitées.

Taut de précision séduit au premier coup d'œil : on ne peut s'empêcher même d'incliner tout d'abord avec empressement vers une méthode qui simplifie à ce point le rôle du médecin et ne lui laisse pour ainsi dire plus que le soin de remplir dans un tableau imprimé d'avance les places laissées en blanc. Mais le procédé est-il aussi rigoureux qu'il paraît commode? Est-on toujours sûr, en suivant à la lettre ces données, de ne rien omettre d'important dans le traitement?... En lisant ce chapitre de M. Guépin, nous songions malgré nous à ces fameuses *bases* de la chirurgie que M. Mayor avait jadis affirmées être au nombre de quatre, *ni plus ni moins*, et parmi lesquelles, tout compte fait, il se trouva avoir oublié seulement l'anatomie pathologique et l'expérience (voy. Gaz. Méd., 1841, n° 52, et 1842, n° 3). Nous nous rappelions cet exemple, et nous craignions ici, vu la similitude du cas, pareille mésaventure. C'a donc été sans beaucoup d'étonnement que nous nous sommes finalement trouvé en face d'une omission à peu près analogue à celle de M. Mayor. Dans sa nomenclature si bien remplie, si élastiquement formulée de manière à embrasser la totalité de la thérapeutique oculaire, M. Guépin a simplement oublié.... *de faire couvrir l'œil!* Et qu'on ne cherche point à expliquer ceci par une inadvertance de rédaction dont la critique s'empare sans laisser pour ainsi dire à l'auteur le temps de se reconnaître. De tels procédés ne sont point à notre usage; et nous nous permettrions moins encore à l'égard d'un homme du caractère de M. Guépin. Le lecteur peut donc être bien persuadé que cette simple précaution n'est indiquée ni dans le tableau des règles de la méthode abortive, ni dans l'explication détaillée sur chacune d'elles, ni enfin dans les observations où ces règles sont encore reproduites et commentées. Je crois, en vérité, que le mot *bandeau* ne se rencontre pas une seule fois dans l'ouvrage entier. Non qu'il entre dans notre pensée de soupçonner M. Guépin capable d'un oubli pareil dans sa pratique. Mais l'exemple nous semble merveilleusement propre à montrer ce que valent en médecine les chiffres et les formules absolues, et combien les règles par lesquelles on prétend aider l'esprit risquent de devenir pour lui des entraves dangereuses, dans une science où l'extrême mutabilité des phénomènes à étudier exige impérieusement le libre déploiement de toutes ses facultés d'investigation et d'enquête.

Dans son second mémoire, M. Guépin s'occupe des taches de la cornée, dénomination sous laquelle il réunit les diverses opacités auxquelles on a imposé des noms différens selon leur apparence, mais qui, d'après l'auteur, réclament toutes le même système de traitement. Ce traitement qui lui a réussi plus de deux cents fois s'applique de la manière suivante. On introduit une fois par jour entre les paupières de la poudre ainsi formulée :

Sulfate de cuivre.......	6 décigrammes.
Sulfate de morphine	2 —
Sucre................	60 grammes.

Lorsque, après dix à quinze jours de l'emploi de ce traitement, on s'aperçoit que l'amélioration obtenue demeure stationnaire, on substitue à cette poudre, pendant un jour ou deux, celle qui suit :

Iodure de potassium....	1 gramme.
Sucre................	60 —

Puis l'on reprend l'usage du sulfate de cuivre et de morphine, qui produit alors un effet beaucoup plus sensible qu'auparavant ; et l'on continue le traitement en alternant ainsi. Ce système thérapeutique est recommandé par M. Guépin avec une vive insistance; les nombreux succès sur lesquels il appuie ses éloges sont une garantie dont chaque médecin pourra fort aisément vérifier par lui-même la valeur.

Le troisième mémoire est consacré à l'iritis. Sans être une monographie complète sur cette affection, le travail de M. Guépin contient cependant un grand nombre d'aperçus originaux : on distingue surtout ce qui est relatif aux divers états pathologiques de l'iris et de la membrane de l'humeur aqueuse. Nous recommandons aussi la manière dont est établie l'utilité de pratiquer la pupille artificielle à une certaine période des iritis, principalement de l'iritis syphilitique, et les raisons données à l'appui de la préférence qu'on doit accorder à l'opération de la pupille artificielle sur l'opération de la cataracte pour les cataractes étroites, congéniales ou autres. La méthode que l'auteur a adoptée pour ces cas se pratique de la façon suivante : « Prenant un couteau de Wenzel, à lame convexe sur le tranchant, on pique la sclérotique à 2 millim. on 1 millim. de la cornée, plutôt au-dessus qu'au-dessous de l'axe transverse des yeux; on passe devant le ligament ciliaire et on entre dans la chambre antérieure sans toucher à l'iris. Cette méthode a tous les avantages de la sclérotomie sans avoir aucun de ses inconvéniens; avec un peu d'adresse on ne blesse aucun organe et la cornée reste intacte. L'incision pratiquée de la largeur du couteau, ou bien l'iris fait hernie, et alors on saisit cette hernie et on l'excise; ou bien il ne fait pas hernie, et alors on introduit des pinces dans l'œil, on saisit l'iris près du ligament ciliaire et on l'entraîne au dehors, puis on l'excise; dans ce cas, le décollement de l'iris précède souvent son excision. »

L'expérience consommée dont M. Guépin fait preuve dans tout le cours de cet opuscule ne s'y formule pas seulement en récits d'observations ou en préceptes thérapeutiques. Comme tous ceux qui ont beaucoup pratiqué leur art et qui l'ont pratiqué avec amour, il apporte son tribut à l'établissement de la réforme médicale. Mais là, ainsi que dans l'exercice de la profession, plus jaloux d'être utile qu'ambitieux de gloire, il borne ses efforts à éclairer une partie de la question et propose seulement un plan d'*organisation des spécialités*. En dotant chaque ville, dit-il, d'un service gratuit de consultation et de distributions de médicamens pour les maladies des yeux, celles de la peau, la syphilis, l'orthopédie, etc., on réaliserait immédiatement trois résultats importans. En premier lieu, on lutterait avec plus d'avantages contre les charlatans, rebouteurs et autres; car il est à remarquer qu'ils affectent toujours de préférence l'exploitation des spécialités, et ce serait les attaquer sur leur propre domaine, sur celui où ils ont ordinairement le moins de peine à persuader au public l'incompétence des médecins ordinaires. D'un autre côté, les villes pourvues de ces services spéciaux deviendraient un centre médical plus important et plus actif. Enfin, en traitant là un certain nombre des malades qui, faute d'autres ressources, vont se faire admettre dans les hôpitaux, on dégrèverait ceux-ci, ce qui contribuerait sans doute aussi à ranimer dans les familles les sentimens naturels que la facilité de faire soigner à l'hôpital son père, son frère malades ne tendent que trop puissamment à y étouffer. — Ces vœux sont ceux d'un cœur droit et d'un esprit élevé; nous nous associons de toutes nos forces à leur expression, et nous recommandons vivement la lecture de ce mémoire que M. Guépin termine en démontrant qu'il suffirait d'une ordonnance ministérielle pour établir l'organisation dont il s'agit.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 37. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

HISTOIRE DE DEUX CAS DE FONGUS MÉDULLAIRE, TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR L'EMPLOI DES NARCOTIQUES, lue à la Société des médecins praticiens de Moscou, le 12 septembre 1844, et communiquée par le docteur TH. INOSEMTZEFF, professeur de chirurgie à l'université impériale de Moscou (1).

Malgré les recherches microscopiques les plus exactes sur l'anatomie pathologique des tumeurs fongueuses, le diagnostic de ces productions morbides présente de très grandes difficultés. Il semble au premier abord qu'il n'y ait aucun résultat satisfaisant à attendre du traitement d'une affection dont la nature est si mal déterminée. Rien n'est moins exact cependant. Il est arrivé sans doute à beaucoup de médecins de traiter avec succès des tumeurs fongueuses par l'emploi de remèdes, qui, dans d'autres cas de la même espèce, n'ont apporté aucune amélioration ; il y a même des exemples de cas où ces productions morbides ont disparu en partie ou en totalité, uniquement sous l'influence d'un régime et d'une diète convenables qui eurent en même temps pour résultat une amélioration générale de la santé des malades.

C'est sur deux faits de ce genre que je me propose d'appeler l'attention des praticiens.

OBS. I. — Jacques Timoféef, paysan, âgé de 20 ans, non marié, de constitution scrofuleuse, fut reçu à la clinique chirurgicale de l'université de Moscou, le 11 novembre 1843. Un amaigrissement très prononcé annonçait une maladie grave et profonde. L'œil gauche était le siége d'une tumeur du volume d'un fœtus de sept mois environ, inégale, noueuse au toucher ; s'étendant depuis la partie inférieure du front et la tempe jusqu'à l'aile gauche du nez et la joue ; et en largeur, depuis le nez jusqu'à la chevelure de la tempe et à l'oreille gauche.

Cette tumeur tirait son origine d'une excroissance située sous la paupière supérieure qui avait été énormément distendue et qui avait pris une teinte violette. Sa surface, parsemée de vaisseaux prodigieusement dilatés, offrait plusieurs élévations dont quelques-unes étaient fluctuantes. La paroi interne de la tumeur, située vers le nez, était constituée par l'excroissance elle-même qui dépassait la paupière ; elle avait une teinte jaune rougeâtre, approchant de la couleur de chair. En relevant la paupière supérieure qui n'avait pas encore perdu entièrement sa mobilité, on voyait l'excroissance recouverte par la conjonctive oculaire contenant dans son épaisseur des faisceaux veineux ; elle se propageait très haut sous la paupière supérieure et en partie sous la paupière inférieure du côté externe. La surface antérieure de la partie de la tumeur qui était située sous les paupières était lisse et tendue ; celle qui sortait d'entre les paupières était, au contraire, inégale et présentait des taches d'un gris clair et quelques-unes noires ; il y avait vers sa partie supérieure une légère exulcération d'où s'exhalait une matière fétide. On ne voyait aucun vestige du bulbe de l'œil ; il s'écoulait de temps en temps de dessous la tumeur et en grande abondance des larmes troubles. Le reste de la tête, ainsi que la poitrine et les organes qu'elle renferme étaient sains.

On remarquait au bras gauche la cicatrice d'un ancien cautère ; les tégumens du bas-ventre étaient parsemés de cicatrices de petite-vérole. L'abdomen était

(1) Voir la pl. ci-jointe qui représente le sujet de la première observation.

Feuilleton.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A ORLÉANS.

Mon cher confrère,

Vous avez su l'épidémie de fièvre typhoïde que nous avons eue au collége royal et la visite ici de MM. Orfila et Chomel, envoyés par M. le ministre de l'instruction publique. Depuis, les journaux politiques, copiant les nôtres, vous ont quelquefois entretenu de nos malades. Maintenant que tout est fini, peut-être serez-vous bien aise de savoir à quoi vous en tenir sur tout cela.

Nous avons eu au collége en tout quatre cas graves, si graves qu'ils se sont terminés par la mort. Joignez à cela quelques cinq ou six cas légers ou douteux, qui ont permis aux élèves de se rendre plus ou moins loin dans leurs familles et dont pas un ne s'est terminé d'une manière fâcheuse : voilà tout.

En ville, malgré le dire des journaux politiques, peu ou point de maladies de ce genre; à peine ce qu'on voit habituellement dans cette saison. Si bien que pour ma part, depuis l'épidémie du collége, je n'ai pas vu un seul cas bien caractérisé dans la pratique particulière; et qu'à l'Hôtel-Dieu, dans un service de soixante-quinze lits, j'en ai vu un seul, qui s'est terminé heureusement. Telle est l'exacte vérité.

Vous vous demandez peut-être comment cette petite épidémie, restreinte dans notre collége, a pu faire tant de bruit, inspirer tant de terreur. La raison en est bien simple. Pour les deux cents et quelques camarades de nos pauvres malades (sans compter pareil nombre d'externes), la fièvre typhoïde était une chose à exploiter, dirai-je le mot, une aubaine. On avancera les vacances ! ce fut l'espoir de tous et le vœu général, qui s'exprima sous le semblant de la peur. Il fallait voir leurs lettres aux parens, dont quelques-unes sont revenues aux chefs de notre collége. L'infirmerie est encombrée, les classes décimées ; et, après quelques phrases plus ou moins ronflantes, que la paresse enseigne avant la rhétorique, on terminait presque invariablement ainsi : Ma mère, me laisseras-tu mourir !

On comprend l'effet de pareilles missives tombées un même jour dans plus de deux cents familles, dont beaucoup habitent Paris, d'autres Bordeaux ou un autre point éloigné.

Ce fut une panique. Ici les pensions, sur l'injonction des familles, désertèrent le collége. Au loin, avant même que l'université eût averti les parens, bon nombre étaient accourus, redemandant leurs enfans, qu'on leur rendit sans difficulté ; et, grace à Dieu ! sains et saufs pour la plupart. Quatre ont payé pour tous, pauvres victimes, dont chacune a laissé à qui les a connues des raisons particulières de la regretter.

Dans cette circonstance, les élèves de notre école de médecine ont saisi avec empressement l'occasion de se dévouer et de gagner leurs éperons. Enfans hier

un peu tuméfié; on sentait dans l'hypochondre gauche une tumeur formée par la rate dont le volume était notablement augmenté. Cette tuméfaction ne l'incommodait en rien d'ailleurs et ne lui causait de douleur qu'à une pression assez forte ou à l'occasion d'un mouvement violent. On voyait enfin une cicatrice à la face interne de la jambe, provenant d'une plaie par instrument tranchant, et une autre cicatrice à la région sus-scapulaire résultant d'un furoncle. Tels étaient les seuls signes physiques coïncidant avec la lésion qui vient d'être décrite. L'état de la langue était assez normal, les selles régulières, le pouls faible, accéléré, jusqu'à 100 pulsations par minute. (Les cellules primitives de la tumeur vues au microscope présentaient les caractères d'une matière organique altérée qualitativement.)

Quant aux symptômes physiologiques, le plus important était une douleur *lancinante* qui se propageait de la tumeur à tout le côté gauche de la tête, du visage et du cou, et qui se faisait ressentir de temps en temps jusque dans la mamelle gauche. A cette douleur se joignaient une sensation de faiblesse dans tout le corps, une anxiété extrême et de l'insomnie manifestement produite par des maux de tête qui faisaient souffrir horriblement le malade.

Au dire du malade, il s'était toujours bien porté jusqu'à l'âge de 17 ans. Alors il fut atteint, par suite d'un refroidissement, d'un point de côté gauche, que l'application de dix sangsues et d'un vésicatoire fit disparaître. A l'âge de 19 ans passés, il aperçut, sans qu'il pût en assigner une cause, un endurcissement de la grandeur d'un pois à la surface interne de la paupière supérieure gauche. Cette tumeur parvint bientôt à la grandeur d'une noisette et persista en cet état pendant quatre mois, sans causer la moindre douleur. A cette époque, elle fut opérée à l'hôpital de Sainte-Catherine et M. le professeur Pohl m'a communiqué que la tumeur qu'il avait extirpée présentait plutôt les caractères d'une tumeur fibreuse que ceux d'un kyste; que le malade avait quitté l'hôpital étant parfaitement rétabli, et qu'il avait eu des cautères aux bras avant et après l'opération; preuve qu'on avait considéré la tumeur comme une production d'une altération qualitative de la matière organique.

Quelque temps après la guérison, il commença à se former un nouvel endurcissement dans la cicatrice, qui s'augmentait peu à peu. A commencer du 8 septembre, après l'emploi de quelques remèdes domestiques, tels que feuilles d'arbre, onguens, etc., le malade commença à sentir des douleurs poignantes qui s'augmentèrent et se propagèrent peu à peu. Ces douleurs causèrent au malade des insomnies; il commença à maigrir, et tout son corps fut tellement affecté que son aspect représentait complètement un phthisique au plus haut degré.

Considérant la tumeur que je viens de décrire comme un encéphaloïde ou un *fongus medullaris*, persuadé en même temps que l'extirpation n'aurait point guéri le malade, je ne pouvais penser pour le moment à une cure radicale, surtout en tenant compte de l'état d'émaciation du sujet et de violens maux de tête dont il souffrait. Je dus, en conséquence, me borner à un traitement palliatif dans l'unique but d'apporter quelque adoucissement aux souffrances du malade. Le traitement auquel j'eus recours consista : 1° dans l'emploi de remèdes calmans et narcotiques, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; 2° dans la dérivation de la douleur par l'emploi des cautères qui devaient contribuer en même temps à une cure radicale (si elle était possible), en dérivant de la tête les matières morbides; et 3° enfin en un régime et une diète convenable. Ce traitement fut commencé le 12 novembre 1843. Je prescrivis tout d'abord à l'intérieur :

Acétate de morphine......	3	centigr.
Nitrate de potasse.........	360	—
Décoction de guimauve. ..	175	grammes
Sirop de guimauve.........	16	—

Une cuillerée toutes les deux heures.

A l'extérieur, j'appliquai des plumasseaux avec du cérat et de l'huile d'olive. Je fis ouvrir en même temps un cautère à chaque bras; il fut recommandé au malade de se tenir tranquille dans son lit, et on lui prescrivit un régime léger, mais nourrissant.

Du 12 au 14, ces remèdes n'apportèrent d'abord que peu de soulagement: les douleurs continuèrent à se faire sentir dans la tumeur, ainsi que les maux de tête; le pouls restait fréquent; l'urine était rougeâtre et laissait déposer un sédiment considérable; transpiration abondante le matin, surtout à la tête; langue nette; les autres fonctions à l'état normal.

Du 15 au 18 novembre. A raison d'une forte chaleur qui dura depuis deux heures de l'après-midi jusqu'au soir, je fis remplacer l'acétate de morphine par le composé suivant :

Amygdaline..............	30	centigr.
Lait d'amandes douces....	144	grammes
Sucre....................	12	—

Une cuillerée de deux en deux heures.

Du 19 au 22 novembre. Les douleurs de la partie gauche de la face s'accrurent beaucoup; la tumeur s'éleva en plusieurs endroits, s'ouvrit et laissa écouler un peu de sang. Urines épaisses, avec dépôt rougeâtre; selles naturelles; douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen.

Cyanure de zinc...........	1	centigr. 1/2
Extrait de jusquiame......	3	centigr.
Sucre.....................	50	—

Trois fois par jour.

22 et 23 novembre. — Les douleurs de tête sont diminuées, mais la tumeur est plus douloureuse; l'abdomen est sensible et tendu. (Amygdaline).

24 novembre. Les douleurs sont moindres; l'abdomen peu sensible; les urines plus claires; les selles libres; langue nette; appétit bon; sommeil plus tranquille. En général, toutes les souffrances du malade paraissent diminuées. (Mêmes remèdes.)

25 au 27 novembre. Le malade paraissant reprendre des forces, je lui prescrivis un traitement anti-scrofuleux :

Prendre :	Ethiops d'antimoine............	2 gramm. de chacun.
	Extrait de douce amère.........	
	Extrait d'herbe de jacée.........	
	Extrait de salsepareille vineux..	
	Magnésie calcinée..............	16 gramm. de chacun.
	Sucre de lait..................	
	Poudre de noix de muscade.....	60 centigr.

Une cuillerée à café deux à trois fois par jour.

Cette médication altérante fut prescrite dans l'espérance qu'elle pourrait, aidée des cautères, contribuer à diminuer le volume de la tumeur. Mais je ne tardai pas à m'apercevoir que le malade n'en pouvait point supporter l'action; les douleurs reparurent aussi violentes qu'auparavant et le mouvement fébrile augmenta. Les excrétions intestinales devinrent moins fréquentes, l'urine plus épaisse et plus sédimenteuse; l'abdomen plus sensible et tendu.

30 novembre. Pour apaiser de nouveau les douleurs, je revins aux remèdes précédemment prescrits: l'amygdaline, les poudres de cyanure de zinc avec l'extrait de jusquiame; les sinapismes aux extrémitées et un lavement évacuant soulagèrent un peu le malade.

1er décembre. L'état du malade était de nouveau empiré; la tumeur plus volumineuse et plus sensible; douleur à la région du foie; la langue sèche et sale; pouls 94; urine rougeâtre avec un léger dépôt; deux selles. (Eau de laurier-cerise, 8 grammes, avec décoction de guimauve, 192 grammes; sinapismes aux régions épigastriques et à l'hypochondre droit.)

2 au 5 décembre. Le malade se trouvait un peu mieux; mais une sensation de bruit dans la tête et l'oreille gauche l'incommodait fort. (Amygdaline; cérat simple.)

1er au 7 décembre. Les douleurs, de nouveau augmentées, se propagent du cou jusqu'à l'épaule et à la région axillaire gauches. Mouvemens fébriles; urine rouge avec dépôt considérable. (Amygdaline; vésicatoire à la nuque; huile de jusquiame pour frotter les glandes axillaires tuméfiées.)

8 au 11 décembre. Les maux de tête et la douleur de l'épaule augmentèrent

---

et à peine sortis de ce même collége, ils y sont rentrés en hommes, en médecins qui comprennent leur mission. Ils ont veillé, pansé, administré les potions, les lavemens aussi (pourquoi reculer devant le mot, quand la chose est noble?); enfin, ils se sont dévoués corps et ame à leurs anciens camarades, et ils ont secondé de leur mieux l'un de nos collègues et de leurs maîtres, M. Vallet, le médecin du collége.

Ce dévouement, je l'ai vu, je puis bien le dire, avec une satisfaction mêlée d'orgueil, que vous comprendrez comme médecin; car la fièvre typhoïde passe pour contagieuse; et moi-même, maître aussi de ces jeunes gens, dans le cours de pathologie interne, j'ai laissé la question indécise. Pas un d'eux n'y pensait. Ils étaient là près des lits comme dans nos salles de l'Hôtel-Dieu, à leur poste d'habitude. C'est que chez nous médecins, le dévouement qui s'ignore et qui coule de source est de règle et de tradition. Nous l'avons appris de nos anciens, ceux-ci l'apprennent de nous : cela va tout seul. Chacun suit son chef de file, comme les moutons; et celui qui s'en targuerait serait honni : il n'a fait que son devoir.

Trois entre tous se sont particulièrement signalés; ce sont MM. d'Olier, Josias et *Dionis* (un beau nom chirurgical!). M. le ministre de l'instruction publique les a magnifiquement récompensés, en les dispensant des frais d'inscriptions pour toutes leurs études médicales.

Je crois lire dans votre pensée, mon cher confrère, et j'y réponds à l'instant. Cette contagion de la fièvre typhoïde, laissée indécise dans mon cours, vous tient au cœur; car c'est une question à l'ordre du jour, et peut-être désirez-vous connaître à ce sujet mon opinion. Je n'en ai point, voilà ma réponse, et voici pourquoi.

Je suis resté sous l'impression de faits nombreux, observés pendant des années dans les hôpitaux de Paris, faits dans lesquels il n'y a pas eu transmission de la maladie, bien que toutes les conditions favorables à la transmission fussent réunies comme à souhait. D'autre part, ici, outre cette petite épidémie du collége, j'ai vu, à la ville et surtout à la campagne, la maladie se cantonner dans une maison, attaquer un individu après l'autre, et faire en quelque sorte le tour de la famille. Ces faits n'impliquaient pas absolument la contagion; ils s'expliquaient habituellement par l'identité de tempérament et de régime, par des influences d'air et de lieu communes à tous, en un mot par la similitude des conditions où vivaient les individus. Toutefois cela donne à réfléchir. De plus, j'ai médité les faits publiés par nos voisins de la Loire, MM. Bretonneau et Gendron, et par d'autres bons observateurs. Je suis ébranlé dans ma croyance anti-contagioniste, et j'en reste là ne pouvant mieux. Quand il vous plaira de m'en tirer, vous me ferez plaisir.

Au reste, dans la pratique, je tiens qu'on doit se conduire comme si la contagion était prouvée. J'enseigne et j'agis ainsi : j'isole mes malades autant que possible. Peu importe aux cliens nos doutes ou nos convictions. Dès qu'il y a danger démontré pour un seul d'entre nous, je dis un seul qui mérite confiance, nous devons prendre le parti le plus sûr, avertir et préserver. Car, avec notre juste scepticisme, des années peuvent s'écouler avant que la pratique nous offre un fait probant, une sorte d'expérience toute faite qui entraîne nos convictions. Il ne faut pas amasser des regrets pour cet avenir possible de tardive résipiscence.

d'intensité et se propagèrent par la région mammaire et tout le côté gauche jusqu'à la région des fesses. La fièvre était plus intense. Pouls 100 par minute. Cependant les excrétions naturelles se faisaient assez. 1 centigr. 1/2 d'acétate de morphine appliqué sur la surface dénudée par le vésicatoire; à l'intérieur, l'amygdaline, et les gouttes que voici :

Acétate de morphine...........	6 centigr.
Nitrate de potasse.............	1 gr. 20 centig.
Eau de laurier-cerise...........	12 grammes

A prendre par dix gouttes pendant les douleurs dont la tête et la tumeur sont le siége.

Cette médication contribua beaucoup à soulager le malade, quoique les symptômes n'eussent en quelque sorte fait que changer de place; car les douleurs de tête très diminuées avaient fait place à des douleurs assez vives au sacrum; au reste les symptômes fébriles étaient affaiblis; les douleurs locales revenaient plus rarement; la tumeur diminuait visiblement de volume.

Depuis le commencement du traitement jusqu'à cette diminution sensible des douleurs dans la partie malade, il s'était passé vingt-huit jours, et il était difficile de savoir s'il fallait attribuer le calme survenu dans les douleurs aux remèdes, ou simplement au régime régulier et aux forces de la nature. Mais on put acquérir plus tard la certitude que les narcotiques avaient contribué beaucoup et contribuaient encore à calmer les douleurs et à amoindrir le volume de la tumeur.

12 au 21 décembre. Amélioration progressive de tous les symptômes. (Continuation du même traitement.)

22 décembre. Malgré l'amélioration de tous les symptômes, le malade se plaignit tout à coup de douleurs à l'estomac, et il eut quatre selles sans avoir pris de purgatifs; l'urine était claire, mais très rare et formait un léger dépôt; le pouls était assez régulier. (Même traitement.)

23 décembre. La tête était mieux, mais l'abdomen était développé, tendu et sensible; le côté gauche était plus tuméfié et plus sensible; le pouls presque normal; la langue nette; trois selles; urine claire, mais rare. A mesure que les douleurs à la tête s'affaiblissaient les symptômes morbides de l'abdomen allaient en augmentant; il semblait qu'il se fût opéré une sorte de transposition des symptômes à l'abdomen. On y remarquait même une espèce de fluctuation qui se prolongea jusqu'au 29 décembre. Continuation de l'amygdaline; l'acétate de morphine ne fut plus employé. Je prescrivis des poudres de soude, qui augmentèrent la sécrétion de l'urine. L'abdomen fut couvert d'un emplâtre de ciguë. Après ces remèdes, la tension et la fluctuation étaient moins prononcées.

30 et 31 décembre. Tous les symptômes morbides, même ceux de l'abdomen, étaient améliorés et toutes les fonctions de l'organisme se régularisèrent peu à peu. La tumeur de l'œil avait beaucoup diminué de volume, et, ce qui doit être noté, sans qu'aucune sécrétion, aucun écoulement considérable y eût contribué. Présumant que la diminution du volume de l'excroissance s'était effectuée par voie d'absorption, je fis appliquer encore un cautère au pied droit. L'usage de l'amygdaline et des poudres de soude fut continué. Emplâtre de ciguë sur le bas-ventre; cérat simple pour la tumeur.

1er au 20 janvier 1844. L'amélioration de tous les symptômes continua; les douleurs ne se montraient que rarement soit dans la tête, soit dans les autres parties du corps; mais la sensation de bruit dans la tête continuait toujours. Les selles et le pouls étaient réguliers; la sécrétion de l'urine un peu plus abondante; l'abdomen assez mou; la tumeur à l'hypocondre gauche persistait toujours, mais à un moindre degré. (Même traitement.)

20 janvier. Mal de tête, qui ne dura pas longtemps et fut suivi d'une diarrhée. Le malade eut huit selles sans être affaibli.

21 au 31 janvier. Le malade allait toujours mieux; l'excroissance fongueuse et la tumeur abdominale allaient toujours en diminuant; toutes les fonctions dans leur état normal.

1er au 18 février. Les seuls symptômes qui incommodassent encore le malade étaient la sensation de bruit et les maux de tête, qui cependant ne se montraient que rarement et pour peu de temps.

18 février. Le malade se sent tout à fait bien; l'excroissance de l'œil était entièrement disparue. Il n'en restait d'autre trace qu'une dilatation de l'espace interpalpébral. Les paupières cependant commençaient à se contracter. L'apophyse temporale du frontal, que l'on sentait sous la peau, paraissait aux points de jonction avec les os adjacens s'en être détachée. Quant à la tumeur de l'abdomen, il n'y en avait plus qu'un petit reste qui ne causait d'ailleurs aucune douleur. (Même traitement.)

28 février. Le malade se plaignit d'un sentiment de pesanteur dans la tête et d'un léger tiraillement dans l'orbite; à cela près, tous les autres symptômes étaient dans un état très satisfaisant. Je fis cesser l'emploi de l'amygdaline; les poudres de soude furent continuées. Sinapismes aux mollets. Cette médication soulagea le malade et fut prolongée jusqu'au 6 de mars. Une circonstance remarquable, c'est que, après la cessation de l'usage de l'amygdaline, la tumeur du bas-ventre redevint plus volumineuse et plus sensible à la pression. C'est pourquoi je prescrivis de nouveau l'amygdaline à commencer du 7 mars; emplâtre de ciguë sur l'abdomen; plumasseau sec sur l'œil.

8 mars. Le malade se sentait mieux de jour en jour; il commençait à reprendre; l'appétit était bon; le sommeil tranquille; le pouls à 65 pulsations par minute; les douleurs et la sensation de bruit dans la tête avaient presque entièrement disparu. Cet état dura, sans aucun changement, un mois entier, c'est-à-dire jusqu'au 8 avril. Alors le malade fut déclaré guéri, et il sortit de l'hôpital, délivré de l'excroissance à l'œil et de la tumeur dans l'abdomen, mais privé de son œil gauche. Il lui fut recommandé d'entretenir encore longtemps les cautères; de prendre trois fois par jour dix gouttes et plus d'eau de laurier-cerise; de maintenir couvert l'endroit où s'était trouvée l'excroissance à l'œil, et de continuer à appliquer des emplâtres de ciguë sur l'abdomen.

Pendant tout le cours du traitement, le malade avait pris à l'intérieur une once et demie et 23 grains d'amygdaline (46 grammes), sans qu'il soit survenu aucun symptôme de narcotisation. Quoique nous ayons invité le malade de visiter l'hôpital de temps en temps, pour pouvoir reprendre le traitement en cas de récidive, il n'est plus revenu jusqu'à présent, de sorte qu'il est impossible de dire avec certitude si la maladie a reparu ou non.

Dans le courant du traitement, j'ai fait les observations suivantes :

I. Les douleurs puignantes (lancinantes), qui étaient très fortes, ne commencèrent à céder aux narcotiques qu'un mois environ après le commencement de leur emploi.

II. Les narcotiques ont joué un rôle important pour le soulagement des douleurs et pour le rétablissement du malade en général.

III. Le volume du *fongus* commença à diminuer en même temps que les douleurs commencèrent à se calmer.

IV. Les remèdes altérans antiscrofuleux ne furent d'aucune utilité pour le malade.

V. A mesure que le volume du *fongus* diminuait, la tumeur de l'abdomen et les symptômes concomitans se développaient. Cependant cette seconde tumeur céda aussi à son tour à l'emploi des narcotiques, aidés de l'acide carbonique, que j'employais surtout alors que la tension de l'abdomen et les douleurs faisaient craindre la formation d'un épanchement abdominal.

VI. La cessation des douleurs et de la sensation du bruit dans la tête a été suivie de près de la disparition du fongus; il en a été de même à l'égard de la tumeur de l'abdomen. Cette circonstance nous fait présumer que les deux productions morbides étaient le résultat des douleurs. D'autres observations devront décider si ces douleurs étaient de nature inflammatoire ou nerveuse. A juger d'après les remèdes qui apportèrent le plus de soulagement à ces douleurs, on peut présumer qu'elles étaient plutôt nerveuses, spasmodiques, qu'inflammatoires.

Vous me demanderez peut-être aussi par occasion si la fièvre typhoïde diffère ici de ce qu'elle est à Paris, puisqu'en divers lieux on a signalé des dissemblances. Ici la maladie est exactement la même qu'à Paris, lésions et symptômes, à deux nuances près : l'absence habituelle des taches rosées et presque constante des sudamina, deux choses que nous observions si habituellement à Paris. Je ne crois pas à ces prétendues différences pour ce qui touche les caractères essentiels, par exemple, à l'absence constante ou habituelle de lésions aux glandes de Peyer, signalée par certains auteurs anglais et allemands, tandis que chez nous ces glandes sont constamment lésées. Vous voyez déjà qu'après s'être inscrits en faux sur ce point, les Anglais se sont rétractés, et que leurs observations avec absence de la lésion caractéristique des glandes ont été reconnues pour des cas de typhus fever, maladie essentiellement différente de la fièvre typhoïde, malgré l'analogie des termes. Je pense qu'il nous arrivera quelque jour d'Allemagne, sur le même point, un désaveu et une explication analogues.

Je voudrais bien terminer cette causerie par quelque chose d'utile et de pratique, par exemple, un nouveau moyen de traitement. Hélas! je n'en ai point. A tout hasard, voici l'une de mes petites ressources. Si cette idée neuve se trouve quelque part dans vos tables de journal et que vous la déclariez vieille, il n'y aura pas grand mal : vous m'éviterez dix réclamations, qui sans cela demain me tomberont sur le corps pour revendiquer la priorité.

Dans cette saison, aussi longtemps que le malade conserve un reste de force, je le fais lever et tenir assis plusieurs heures par jour, à la fenêtre, si c'est en ville, au grand air et à l'ombre, si c'est à la campagne. Dans les cas graves, je ne renonce au lever que le plus tard possible; dans les cas moyennement graves ou légers, je continue plus ou moins d'un bout à l'autre de la maladie.

Dans la pratique, il va sans dire qu'indépendamment des difficultés inhérentes à la maladie il y en a bien d'autres, qui tiennent à l'habitation et aux ressources des familles; de sorte que ces essais ne peuvent se renouveler fréquemment ni aussi complètement qu'on voudrait; et pour moi ils sont encore très peu nombreux. Comme je m'en suis bien trouvé, je me hâte d'en parler, la chose étant à coup sûr innocente, afin que d'autres essaient à leur tour et qu'ils se prononcent.

Cela est tellement contre l'usage qu'au premier abord vous croirez la chose impossible, oubliant ces gens du peuple, maçons, ouvriers, domestiques, les femmes surtout, qui vous arrivent sans doute encore, comme je les ai vus souvent, dans les hôpitaux de Paris, à bout de force, après avoir traîné dans les rues ou à leur ouvrage une fièvre typhoïde, Dieu sait combien de temps! si bien qu'ils succombent le cinquième ou sixième jour après s'être alités et quelquefois plus tôt. Souvenez-vous de ces malades et vous vous convaincrez qu'on peut tenir les gens levés dans ce cas et dans beaucoup d'autres plus longtemps qu'on ne pense généralement. Les morts que je vous cite et qui suivent de si près l'entrée à l'hôpital vous sembleront peut-être un argument contre cette pratique. Mais je n'entends pas qu'on force des malades à marcher et à travailler, comme ces malheureux; et qu'on épuise le peu de forces qui leur reste par un exercice musculaire dont ils sont incapables. Je les fais asseoir dans un fauteuil à la Voltaire ou sur un lit de repos, quelque chose d'analogue chez les pauvres gens, et toujours au grand air dans la belle saison : voilà tout. Ils se mouillent, se salissent, me direz-vous? on les nettoie aussi bien assis que couchés, d'au-

VII. La quantité de matière qui s'écoula't du fongus, de même que la quantité de toutes les autres excrétions, n'avait aucun rapport direct avec la diminution de volume de l'encéphaloïde et de la tumeur de l'abdomen; car la quantité et la qualité de la matière sécrétée par l'excroissance morbide étaient toujours les mêmes, tant pendant la période d'accroissement du fongus, qu'à l'époque de sa diminution. Les selles étaient ordinairement normales, et quand elles devenaient plus abondantes et fréquentes, elles n'étaient jamais suivies d'une diminution de volume des tumeurs, et comme elles étaient ordinairement précédées de douleurs à la tête ou dans l'abdomen, l'état des productions pathologiques restait le même pendant que les excrétions étaient plus abondantes, ou même leur volume augmentait, ce qui avait lieu surtout pour la tumeur de l'abdomen.

VIII. La fièvre n'avait aucun type régulier; cependant elle approchait du type *continua-rémittent*. Le dépôt dans l'urine et en général l'intensité des mouvemens fébriles étaient en rapport direct avec l'intensité des douleurs et avec l'augmentation ou la diminution du volume des tumeurs. On peut conclure de là que la fièvre ainsi que le fongus et la tumeur de l'abdomen n'étaient que des symptômes du même état morbide, et qu'aussi le dépôt de l'urine ne contribuait en rien à la diminution de volume.

Quoiqu'un seul fait ne suffise pas pour servir de base à une théorie pathologique et thérapeutique, on conviendra pourtant que celui-ci mérite toute notre attention; ce serait maintenant le cas de chercher à nous rendre compte de tout ce qui s'est passé durant le cours de cette grave maladie. C'est ce que j'essaierai de faire d'une manière indirecte, en posant quelques questions à mes collègues, et en leur soumettant quelques-unes de mes suppositions.

1° Le cas que je viens de décrire appartient-il à la classe du *fongus medullaris* ou non?

2° Une semblable production morbide peut-elle être le résultat d'une action anormale du système nerveux sur un corps dyscrasique?

3° Admettant que l'action pathologique des nerfs soit la cause de la production morbide, lequel des systèmes nerveux y a pris plus de part, du système cérébro-spinal, du système gauglionaire, ou bien l'un et l'autre à la fois et au même degré?

4° Ou bien la production morbide est-elle le résultat d'une inflammation?

5° Que si la cause primitive de la production fongueuse doit être recherchée dans une action pathologique du système nerveux, ne sommes-nous pas autorisés à trouver une analogie entre cette production et les hypertrophies qui apparaissent durant le cours des fièvres intermittentes? Ne pourrait-on pas admettre que l'encéphaloïde guéri par l'emploi des narcotiques est une physconie provenant d'une irritation du système cérébro-spinal, comme les physconies du foie et de la rate sont regardées comme l'expression d'un état pathologique particulier du système ganglionaire? Cette comparaison ne devient-elle pas admissible par la raison que les physconies abdominales cèdent facilement à l'emploi de la quinine, comme le fongus à l'emploi des narcotiques, principalement de l'amygdaline?

6° La méthode des anciens, qui consistait à traiter certaines tumeurs par des narcotiques à hautes doses, par exemple, n'était-elle pas basée sur une idée semblable touchant la nature nerveuse de ces maladies?

7° Tous les praticiens reconnaissent, d'un commun accord, que les remèdes altérans et l'opération ne sont d'aucune utilité dans la grande pluralité des cas de cette maladie. En traitant de la pathologie et des différentes méthodes de traitement des fongus, à la clinique de l'Université de Moscou, je soumis plusieurs malades atteints de cette affection à des traitemens réguliers et énergiques : les uns furent traités par la décoction de Zissmann et des révulsifs à la peau; d'autres par le précipité rouge, d'après la méthode de Berg; d'autres encore furent opérés après un traitement préparatif, etc. Tous ces traitemens n'amenèrent aucun résultat favorable; souvent même il y eut aggravation de la maladie, et, après l'opération, des récidives. Dans le cas que je viens de rapporter, au contraire, le malade n'a été soumis qu'à un traitement symptomatique, et ce traitement a été couronné du succès le plus brillant. Me fondant à cet égard sur ma propre expérience, ainsi que sur celle d'autres médecins de notre temps (Leroy-d'Etiolles), je crois qu'il est urgent de trouver une solution à la question suivante. Dans le traitement de semblables affections, le médecin doit-il diriger le traitement principalement contre la constitution générale du corps, ou bien doit-il prendre plutôt en considération l'action anormale du système nerveux qui exerce une si grande influence sur la production des fongus?

8° Quel a été le mode d'action des cautères dans notre cas? N'ont-ils fait que transporter l'action pathologique d'un point à un autre, entraînant ainsi un soulagement considérable des maux de tête et des douleurs du fongus? Ou est-ce plutôt en mobilisant la matière morbide et en l'éliminant du corps qu'ils ont agi? Ou bien enfin faut-il admettre le concours possible de ces deux modes d'action pour expliquer leur utilité, s'il y a réellement eu utilité?

9° Sommes-nous en droit de considérer les narcotiques (et lesquels nommément?) comme les seuls remèdes sûrs pour apaiser les douleurs dans le fongus et les parties adjacentes? Ou bien pourrions-nous atteindre le même but par d'autres remèdes, tels que les antiphlogistiques, sangsues, saignées, préparations de mercure, etc.?

10° Lequel des deux modes d'action doit être regardé comme le plus essentiel et le plus direct pour la guérison dans le cas présent : l'apaisement des douleurs par les narcotiques, ou la dérivation des douleurs d'une partie sur d'autres par les dérivatifs?

Un autre cas pathologique analogue, dans lequel, à mon grand étonnement et à l'étonnement général de tous ceux qui en furent témoins, la guérison eut lieu par le simple emploi des narcotiques (sans dérivatifs), semble prouver que les narcotiques sont les agens principaux de la guérison, et que les cautères ne sont pas même nécessaires.

Je vais raconter en peu de mots l'histoire de la malade qui nous a fourni cette observation.

FONGUS MÉDULLAIRE DE L'OVAIRE DROIT ET D'AUTRES PARTIES.

OBS. II. — En septembre 1835, je fus appelé auprès de Mme de P... La malade, qui était alitée depuis plus de quatre ans, était excessivement maigre et se plaignait de fortes douleurs à l'abdomen. Une exploration superficielle suffit pour me donner la certitude que la malade souffrait d'un fongus de l'ovaire droit, et comme elle était traitée par un de nos meilleurs médecins, je lui conseillai de suivre exactement les conseils de son médecin et d'attendre avec patience une amélioration de son état; mais j'étais persuadé que sa santé était entièrement ruinée et qu'il n'y avait aucun espoir de guérison.

Quelques mois après, à mon grand étonnement, je fus rappelé auprès de la

---

tant mieux qu'on s'en aperçoit plus vite, ce qui n'est pas un médiocre avantage. Ils ont de la somnolence, de la prostration, du délire. Qu'importe que cela leur arrive au lit ou dans un fauteuil? on les soutient, on les replace, on les calme, et, s'ils en sont capables, on les distrait mieux.

Je ne m'étendrai pas sur les avantages de cette position et de l'air, pour éviter les escarres, atténuer les congestions cérébrales et pulmonaires, neutraliser cet empoisonnement général de la constitution, constaté pour nous par la fluidité du sang et caractérisé par les anciens sous le nom de putridité; j'aime mieux vous donner en deux mots, comme échantillon, un fait particulier.

C'était vers la fin de mai dernier, et il s'agit d'un enfant d'une dizaine d'années, robuste et précoce, appartenant à une famille riche, qui habite la campagne; il fut pris de ce mal de tête avec hébétement et sans relâche, que nous avons tous vu au début de la fièvre typhoïde, et, quand il voulait marcher, de ce vertige qui fait trébucher comme un homme ivre. La diarrhée vint, puis le ballonnement du ventre et les autres symptômes; un peu de délire, les lèvres et les dents fuligineuses dès le huitième jour; puis de petites escarres aux fesses et au sacrum, de la gangrène aux points dénudés par les révulsifs... Une chose remarquable, ce fut la mortification à peu près générale de l'épiderme, non qu'il s'exfoliât de lui-même comme dans la scarlatine; mais partout où l'enfant se grattait (ces malades se grattent sans cesse et tourmentent le moindre bouton), il enlevait un long lambeau d'épiderme desséché, sans que la peau saignât. Une autre chose peu commune, sans être aussi rare, ce fut un peu d'épanchement dans le bas-ventre vers le vingt-troisième jour, épanchement qui donna lieu à une matité du son de trois travers de doigt en hauteur.

Je vous dis bien juste, comme vous voyez, ce qu'il faut pour caractériser le fait. A tout prendre, ce fut un cas de moyenne gravité, presque benin. Je tremblais cependant pour ce pauvre enfant, qui m'intéressait beaucoup. Il y a si peu de distance d'un cas léger à un cas grave, tant que la maladie n'a pas parcouru toutes ses phases; et vous savez comme il nous faut quelquefois désespérer le soir de celui que le matin nous avons laissé plein de vie!

Heureusement j'avais là sous la main toutes les ressources de l'hygiène, même le beau temps, et pour mes vues tous les moyens possibles d'exécution. Chaque jour, on levait mon petit malade, on l'asseyait à l'ombre, on le promenait sur une chaise roulante à travers un vaste enclos, en l'abritant du soleil. Au plus fort du mal, c'est à peine s'il passa dans son lit quinze heures sur vingt-quatre; et cela dura tout au plus cinq ou six jours. Avant et après cette époque, il restait hors du lit la plus grande partie des journées. Pendant ce lever et dans les promenades, il était rare qu'il ne sortît pas un peu de son engourdissement. La mère profitait de ces bons momens et parvenait quelquefois à le faire jouer, en variant beaucoup les distractions, car sa pauvre petite tête se lassait vite... Puis il se ranima tout à fait, et avant le trentième jour la convalescence était établie. Nous eûmes bien, du trente huitième au cinquantième, une éruption incessante de furoncles, et, après le cinquantième, un énorme abcès sanguin à la fesse droite. La convalescence n'en marcha pas moins, peut-être même plus rapidement : nous étions sur nos pieds et nous dévorions.

Vous pensez bien que tout en administrant l'air à haute dose, je ne négligeai pas les ressources de la thérapeutique : c'eût été absurde et téméraire. Je m'étais adjoint le médecin du lieu, et à deux on n'oublie ni on n'omet rien, quand

même malade, que je croyais morte depuis longtemps, parce que, à ma première visite, elle paraissait être à l'agonie. Comme elle n'était plus traitée par personne, et comme elle-même, ainsi que ses parens, insistaient pour que j'entreprisse son traitement, je l'examinai avec plus d'attention, et je déclarai positivement aux parens que la malade ne pourrait se rétablir, qu'il n'y avait pas même moyen de prolonger sa vie.

La malade, âgée de 48 ans, mariée, mais n'ayant pas eu d'enfans, était tellement amaigrie qu'il était difficile de déterminer la constitution de son corps; toutefois, la constitution nerveuse-scrofuleuse était celle dont elle paraissait le plus approcher. L'abdomen était développé; dans la région iliaque droite existait une tumeur profondément située, de la grosseur d'une tête d'adulte, presqu'immobile, inégale, peu sensible à la pression, et qui montait presque jusqu'au foie, qui lui-même (surtout son lobe gauche) était un peu hypertrophié et sensible à la pression. Une hernie ombilicale existant depuis longtemps n'avait point de communication avec cette tumeur. Les autres viscères paraissaient être dans un état normal. La malade se plaignait de fortes douleurs poignantes dans l'abdomen, surtout dans la tumeur; ces douleurs cessaient de temps en temps pour un ou deux jours, mais jamais pour plus longtemps, et reparaissaient à chaque changement atmosphérique et même sans aucune cause visible et sans régularité. Les règles avaient cessé depuis longtemps et étaient remplacées par d'abondantes fleurs blanches.

En poursuivant l'examen de la malade, je trouvai plusieurs tumeurs inégales de la grandeur d'œufs de canne, dans lesquelles elle sentait aussi des douleurs poignantes. Dans plusieurs autres endroits de son corps, surtout aux mains et aux pieds, on voyait de plus petites tumeurs de nature et de forme semblables, jusqu'à la grosseur d'une noix. Ces tumeurs paraissaient situées dans le tissu adipeux et composées de plusieurs petits noyaux ou tubercules. Quelques-unes d'entre elles étaient bleu-verdatre, comme le sont en général les tumeurs situées près de la peau et dont le contenu est liquide; d'autres parties de ces tumeurs étoient endurcies. Pendant que la malade souffrait des douleurs, le pouls était accéléré; à part ces instans, il était assez régulier. La malade n'avait point d'appétit et ne pouvait rien manger sans avoir de la constipation. Elle était tellement faible qu'elle ne pouvait exercer aucun mouvement, même dans son lit, sans provoquer de fortes douleurs dans la tumeur, douleurs qui survenaient souvent aussi sans cause, comme il a été dit plus haut.

La malade me raconta qu'il y avait quatre ans qu'elle avait commencé à s'apercevoir d'une sensation désagréable dans le côté droit de l'abdomen; en même temps les règles cessèrent, et l'on prit la tumeur pour une grossesse extra-utérine. Ce ne fut que lorsqu'on eut convaincu la malade du contraire qu'elle commença à se faire traiter. On lui appliqua quantité de sangsues, on lui donna beaucoup de purgatifs, principalement de l'huile de ricin et vraisemblablement du calomel; en général, on essaya beaucoup de remèdes, mais toujours sans succès. La tumeur allait en augmentant, il en apparut d'autres aux mamelles et en d'autres endroits, et il s'y joignit de violentes douleurs lancinantes. La malade allait toujours en dépérissant et dut enfin rester alitée pendant plusieurs années.

Telle était la marche de la maladie jusqu'à ce jour. Je prescrivis un régime et une diète convenables, et je fis soutenir l'abdomen par un bandage qui retenait en même temps la hernie. Comme il n'y avait aucune espérance de guérison, je me bornai à un traitement palliatif, ayant pour objet le soulagement des douleurs et la régularisation des fonctions du corps. A la première réapparition des douleurs, je fis appliquer des sangsues et je prescrivis un léger purgatif, pensant qu'une congestion hémorrhoïdale pouvait contribuer à la production des douleurs. Ce traitement fut suivi d'une aggravation considérable de tous les symptômes; la malade se sentit pendant longtemps plus mal que jamais. L'extrême sensibilité de la malade m'ayant forcé d'essayer beaucoup de remèdes, je m'arrêtai à la formule suivante :

Acétate de morphine..........	3	centigr.
Nitrate de potasse..............	120	—
Décoction d'althéa (guimauve)...	120	grammes.
Sirop de capillaire.............	24	—

A prendre pendant les douleurs, toutes les deux heures une cuillerée. Cette dose apaisait les douleurs et calmait.

L'emploi continué de ce remède fit revivre la malade, elle reprit ses forces et se porte bien depuis près de neuf ans. Le mode d'administration fut le suivant : à l'apparition de douleurs lancinantes, la malade prenait une cuillerée de la potion; ordinairement les douleurs se calmaient; alors, après deux heures, je lui faisais prendre encore une cuillerée, et rarement j'étais obligé d'en faire donner une troisième; car, quand les douleurs cessaient, je ne donnais plus de la potion. Pendant toute la durée du traitement, la malade gardait un repos absolu; une circonstance, digne d'être remarquée, c'est que, pour entretenir les selles libres, il suffisait de lui faire prendre deux à trois cuillerées de bouillon de veau. Elle avait une idiosyncrasie contre l'acide hydrocyanique telle que quelques gouttes d'eau de laurier-cerise, ajoutées à la mixture, produisirent à plusieurs reprises une sensation désagréable, des angoisses et même des douleurs. Elle était excessivement faible et amaigrie; je jugeai les cautères nuisibles, et je continuai le traitement sans en faire appliquer; je fis seulement usage de sinapismes et de cruches remplies d'eau chaude appliquées aux jambes, sans cependant en obtenir aucun résultat, si je ne faisais pas prendre en même temps la mixture. Pendant ce traitement, la malade commença à se remettre de plus en plus; elle s'asseyait pendant quelques minutes sur son lit, ce qu'elle n'avait pu faire depuis bien longtemps; les douleurs devenaient plus rares et les forces augmentaient tellement qu'en cinq mois elle pouvait déjà rester assise sur une chaise pendant plusieurs heures. Je lui fis donner une alimentation plus nourrissante qui contribua au retablissement de ses forces; elle commença peu à peu à marcher dans sa chambre, et après cinq mois elle était déjà en état de se mouvoir librement, et, au grand étonnement de toutes ses connaissances, de reprendre son genre de vie habituelle. La potion ne lui était donnée que quand elle sentait des douleurs; la tumeur de l'abdomen était soutenue par le bandage; on ne dirigea aucun traitement local contre les autres tumeurs. Comme chaque mouvement violent lui causait des douleurs dans le bas-ventre, je ne lui permettais d'abord que de petites promenades à pied; cependant bientôt elle put sortir en voiture; elle ne fit d'abord que de très petites courses; plus tard elle pouvait faire 6 à 8 milles d'Allemagne sans éprouver le moindre dérangement. Les douleurs revenaient toujours de plus en plus rarement et plus légères, et chaque fois une cuillerée de la potion suffisait pour les calmer; toutes les tumeurs devenaient plus petites; les fleurs blanches cessèrent, et même les règles reparurent en petite quantité; mais elles cessèrent bientôt par le fait de l'âge.

Notre malade allait mieux de jour en jour, de manière qu'elle put, à la fin même, remplir ses devoirs d'épouse; plus tard elle fut obligée d'entreprendre de longs voyages qui lui occasionèrent plusieurs fois des maladies, par suite de refroidissement; mais chaque fois elle fut rétablie sans que son ancienne maladie reparût. L'état hémorrhoïdal qu'elle avait conservé fut soulagé par l'application de quelques sangsues et par l'emploi de petites quantités d'eau amère.

Ayant revu cette dame en 1841, après un assez long intervalle de temps, je jugeai nécessaire de lui donner quelques remèdes dissolvans; je lui recommandai les eaux artificielles de Marienbad, mais elle ne put les supporter et dut bientôt en cesser l'usage. En l'examinant avec soin, je ne trouvai aucun vestige de tumeurs, ni dans l'abdomen, ni dans aucune autre région. Enfin, madame P... malade se porte bien depuis environ neuf ans; elle ne souffre, de temps en temps, que de douleurs au sacrum, que quelques sangsues et un peu d'eau amère font toujours passer facilement; son visage est meilleur; cependant la couleur de la peau est jaunâtre, ce qui du reste, de son propre aveu, lui était habituel, même avant sa maladie.

Ce fait prouve aussi que les narcotiques peuvent guérir des tumeurs fongueuses en procurant le soulagement des douleurs; il le prouve d'autant mieux qu'on n'a point fait usage des cautères.

Sous le point de vue pratique, je terminerai par les remarques suivantes, que l'expérience a confirmées dans d'autres cas :

1° Dans tous les cas de fongus où les douleurs lancinantes constituaient

on s'entend. Mais dans son estime, je pense, dans la mienne à coup sûr, l'hygiène, les soins incessans de propreté, la déambulation passive au grand air, ont eu en grande partie les honneurs de la guérison.

Me voilà loin de notre collége et de notre ville. Au collége, je vous l'ai dit et le *Siècle* l'annonçait ces jours-ci, le dernier de nos quatre malades vient de mourir, vers le cinquantième jour. Deux l'ont précédé de peu, tandis qu'un premier avait succombé beaucoup plus tôt. Parmi les élèves dont nous avons des nouvelles, un seul a été pris depuis l'ouverture des vacances et il touche à la guérison. L'état sanitaire de la ville est parfait, y compris les hôpitaux, où il y a peu de malades. Dans les campagnes à peine voit on par ci par là une fièvre typhoïde, et il y en a cet été moins que de coutume.

Tout ce qui reste de cette épidémie, c'est un peu d'ébranlement et d'agitation dans les esprits, qu'on ne concevrait pas sans ce tocsin sonné par les élèves au moment du départ. De temps en temps on nous mande pour rien ou pour peu de chose, en nous demandant si ce n'est pas la fièvre typhoïde; et quand nous avons dit non, cela suffit. Si par hasard il s'agit d'une indisposition réelle, peu importe, du moment que ce n'est pas la fièvre typhoïde.

Et la vérité est qu'il n'y en a pas. Je vous le redis encore, pensant que par vous cette nouvelle arrivera peut être à bon nombre de nos élèves de Paris. Ceux-là sont boursiers pour la plupart, ils n'ont pas le choix; et je désire, moi qui ne suis rien au collége, que ces pauvres enfans n'y rentrent pas le cœur serré. La maison est saine de tout point, la science l'a déclaré par la voix de M. Orfila et Chomel et chacun peut s'en convaincre. Il faut regarder ces pertes coup sur coup comme un malheur exceptionnel, ainsi qu'il en arrive quelquefois à une famille. Au collége au moins la famille est grande. Tout en donnant une larme aux absens, ils auront du plaisir à serrer des mains amies, et ils renoueront ensemble des études et des liaisons qui ne sont qu'à moitié chemin.

EUS. CORBIN.

— ATLAS DU COURS DE MICROSCOPIE, EXÉCUTÉ D'APRÈS NATURE AU MICROSCOPE DAGUERRÉOTYPE, par le docteur A. DONNÉ et L. FOUCAULT.

Ce bel ouvrage sera publié en 4 livraisons, chacune de 5 planches in-folio, avec texte descriptif.

Les livraisons I, II et III sont en vente. Prix de chacune : 7 fr. 50.

C'est pour la première fois que les auteurs, ne voulant se fier ni à leur propre main ni à celle d'un dessinateur, ont eu la pensée d'appliquer la merveilleuse découverte du daguerréotype à la représentation des sujets scientifiques. C'est un avantage qui sera apprécié des observateurs que celui d'avoir pu reproduire les objets tels qu'ils se trouvent disséminés dans le champ microscopique, au lieu de se borner au choix de quelques échantillons, comme on le fait généralement; car, dans cet ouvrage, tout est reproduit avec une fidélité rigoureuse, inconnue jusqu'ici, au moyen des procédés photographiques. L'indication des sujets représentés dans chacune des planches qui composent les livraisons 1, 2 et 3 donnera une idée de l'importance scientifique de cette publication.

A Paris chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie royale de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine n° 17.

A Londres chez H. Baillière, 219 Regent-Stret.

le symptôme prédominant, le soulagement de ces douleurs a toujours été le moyen principalement utile aux malades, et il a souvent produit un amoindrissement et même une guérison radicale des tumeurs. Cette guérison radicale ne saurait être mise en doute dans les deux cas qui viennent d'être rapportés.

2° D'après mon opinion, c'est l'acétate de morphine qui combat le mieux ces douleurs; néanmoins, dans le premier cas, l'amygdaline a été essentiellement utile.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA SOCIETA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO.

OBSERVATION D'HÉMIPLÉGIE INTERMITTENTE; par M. FRESCHI.

OBS. — Un prêtre, âgé de 40 ans, adonné à la bonne chère, court et corpulent dans sa taille, vif, impressionnable et emporté de caractère, était très sujet à des congestions cérébrales, qui le forçaient de se faire saigner fréquemment. D'no autre côté, à la suite d'une frayeur, il devint sujet à des accès convulsifs épileptiques, qui reparaissaient toutes les fois que quelque émotion violente venait le frapper subitement. Dans cet état, où son tempérament nerveux et sanguin tout à la fois était si fortement surexcité, il fut pris, le 8 janvier dans la soirée, d'un accès de convulsions, avec perte de connaissance et délire. Ces symptômes se dissipèrent pendant la nuit, sous l'influence d'une large saignée et d'antispasmodiques, et le lendemain matin, il ne lui restait que de la faiblesse. Mais le 10 au soir, à la suite d'une indigestion, les convulsions reparurent, et il survint de plus une hémiplégie complète du côté gauche, avec difficulté de mouvoir la langue, douleur précordiale, pouls plein et fort, mais sans fièvre, et plutôt lent que précipité. Deux saignées, les contro-stimulans, un lavement stibié firent encore cesser cet état, et le lendemain la paralysie était à peu près entièrement dissipée. Tout allait bien, lorsque le jour suivant, vers le soir, un nouvel accès survint avec suffocation imminente, spasme vers la région du cœur, délire et retour de la paralysie du même côté pendant quatre heures; puis la crise passée, les membres reprirent leur mobilité primitive; mais, après quelques heures d'intervalle, la même scène se renouvela avec les mêmes symptômes et les mêmes dangers.

M. Freschi réfléchissant alors à l'intermittence que les accès avaient affectée jusque-là dans leur retour se décida à administer le sulfate de quinine à la dose de 12 décigr. en 12 pilules dont une toutes les heures. Il appliqua en même temps aux bras deux larges vésicatoires, et 16 sangsues à l'épaule gauche. Sous l'effet de ces médications que l'on continua plusieurs jours, les accès diminuèrent très rapidement de durée et de force. Au bout d'une semaine, la maladie était vaincue, et malgré quelques imprudences par infraction au régime diététique, le digne curé fut rétabli; et sa guérison sembla même si prompte que ses paroissiens, au dire de l'auteur, n'hésitèrent pas à en faire honneur au ciel comme d'un véritable miracle.

— La vertu du quinquina s'est signalée dans ce cas d'une manière éclatante. Quelque prompts qu'aient été ses effets, ils n'ont cependant rien en qui doive surprendre les médecins un peu expérimentés dans le maniement de ce précieux agent. Mais ce qui doit exciter à la fois l'admiration et l'étonnement, c'est la sagacité avec laquelle M. Freschi a posé l'indication et l'intrépidité qu'il a mise à l'exécuter. Tout, malgré l'intermittence manifeste des accès semblait ici concourir à le détourner d'oser conseiller le quinquina : d'abord l'apyrexie absolue, puis et surtout le tempérament du malade et la nature des symptômes qui devaient assurément faire craindre qu'un résultat funeste ne suivît cette prescription. Car si l'on y a bien fait attention, on remarquera que ces symptômes étaient précisément ceux que produit l'administration du sulfate de quinine à haute dose, ceux à la suite desquels on sait que plusieurs malades ont succombé dans les hôpitaux de Paris après avoir pris ce sel en quantité trop considérable. Malgré ces sinistres auspices, M. Freschi a eu le courage d'ordonner le sulfate de quinine, et de le continuer plusieurs jours à la dose de 12 décigrammes!... Le succès qu'il a obtenu nous semble un dédommagement bien légitime de toutes les anxiétés qu'il a dû éprouver avant de prendre une telle détermination.

RECHERCHES SUR LES CORPS OU ON RENCONTRE L'IODE; par M. CANTU.

L'iode et le brôme ne se rencontrent pas seulement, comme on l'avait cru, dans les plantes et les animaux qui existent dans la mer ou près de ses bords. On trouve aussi très fréquemment ces substances dans les êtres qui vivent au milieu de l'eau douce soit courante, soit stagnante, et dans des terrains tellement éloignés de la mer qu'ils sont tout à fait hors de son influence.

Ces deux principes sont plus abondans dans la nature qu'on ne le pensait autrefois; mais ils s'y rencontrent généralement à l'état d'iodure et de brômure comme le chlore. Ils sont si souvent associés avec le chlore qu'on peut établir, en thèse générale, que les produits où existent des chlorures contiennent aussi des brônures et des iodures dans le même état.

Considérant la coexistence presque constante de ces trois corps dans une foule de produits des deux règnes et l'analogie très grande qu'ils ont entre eux, on peut regarder comme probable que le brôme et l'iode sont une modification de la disposition atomique ou moléculaire du chlore, modification qui serait produite par une cause encore inconnue; ou bien que le brôme et l'iode sont deux corps composés dont le chlore serait l'un des élémens constituans.

M. Cantù annonce qu'il poursuit des expériences d'où pourra jaillir quelque lumière sur cette importante question. Les vues qui précèdent sont encore bien vagues, bien hypothétiques; nous n'avons pas néanmoins cru devoir les passer sous silence. Tous les renseignemens quel qu'ils soient, sur ce sujet, ne doivent-il pas être les bienvenus aujourd'hui que la rareté toujours croissante de l'iode est sur le point de forcer quelques administrations d'hôpitaux à économiser sur un remède presque aussi indispensable aux malades que le mercure lui-même?

II. GAZZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICO-FISICHE.

Les numéros d'octobre, novembre, décembre 1844, janvier, février et mars 1845, contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Recherches chimiques sur le diabète sucré;* par M. Capezzuoli. 2° *Compte-rendu des travaux du congrès de Milan.* (Voy. GAZ. MÉD., 1844, nov. et déc.) 3° *Dissertation sur la fièvre typhoïde;* par M. Cassola. 4° *Découverte d'une nouvelle eau minérale saline purgative nommée eau de Pino de Sainte-Luce;* par M. L. Calamai. 5° *Empédocle; son influence en médecine;* par M. Paolo Morello. 6° *Histoire pathologique; nécroscopie et essai biographique sur Giac Barzellotti, professeur à l'université de Pise et de Sienne;* par M. Gasp. Barzellotti. 7° *Histoire d'un anévrisme non pulsatile de l'as;* par M. Cesare Paoli. (Tumeur sanguine développée sur le frontal avec usure consécutive et perforation de l'os. La maladie avait été causée par une contusion.) 8° *Extirpation de la glande lacrymale;* par M. Marcacci. 9° *Raisonnement sur les fièvres continues;* par M. P. Bruni. (La fièvre continue est toujours une conséquence de l'inflammation.) 10° *Cas de lèpre juive, repradnit en cire;* par M. Torracchi. (Rien d'intéressant pour nos lecteurs.) 11° *Observation d'une forme particulière de fièvre puerpérale;* par M. Biagini. (Observation d'une femme qui avorta à près de quatre mois de grossesse. A la suite d'une hémorrhagie abondante, elle fut prise d'une fièvre puerpérale, laquelle d'abord continue, se changea en fièvre intermittente simple, puis bientôt en fièvre *pernicieuse délirante amaurotique.* Le citrate de quinine finit par guérir cette malade, malgré plusieurs rechutes causées par l'omission du médicament.) 12° *Des moyens de reconnaître la présence des iodures dans les liquides où ils sont contenus, et d'un nouveau procédé pour en déterminer la quantité;* par M. L. Calamai. 13° *Sur la réforme de la nomenclature anatomique;* par M. Pellizzari. (A propos de la réforme de Chaussier qu'il regarde comme insuffisante malgré sa précision apparente, l'auteur s'élève avec raison contre cette fureur de changer les noms, contre ce *namilanisme* si à la mode aujourd'hui et qui finira, s'il continue encore quelque temps, par rendre les interprètes nécessaires dans les sciences comme dans les langues. A moins, dit-il, qu'on ne veuille mettre les mots à la place des choses, on avouera que les modernes n'ayant fait que des découvertes de détails en anatomie n'ont aucun besoin d'en changer entièrement le langage.) 14° *Anaxagore; son système relativement à la médecine;* par M. Paolo Morello. 15° *Cas de sarcôme cérébral extraordinaire;* par M. Biagini. (Tumeur du volume d'une orange, occupant le centre de l'hémisphère cérébral gauche.)

RECHERCHES CHIMIQUES SUR LE DIABÈTE SUCRÉ; par M. CAPEZZUOLI.

Voici les conclusions de ce travail, qui peut être considéré comme une suite de celui du même auteur dont nous avons déjà donné l'analyse l'année dernière (voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 304). Les observations de M. Cappezzuoli sont de plus en plus opposées aux théories récemment proposées pour expliquer selon les lois de la chimie les phénomènes que présente le diabète sucré.

1° Dans le sang d'un diabétique observé par l'auteur, il y avait du

sucre, et la fibrine y était en quantité certainement non inférieure à celle qui existe à l'état normal.

2° Dans le sang d'une femme diabétique, les principes solides du sérum étaient au-dessus du chiffre normal, et parmi eux il y avait spécialement aussi des principes gras; il y existait pareillement du sucre et de la fibrine dont la quantité n'était pas au-dessous de l'état normal.

3° Quant à la très petite différence existant entre ces deux cas sur la quantité de sucre, différence calculée uniquement d'après l'intensité diverse avec laquelle se manifestèrent les phénomènes de réduction par l'oxyde de cuivre, au lieu de l'attribuer à la différence du temps qui avait été laissé entre le repos et l'extraction du sang, l'auteur pense qu'on peut avec plus de raison la rapporter aux variations quotidiennes qui s'observent dans la quantité du sucre produit.

4° Le sucre existait dans le pus qui sortit de l'incision faite à un petit abcès lentement développé chez le diabétique en question. Du sucre fut aussi trouvé chez un autre diabétique dans la sérosité que contenait le péricarde et dans la bile recueillie à l'ouverture de la vésicule du fiel.

5° La réaction du sucre sur l'oxyde de cuivre paraît être le moyen le plus sensible pour découvrir les plus petites traces de sucre.

6° Enfin, on peut dire que la proportion des matières grasses qui font partie intégrante essentielle de nos tissus est invariable, comme cela a été spécialement constaté chez un diabétique pour le tissu nerveux-cérébral, quoique son cadavre parût, dans un état d'émaciation profonde; de même, cette proportion fut aussi trouvée invariable chez un phthisique mort au dernier degré de consomption.

EXTIRPATION DE LA GLANDE LACRYMALE; par M. MARCACCI.

Les cas d'extirpation de la glande lacrymale ne sont pas extrêmement nombreux dans la science. C'est en général pour un cancer qu'on a enlevé cette glande. Récemment M. Paul Bernard a proposé d'en faire l'ablation comme moyen extrême de traitement dans les larmoiemens chroniques incurables; et il a fourni un exemple heureux de l'application de cette pratique. L'influence favorable de cette opération sur la cure du larmoiement n'a pas été contestée; mais on s'est demandé si un pareil remède ne pourrait pas quelquefois être dangereux. L'observation suivante, qui montre les graves résultats de l'extirpation de la glande, dans un cas à la vérité différent de celui de M. Bernard, pourra servir utilement à éclairer la question dont il s'agit.

OBS. — M. Marcacci fut consulté en septembre 1841 par une paysanne, âgée de 36 ans, pour une tumeur qu'elle portait depuis huit ans dans l'orbite droit et qui, restée stationnaire pendant longtemps, avait acquis en deux mois le volume d'une noix. Située en dehors et en haut du globe oculaire, elle l'avait repoussé en bas et en dedans, de manière à l'empêcher de se mouvoir en haut et en dehors. La paupière supérieure ne pouvait plus toucher l'inférieure. La malade n'éprouvait qu'un sentiment de plénitude et de tiraillement dans l'orbite. La vue s'obscurcissait un peu.

La situation de la tumeur et une certaine élasticité qu'elle présentait firent conjecturer à l'auteur qu'il n'avait affaire qu'à une hypertrophie de la glande lacrymale. Du reste, la sécrétion des larmes n'était ni augmentée ni diminuée. Pensant pouvoir extirper la glande sans altérer la texture, les fonctions ni les mouvemens de l'œil et des paupières, il se décida à cette opération qui fut faite d'après le procédé conseillé par Travers.

Après avoir fait partir une incision longue d'un pouce de la commissure externe des paupières, le chirurgien disséqua la peau, coupa la conjonctive dans le point de sa réflexion et mit ainsi à découvert la masse morbide. Il s'aperçut alors que la glande lacrymale en s'hypertrophiant s'était dirigée en dedans entre la voûte orbitaire et le muscle élévateur avec son aponévrose par laquelle il était tenu assujetti. Ne pouvant enlever autrement la totalité du mal il fut forcé de diviser, entre l'orbiculaire, l'élévateur, espérant que sa continuité se rétablirait ensuite par cicatrisation et que le prolapsus de la paupière serait ainsi évité. A peine cette incision faite, la masse glandulaire s'épanouit comme une éponge et prit un volume tel qu'elle vint couvrir l'œil et le sourcil. Saisie avec une pince à crochets, elle fut alors facilement séparée de ses adhérences au moyen du bistouri et de ciseaux courbes sur le plat. L'opération fut longue; pendant sa durée, la malade eut une syncope.

Bien que la perte du sang eût été considérable, il n'y eut besoin de lier aucun vaisseau. Le vide fait par l'opération admettait facilement deux doigts. D'ailleurs on voyait à nu la paroi externe de l'orbite; ce qui prouva que la glande lacrymale avait bien réellement été enlevée. La masse extirpée présentait l'aspect et la conformation intérieure du tissu de la glande lacrymale; seulement il existait à son centre un petit noyau de nature squirrheuse, selon l'auteur. L'œil reprit en partie la position naturelle; la malade assura qu'elle pouvait le mouvoir librement et voir tous les objets lorsque la paupière supérieure était tenue relevée. De petites boules de charpie furent introduites dans le vide laissé par l'ablation de la glande. Compresses et applications continuelles d'eau froide sur l'œil.

Après deux jours de calme, il survint un gonflement tel des paupières et surtout de la supérieure qu'il était impossible de voir l'œil, et qu'on ne put retirer la charpie. L'incision de la peau était presque réunie; la malade ne sentait aucune douleur; ce gonflement paraissant résulter d'une infiltration séreuse, on ne lui opposa que des applications saturnines. Deux jours après, l'amélioration obtenue permit de s'assurer que l'œil était resté intact et la vision conservée. Le dixième jour de l'opération, sans cause connue, des douleurs envahirent l'œil; de la fièvre et la blancheur de la langue accompagnèrent ce nouvel ordre d'accidens. Malgré une saignée et des sangsues derrière l'oreille, une kératite tenace frappa la cornée, du pus s'infiltra entre ses lames; elle se ramollit et se flétrit, bref la malade perdit irrévocablement en peu de jours la faculté de voir. La paupière supérieure demeura pour toujours en état permanent de prolapsus; cet inconvénient, ajoute très consciencieusement l'auteur, aurait à lui seul annihilé le bénéfice de l'opération, alors même que l'art fût heureusement venu à bout de conjurer l'inflammation qui se termina par la perte de l'œil.

— L'auteur dit ne s'être décidé à l'opération que parce qu'il pensait pouvoir conserver intactes les fonctions de l'œil et des paupières. Dans cette circonstance est sa justification; car autrement il eût été inexcusable d'avoir inconsidérément substitué à une maladie de pure incommodité une difformité beaucoup plus désagréable, telle que celle qui résulte de la perte de l'œil et de la blépharoptose. On a vu qu'aucune ni l'une ni l'autre de ses espérances ne s'est réalisée. L'abolition de la vision a tenu à des causes que nul opérateur ne peut être assuré d'éviter; et quoique l'inflammation consécutive ait sévi dans ce cas avec une violence extraordinaire, cette complication tout éventuelle ne peut en aucune manière constituer un motif de blâme pour le chirurgien.

Nous n'en dirons pas autant de la chûte de la paupière supérieure. Au lieu de couper en travers l'aponévrose d'insertion de l'élévateur, n'eût-il pas mieux valu laisser l'opération inachevée et abandonner en place une portion de la glande hypertrophiée? C'est là une question que sans contredit il ne nous conviendrait guère ici de vouloir résoudre. Mais nous pouvons dire au moins qu'une fois l'élévateur coupé, l'introduction de bourdonnets de charpie dans la cavité morbide était une manœuvre tout-à-fait contraire au but qu'on se proposait, celui d'obtenir la réunion. Enfin, puisque le prolapsus de la paupière ne pouvait être évité qu'en provoquant l'adhésion immédiate des deux lèvres de l'aponévrose incisée, nous sommes étonnés que M. Marcacci n'ait pas songé à employer la suture. Témoins des heureux résultats que la suture des fascias musculaires de l'œil a donnés à M. J. Guérin pour la correction de difformités consécutives à certaines strabotomies faites hors de son service, nous ne saurions trop recommander ce précieux moyen qui permet de rétablir le jeu normal de ces muscles délicats avec un succès constant et une précision en quelque sorte mathématique.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OPÉRATION CÉSARIENNE; ENFANT RETIRÉ VIVANT; OBLITÉRATION DE L'INTESTIN CHEZ LA MÈRE; GUÉRISON; observation communiquée par M. le docteur LONG, second chirurgien en chef à l'hospice civil de Toulon.

Bien que les cas d'opération césarienne suivis d'un résultat heureux pour la mère et l'enfant ne soient pas très rares dans la science, surtout depuis quelques années, où les méthodes chirurgicales ont atteint une grande précision, j'espère que l'observation suivante, que je me décide à publier, ne paraîtra pas dépourvue d'intérêt, à cause des accidens inattendus qui ont retardé l'entière guérison de la malade qui en est le sujet.

OBS. — Mme B..., âgée de 39 ans, avait été réglée très tard et toujours irrégulièrement et très imparfaitement. Elle était mariée depuis quinze mois quand elle devint enceinte. Sa grossesse n'offrit rien de particulier; mais, parvenue à une époque voisine du terme ordinaire, Mme B... fit appeler une sage-femme, qui, pressentant les difficultés d'une parturition prochaine, engagea la famille à recourir aux soins d'un accoucheur.

Je vis la malade pour la première fois le 10 juin 1845. Voici les résultats de l'examen auquel je me livrai : taille de 1 mètre 30 centimètres; développement imparfait des membres inférieurs, qui sont grêles, du bassin surtout, qui est très petit et tellement déformé que le pelvimètre devient impuissant à donner les dimensions exactes d'une cavité où les formes naturelles sont si altérées. Le doigt introduit dans le vagin affecte 3 centimètres au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. L'abdomen, très développé, forme une sorte de besace qui tombe sur le pubis, recouvre les cuisses, contient tous les organes ordinairement renfermés dans le bassin. L'ensemble de l'organisme offre des traces de rachitisme. Du reste, la santé de la malade est satisfaisante. Après cet examen, l'accouchement par les voies naturelles me paraissant impossible, je commençai à préparer la malade et sa famille à la nécessité d'une opération pour l'effectuer.

Dix jours après je fus appelé de nouveau. Des douleurs se faisaient sentir par

intervalle, dans les reins et l'hypogastre; elles durèrent 24 heures et se calmèrent ensuite. Les jours suivans des douleurs semblables ayant tous les caractères des douleurs qui accompagnent l'accouchement naturel parurent encore. Cependant le travail ne marchait pas, le doigt touchait à peine l'ouverture de l'utérus qui n'était le siége d'aucune dilatation.

Dans la nuit du 29 au 30 juin, des douleurs semblables aux premières tourmentaient la malade pendant plusieurs heures. Le terme de la grossesse me paraissait passé depuis quinze jours environ, quatre fois les douleurs de l'enfantement avaient commencé sans résultat possible; la malade et sa famille étaient décidées à une opération qui, seule, pouvait donner l'espérance de sauver la mère et l'enfant. Je crus donc que le moment était arrivé de la pratiquer.

MM. Aubert, médecin en chef de la marine, Jules Roux, professeur d'anatomie à l'école navale de Toulon, et Laugier, médecin en chef des hospices civils de la même ville, voulurent bien m'aider de leur expérience et de leurs conseils. Dans la consultation qui eut lieu le 30 juin au matin, il fut déterminé:

1° Que la malade était enceinte;

2° Que le terme de la grossesse était probablement passé;

3° Que l'accouchement par les voies naturelles était impossible;

4° Que l'opération césarienne était la seule qui pût permettre l'extraction de l'enfant;

5° Enfin, qu'il fallait la pratiquer sur le champ, bien que les douleurs qui s'étaient fait sentir dans la nuit eussent complétement cessé.

Je procédai donc à l'opération en présence des médecins consultans et de MM. Michel Casse, chef interne, et Duverger, chirurgien interne de l'hôpital civil. Au dessous de l'ombilic et sur la ligne médiane, je fis une incision longitudinale de 9 cent. environ, incision qui divisa les tégumens et les aponévroses des muscles abdominaux et le péritoine, et nous permit d'apercevoir l'utérus qui était animé d'un mouvement particulier qui le faisait rouler comme sur son axe. Une seconde incision, aussi étendue que la première et faite avec plus d'attention et de ménagement, ouvrit l'utérus et les enveloppes du fœtus. Les eaux de l'amnios s'écoulèrent alors et l'enfant saisi par les pieds fut extrait vivant, les yeux ouverts, et poussant des cris très forts; il était du sexe masculin, si volumineux et si rempli de vitalité, que tous les assistans pensèrent qu'il avait plus de neuf mois.

Après cette opération, durant laquelle il sembla que la malade n'avait pas plus souffert que ne souffrent ordinairement les femmes dans une parturition un peu difficile et qui fut accompagnée du calme qui suit l'accouchement naturel, les lèvres de la plaie des parois abdominales furent rapprochées par des points de suture entrecoupés très espacés; un linge cératé fut mis sur la plaie recouvert de gâteaux de charpie, et le tout étant maintenu par un bandage de corps, la malade fut replacée dans son lit.

Les choses se passèrent bien pendant les treize premiers jours. L'écoulement des lochies se fit volontairement par le vagin le soir du jour de l'opération sans qu'il fût provoqué par l'art. La fièvre de lait fut modérée; des douleurs légères survenues dans l'abdomen disparurent bientôt; une suppuration abondante, mais de bonne nature, s'établit dans la plaie; les sutures furent enlevées le cinquième jour de leur application. L'enfant, toujours fort beau, fut mis en nourrice, et la malade commençait à prendre des potages, même quelques alimens légers, et à se lever pendant quelques heures dans la journée.

Cependant deux tumeurs s'étaient développées dans l'abdomen et dans les points des parois abdominales qui correspondent aux fosses iliaques; tumeurs assez dures, du volume d'une noix, peu douloureuses au toucher; elles furent prises pour une induration des ovaires; ces tumeurs augmentaient chaque jour; la droite, située à 6 centimètres de la plaie, devint le siége d'une fluctuation obscure. Un jour, un écoulement abondant de pus se fit par la plaie, et un trajet fistuleux s'établit dans l'épaisseur des parois de l'abdomen de ce côté.

Le 13 juillet, quatorzième jour de l'opération, l'état de la malade était encore satisfaisant. La gaîté régnait sur sa figure et dans ses paroles; elle avait le pouls naturel, la tête libre, la langue belle, les selles étaient régulières; cependant depuis deux jours elle avait le soir un peu de chaleur à la peau, de rougeur à la face et d'accélération dans la circulation. Le soir du même jour l'abdomen se météorise sans douleur à la pression; des borborygmes multipliés font dire à la malade qu'elle a une *rivière dans le ventre*, et bientôt surviennent cinq selles diarrhéiques qui apportent du soulagement, si bien que la malade peut reposer jusqu'au lendemain; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que la tumeur du côté gauche disparaît.

Le 14, la scène avait changé, l'abdomen est considérablement distendu par des gaz; des bosselures ondulées dessinent sous la peau quelques anses d'intestin; la pression avec la main fait changer les gaz de place avec bruit; mais ces phénomènes ne s'observent qu'au-dessus de la tumeur iliaque droite dans tout l'abdomen, excepté dans le flanc et l'hypochondre, côté droit; de telle sorte que l'intestin semblait imperméable ou obstrué dans le point correspondant à la tumeur. La malade est oppressée, des éructations incessantes livrent passage à une grande quantité de gaz qui la soulagent momentanément; dans la journée surviennent des nausées fréquentes et des vomissemens qui rejettent quelques parties d'un potage ingéré quelques heures avant; dès ce moment le cours des matières fécales est interrompu. (Diète, infusion d'anis, lavement savonneux.)

15. La nuit a été assez bonne; cependant les mêmes symptômes persistent. La malade est sans inquiétude, elle se lève dans la journée. (Diète, infusion d'anis, lavement huileux.)

16. Le météorisme, les éructations continuent. Dans la nuit des nausées surviennent, bientôt suivies de vomissemens d'une matière liquide, brunâtre, dans laquelle nagent des flocons muqueux verts semblables à du persil haché. Pas de selle. La tumeur diminue, reste toujours indolente, et semble se continuer avec une anse intestinale que les doigts peuvent saisir avec facilité. (Même prescription que la veille.)

17. L'état de la malade est le même; elle n'a pas de vomissement; elle éprouve le besoin de manger. (Tis. d'orge, bouillons, lavement de lait.)

Les jours suivans les mêmes symptômes s'observèrent; cependant il fut facile de remarquer que les nausées tourmentaient moins la malade; que les vomissemens étaient moins fréquens quand elle se résignait à une diète absolue. Mais les forces diminuaient, la faiblesse devenait radicale. La malade gardait le lit; elle éprouvait parfois des syncopes et le lendemain du jour où l'on avait permis de légers potages les vomissemens reparaissaient avec une odeur de matière fécale. Alors la peau était chaude, le pouls petit, fréquent, il y avait des sueurs et cet état d'excitation passagère était suivi de la prostration des forces.

Dans les matières vomies et dans celles rendues à l'aide de lavemens purgatifs on avait trouvé deux vers lombries. Pour moi, il n'existait plus de doutes, depuis plusieurs jours, que l'intestin était interrompu ou oblitéré par des vers ou des matières fécales endurcies; que le point de l'interruption correspondait à la tumeur qui elle-même devait se trouver vers la fin de l'intestin grêle. MM. Aubert et Jules Roux, de nouveau appelés près de la malade, partagèrent mon sentiment et nous convînmes d'employer des purgatifs successivement plus énergiques. Trente grammes d'huile de ricin administrés d'abord ne produisirent rien et furent rejetés par le vomissement; six décigrammes de coloquinte furent ensuite appliqués par la méthode endermique et produisirent deux selles peu abondantes. Le calomel prescrit ensuite à la dose de cinquante centigrammes, d'un gramme et continué plusieurs jours, fut suivi d'évacuations abondantes de matières verdâtres, dures, qui amenèrent la diminution de la tumeur, sa disparition au bout de dix jours, la cessation des symptômes et le rétablissement de la malade.

Le 29 juillet la plaie était entièrement cicatrisée et le 5 août, 36e jour de l'opération, la malade put sortir et vaquer à ses occupations ordinaires.

Aujourd'hui 8 septembre 1845, rien n'est venu troubler la santé de la mère et de l'enfant qui ne laisse rien à désirer.

HÉMIPLÉGIE, ACCÈS NÉVRALGIQUES, ENGORGEMENT GLANDULAIRE, ÉTIOLEMENT, ETC., CHEZ UNE ENFANT, AGÉE DE DIX ANS ET DEMI; GUÉRISON; observation communiquée par M. DAVID.

OBS. — Dans les premiers jours de juillet 1821, une dame respectable, ma cliente, me pria de visiter une jeune fille de son fermier, paralysée, et de donner mon avis : *nécessité d'un traitement suivi, dans lequel des moxas doivent faire partie essentielle*. Je pensai d'abord que le point de départ de la paralysie pouvait être un commencement d'hydrorachitis ou un engorgement de la moelle épinière à son origine.

Mon opinion fut désapprouvée par l'officier de santé qui avait la confiance de cette famille; il assura que, sans profit, on martyriserait l'enfant, ou la brûlerait jusqu'aux os; qu'enfin il fallait attendre les bienfaits de la nature... à l'époque de la puberté.

Cette décision déplut et, le 14 juillet, madame C...... fit présenter l'enfant à M. Dupuytren, son voisin, à Paris. Il conseilla de *faire appliquer successivement, le long de la colonne cervicale, autant de petits moxas qu'il en faudra pour rétablir ses mouvemens : on ne les fera pas suppurer*. M. Dupuytren voulut bien engager les parens à me confier la petite malade, ce qu'ils firent le 17 juillet.

A cette époque, Caroline Bailly, de la commune de Vaux, près de Meulan, âgée de 10 ans et demi, offrait, à simple vue, un aspect d'étiolement avancé, une hémiplégie du côté gauche, avec une inclinaison constante de la tête sur l'épaule droite, démarche cadencée, presque semblable à une danse de Saint-Guy, et traînement du pied gauche sur le sol. Poussant l'examen plus loin, je remarquai un gonflement très sensible des glandes maxillaires, cervicales et spécialement des glandes thyroïdes, dont la proéminence en arrière gênait la déglutition et la respiration. Cette enfant éprouvait, en outre, des accès névralgiques fréquens et fort douloureux, vers les deux premières vertèbres cervicales, où s'opérait un craquement digne d'attention et parfois douloureux : on eût pu croire au frottement, à la crépitation de deux os dénudés.

Cinq ans avant, Caroline avait eu la rougeole, maladie très peu appréciée dans le monde et trop négligée durant sa convalescence; celle-ci avait été longue et pénible chez cette malade; enfin, pendant les trois dernières années, son cuir chevelu avait été parsemé d'ulcérations plus ou moins tenaces et excitées, sans doute, par une abondance des insectes qu'un préjugé, encore trop accrédité, faisait conserver, avec une sorte de respect, comme nécessaire au mieux-être des jeunes sujets, malgré les tourmens et l'insomnie qui ajoutaient à la fâcheuse situation de l'enfant.

Ma première pensée ayant été d'insister sur les soins hygiéniques, indispensables dans tout état de cause, plus de calme permit bientôt, à Caroline, d'obtenir un sommeil bienfaisant.

Je posai sans retard un premier cylindre de coton, de 6 lignes de diamètre, sans que l'enfant en fût plus émue que si elle l'eût vu fonctionner sur une autre, malgré la frayeur qu'on voulait lui inspirer. Presque aussitôt l'ignition achevée, il nous sembla, aux parens comme à moi, que la jeune malade faisait mieux mouvoir sa main gauche.

Intérieurement fut prescrit l'usage du sirop antiscorbutique étendu par une teinture aqueuse de quinquina et de rhubarbe, et de l'eau de rhubarbe pour tremper le vin des repas. Pour l'extérieur, des frictions sèches sur tout le corps,

matin et soir, avec une étoffe de laine; puis des bains peu chauds, tous les deux à trois jours.

Le deuxième moxa fut appliqué le 23 juillet, le troisième, le 29, le quatrième, le 4 août, et le cinquième le 9 août : les escarres furent simplement recouvertes d'une rondelle de linge très-légèrement enduit d'onguent de la mère, lorsqu'un suintement apparaissait, et, le plus ordinairement d'un cérat, non mon, qui n'a pas l'inconvénient de quitter le linge pour se déposer sur la peau et en boucher les pores.

A cette époque du traitement, vingt-troisième jour, l'amélioration avait fait des progrès notoires : la main gauche pouvait s'élever jusqu'à la tête; le pied, qui se laissait traîner sur le sol, s'en détachait sans peine; Caroline pouvait se promener sans autant craindre les inégalités du terrain; sa peau récupérait sa sensibilité première et une teinte meilleure; les accès névralgiques étaient moins fréquens et moins vifs; les craquemens qui les accompagnaient ou les terminaient étaient aussi moins forts et plus rarement douloureux. Enfin, cette enfant, dont la maigreur frappait moins, se montrait en bonne voie de guérison: elle était moins morose, plus vivante, plus agissante.

Dans cet état, déjà satisfaisant, madame C..... désira faire présenter une seconde fois l'enfant à M. Dupuytren, avec une note sur ce qui avait été fait et était advenu. Au bas de la note ce célèbre professeur voulut bien écrire : « Je ne » saurais trop féliciter M. David sur les résultats du traitement qu'il a fait, ni » insister assez pour qu'il le continue jusqu'à guérison, sans se laisser détourner » ou arrêter par aucun obstacle.

» 15 août 1821. *Signé*, Dupuytren. »

Un sixième moxa fut appliqué le 20; le septième, le 29, aux lombes; j'espérais qu'il agirait davantage sur la faiblesse du membre inférieur.

La sensibilité des tégumens s'étant successivement rétablie, la combustion des cylindres de coton était devenue assez douloureuse pour déplaire à la patiente et surtout à ses parens sous l'influence de nouveaux commérages; cependant ils remarquaient el convenaient des progrès en bien. L'étiolement s'effaçait de plus en plus, et la peau avait presque son aspect naturel.

Le 8 septembre j'obtins la liberté de poser le huitième moxa au col et l'assurance que les frictions, les bains, le sirop antiscorbutique et la teinture amère alcalisée de Peyrhile seraient continués.

Le 11 je fus remercié, mais j'eus occasion de revoir quelquefois cette jeune fille dont la santé continua à s'améliorer, au point qu'à la fin de mai 1822, ayant eu à envoyer à la consultation de M. Dupuytren un autre malade, je pus lui annoncer que Caroline était presque complétement rétablie; qu'elle marchait bien, travaillait des deux mains, et qu'elle aurait sûrement obtenu la rectitude et la liberté parfaites de sa tête, si son traitement eût été plus régulier pendant les derniers mois.

M. Dupuytren, à sa consultation pour mon autre client, qui connaissait la petite Bailly et capable d'en parler, ajouta : « Je remercie M. David des nouvelles » qu'il me donne de l'enfant que ses soins, encore plus que les miens, ont guérie.

» 3 juin 1822. *Signé*, Dupuytren. »

Quelques années après, j'appris que Caroline, bien portante, était mariée.

Ce simple détail, sous l'attestation d'un professeur dont le nom restera parmi les plus célèbres des temps modernes, peut contribuer à porter les plus exigeans dépréciateurs de la science médicale, à reconnaître qu'elle conduit réellement à ramener à l'état de santé de jeunes sujets voués à une mort probable ou à une vie de continuelles et vives souffrances.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 septembre.

M. Bourgery termine la lecture de son mémoire sur les nerfs des membranes séreuses. En voici les conclusions :

1° Les membranes séreuses, dans lesquelles on n'a jamais reconnu de nerf, et que tant d'anatomistes distingués en ont supposé complètement dépourvues, sont, en anatomie, le tissu qui en contient le plus.

2° Les nervules des membranes séreuses, de 1/10 à 1/50 de millimètre de diamètre, y forment un canevas, en général, à plusieurs plans superposés, partout anastomosés à courtes distances, et interceptant de petits espaces polyédriques irréguliers qui n'excèdent guère 1/5 à 1/10 de millimètre.

3° Ces nervules sont renfermées dans des enveloppes de tissu ligamenteux élastique, qui les contiennent, les protègent, et, par l'intrication de leurs fibrilles microscopiques, déterminent leurs jonctions mutuelles, sans solution de continuité de la substance nerveuse, de sorte que l'ensemble offre l'aspect d'un simple réseau fibreux. C'est à ce canevas qui forme la charpente de la membrane, que celle-ci doit son reflet nacré, sa résistance et son élasticité.

4° Les nerfs d'origine sont indifféremment de deux sortes, ganglionaires et cérébro-spinaux. L'espèce de nerfs qui s'épanouit dans une région déterminée d'une membrane séreuse dépend de ceux de la paroi sur laquelle elle s'applique. Ainsi, les nerfs sont fournis par les rameaux rachidiens sur les parois musculaires du tronc, par les plexus extra-viscéraux sur la paroi rachidienne, par les uns et les autres dans les espaces intermédiaires communs, où existent les deux espèces de nerfs, et, par exemple, dans les gouttières dorsales et lombaires, les médiastins, le diaphragme, la paroi abdominale antérieure et le contour du bassin.

5° L'aptitude organique des membranes séreuses à s'approprier ou absorber toute espèce de nerfs, ce que l'on pourrait appeler en quelque sorte leur capacité nerveuse, est telle qu'aucun nerf, quel qu'il soit, cérébro-spinal ou ganglionaire, et, quelle que soit sa destination ultérieure, ne passe au voisinage ou en contact d'une membrane séreuse sans lui fournir des filets. Quand des nerfs différens sont voisins, ils en fournissent de concert; mais, à ce que j'ai cru reconnaître, sans être anastomosés avant leur entrée dans la membrane.

Dans toutes les observations si nombreuses que j'ai faites et réitérées sur tous les points, je n'ai trouvé aucune exception à ces conditions générales.

6° D'un autre côté, ce que l'on pourrait appeler l'indifférence des nerfs pour leurs modes de terminaison est telle que, dans les parois du tronc, partout les rameaux se distribuent indistinctement par filamens microscopiques, aux muscles, aux divers tissus mous, et finalement aux séreuses. Ce fait est surtout remarquable et double en quelque sorte d'évidence dans le diaphragme où les rameaux résultant de l'anastomose du phrénique et des filets vasculaires émanés des ganglions cœliaques se rendent également aux fibres musculaires et sur les deux faces des ventres charnus, à l'une et l'autre membrane séreuse, le péritoine et la plèvre. Aucun fait anatomique n'a encore montré plus évidemment que le même nerf se compose de filets destinés à des fonctions différentes.

7° L'aspect des filets de terminaison est invariablement le même que pour chaque espèce de nerfs.

Les filamens terminaux des nerfs cérébro-spinaux, qui traversent les enveloppes celluleuses des muscles pour se rendre dans les séreuses, sont de deux sortes. Les uns, nés des nervules superficielles des fibres musculaires du premier plan, sont simples et s'insinuent directement un à un dans la séreuse. Les autres, en aussi grand nombre, sont de petits faisceaux qui émergent entre les fibres musculaires des rameaux plus profonds et s'épanouissent en gerbes dans la séreuse, où ils s'anastomosent immédiatement entre eux et avec les précédens.

Toutes ces nervules, quoiques revêtues d'un névrilème de tissu ligamenteux élastique, sont un peu molles et grisâtres. Elles sont moins solides, moins rigides, et blanchissent un peu moins par leur immersion dans l'eau acidulée que celles d'origine ganglionaire, leur enveloppe étant plus mince. Mais une fois entrés dans la séreuse, les conditions changent, le réseau commun prenant au contraire plus de fermeté, avec une proportion plus grande de tissu ligamenteux élastique. Ces caractères sont communs à toutes les nervules musculaires ou cérébro spinales des séreuses, soit des parois thoraco-abdominales, pour le péritoine et la plèvre, soit du crémaster pour la tunique vaginale. Ils montrent que le tissu fibreux élastique n'est pour les nerfs du péritoine et de la plèvre qu'un élément de protection et de solidité propre à donner à la membrane séreuse la résistance et l'élasticité nécessaires pour résister, sans se rompre, aux frottemens et aux tractions qu'elle est appelée à subir.

Ces nervules, d'origine splanchnique ou ganglionaire, sont de trois sortes :

A. Les nervules splanchniques de la première espèce appartiennent aux grands replis des membranes séreuses, le péritoine et la plèvre. Ce sont les plus fortes, celles qui se présentent le mieux tissées et tramées en un réseau solide. Partout leur résistance, l'épaisseur et l'enchevêtrement à divers plans de leurs filets névrilématiques, sont proportionnés à la mobilité du repli où elles se trouvent et par conséquent aux efforts de traction qu'elles ont à supporter. Ainsi les réseaux les plus forts sont ceux des feuillets mésentériques, des ligamens péritonéaux du foie, de la rate, de la vessie, du rectum, de l'utérus. Viennent ensuite, pour la plèvre, les réseaux des médiastins, et pour le péritoine, ceux des feuillets de revêtement des reins et de la vessie.

B. Les nervules splanchniques de la seconde espèce sont celles des feuillets viscéraux, formées en général de longs filamens très fins, anastomosées dans un seul plan, et un canevas délié à longues mailles rhomboïdales.

C. Les derniers nerfs ganglionaires des séreuses sont les nervules grises ou sans enveloppe apparente fibro-élastique.

8° Les nerfs propres du péritoine émanent des six surfaces pariétales et de la grande surface multiloculaire viscérale. Sur les parois latérales et la plus grande partie de la paroi antérieure, les nervules sont uniquement fournies par les rameaux musculaires des six derniers nerfs intercostaux et des deux premiers lombaires. Mais, au milieu de la paroi antérieure, elles sont coupées par une chaîne splanchnique, origine de nervules péritonéales ganglionaires et composées de deux plexus.

9° Les nervules péritonéales, tant cérébro-spinales que ganglionaires, sont faciles à voir au microscope ou à la loupe, à des grossissemens de trois à dix diamètres sur des pièces qui ont macéré dans l'eau acidulée avec 1/100 à 1/200 d'acide azotique.

Électricité animale.

M. Matteucci adresse les résultats de nouvelles expériences qu'il vient de faire sur l'électricité de la torpille. On sait que M. Mateucci a établi depuis longtemps que la décharge de la torpille n'a jamais lieu qu'à travers un arc conducteur existant entre le dos et le bas-ventre. Cependant, plusieurs auteurs persistant à professer et à écrire qu'on peut obtenir des décharges de la torpille en la touchant simplement dans un point quelconque du dos ou du bas-ventre avec un corps conducteur, le poisson étant isolé, M. Matteucci s'est cru obligé de répéter ces expériences. Les résultats auxquels il est parvenu étant en tout conformes à ceux de ses premières recherches, il croit pouvoir considérer ce point comme définitivement mis hors de doute.

DENTS DE SINGE FOSSILES.

M. le professeur Richard Owen (de Londres) communique une note sur des dents fossiles appartenant à un singe macaque, qu'il a découvertes dans des dépôts d'eau douce du comté d'Essex. Ce fait a de l'intérêt en ce que, jusqu'à présent, on n'avait pas encore trouvé de débris fossiles du genre quadrumane.

CONSERVATION DES OBJETS D'HISTOIRE NATURELLE.

M. Gannal fait connaître un procédé pour la conservation des objets d'histoire naturelle, qui consiste à faire chauffer dans un bain de sable les objets à conserver, puis à les pénétrer co même temps d'essence de térébenthine. La chaleur que l'on porte de 60 à 70° lui paraît devoir détruire les larves, les œufs qui sont dans les objets préparés. D'antre part, à cette température, les pores de la laine, des plumes, des poils, s'nuvrent et s'imprègneot de la vapeur d'essence qui y reste fixée après le refroissement et doit suffire pour préserver de nouvelles attaques.

ABLATION PARTIELLE DES DENTS.

M. Schlend adresse un travail dans lequel il expose les avantages de l'ablation partielle des dents au moyen d'un sécateur nouveau approprié à cet usage. L'auteur pose en principe que l'extraction des dents ne doit avoir lieu que quand leur racine est cariée ; mais quand la couronne seule est attaquée et que la racine est saine, ce qui, suivant lui, est le cas le plus ordinaire, il propose de conserver la racine et de faire seulement l'ablation de la couronne au moyen de son sécateur.

—M. Chassaignac adresse un mémoire intitulé : De la solidité des os et de leur mode de résistance aux violences extérieures.

Ce travail a été communiqué à l'Académie de médecine.

— M. Joseph Martin adresse une lettre relative aux procédés à employer pour reconnaître si les sangsues ont servi on non.

— M. Lionet, médecin à Corbeil, adresse deux paquets cachetés relatifs, l'un à l'hystérie, l'antre au traitement du croup.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.
La correspondance ne contient aucune pièce importante.

EMPHYSÈME PULMONAIRE.

M. Piedagnel lit un mémoire sur l'emphysème pulmonaire comme cause de mort subite. Les faits rapportés dans ce travail tendent à prouver que la dilatation des vésicules pulmonaires n'existe pas ; que l'agrandissement des cellules tient à la déchirure des parois de ces cavités pour n'en former qu'une seule ; l'emphysème cellulaire est probablement la cause du passage de l'air dans le système sanguin ; du reste, l'emphysème accidentel ne diffère pas anatomiquement de l'état normal des poumons des vieillards. La mort peut avoir lieu subitement ; mais, dans ces cas, cet accident tient au passage de l'air dans le système artériel, puisqu'on retrouve ce fluide dans le cerveau et dans d'autres parties du corps. Il n'est pas besoin qu'un poumon soit emphysémateux pour déterminer la mort subite. On a trouvé des cas ou un emphysème mortel avait eu lieu brusquement chez des personnes qui n'avaient présenté aucun état pathologique du poumon.

M. Piedagnel en rapporte plusieurs observations qui sont confirmées par les expériences physiologiques auxquelles il s'est livré sur les animaux.

L'examen de ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Amussat, Louis et Prus.

— Plusieurs personnes appelées successivement pour faire des lectures ne répondant pas à l'appel de leur nom, la séance est levée à quatre heures moins un quart.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 27 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

DISCUSSION SUR LA MÉTHODE AMOVO-INAMOVIBLE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTIONS COMPLIQUÉES (1).

RAPPORT, AU NOM D'UNE COMMISSION COMPOSÉE DE MM. LEBEAU, GRAUX, TALLOIS, LANGLET, par M. PHILLIPS, RAPPORTEUR.

Messieurs,

La Commission, dont j'ai l'honneur d'être le rapporteur, a été chargée par vous d'examiner la proposition ainsi formulée par M. Seutin :

« Dans l'état actuel de la science, l'opinion des praticiens n'est pas encore définitivement arrêtée sur l'utilité de l'application de la méthode amovo-inamovible dans tous les cas de fracture, et plus spécialement sur l'opportunité de son emploi immédiat dans les fractures compliquées, comme moyen efficace pour prévenir les accidens consécutifs.

» Plusieurs cas remarquables de fractures *comminutives* étant traités, en ce moment, à l'hôpital Saint Pierre, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de nommer une commission à l'effet d'aller constater les grands avantages qu'a procurés la méthode appliquée immédiatement à chacun de ces cas.

» Je demande qu'il soit présenté à l'Académie un rapport sur ces faits, la question me paraissant du plus haut intérêt. »

Vous comprendrez, Messieurs, que le but de l'auteur, en présentant sa proposition d'une manière aussi générale, a dû être de faire cesser le doute qui domine encore beaucoup de praticiens, et de former leur conviction, en leur montrant un grand nombre de faits authentiques.

Votre commission a voulu procéder par comparaison, et elle a fait plusieurs visites aux hôpitaux de Saint-Pierre et de Saint-Jean, où différentes méthodes sont employées.

Comme la proposition de M. Seutin porte : « dans tous les cas de fracture, » la Commission le pria de lui montrer soit des fractures en traitement, soit des fractures consolidées du col du femur, de la clavicule, transversales de la rotule, etc. Le but était d'établir un parallèle entre la méthode inamovible et la méthode des pansemens renouvelés. Les demandes de la Commission furent successivement repoussées, et M. Seutin lui fit savoir que jamais il n'avait voulu donner à sa proposition une aussi grande portée ; que son seul désir était de faire constater les avantages de l'application immédiate de son appareil, seulement dans les cas de fractures comminutives et compliquées, chez les sujets qui étaient alors dans son service. C'est donc à cette proportion minime qu'elle a dû réduire son travail.

C'est avec regret que vos commissaires ont pris cette résolution ; car, en adoptant le sens général du texte de M. Seutin, ils auraient étudié l'action de la compression, l'une des plus puissantes, mais aussi l'une des plus dangereuses ressources de la chirurgie, et d'autant plus dangereuse qu'elle dépend du tact du praticien

C'était l'occasion d'expliquer ces cas de sphacèle partiel ou général des membres comprimés, dans le traitement des fractures, et par ces explications répondre, peut-être victorieusement, à ceux qui opposent sans cesse ces cas malheureux à la propagation de l'appareil amidonné.

C'était le moment de prouver par des faits nombreux, tous observés par votre Commission, que la compression agit surtout, en empêchant l'inflammation de se développer ; qu'elle arrête ses progrès, lorsque déjà elle a envahi le membre malade, et que les accidens dont on parle sans cesse sont dus à une vicieuse application de l'appareil.

L'inamovibilité aurait été étudiée non seulement dans les cas de fractures, mais aussi dans ceux de luxations et d'écrasemens des extrémités, et dans ceux d'ouvertures des articulations. Il s'agissait surtout de cette inamovibilité, qui n'est pas absolue, et qui permet, l'appareil étant appliqué et consolidé, d'en détacher des portions, afin de voir à volonté l'état du membre et de panser les plaies, sans communiquer des mouvemens souvent dangereux et toujours douloureux aux fragmens de l'os, ou à l'articulation ouverte. On peut dire que l'inamovibilité de M. Seutin est un terme moyen, une transaction, entre les partisans de l'ancienne inamovibité, et ceux qui veulent le renouvellement fréquent des pièces d'appareil.

Une modification importante à faire connaître encore par ces faits, c'était la facilité que l'on conserve par l'appareil Seutin d'imprimer des mouvemens à l'articulation supérieure à la fracture. C'eût été anéantir l'objection que font ceux qui attribuent la formation des ankiloses, après les fractures, à l'application du bandage amidonné.

Il fallait aussi rassurer par des faits ceux qui redoutent le relâchement de l'appareil, on le retrait des chairs, et qui voient le fémur, par exemple, se mouvoir dans la coque amidonnée aussi librement qu'un pilon dans un mortier.

La déambulation a été aussi en butte à de nombreuses et justes objections. Nous disons justes, lorsqu'on veut la prendre dans son sens absolu. C'était en démontrant qu'elle est possible dans certaines fractures, qu'on eût prouvé qu'elle est toujours utile, non pas comme déambulation, mais comme facilité qu'elle offre à quelques déplacemens des malades, et aux vieillards surtout, à qui le décubitus permanent est presque toujours funeste.

La déambulation, comme elle doit être comprise dans le sens pratique, n'est donc autre chose que le déplacement du malade hors de son lit, et la possibilité de s'asseoir dans un fauteuil.

La seule question qu'il nous a été permis d'examiner, par le programme de M. Seutin, c'est l'application immédiate de l'appareil amidonné, dans les cas de fractures compliquées ou comminutives.

Nos observations ont été faites, à l'hôpital Saint-Pierre, sur treize malades, qui étaient à cette époque en traitement.

Voici l'énumération des diverses lésions :
Six fractures de la jambe ;
Trois fractures de la cuisse ;
Deux fractures de l'humérus, dont :
Une fracture de l'épicondyle avec luxation du coude,
Et deux fractures de l'avant-bras.

Des six fractures du tibia, nous en écartons deux qui ne peuvent entrer dans ce cadre, parce que ce sont des fractures simples et sans complication. (Marg.

(1) Nous rapportons presqu'en entier cette intéressante discussion, qui a trait à un des points les plus importans de la chirurgie. Outre un grand nombre de documens propres à éclairer la question du traitement des fractures compliquées, par la méthode de M. Seutin, on y trouvera un curieux spécimen de la manière dont on discute à l'Académie de médecine belge.

âgé de dix-neuf ans, fracture de la jambe, et Bruseman, Jeanne, âgé de cinquante-quatre ans, même fracture.)

Il en est de même d'une fracture de l'avant-bras et d'une fracture de la cuisse. (Van Thielen, âgé de vingt-deux ans, et Vandamne, âgé de neuf ans.)

Il reste donc neuf sujets, dont votre Commission a suivi le traitement avec attention.

Voici quelques détails sur les fractures de la jambe.

Le nommé Vincent, âgé de soixante-onze ans, étant ivre, se brisa, en tombant, les os de la jambe, dans l'articulation tibio-astragalienne. Il y eut déchirure de la peau, issue des esquilles, et le membre fut couvert de phlyctènes. Le bandage immédiatement appliqué fut arraché par le malade, pendant la nuit. L'appareil fut placé de nouveau, et de nouveau aussi il fut arraché pendant la nuit suivante. Malgré ces obstacles, malgré la violence et l'étendue du mal, il n'y eut presque pas de fièvre. Cet homme, entré à l'hôpital, le 18 février, en est sorti guéri le 10 avril.

Le second malade a eu le tibia brisé à son tiers supérieur, par une pierre volumineuse. Cette lésion était compliquée d'une plaie de trois pouces de longueur sur deux de largeur, laissant à découvert les muscles antérieurs de la jambe. L'appareil fut immédiatement appliqué. Ce malade, qui ne s'est jamais plaint de souffrir, entré à l'hôpital, le 16 février, en est sorti guéri le 4 avril.

Le nommé Avaux, maçon, âgé de cinquante-neuf ans, étant ivre, tomba dans un fossé et se brisa le tibia. Apporté à l'hôpital, le 15 février, jour de l'accident, on constata une fracture au tiers inférieur du tibia ; le fragment supérieur faisait une forte saillie en avant, et le déplacement était tel, qu'il y avait un raccourcissement du membre de deux pouces ; la jambe était fortement ecchymosée. Le bandage fut immédiatement appliqué. Il n'y eut pas de fièvre ; le malade put sortir de son lit, et, le 12 avril, il quitta l'hôpital.

Le nommé Losa, âgé de quarante-trois ans, eut le tibia brisé, en tombant d'une table sur le parquet ; la fracture, au tiers inférieur de l'os, était comminutive, et elle avait fait une plaie à la jambe. L'appareil fut appliqué immédiatement. Il n'y eut pas de réaction inflammatoire ; la plaie fut pansée tous les jours, par une petite fenêtre, laissée ouverte dans le corps du bandage, et on ne vit aucun accident entraver le traitement. Ce malade, entré à l'hôpital le 21 février, en est sorti guéri le 26 avril.

Votre Commission a suivi avec intérêt le traitement d'une fracture comminutive de l'avant-bras. Le radius était brisé en deux points différens ; le cubitus, rompu à sa partie moyenne, avait déchiré la peau, et par cette ouverture passait une esquille longue de six à sept lignes. L'appareil amidonné fut immédiatement appliqué. Pendant plusieurs jours, les douleurs furent telles, que l'on dut ouvrir le bandage : on vit alors un gonflement inflammatoire très-considérable ; on appliqua sur tout le membre de la glace pilée, et, sous l'influence de cette médication, on ne tarda pas à voir diminuer les accidens inflammatoires. C'est du 3 au 29 mai que tous ces symptômes alarmans se sont développés, et c'est seulement, après avoir combattu par le froid l'inflammation et le gonflement du membre, que l'on a pu appliquer sans crainte le bandage inamovible. Cet homme est sorti guéri.

Parmi les fractures de l'humérus, deux seulement ont paru devoir faire partie de ce travail, parce qu'elles rentrent entièrement dans les limites que M. Seutin a données à sa proposition qui est, comme vous le savez, « l'application immédiate du bandage dans les fractures comminutives ou compliquées. »

La première est une rupture de l'os à sa partie moyenne, compliquée d'un épanchement sanguin sur toute la face interne du bras, et un gonflement inflammatoire considérable. Le bandage fut appliqué aussitôt après l'entrée du malade ; aucun accident n'a entravé la guérison.

La seconde est une luxation du coude en arrière, avec fracture de l'épiphyse. Après avoir réduit la luxation, on appliqua immédiatement l'appareil, malgré le gonflement qui entourait l'articulation. Les mouvemens ont été rétablis dans cette jointure, et le nommé Mathieu, âgé de quinze ans, entré à l'hôpital le 1er mai, en est sorti guéri le 30 du même mois.

Nous citerons encore deux histoires de fractures, dont la gravité devait laisser peu d'espoir de guérison complète.

Le nommé Plasman, âgé de vingt-huit ans, fut apporté à l'hôpital le 10 juillet. On reconnut une fracture oblique du fémur droit, une fracture longitudinale de la rotule, la rupture du ligament avec plaie transversale au genou, une fracture du cubitus gauche et une commotion cérébrale. Le bandage inamovible fut immédiatement appliqué, et l'extension des membres inférieurs fut faite par des sacs remplis de sable. Le malade eut du délire. L'appareil étant ouvert, on vit une forte tuméfaction autour de l'articulation du genou. On appliqua deux vessies pleines de glace, et les symptômes graves ne tardèrent pas à diminuer d'intensité. Le 31 août, cet homme est sorti de l'hôpital. Le cal était solide ; mais le membre était un peu raccourci, et les mouvemens du genou avaient perdu de leur étendue.

Voici un second fait aussi grave que le précédent.

Le nommé Van Opdenbosch, âgé de vingt-neuf ans, étant tombé d'un arbre, se brisa le fémur droit et les os de l'avant-bras : le radius sortait à travers la peau. Le mâchoire inférieure fut aussi brisée, en trois points différens. Toutes ces parties étaient très tuméfiées. L'application immédiate de l'appareil fut faite à chacune de ces lésions, et l'extension de la cuisse fut produite par des sacs de sable. On fit plusieurs saignées, le délire étant devenu tel qu'on fut obligé de lier le malade dans son lit. Après une médication antiphlogistique énergiquement employée, le délire cessa, et les fractures furent traitées comme des fractures simples. Le malade sortit de l'hôpital, le 29 novembre, ayant le membre un peu raccourci, mais les mouvemens de la cuisse et de la jambe libres, et marchant sans boiter ; la mâchoire est un peu déformée, mais ses mouvemens ont conservé toute leur étendue et toute leur liberté.

Voilà certainement des résultats très remarquables : ces fractures de la jambe, compliquées, comminutives, avec plaies ou déchirures des articulations, ne développent pas d'accidens inflammatoires ! C'est, on ne peut en douter, à la compression méthodique et uniforme qu'il faut rapporter de tels succès.

L'inamovibilité a, dans les fractures de cette espèce, des avantages que nulle autre méthode ne possède : le principal, le plus important de tous, c'est la facilité qu'elle laisse aux malades de sortir de leur lit.

Il en est de même des fractures des membres supérieurs, quelles que soient leurs complications.

Mais ces avantages sont-ils aussi réels dans les cas de fractures très-obliques du fémur ? Nous avons vu plus haut qu'on attribue à l'appareil l'inconvénient grave du relâchement des bandes, par suite de la diminution du gonflement, et qu'ainsi les fragmens obliques ne sont plus en rapport, qu'ils peuvent chevaucher et produire ces raccourcissemens si fréquens à la suite des fractures obliques du fémur. M. Seutin peut opposer ces deux succès, il est vrai ; mais deux faits ne peuvent suffire pour établir la prééminence d'une méthode à l'exclusion générale des autres ; et remarquez, Messieurs, que dans le traitement des fractures obliques du fémur, l'appareil inamovible, appliqué immédiatement, perd son principal avantage, qui est de permettre aux malades de sortir de leur lit. On voit, en effet, que pour maintenir les fragmens en contact, M. Seutin est obligé de produire une contre-extension, et une extension au moyen d'un sac de sable, suspendu à une corde et passant sur une poulie. Le malade est donc obligé de rester au lit. D'ailleurs, au premier fait si remarquable de la clinique de M. Seutin, nous devons opposer un autre fait de la clinique de M. Uytterhoeven.

Ce fait est le suivant :

Un des malheureux ouvriers, tombés à bas d'un échafaudage dans la cour d'un hôtel de cette ville, fut transporté à l'hôpital Saint-Jean. On reconnut, à l'examen de ce malade, une fracture oblique du fémur avec plaie, une fracture de la mâchoire inférieure, et l'anéantissement complet des facultés intellectuelles. Le bandage amidonné fut immédiatement appliqué. Pendant la nuit le malade fut très agité ; on trouva le matin, à la visite, l'appareil relâché, les fragmens chevauchans, et le blessé souffrant beaucoup. Nouvelle application du bandage : le lendemain ; nouveau déplacement des fragmens. M. Uytterhoeven abandonna l'inamovibilité, fit placer la jambe brisée sur un double plan incliné, et dès lors tous les accidens cessèrent.

Nous citerons un second fait :

Un petit malade fut également apporté à l'hôpital Saint-Jean, pour y être traité d'une fracture très oblique de la cuisse avec issue des fragmens, le supérieur au côté externe, et l'inférieur au côté interne. M. Uytterhoeven fit recouvrir tout le membre avec des cataplasmes, et le plaça sur un double plan incliné. Ce petit malade, qui souffrait horriblement lorsqu'on étendait son membre, sentit cesser les douleurs aussitôt après que l'on eut donné à la cuisse la position fléchie.

On sait que l'on a à déplorer des revers aussi bien par l'usage constant de l'appareil amidonné que par l'emploi des autres méthodes ; et c'est précisément la différence de ces revers qu'il eût été important de constater. Mais pour arriver à ce but, il fallait procéder sur un nombre considérable de fractures, l'application immédiate de l'appareil, dans les cas de fractures comminutives ou compliquées, n'étant pas encore une question résolue pour la majorité des praticiens. La plupart de ceux qui adoptent avec raison l'inamovibilité font précéder l'application du bandage de quelques précautions. Ainsi par exemple, à l'hôpital Saint-Jean on recouvre pendant plusieurs jours le membre fracturé avec des cataplasmes et dans les cas très graves, quand la réduction ne peut s'obtenir qu'aux prix de grandes douleurs, on ne la tente que lorsque l'éréthisme musculaire a cessé. A l'hôpital militaire, les fractures traitées, sous la direction de M. Lebeau, ne sont pas immédiatement enfermées dans les valves de carton ; mais on cherche d'abord à faire cesser les accidens inflammatoires par les irrigations d'eau froide, et lorsque le membre peut être presque impunément manipulé, on le place alors, mais seulement alors, dans l'appareil inamovible. Il ne faut pas se dissimuler que de nombreux revers, que de très graves accidens n'ont eu d'autre cause que l'application immédiate de l'appareil ; il n'y a pas de praticien qui n'en connaisse quelques histoires, et pour notre compte nous regrettons vivement que M. Seutin n'ait pu nous donner les renseignemens nécessaires sur sa pratique de plusieurs années ; indubitablement nous y eussions trouvé de ces faits malheureux, qui valent plus pour l'enseignement que des succès.

Notre tâche, Messieurs, est très limitée. Nous aurions voulu pouvoir établir une balance entre la méthode inamovible et la méthode des pansemens renouvelés, dans les cas graves de fractures, dans les difficultés de la pratique, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Il eût été très intéressant de pouvoir vous dire : par l'inamovibilité et l'application immédiate, sur un nombre donné, on guérit sans raccourcissement tant de fractures du col du fémur, tant de fractures obliques de cet os ; on obtient la consolidation sans allongement de la fracture transversale de la rotule, de l'olécrâne, etc. Mais les materiaux pour ce travail nous ont manqué, M. Seutin n'ayant pas consenti à conserver à sa proposition la forme générale qu'il lui avait primitivement donnée.

Des faits observés, votre Commission conclut :

1° Que, dans les fractures simples, le bandage inamovible, appliqué immédiatement, a sur toutes les autres méthodes de très grands avantages ;

2° Que des accidens formidables se développent quelquefois pendant l'application de l'appareil inamovible, de même que dans l'application de la méthode des pansemens renouvelés ;

3° Et, dans le but de compléter le travail qu'elle a commencé, elle vous propose d'engager M. Seutin à donner le plus de publicité possible aux faits de sa clinique.

M. le Président : La discussion est ouverte sur ce rapport. La parole est à M. Seutin.

M. Seutin : Il y a plus d'un an, j'eus l'honneur de soumettre à l'Académie une proposition relative au traitement des fractures par la méthode amovo-ina-

movible ; j'y fus déterminé non par le besoin de faire obtenir à cette méthode une sanction nouvelle et de faire proclamer de nouveau les avantages qu'elle présente dans le traitement des fractures en général : il y avait longtemps que cette question était définitivement jugée ; mais je voulais, à l'aide de faits évidens, soumis au jugement impartial d'un corps comme le vôtre, ébranler la conviction de ceux qui n'osent encore recourir à ma méthode, dans les circonstances graves. Je tenais à détruire toute crainte, toute hésitation, en montrant au public chirurgical les succès que j'en obtenais dans les fractures les plus graves ; en lui indiquant la voie que je suivais, les précautions que je prenais, pour arriver à des résultats si heureux et pour conjurer les accidens les plus formidables.

Cette tâche était difficile, mais je me félicitais d'avoir l'appui de l'Académie. Voilà pourquoi j'avais demandé qu'elle nommât une commission, qui vînt constater les grands avantages de cette méthode appliquée immédiatement aux fractures compliquées que j'avais à cette époque à l'hôpital, et que cette commission vous présentât un rapport sur le résultat de ses investigations.

Cette proposition n'était pas difficile à comprendre, je devais donc m'attendre à un résultat positif quelconque.

Jugez de mon désappointement, lorsque je pris connaissance du rapport de M. Phillips et de la commission ! !

J'ai été étonné, je l'avoue, qu'un tel travail eût pu sortir de la plume de l'honorable rapporteur et recevoir l'approbation de tous les membres de la comsion. En le lisant, on ne croirait jamais qu'il ait été provoqué par la proposition que j'ai eu l'honneur de vous soumettre, car il renferme tout l'opposé de ce qui devait faire l'objet des recherches que j'avais demandées.

M. Tallois : Je demande la parole.

M. Seutin : Des questions étrangères, sur lesquelles je n'avais jamais en l'idée d'attirer l'attention de l'Académie, y sont examinées et discutées ; mais, quant aux faits principaux, les seuls auxquels on eût dû s'attacher, vous allez entendre, Messieurs, comment ils ont été interprétés, et quelles conclusions on en a tirées.

Pour justifier son travail, la commission vous dit que ma proposition était générale et s'étendait à tous les cas de fracture. Or, veuillez la relire et dites-moi s'il est possible de lui donner une telle signification.

Comme je crois vous l'avoir fait entrevoir, l'application de mes moyens aux fractures simples, ou après la disparition des premiers symptômes, est chose généralement admise aujourd'hui par tous les hommes sans préventions. Je ne pouvais donc vouloir éveiller l'attention de l'Académie sur un point d'une pareille évidence ; ma proposition ne pouvait laisser aucun doute à cet égard. Je demandais d'une manière précise, au contraire, que la commission vînt constater, sur des cas de fractures que j'avais en traitement, l'utilité et les avantages de ma méthode, et qu'elle vous présentât un rapport *sur ces faits*. Ces faits, que j'avais eu soin de si bien spécifier, devaient donc, *seuls*, fixer l'attention de la commission ; *seuls*, ils devaient faire l'objet de son rapport et de ses conclusions.

Qu'on ne vienne pas me dire que c'était là restreindre ma proposition dans des limites trop étroites ! Non, Messieurs, telle que je l'avais développée, c'était un sujet d'une vaste portée et le seul qui demandât encore des éclaircissemens. J'offrais à l'appréciation de la commission des faits graves et assez nombreux pour éveiller toute sa sollicitude et attirer ses méditations profondes. Il y avait là matière suffisante pour faire un rapport important, décisif, et dont les conséquences auraient pu produire d'autant plus de bien qu'elles eussent reposé sur des faits bien observés.

J'ai refusé, vous dit-on, de produire des fractures consolidées ou en traitement, du col du fémur, de la clavicule et de la rotule. Messieurs, me renfermant dans les bornes que j'avais assignées à ma proposition, je n'ai pu satisfaire, en cela, aux désirs de la Commission ; toutefois si j'avais eu en traitement, à cette époque, des fractures de l'espèce, je ne les eusse certainement pas cachées, car je n'avais rien à craindre en les montrant. Mais pouvais-je raisonnablement me mettre à la recherche de toutes celles que j'ai traitées à l'hôpital et dans ma pratique, depuis cinq ans, et ne conviendrez-vous pas avec moi que ces exigences étaient inutiles, et qu'elles eussent fait reculer tout autre que moi ? Au reste, j'ai publié un grand nombre de faits analogues, et si la Commission les jugeait si indispensables pour compléter son rapport, elle pouvait bien se donner la peine de les rechercher : elle aurait trouvé dans mes publications que je lui ai fait connaître tous les documens qu'elle désirait.

Si je n'ai pu faire voir des fracturés qui n'étaient plus à l'hôpital, je me suis néanmoins empressé de donner les renseignemens les plus complets sur tous les faits qui se rattachaient à ma proposition. Il est vrai que cet empressement a singulièrement diminué, lorsque j'ai vu qu'au lieu de tenir compte de ceux que je présentais, on me renvoyait mes observations, parce que le numéro d'ordre ou le numéro du lit manquait, parce que je n'avais pas indiqué le chirurgien qui avait donné les premiers soins au blessé, etc., etc. Je vous le demande, Messieurs, était-ce là témoigner du bon vouloir ? Est-ce en s'attachant à des futilités de cette espèce, qu'on peut parvenir à résoudre une question aussi importante ?

C'est avec regret, dit M. le rapporteur, que la Commission a dû limiter son travail aux seules fractures comminutives et compliquées. Mais c'était là précisément ce que je demandais. Et puis, qu'est-ce donc que ce travail ? Ce n'est certainement pas le rapport dont vous venez d'entendre la lecture, car il n'est qu'un exposé de tout ce que la Commission a oublié de faire, pour atteindre le but qu'elle se proposait. Qu'on m'y montre un passage où sont exposés les préceptes qui doivent guider le chirurgien, lorsqu'il a recours à la méthode amovo-inamovible, et qu'il applique le bandage amidonné ; qu'on m'y découvre l'appréciation de cette méthode appliquée aux fractures comminutives qui font, vous dit-on, le seul objet du rapport ; qu'on m'y indique, enfin, les conclusions qu'on a tirées de ces observations ! Si, du moins on avait fait un rapport véritable sur les fractures comminutives, j'eusse été satisfait ; il n'eût pas fallu pour cela qu'on abondât dans ma manière de voir ; j'aurais même vu avec plaisir des objections sérieuses ; je les aurais discutées, car je suis de ceux qui veulent que la vérité éclate au grand jour.

Savez-vous, Messieurs, quel était le projet de votre Commission, si j'avais répondu à tous ses vœux ? Elle aurait étudié l'action de la *compression*, l'une des plus puissantes, mais aussi l'une des plus dangereuses ressources de la chirurgie ; elle aurait expliqué ces cas de *sphacèle* partiel ou général, dans les fractures, accidens qu'on rapporte parfois à l'appareil amidonné ; enfin, elle aurait peut-être démontré que la *compression* (notez que c'est la compression et non ma méthode) empêche le développement de l'inflammation, arrête ses progrès, etc., etc. A la vérité, toutes ces questions pouvaient faire le sujet d'un travail fort intéressant, mais se rattachaient-elles bien à ma proposition ? La compression !..... Mais vous savez que je la repousse, surtout dans le sens que semble l'entendre l'honorable rapporteur : elle n'a déjà été que trop longtemps considérée comme partie importante de ma méthode, et n'a produit que trop de résultats fâcheux. Qu'on étudie, si l'on veut, la compression, qu'on s'extasie sur ses avantages, je le veux bien ; mais qu'on ne vienne plus me dire qu'elle constitue une des plus importantes qualités de la méthode amovo-inamovible !

En examinant avec soin les fractures dont il est question dans ma proposition, l'honorable rapporteur se serait assuré que je reculais devant toute compression, et que je ne négligeais aucune précaution pour l'éviter : il aurait vu que ce qu'il regarde comme une compression, n'était, à proprement parler, que le maintien des fragmens dans la plus grande immobilité, et par conséquent, dans le contact le plus exact ; il aurait constaté qu'en soutenant, en rapprochant légèrement les tissus, en suivant pas à pas, avec mon bandage, le retrait des chairs, je modérais, j'arrêtais même l'afflux sanguin, j'empêchais l'inflammation ainsi que ces cas malheureux de sphacèle général ou partiel des membres, que l'on attribue, à tort, au bandage, amidonné ; il se serait convaincu que de tels accidens étaient impossibles, quand on suit, pour la confection du bandage, les préceptes importans, indispensables, que prescrit la méthode amovo-inamovible ; il aurait proclamé dans cette enceinte, que s'il y avait eu de pareils revers à déplorer, ce n'était pas à la méthode qu'il fallait les attribuer, mais à la main inhabile qui l'avait employée, ainsi qu'au manque de soins et de surveillance, et souvent aussi à une *compression* irrégulière, toujours contre-indiquée dans le traitement des fractures.

Remplaçons donc, une bonne fois, le mot compression par celui de contention, bien méthodique, bien mesurée, et abandonnons à tout jamais une expression dont on se sert pour effrayer ceux qui ne connaissent pas ma manière de faire.

« L'inamovibilité, vous dit-on, aurait été étudiée, non seulement dans les cas de fractures, mais aussi dans ceux de luxations et d'écrasemens des extrémités, et dans ceux d'ouvertures des articulations. » Mais encore une fois, c'était outrepasser le but de ma demande que j'avais limitée aux fractures. Si, au lieu de concevoir tant de projets, sans en exécuter aucun, la Commission avait daigné faire un travail positif, impartial, sur l'objet de sa mission à l'hôpital Saint-Pierre, la science y aurait, du moins, gagné quelque chose, tandis que maintenant on en est réduit à regretter ses démarches et la perte de son temps ! Ce ne sont pas les faits qui lui ont manqué, pour qu'elle pût donner au travail qu'elle n'a pas fait les proportions qu'elle semblait si ardemment désirer. Lisez les observations contenues dans le rapport, et dites-moi, Messieurs, s'il n'y avait pas là de quoi satisfaire les exigences les plus difficiles : articulations ouvertes, sortie de fragmens, extrémités écrasées, rien n'y faisait défaut ; et cependant, la Commission n'a voulu rien voir de tout cela, elle a fermé les yeux, et n'a donné le jour à aucune espèce de travail ; je me trompe, elle a fait un rapport, afin de vous exposer tout ce qu'elle aurait dû faire pour vous en présenter un qui eût pu être soumis à une discussion sérieuse.

On vient vous parler d'inamovibilité et des objections que lui font les partisans des pansemens renouvelés ! Mais n'est-ce pas là prouver à la dernière évidence que l'on n'a voulu rien comprendre à ma méthode ? Tout le monde sait que je suis aussi peu partisan de l'inamovibilité complète, que de l'amovibilité : j'en reconnais les inconvéniens et les dangers. Pourquoi dès lors m'attribuer une manière de faire qui n'est pas la mienne ? Ce que je réclame, c'est l'amovo-inamovibilité qui réunit tous les avantages des deux méthodes précédentes, sans offrir les inconvéniens de chacune d'elles, en particulier, et qui jouit ainsi d'une supériorité que les partisans obstinés des anciens procédés voudraient en vain lui ravir. Avec elle, vous avez l'inamovibilité ; avec elle, vous avez les pansemens fréquens et la surveillance journalière du membre, tout en maintenant les fragmens dans l'immobilité ; enfin, par elle, vous êtes débarrassés de tout cet attirail de machines et de mécaniques, et vous ne torturez plus vos blessés pendant six semaines, deux mois, et plus, par un repos absolu et sur des lits mécaniques.

On aurait pu certainement détruire les objections que font ceux qui attribuent la formation des ankiloses après les fractures à l'application du bandage amidonné, en leur démontrant la facilité, que l'on conserve par cet appareil, d'imprimer des mouvemens à toutes les articulations du membre fracturé. J'en avais fourni de nombreux exemples qui auraient été d'un grand poids pour la démonstration de cette vérité. Ces exemples n'ont servi à rien, on ne les a pas même signalés.

« Il fallait rassurer par des faits ceux qui redoutent le relâchement de l'appareil ou le retrait des chairs. » Mais on n'a voulu rassurer personne. Cependant les cas que j'avais à l'hôpital fournissaient des argumens sans réplique à opposer aux chirurgiens qu'une telle appréhension peut dominer. En effet, ainsi que j'ai déjà eu l'honneur de vous le dire, j'ouvre toujours le bandage par la *section*, dans tous les cas de fracture de jambe ou de cuisse ; je m'assure par là de tout ce qui se passe, aucun accident ne peut rester méconnu ; s'il y a retrait des chairs ou relâchement du bandage, je préviens les dangers qui pourraient en résulter, soit en faisant chevaucher, l'une sur l'autre, dans une étendue voulue, les deux valves

du bandage, soit en retranchant au moyen de ciseaux une languette longitudinale d'une de ces valves, soit enfin, si le relâchement ou le retrait sont peu considérables, en interposant, entre le membre et le bandage, une compresse ou un peu d'ouate. En employant ces moyens, on conçoit qu'il est impossible aux fragmens de se déplacer. L'indication de ces précautions aurait dû trouver place dans le rapport qui vous est soumis.

« La déambulation, vous dit le rapport, a été en butte à de nombreuses et justes objections. » Tout le monde devait s'attendre à ce que la Commission exposât ces nombreuses et justes objections, et les combattît par les argumens vivans que je lui avais mis sous les yeux, ou bien en soutînt la justesse par des raisons solides. Détrompez vous; l'assertion suffit à M. le rapporteur : il n'a pas besoin d'autres preuves pour venir annoncer, *contrairement* à ce qu'il a vu, que la déambulation, comme elle doit être comprise dans le sens pratique, n'est autre chose que le déplacement du malade hors de son lit et la possibilité d'aller s'asseoir dans un fauteuil ! Je voudrais bien savoir dans quelle pratique il a puisé les motifs d'une telle conclusion ; ce n'est certes pas à l'hôpital Saint-Pierre, où il a pu voir tous les fracturés ne jouissant pas seulement de la possibilité d'aller s'asseoir dans un fauteuil, mais encore ayant le bonheur d'aller se retremper au grand air et au soleil, de pouvoir consolider ainsi leur état général, et d'éviter les congestions hypostatiques, si fréquentes, particulièrement chez les vieillards. Oui, Messieurs, voilà encore un grand bienfait que procure la méthode amovo-inamovible, et cela sans que la partie fracturée éprouve le moindre dérangement. Quel inconvénient y a-t-il, dans une fracture de jambe, par exemple, la plus compliquée, mais maintenue selon toutes les règles, lorsque tous les accidens graves sont dissipés, et qu'il n'existe aucune circonstance exceptionnelle qui ordonne au chirurgien d'empêcher la déambulation dans le sens absolu, quel inconvénient y a-t-il, dis-je, à ce qu'il s'opère des mouvemens dans l'articulation coxo-fémorale, et dans le reste du corps ? Nécessairement, si la Commission s'en était tenue aux faits que je lui présentais, elle se serait convaincue que la déambulation véritable est sans inconvénient, et présente, au contraire, une foule d'avantages.

Après cela n'est-il pas surprenant de lire dans le travail de l'honorable rapporteur: « Que la seule question qu'il ait été permis d'examiner, par mon programme, c'est l'application immédiate de l'appareil amidonné, dans les cas de fractures compliquées ou comminutives ! » Mais c'est une plaisanterie, Messieurs! et si c'est chose sérieuse, je dis qu'il faut désespérer des commissions pour obtenir un résultat scientifique!! Comment! M. le rapporteur vient vous dire lui-même, que pour bien apprécier ma méthode, il fallait étudier *la compression, l'inamovibilité, la déambulation* et démontrer la facilité avec laquelle on évite le sphacèle des membres et les ankiloses ; j'étale sous ses yeux, ainsi que sous ceux de la commission, une série de fractures les plus graves, qui me permettent de faire remarquer tous les avantages de ma méthode ; sous leurs yeux, *je préviens, je dissipe* les accidens les plus formidables, j'annihile par des faits tous les reproches qu'on m'adresse. M. le rapporteur et la commission voient tout cela, et alors qu'ils devaient baser leur rapport sur des faits aussi positifs, ils viennent vous dire que la seule question que je leur aie permis d'examiner, c'est l'application immédiate du bandage amidonné!! En vérité, Messieurs, on voudrait pouvoir croire à un rêve, lorsqu'on entend de pareilles choses! Si du moins ils avaient convenablement examiné cette question d'application immédiate du bandage amidonné! Mais ils n'ont pas été plus heureux dans cet examen que dans celui des autres questions qui se rattachent à la méthode amovo-inamovible. Il n'y a pas jusqu'aux observations qui devaient faire l'objet du rapport, qui n'aient été tronquées, mal interprétées, et privées de leurs détails les plus importans. La commission a eu raison d'en agir ainsi, car si elle vous avait montré les faits avec leur signification réelle, si elle vous en avait exposé les détails, vous eussiez été stupéfaits de l'opposition qui existe entre ces faits et les argumens que renferme le rapport. Je reviendrai là-dessus, lors de l'analyse détaillée de ce travail.

Votre Commission a suivi, et avec attention, prétend-elle, le traitement de neuf individus atteints, les uns, de fractures de cuisse et de jambe ; les autres, de fractures de bras et d'avant bras. Toutes ces fractures étaient des plus graves, des plus compliquées ; il y en avait même, qui, d'après elle, laissaient très peu d'espoir de guérison. Certes on ne pouvait trouver des circonstances plus heureuses pour mettre ma méthode en défaut, si réellement elle méritait les reproches que lui adressent ses adversaires. D'un autre côté, l'occasion était propice pour observer comment je combats des fractures aussi graves ; quelles précautions, quels soins je prends, pour prévenir ou dissiper toutes les espèces de complications : signaler tout cela dans le corps des observations, c'eût été déjà un travail utile, suffisant ; car rien n'est plus concluant que les faits bien compris, et fidèlement exposés ; ce sont des argumens vivans et inattaquables. Beaucoup de personnes qui ne sont pas encore désillusionnées sur le compte des Commissions, avaient cru qu'on en agirait ainsi à mon égard. Eh bien! la Commission a réduit à leur plus simple expression les observations des neuf sujets dont elle a suivi le traitement avec la plus grande attention, car je ne crois pas que l'on saurait être plus concis qu'elle ne l'a été.

On pouvait vous faire comprendre comment, sans recourir à la compression dont parle M. le rapporteur, on prévenait ou l'on modérait par le bandage amidonné les inflammations qui peuvent survenir après une fracture ; comment, en rapprochant et soutenant légèrement les chairs, toujours d'une manière progressive, en produisant une simple contention bien uniforme, on paralysait la puissance musculaire, on facilitait la résolution des épanchemens sanguins et même des collections purulentes. Quels argumens ne fournissaient pas ces observations, contre cette idée absurde, qui pousse encore des chirurgiens à combattre les accidens dépendant de la pénétration des fragmens dans les chairs, par les cataplasmes, des plans inclinés, etc., et à remettre à un certain temps *la réduction !* L'occasion était favorable, pour laisser voir comment le bandage *incisé* après la dessiccation, permet de visiter le membre fracturé, dans toutes ses parties, sans difficulté comme sans inconvénient ; comment on est alors à même de donner à l'appareil toute la perfection voulue, et de remédier ainsi à tous les accidens qui ne peuvent, dès lors, rester méconnus. Que n'aurait-on pas pu dire sur ces fenêtres plus ou moins grandes, pratiquées au bandage, dans toute l'étendue de la fracture ou d'une plaie, ouvertures qui permettent des pansemens journaliers et l'écoulement facile du pus, et ne nécessitent plus la présence d'aucun aide !

Si on avait voulu examiner sérieusement ce qui faisait l'objet de ma proposition, on vous eût parlé du ruban de fil, que j'interpose entre le membre et l'appareil, et qui m'indique par son jeu s'il n'existe aucune compression dangereuse ; on vous eût parlé du soin que je prends de ne pas appliquer de l'amidon sur les premiers tours de bande ni sur les saillies osseuses ; de la manière dont j'évite les ankiloses, et de la facilité avec laquelle je déplace les blessés, et préviens les stases sanguines, toujours si redoutées dans les organes parenchymateux. Enfin, on vous eût démontré à la dernière évidence tous les avantages de la méthode amovo-inamovible, qui ne fait pas obstacle à l'emploi de tous les agens thérapeutiques héroïques, et se plie à toutes les exigences ; on vous l'eût montrée, dans les fractures de cuisse, tout en permettant l'extension, la contre-extension ainsi que la déambulation, faire de la jambe, de la cuisse et du corps. *un seul tout*, condition indispensable pour obtenir un cal régulier et une consolidation sans raccourcissement que l'on ne peut éviter par les autres appareils, et particulièrement par le plan incliné!

Tel était le point de vue sous lequel les cas présentés eussent dû être exposés, si l'on avait eu l'intention de vous offrir un travail utile et sérieux.

Il ne suffisait pas de vous dire que c'est remarquable de voir des fractures compliquées, comminutives, avec plaie, déchirure des articulations, etc., ne donner lieu à aucun phénomène inflammatoire ; il fallait encore vous détailler par quelle série de moyens on parvenait à ce brillant résultat. Alors on serait venu vous dire que ces avantages ne dépendent ni de la compression, ni de l'inamovibilité, mais bien de l'ensemble de la méthode amovo-inamovible.

D'après ce que vous connaissez maintenant, Messieurs, n'est-il pas surprenant d'entendre M. le rapporteur se demander si les avantages de ma méthode sont aussi réels dans les fractures de cuisse, que dans celles de bras ou de jambe ? N'est-il par surprenant de lui voir reproduire ces anciens argumens sur le retrait des chairs et le relâchement du bandage? Oui, Messieurs, ces avantages sont aussi réels dans les fractures de cuisse que dans celles de bras et de jambe. N'en avez-vous pas la preuve frappante dans les deux observations contenues dans le rapport? Mais, croyez-moi bien, pour obtenir des succès comme ceux que l'on a puisés dans ma clinique, il faut que ma méthode soit comprise et appliquée comme elle doit l'être ; et certes, la commission ne pourra pas se flatter d'avoir donné des éclaircissemens sur ce point. Évidemment, si après avoir enveloppé un membre, avec des cartons et des bandes amidonnés, on supposait avoir rempli toutes les conditions; si l'on ne s'inquiétait plus du bandage que pour l'ôter et le rejeter comme mauvais, à l'approche d'accidens inévitables, évidemment, dis-je, les reproches que la commission adresse à ma méthode seraient mérités, et elle devrait être rejetée comme très dangereuse; mais il n'en est point ainsi; cette méthode ne peut se passer d'une foule de précautions et des soins indispensables que j'ai suffisamment indiqués.

Ces remarques suffiront pour vous démontrer que je ne puis regarder comme concluans les deux faits malheureux que l'on oppose avec tant de complaisance à mes succès, et que l'on a puisés dans une clinique étrangère. Je ne conteste aucune des qualités éminentes du chirurgien qui, dans les circonstances dont on vous entretient, a essayé l'application de mon appareil; mais puisque l'on a parlé de ces deux faits de sa clinique, il me paraît que j'ai le droit d'apprécier à sa valeur la manière dont il a appliqué l'appareil amidonné, et les résultats qu'il en a obtenus. Je dis donc que s'il est survenu des accidens, ce n'est pas au bandage qu'il faut les rapporter. Vous vous en seriez convaincus, si l'on avait fait suivre les observations des détails importans sur lesquels on a eu soin de garder le plus profond silence. Les succès que j'ai obtenus dans des circonstances non moins graves ne suffisent-ils pas pour démontrer que ces deux faits ne prouvent rien contre ma méthode? Mais j'abandonne cette question, pour ne pas suivre l'exemple de la commission qui a évidemment outrepassé les limites de la mission que vous lui aviez confiée. Vous l'aviez chargée de faire un rapport sur les fractures qu'elle observerait à l'hôpital Saint Pierre ; elle ne devait pas aller au delà, ni se rendre, sans moi, dans un autre hôpital, où je ne pouvais m'éclairer sur ce qui s'y passait.

Que le chirurgien, auquel je viens de faire allusion, rectifie les faits qu'on lui a empruntés ; qu'il vous dise les raisons qui lui ont fait ôter l'appareil amidonné, sans faire la moindre attention aux lois rigoureuses que j'ai posées ; c'est son devoir, si véritablement il est pénétré de l'esprit du progrès. J'attends de lui des objections sérieuses auxquelles je me ferai un devoir de répondre ; c'est dans cette enceinte que je compte qu'il viendra combattre ma méthode et soutenir la sienne. Il est chef d'établissement, professeur de clinique et membre de cette Compagnie; il le peut, il le doit.

Voilà, Messieurs, les idées générales que j'avais à vous communiquer. Permettez-moi, maintenant, d'appeler très succinctement votre attention sur quelques détails du rapport.

« Il s'agissait surtout, dit la Commission, d'étudier cette inamovibilité, qui n'est pas absolue, et qui permet, l'appareil étant appliqué et consolidé, d'en détacher des portions, afin de voir à volonté l'état du membre et de panser les plaies, sans communiquer des mouvemens souvent dangereux et toujours douloureux aux fragmens de l'os, ou à l'articulation ouverte. On peut dire que l'inamovibilité de M. Seutin est un terme moyen, une transaction, entre les partisans de l'ancienne inamovibilité, et ceux qui veulent le renouvellement fréquent des pièces d'appareil. »

Eh bien ! Messieurs, c'est ce que je n'admets pas. On donne à ma méthode

une qualité qu'elle n'a pas : l'inamovibilité n'est pas ce qui la distingue des autres ; je recherche plutôt l'amovibilité que l'inamovibilité. Que me font à moi la compression et l'inamovibilité ? C'est à l'amovibilité relative des membres que j'attache de l'importance ; mais on s'est bien gardé de vous parler de cela.

On parle de transaction ; je ne puis encore admettre cette expression. La section de mon bandage, Messieurs, est bien loin d'être ce qu'on appelle une transaction. Cette section m'a été inspirée par la nécessité de surveiller le membre et de corriger tous les inconvéniens que pourrait occasionner la dessiccation du bandage. Tantôt c'est une compresse qui fait un pli ; tantôt c'est un morceau de carton trop amidonné qui touche une extrémité osseuse ; tantôt encore, c'est un abcès à ouvrir, ou une coaptation plus régulière à opérer ; dans d'autres circonstances enfin, c'est la nécessité d'employer des agens capables de résoudre les tumeurs sanguines, etc., etc. Et l'on soutiendra que c'est là une transaction entre l'ancienne méthode et la nouvelle !

Cette section, Messieurs, est évidemment une sauvegarde contre tous les accidens; par elle, tout praticien un peu prudent est mis dans l'impossibilité d'avoir jamais à s'en reprocher. Il y a loin de là, comme vous le voyez, aux *accidens formidables* dont vous parle le rapport.

Je lis encore dans ce travail les mots suivans : « Il fallait aussi rassurer par des faits ceux qui redoutent le relâchement de l'appareil ou le retrait des chairs, et qui voient le fémur, par exemple, *se mouvoir dans la coque amidonnée aussi librement qu'un pilon dans un mortier.* »

Messieurs, j'hésite à lire ce passage, car je n'en crois pas mes yeux. Cette comparaison est par trop grotesque.

— M. le Président : Je pense que M. Seutin se méprend sur le sens des expressions du rapport. La commission ne dit pas que cela soit; mais qu'il fallait examiner si cela n'est pas.

— M. Seutin : Permettez-moi de relire le passage.

— M. le Président : Je vais le relire pour vous :

« Il fallait aussi rassurer par des faits ceux qui redoutent..... »

La Commission ne dit donc pas que cela est, mais elle pense qu'il fallait rassurer ceux qui craignent que cela ne soit.

— M. Seutin : Que la Commission soit bien persuadée que je n'ai pas l'intention de l'offenser. Mais permettez-moi de continuer.

« Il fallait rassurer..... » Il y a donc des gens inquiets ? Et rapporter des reproches pareils, sans correctif, n'est-ce pas implicitement y adhérer ? Ces expressions ont eu de l'écho, Monsieur le Président.

— M. Phillips : Permettez-moi, à mon tour, une explication. Cette expression, je l'ai empruntée textuellement à M. Pasquier, chirurgien de l'hôpital des Invalides, qui est un des praticiens les plus inquiets sur l'accident que je signale. Il m'était bien permis de donner l'expression textuelle dont il s'est servi.

— M. Seutin : Je ne fais pas à M. Pasquier l'injure de croire qu'il ait eu une pensée aussi bizarre.

— M. le Président : Monsieur Seutin, il est impossible de vous laisser continuer sur ce ton.

Je répète que la Commission n'a pas exprimé un fait. Elle a dit qu'il fallait rassurer ceux qui pensent... Il n'y a là rien d'inconvenant.

— M. Seutin : Soit, je ne parle plus à la Commission, je parle à ceux qui ont émis ces craintes.

Je dis que je ne comprends pas ces expressions dans la bouche de M. Pasquier qui s'est donné la peine de me demander tous les renseignemens possibles sur ma méthode, pendant plusieurs matinées que j'ai passées avec lui à l'hôpital des Invalides et chez moi. Certes il m'eût fait lui-même cette observation.

Il fallait donc rassurer les personnes qui craignent de voir le fémur se mouvoir dans la coque amidonnée aussi librement qu'un pilon dans un mortier ! Eh bien ! je prétends que la crainte de ces personnes est ridicule, qu'elle ne peut provenir que de ce qu'elles ne connaissent pas ma méthode, et qu'elle n'est venue qu'aux partisans des méthodes cataplasmatiques et réfrigérantes. Car, c'est lorsqu'on emploie ces méthodes, c'est lorsqu'on a recours aux pansemens anciens qu'il n'y a pas de contention, et que le membre joue continuellement; mais avec la mienne cet inconvénient ne peut se présenter : il faut ne pas savoir ce que c'est que la coque amidonnée, pour le redouter. Je défie la Commission de dire qu'elle l'ait vu dans mon hôpital : elle a dû remarquer, au contraire, que mon bandage répondait à toutes les exigences. Je me crois, par conséquent, autorisé à dire que répétant, malgré ce qu'elle a vu, l'absurdité contre laquelle je m'élève, et lui donnant ainsi du crédit, elle est plus coupable que ceux-là mêmes qui l'ont d'abord mise en avant.

« La déambulation, comme elle doit être comprise dans le sens pratique, dit M. le rapporteur, n'est donc autre chose que le déplacement du malade hors de son lit, et la possibilité de s'asseoir dans un fauteuil. »

Conçoit-on, Messieurs, que la Commission ait pu dire pareille chose ! (Interruption.) On ne veut pas me permettre de me servir d'expressions fortes pour repousser de semblables allégations ; mais alors, qu'on me réduise au silence. Si je vous disais, Messieurs, que la Commission a vu, vu de ses propres yeux, tout le contraire de ce qu'elle dit ici dans son rapport... Ce n'est donc pas de l'inexactitude ; ce n'est pas non plus de l'oubli. C'est... je n'ose pas le dire ! Quoi ! lorsqu'elle a trouvé à l'hôpital Saint-Pierre un de mes blessés au bout d'une salle, un autre à l'extrémité opposée, un troisième dans le jardin, un quatrième dans la cour ; lorsqu'il a fallu en quelque sorte battre le rappel pour les réunir, elle viendra vous dire que la déambulation se borne à la possibilité de transporter le fracturé du lit dans un fauteuil !... mais c'est véritablement inconcevable !

Je vous demande comment on peut avancer de pareilles choses, quand on sait qu'il est des fracturés qui sont partis de Bruxelles pour Paris, le deuxième jour d'une fracture compliquée de luxation ; quand, par exemple M. Graux, membre de la Commission, sait que M. le docteur Naeghels était rendu à ses occupations le deuxième ou le troisième jour d'une fracture de jambe ; quand d'autres membres qui m'ont aidé dans le traitement des fractures les plus comminutives, les plus compliquées, ont vu les patiens sortir également dans le même espace de temps !

La femme de chambre de madame Morel, épouse d'un membre de l'administration des hospices de Paris, est atteinte de fracture du péroné, de la malléole interne et de luxation complète du pied ; le tibia avait traversé les chairs. Le bandage est appliqué, le samedi soir, immédiatement après la réduction. Le lundi suivant à deux heures de relevée, elle part de Bruxelles, par le chemin de fer, et supporte très-bien les fatigues de la route sans s'arrêter.

Le jeune marquis D'A... est atteint d'une fracture analogue sans lésion des tégumens. Au troisième jour, il sort en voiture, et ne cesse de faire ses courses habituelles, pendant toute la durée du traitement.

Madame F... de cette ville, se fracture la jambe, à Liége ; M. De Lavacherie est appelé à lui donner ses soins. J'arrive dans cette ville, le dimanche ; j'applique avec mon honoré confrère le bandage amidonné. Le lundi matin, elle part de Liége pour Bruxelles ; la route est bien supportée. Le mardi, vers sept heures du soir, je me rends chez la malade ; le domestique, en m'ouvrant la porte, me dit : « Monsieur le docteur, Madame est allée se promener. »

M. Tallois, membre de la Commission, m'a accompagné chez un Anglais, qui s'était fracturé la jambe dans la forêt de Soignes. Au cinquième jour, le blessé était allé retrouver le bûcheron qui l'avait recueilli chez lui, au moment de l'accident ; chaque jour, il sortait en voiture ; au dix-huitième, il partait pour Londres.

MM. Tallois et Phillips n'ont-ils pas vu et traité, avec moi, mademoiselle Lebrun, artiste distinguée de notre théâtre, atteinte de fracture de jambe, avec hémorragie et déchirure de la peau par les extrémités osseuses dont l'une fut reséquée ? Ne se rappellent-ils pas que toutes ces complications furent combattues immédiatement, par l'appareil amidonné, que nul accident ne survint, et que la malade put se lever à volonté ?

M. le docteur Lebeau, autre membre de la Commission, n'est-il pas chaque jour témoin, dans son hôpital, de résultats semblables ? Et toutes les fois qu'il est venu à Saint-Pierre seul, ou avec la Commission, n'a-t-il pas constaté que mes fracturés marchaient avec des béquilles, et se promenaient dans la cour ?

Depuis dix ans, M. le professeur Langlet, également membre de la Commission, n'a-t-il pas pu se convaincre cent fois de ce que j'avance ?

Enfin, M. le docteur Graux n'est-il pas obligé de s'écarter souvent, en se rendant à sa clinique, pour laisser passer les fracturés qui se promènent dans la cour de l'hôpital Saint-Pierre ? N'a-t-il pas vu encore un personnage de distinction se promener en voiture, peu de jours après que je lui avais appliqué le bandage, pour une fracture du col du fémur ?

Tous les membres de la Commission ont donc vu et employé avec moi la *déambulation*, telle que je la professe. Comment s'expliquer, dès lors, qu'ils aient admis et signé un rapport, dans lequel il est dit « que la déambulation ne doit être autre que la possibilité de transporter le blessé du lit au fauteuil ? »

« La seule question qu'il nous a été permis d'examiner, par le programme de M. Seutin, dit encore M. le rapporteur, c'est l'application immédiate de l'appareil amidonné, dans les cas de fractures compliquées ou comminutives.

» Nos observations ont été faites, à l'hôpital Saint-Pierre, sur treize malades, qui étaient à cette époque en traitement.

» Voici l'énumération des diverses lésions :

» Six fractures de la jambe ;

» Trois fractures de la cuisse ;

» Deux fractures de l'humérus, dont :

» Une fracture de l'épicondyle avec luxation du coude ;

» Et deux fractures de l'avant-bras.

» Des six fractures du tibia, nous en écartons deux qui ne peuvent entrer dans ce cadre, parce que ce sont des fractures simples et sans complication. (Marga, âgé de dix-neuf ans, fracture de la jambe, et Bruseman, Jeanne, âgée de cinquante-quatre ans, même fracture.)

» Il en est de même d'une fracture de l'avant-bras, et d'une fracture de la cuisse. (Van Thielen, âgé de vingt-deux ans, et Vandamme, âgé de neuf ans.)

» Il reste donc neuf sujets dont votre Commission a suivi le traitement avec attention. »

Eh bien, Messieurs, n'était-ce pas assez ? Que fallait-il de plus ? Quoi ! j'offre treize fractures ; on en met quatre de côté, il en reste neuf, et cela ne suffit pas ! Mais à moins qu'il n'y eût eu une épidémie de fractures, il m'était impossible d'en fournir davantage. Si la Commission avait mieux limité son travail, elle eût peut-être fait quelque chose ; mais elle voulait toujours aller au delà de ce que je lui avais indiqué !

Il ne fallait pas, en effet, se borner à décrire la situation des sujets ; ce qu'il fallait surtout constater, ce sont les grands avantages de ma méthode, et non pas de l'appareil. On parle toujours de l'appareil, mais ce méchant appareil n'est rien. Ce qu'il faut considérer, je le répète, c'est la méthode et les avantages immenses qu'elle procure. Or, c'est là un point sur lequel la commission n'a pas dit un mot.

« Le nommé Vincent, âgé de 74 ans, étant ivre, se brisa, en tombant, les os de la jambe, dans l'articulation tibio-astragalienne. Il y eut déchirure de la peau, issue des esquilles, et le membre fut couvert de phlyctènes. Le bandage immédiatement appliqué fut arraché par le malade pendant la nuit. L'appareil fut placé de nouveau, et de nouveau aussi il fut arraché pendant la nuit suivante. Malgré ces obstacles, malgré la violence et l'étendue du mal, il n'y eut presque

pas de fièvre. Cet homme, entré à l'hôpital, le 18 février, en est sorti guéri le 10 avril. »

Mais, Messieurs, n'est-ce pas là une guérison véritablement miraculeuse? Pourquoi glisser aussi légèrement sur un semblable fait? La commission regrette d'avoir dû se renfermer dans des limites trop étroites ; mais voilà un cas qui, à lui seul, pouvait fournir un vaste champ à ses observations et à ses critiques, et elle le passe tout à fait sous silence ! Si vous aviez pû voir cet homme comme la commission l'a vu, Messieurs, vous vous seriez convaincus qu'il y avait là de quoi provoquer des considérations du plus haut intérêt !

Le second malade a eu le tibia brisé à son tiers supérieur, par une pierre volumineuse. Cette lésion était compliquée d'une plaie de 3 pouces de longueur sur 2 de largeur, laissant à découvert les muscles antérieurs de la jambe. L'appareil fut immédiatement appliqué. Ce malade, qui ne s'est jamais plaint de souffrir, entré à l'hôpital, le 16 février, en est sorti guéri le 4 avril.

« Le nommé Avaux, maçon, âgé de 29 ans, étant ivre, tomba dans un fossé et se brisa le tibia. Apporté à l'hôpital, le 15 février, jour de l'accident, on constata une fracture au tiers inférieur du tibia; le fragment supérieur faisait une forte saillie en avant, et le déplacement était tel, qu'il y avait un raccourcissement du membre de 2 pouces ; la jambe était fortement ecchymosée. Le bandage fut immédiatement appliqué. Il n'y eut pas de fièvre; le malade put sortir de son lit, et le 12 avril il quitta l'hôpital. »

Messieurs, je vous le demande, dans ce cas encore, où sont donc toutes ces complications, tous ces accidens formidables dont on s'est plu à vous entretenir?

« Le nommé Losa, âgé de 43 ans, eut le tibia brisé, en tombant d'une table sur le parquet ; la fracture, au tiers inférieur de l'os, était comminutive et elle avait fait une plaie à la jambe. L'appareil fut appliqué immédiatement. Il n'y eut pas de réaction inflammatoire; la plaie fut pansée tous les jours, par une petite fenêtre, laissée ouverte dans le corps du bandage, et on ne vit aucun accident entraver le traitement. Ce malade, entré à l'hôpital le 21 février, en est sorti guéri le 26 avril. »

La commission a entendu toutes mes explications sur ce fait, elle a vu comment cet homme a été traité, elle a constaté qu'aucun accident quelconque n'est venu entraver le traitement : n'était-ce pas encore le cas d'indiquer les avantages de cette méthode qui avait conjuré les accidens les plus graves, tels que la gangrène, le sphacèle du membre, mots magiques au moyen desquels on a voulu vous effrayer et dont on a été si prodigue?

« Votre commission a suivi avec intérêt le traitement d'une fracture comminutive de l'avant bras. Le radius était brisé en deux points différens ; le cubitus, rompu à sa partie moyenne, avait déchiré la peau, et par cette ouverture passait une esquille de 6 à 7 lignes. L'appareil amidonné fut immédiatement appliqué. Pendant plusieurs jours, les douleurs furent telles, que l'on dut ouvrir le bandage : on vit alors un gonflement inflammatoire très considérable ; on appliqua sur tout le membre de la glace pilée, et, sous l'influence de cette médication, on ne tarda pas à voir diminuer les accidens inflammatoires. C'est du 3 au 29 mai que tous ces symptômes alarmans se sont développés, et c'est seulement après avoir combattu par le froid l'inflammation et le gonflement du membre, que l'on a pu, sans crainte, appliquer le bandage inamovible. Cet homme est sorti guéri. »

Je ne parlerai pas de l'erreur commise par M. le rapporteur, quand il avance que c'est du 3 au 29 mai que tous les symptômes alarmans se sont développés ; c'est du 23 au 29 mai qu'il faut lire. J'ai à attirer votre attention sur quelque chose de plus sérieux.

D'après ce que vous venez d'entendre, Messieurs, ne semblerait-il pas qu'on aurait enlevé le bandage, pendant plusieurs jours, par suite des symptômes inflammatoires qui se sont développés, et qu'on ne l'aurait réappliqué qu'après leur disparition? Eh bien ! il n'en est rien. Mais ce qui est plus grave, c'est que la commission le sait aussi bien que moi, non seulement parce qu'elle s'en est assurée par elle-même, mais parce que cette observation ayant été publiée pendant qu'elle rédigeait son rapport, je me suis empressé de lui faire tenir un exemplaire de cette publication ! Que dites-vous de cela?

« Parmi les fractures de l'humérus, deux seulement ont paru devoir faire partie de ce travail, parce qu'elles rentrent entièrement dans les limites que M. Seutin a données à sa proposition qui est, comme vous le savez, « l'application immédiate du bandage dans les fractures comminutives ou compliquées. »

« La première est une rupture de l'os à sa partie moyenne, compliquée d'un épanchement sanguin sur toute la face interne du bras, et d'un gonflement inflammatoire considérable. Le bandage fut appliqué aussitôt après l'entrée du malade ; aucun accident n'a entravé la guérison. »

Voilà, Messieurs, une cinquième observation dans un cas de complications graves, sans qu'il y ait eu le moindre accident, et sans réflexion aucune de la part de la commission.

« La seconde est une luxation du coude en arrière avec fracture de l'épiphyse. Après avoir réduit la luxation, on appliqua immédiatement l'appareil, malgré le gonflement qui entourait l'articulation. Les mouvemens ont été rétablis dans cette jointure, et le nommé Mathieu, âgé de 15 ans, entré à l'hôpital le 1er mai, en est sorti guéri le 30 du même mois.

» Nous citerons encore deux histoires de fractures, dont la gravité devait laisser peu d'espoir de guérison complète.

» Le nommé Plasman, âgé de 28 ans, fut apporté à l'hôpital le 10 juillet. On reconnut une fracture oblique du fémur droit, une fracture longitudinale de la rotule, la rupture du ligament avec plaie transversale au genou, une fracture du cubitus gauche et une commotion cérébrale. Le bandage inamovible fut immédiatement appliqué, et l'extension des membres inférieurs fut faite par des sacs remplis de sable. Le malade eut du délire. L'appareil étant ouvert, on vit une forte tuméfaction autour de l'articulation du genou. On appliqua deux vessies pleines de glace, et les symptômes graves ne tardèrent pas à diminuer d'intensité. Le 31 août, cet homme est sorti de l'hôpital. Le cal était solide, mais le membre était un peu raccourci et les mouvemens du genou avaient perdu de leur étendue. »

N'est-ce pas encore là, Messieurs, le cas le plus rare, le plus compliqué que l'on puisse voir? Eh bien! il ne s'y est présenté aucun des accidens formidables dont la commission vous a entretenus.

Je m'arrêterai ici, pour le moment, ne voulant pas fatiguer l'attention de la compagnie. Je me réserve de continuer, dans la prochaine séance, l'examen détaillé du rapport, tout en vous faisant remarquer néanmoins, dès aujourd'hui, que ses conclusions ne sont pas admissibles.

(La fin au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ; NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE ET SUR LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE ; par le docteur EMILE BERNARDEAU. — Brochure in-8°, de 130 pages. A Paris, chez Fortin-Masson, libraire.

Ainsi que ce titre l'indique, c'est surtout sur les causes et le traitement de la phthisie pulmonaire qu'ont porté les recherches de l'auteur. Toute la partie qui concerne la symptomatologie, le diagnostic et le pronostic ne contient absolument rien de neuf et ne contient même pas tout ce que la science possède sur ce point. On s'aperçoit bien vite que ce n'est là qu'une pièce rapportée à la hâte pour remplir une lacune et joindre les deux extrémités du travail. Aussi nous garderons-nous de faire à M. Bernardeau des reproches qu'il s'est déjà faits sans doute à lui-même et qui ne le toucheraient que médiocrement. — *Péché avoué est à moitié pardonné.*

Quant à l'étiologie et à la thérapeutique de la phthisie pulmonaire, disons tout de suite que si nous étions appelé à exposer nos idées à ce sujet, elles ne différeraient pas en beaucoup de points de celles de l'auteur. Pour lui, comme pour nous, la phthisie pulmonaire a son origine dans des conditions générales, soit internes, soit externes, dont elle n'est qu'un produit partiel et, pour ainsi dire, une sorte de contrecoup. Le traitement, en ce qu'il a d'essentiel et de fondamental, doit consister, d'une part, à éloigner ces conditions pathologiques, et, d'autre part, à y substituer des conditions opposées. Malgré cet accord entre l'auteur et nous, nous ne pouvons, cette fois, nous dispenser à son égard de deux reproches. Le premier est d'avoir traité ces importantes questions avec une brièveté extrême et sans prendre la peine, le plus souvent, de produire aucun document à l'appui de ses opinions. C'est ainsi que toute l'étiologie se trouve traitée en une vingtaine de pages. Le second reproche est de ne pas tenir assez compte des données acquises et d'entrer dans l'histoire de la phthisie pulmonaire comme dans un pays conquis. Cette dernière remarque sera, nous l'espérons, justifiée par les détails dans lesquels nous allons entrer.

M. Bernardeau divise les causes de la phthisie en trois classes : la première comprend seulement l'hérédité ; la seconde, toutes les causes générales correspondantes ; ce sont : 1° une alimentation vicieuse ; 2° un air vicié ; 3° le défaut d'exercice ; 4° des vêtemens insuffisans ; 5° la malpropreté ; 6° abus de liqueurs alcooliques ; 7° les causes morales ; 8° la contagion ; 9° les excès de tous genres. A la troisième et dernière classe se rapportent les maladies qui peuvent devenir l'occasion du développement de la phthisie ; telles sont la pneumonie, la pleurésie, etc. En donnant un peu d'élasticité à quelques-uns des termes de la classification, on peut y faire entrer en effet toute l'étiologie connue des tubercules pulmonaires. On ne s'attend pas sans doute à ce que nous passions en revue chacun de ces termes ; mais il en est un que plus d'un lecteur aura été surpris de rencontrer, et sur lesquels nous nous arrêterons un instant. Nous voulons parler de la contagion. On sait qu'à des craintes exagérées sur la propriété contagieuse des tubercules a succédé, depuis Portal, une sécurité parfaite. Cependant il est arrivé ici la même chose que pour la fièvre typhoïde ; l'observation clinique est venue de temps à autre donner un démenti à l'opinion générale, et aujourd'hui il nous paraît certain que, d'*un époux à l'autre*, la phthisie pulmonaire peut être communiquée. M. Fournet parle d'un médecin qui a vu sa femme, jeune encore, succomber à cette cruelle affection, et qui avait éprouvé, pendant tout le temps de sa cohabitation et surtout à la fin, tous les signes rationnels d'un commencement de phthisie ; ces symptômes ont disparu graduelle-

ment peu de temps après la mort de sa femme pour ne plus revenir. Le même auteur cite encore un fait plus curieux et qui lui a été communiqué par M. Guérin. — Une femme mourut de phthisie pulmonaire au troisième degré après avoir couché avec son mari jusqu'à ses derniers momens. Celui-ci, d'une constitution primitivement robuste, issu d'une famille où jamais il n'y avait eu de phthisiques, épousa en secondes noces une femme également bien constituée et née de parens sains. Après dix-huit mois de mariage, il succomba à une phthisie pulmonaire des mieux caractérisées. La seconde femme n'avait cessé de cohabiter avec lui jusqu'à sa mort. Peu de temps après, elle se remaria; mais, deux ans après ce second mariage, elle mourut de phthisie. Son second mari, fortement constitué, issu d'une famille où l'on n'avait jamais vu d'exemples de phthisie, succomba à son tour à cette affection quelque temps après la mort de sa femme. — M. Bernardeau a, lui aussi, observé des faits analogues, et il croit fermement à la contagion de la phthisie d'un époux à l'autre.

Il est un autre point sur lequel son observation personnelle lui a permis de vider une question sur laquelle les opinions sont partagées. On sait que les ouvriers employés à broyer les cailloux deviennent facilement phthisiques. La maladie est-elle ici la conséquence de l'inspiration de la poussière du silex, ou bien dépend-elle, comme le veut M. Andral, de ce que ces ouvriers se tiennent habituellement sur un sol humide? M. Bernardeau a observé, sous ce point de vue, les ouvriers de la fabrique de pierre à fusil de Meusnes, petite commune du département de Loir-et-Cher. La maladie, dans ce pays, comme partout, commence par une petite toux sèche, qu'on nomme la *caillote*, voulant désigner par là qu'elle est produite par le caillou qu'on y travaille. Les femmes qui exercent leur profession à la maison meurent de 18 à 30 ans; très peu dépassent cet âge. Les hommes fendent les cailloux en plein air et vivent de 35 à 45 ans. Or, aucune contrée peut-être de France n'est moins humide que Meusnes. On ne retrouve pas de trace, au matin, d'une forte pluie d'orage tombée pendant plusieurs heures la veille. Tous les chemins sont couverts de silex sur lequel la pluie se comporte comme la goutte d'eau sur une barre de fer modérément chauffée; elle disparaît promptement. Ces observations, si elles ne démontrent pas péremptoirement l'influence directe de la poussière du silex sur la production des tubercules pulmonaires, déposent du moins contre le rôle attribué à l'humidité du sol.

Avant de passer à l'exposé du traitement, l'auteur examine la question de la curabilité de la phthisie pulmonaire. Nous n'avons trouvé là aucune mention des intéressans travaux dont cette question a été l'objet dans ces derniers temps. A vrai dire même, le problème n'y est pas discuté. « La phthisie est-elle curable? Je me hâte de répondre affirmativement... A quel degré l'est-elle? je réponds qu'elle l'est à toutes ses périodes; mais plus ou moins facilement. » Là se borne toute l'argumentation de l'auteur. Et, si l'on veut savoir jusqu'où va sa confiance dans la curabilité des tubercules pulmonaires, qu'on lise le passage suivant: « Le phthisique *au troisième degré tient à peu près le milieu entre la vie et la mort.* Sa maigreur est souvent effrayante; ses omoplates saillantes et en forme d'ailes; sa démarche chancelante, ses crachats jaunes, verdâtres, etc.; *tout en lui reflète la mort.* Que l'intensité de tous ces symptômes *le préoccupe peu,* si son estomac fonctionne normalement; car de l'état de ce viscère dépend le pronostic à porter. » Il se peut que Broussais ait eu quelquefois raison de s'élever contre le pessimisme, le *fatalisme,* comme il disait, des médecins de l'école anatomique; mais voilà un optimisme qui eût certes dépassé ses prévisions, et nous avouons que le bon appétit d'un phthisique au troisième degré n'atténue pas beaucoup la gravité de notre pronostic.

Nous l'avons dit, l'auteur fait d'une hygiène bien entendue la base de sa thérapeutique. Une alimentation substantielle, beaucoup d'exercice, le séjour dans un climat doux, tempéré et uniforme, le renouvellement fréquent de l'air des appartemens, voilà à peu près toutes ses prescriptions. Une des plus importantes à notre avis et dont la timidité du médecin ou du malade empêche souvent de tirer un parti suffisant est celle qui est relative à l'exercice. Il est peu de médecins qui n'aient vu des individus menacés de phthisie, déjà hémoptoïques, revenir à la santé sous le stimulant d'un exercice forcé à la suite d'embarras d'affaire ou de toute autre cause de ce genre. De même, combien de jeunes gens qui, se croyant condamnés à une mort prochaine et décidés à ne plus supporter de privations inutiles, laissent là diète, tisanes et potions, pour se jeter dans la bonne chère et les plaisirs et trouvent leur salut dans cette détermination désespérée. « Que l'on considère, si l'on veut, le café comme un médicament, dit M. Bernardeau. Je connais un cas de phthisie guérie où le malade en prenait trois fois par jour. » Nous en avons vu pour notre compte se trouver très bien de cette boisson, ainsi que du punch et du bon vin. Mais tout cela ne peut offrir de chance qu'au début du mal; et les praticiens savent qu'à une période avancée l'on ne peut permettre seulement un peu de bon vin sans allumer la fièvre et provoquer la diarrhée.

Enfin, tout en fondant surtout son traitement sur les principes généraux dont nous avons parlé, l'auteur ne néglige pas de les seconder par quelques agens médicamenteux dont il varie l'emploi suivant les âges et les constitutions. Ainsi chez les enfans au-dessous de 7 ans, il emploie l'iodure de potassium dans du lait à la dose de 5, 10, 15 centigr. par jour; de 7 à 15 ans, le même remède dans une infusion de feuilles de noyer; de 15 à 20 ans, l'infusion de feuilles de noyer seule, *sans iodure* (pourquoi?), à la dose de deux et trois verres par jour; à tous les âges, surtout s'il existe des accès de fièvre, le vin de Cascarille à la dose de deux, trois, quatre cuillerées en une seule fois, à jeun. Nous n'avons rien à dire, faute d'expériences personnelles, de ce dernier médicament que M. Bernardeau regarde presque comme un spécifique des tubercules pulmonaires; et nous n'avons rien de mieux à faire que de reproduire le passage suivant, propre à encourager à de nouveaux essais les praticiens qui, comme nous, n'ont guère trouvé que désenchantement dans les moyens jusqu'ici vantés contre la terrible maladie qui nous occupe. « Il est, dit M. Bernardeau, des phthisiques adultes que je vois deux fois par an, au printemps et à l'automne seulement. Du 10 mars au 10 avril, ils prennent par jour trois cuillerées de vin de Cascarille; autant du 10 septembre au 10 octobre. Ce sont, pour la plupart, des ouvriers qui n'ont pu se procurer le bénéfice des voyages, mais qui néanmoins, s'entourant chez eux de tout ce qu'ils reconnaissent comme utile à leur santé, sont dans des conditions hygiéniques à peu près irréprochables. Je les soigne *depuis deux, quatre, six ans.* Depuis le premier jour où je les ai vus, *leurs tubercules sont restés tels quels.* Mais comme le printemps et l'automne sont pour eux des époques de réaction générale bien sensible, certains de leurs symptômes s'aggravent. Le vin de Cascarille vient rétablir l'équilibre. »

VARIÉTÉS.

— RAPPORT SUR LA TRANSMISSION DE LA PESTE ET DE LA FIÈVRE JAUNE, présenté à la Société académique de médecine de Marseille, par une commission prise dans son sein, et adopté à l'unanimité dans la séance du 12 août 1845.

Marseille, typographie Barlatier et Demonchy, rue Canebière, 19.

— PRÉCIS DE CHIRURGIE ÉLÉMENTAIRE, leçons professées à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, en 1843 et 1844, par MOREAU BOUTARD, D. M. P., ex-élève des hôpitaux civils et militaires, chirurgien aide-major, lauréat (premier prix) du Val-de-Grâce, etc.

La première partie, parue il y a quelques mois, renferme les PANSEMENS et BANDAGES.

Les deux parties réunies forment un joli volume in-18 renfermant 95 fig. intercalées dans le texte. — Prix du volume : 2 fr. 25 c.

Paris, 1845, chez Fortin, Masson et comp., éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

— RÉFLEXIONS SUR LES MOYENS EMPLOYÉS JUSQU'A CE JOUR POUR LE REDRESSEMENT DES DENTS; suivies de la Description d'un procédé nouveau; par M. P. A. GRANDHOMME, chirurgien-dentiste. Brochure de 20 p. Prix : 5 fr.

Paris, à la librairie médicale de Fortin, Masson et comp., place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

— EXAMEN CLINIQUE DE L'HYDROTHÉRAPIE; par H.-E. SCHEDEL, docteur en médecine, ancien interne et lauréat (médaille d'or) des hôpitaux. Un vol. in-8°. Prix : 7 fr.

A Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

— Un docteur en médecine, habitant un chef-lieu de canton d'Eure-et-Loir, désire, pour cause de santé, céder sa clientèle.

S'adresser à Me Debiere, notaire à Paris, rue Grenier-Saint-Lazare, 5.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 38. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er octobre. On s'abonne dans les départements chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départements, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LE SYSTÈME NERVEUX SPLANCHNIQUE. — MÉMOIRE SUR LES NERFS DES MEMBRANES SÉREUSES EN GÉNÉRAL ET DU PÉRITOINE EN PARTICULIER DANS L'HOMME. — Première partie : ANATOMIE MICROSCOPIQUE, lue à l'Académie des sciences les 1er et 8 septembre 1845 ; par J.-M. Bourgery.

Les nerfs des membranes séreuses! Voilà un sujet neuf et inattendu, mais peut-être aussi, par cela même, dont le simple énoncé ne manquera pas de trouver beaucoup d'incrédules. Il n'y a pourtant là rien que l'on n'eût dû prévoir, si l'on réfléchit que dans tout tissu quelconque, la masse des nerfs doit être nécessairement en proportion du degré de vitalité qu'il manifeste. Une découverte de cette nature ne peut que satisfaire, sans les étonner, les esprits pénétrans qui savent que l'anatomie, bornée, jusqu'à présent, à l'étude des masses organiques, n'a encore existé que pour le chirurgien et le zoologiste, tandis que presque tout est à faire dans l'anatomie de texture, la seule qui puisse être utile au physiologiste, au médecin et au savant philosophe. Mais pour tous ceux qui, sur la foi des livres, croient pieusement que l'anatomie, tant normale que pathologique, est l'une des sciences les plus avancées, après tant de recherches infructueuses, quoique si persévérantes, des anatomistes, quel moyen de croire qu'il existe dans les membranes séreuses des nerfs très visibles qu'ils n'auraient pas reconnus! Eh bien! non seulement j'annonce l'existence de ces nerfs, mais j'affirme et je viens montrer positivement qu'aucun tissu

---

Feuilleton.

CINQ CACHETS INÉDITS DE MÉDECINS-OCULISTES ROMAINS, PUBLIÉS ET EXPLIQUÉS PAR LE DOCTEUR SICHEL.

On sait que les oculistes romains possédaient des cachets ou tablettes en pierres gravées, sur lesquels étaient inscrits les noms des collyres ou topiques oculaires qu'ils employaient habituellement, et le plus souvent aussi celui du médecin. Saxe, Walch, Tôchon d'Anneci, Kuehn, MM. Rever, Bottin, Johanneau, de Saint-Mêmin et d'autres savans en ont publié un nombre considérable. Selon notre calcul, ce nombre s'élève actuellement à 40. M. de Saint-Mêmin le porte à 41. Mais, d'après notre conviction, cet antiquaire a fait un double emploi qui l'a induit dans une erreur d'autant plus excusable que probablement il n'a pu, comme nous l'avons fait, consulter tous les ouvrages originaux. Outre ces cachets, il existe deux vases destinés à contenir un de ces topiques oculaires et qui portent en inscription ces mots grecs: Ἰάσονος Λύκιον, *Lycium de Jason*. Millin et Tôchon les ont décrits, et ce dernier les a expliqués.

Grâce à la bienveillante obligeance de MM. du Mersan, conservateur adjoint au cabinet des médailles de la Bibliothèque du Roi, Raoul-Rochette, conservateur du même cabinet et secrétaire perpétuel de l'Académie des Inscriptions, de M. le docteur Daremberg, bibliothécaire de l'Académie royale de médecine, et de M. Adrien de Longpérier, premier employé du cabinet des médailles, j'ai pu réunir successivement les empreintes ou copies de cinq cachets du même genre encore inédits. Je m'empresse de faire part de cette découverte au public, en donnant de suite à chaque pierre le numéro d'ordre qu'on doit lui assigner dans la série des cachets qui sont actuellement connus. A l'exemple de Saxe et de Tôchon, je les désignerai par le nom de la ville près de laquelle elles ont été trouvées, ou bien encore par le nom de celle où elles ont été déposées dans les collections publiques ou particulières d'antiquités.

Pour point de départ, j'ai pris les trente cachets publiés et numérotés par Tôchon, et j'ai continué la supputation jusqu'aux derniers cachets publiés en 1841 par M. de Saint-Mêmin, comme il suit :

Ἰάσονος Λύκιον. Cette inscription, n'appartenant pas à un cachet, ne doit pas entrer en ligne de compte. A.-L. *Millin*, Description d'un vase trouvé a Tarente. Paris, 1814, in-8°. — *Tôchon* d'Anneci, Dissertation sur l'inscription grecque Ἰάσονος Λύκιον, et sur les pierres antiques qui servaient de cachets aux médecins-oculistes. Paris, 1816, in-4°.

Nos 1 à 30. *Tôchon*, p. 60 à 72.

31. C.-G. *Lenz*, dans Millin, Magasin encyclopédique, 1809, t. i, p. 102.
32. *Baudot* l'aîné, *Ibid.*, t. ii, p. 105.
33. Séb. *Bottin*, dans les Mémoires de la Société royale des antiquaires de France, 1820, p. 459.

n'en renferme davantage, qu'ils y sont en nombre immense, et que, par leurs myriades d'anastomoses revêtues d'un mince névrilême aponévrotique, ils y forment une toile serrée, plus déliée que la plus fine dentelle, qui constitue du même coup la charpente flexible de la membrane. Il y a plus, ajouterai-je, ces nerfs affectent les origines les plus variées. C'est par milliers qu'ils procèdent indifféremment sur toutes les surfaces des nerfs qui leur sont propres, soit des plexus extra-viscéraux, soit des nerfs vasculaires, soit sur les parois abdominales et thoraciques des filets musculaires des nerfs rachidiens, de telle sorte qu'ils forment partout, dans les membranes séreuses, un immense réseau d'anastomoses, ou plutôt une grande surface intermédiaire de fusion des deux systèmes nerveux splanchnique et cérébro-spinal.

Mais dès le début il s'agit de fixer la limite à imposer à ce mémoire. Qu'on ne s'y trompe pas, ce sujet, *les nerfs des séreuses*, qui, au premier abord, paraît assez simple et très restreint, est au contraire fort étendu. Il m'a nécessité, en lui-même, plusieurs mois de recherches; mais en outre, comme il porte loin en anatomie, ces études en ont amené beaucoup d'autres dont l'ensemble ouvre un champ très étendu d'applications à la physiologie, à la médecine et à la thérapeutique.

De proche en proche, les nerfs d'une première membrane séreuse m'ont fait rechercher ceux des autres, puis les nerfs des synoviales, ceux du tissu cellulaire, ceux des fibres musculaires, etc.

Dans le cours de mes observations microscopiques, ayant montré successivement ces faits à un grand nombre de personnes attirées par leur nouveauté, je n'ai eu en quelque sorte plus de secret à garder. Seulement, je constate la quantité innombrable, et bien supérieure à tout ce que l'on avait pu prévoir, des nerfs qui se présentent dans les tissus les plus vivans, et je prends acte, en particulier, de leur existence dans le tissu générateur commun, le *tissu dit cellulaire*, que j'avais déjà considéré dans les prolégomènes de ma médecine opératoire comme la séreuse générale de glissement de tous les organes mobiles, et que je montrerai plus tard formant la gangue commune organique vasculo-nerveuse.

Mais ne pouvant tout embrasser dans un ensemble aussi vaste, non seulement je borne ici mon sujet aux nerfs des membranes séreuses, mais je l'arrête plus précisément à ceux du péritoine, la grande séreuse abdominale, la plus complète de toutes, et, par cela même, celle où se dessinent avec le plus de précision, sous toutes les formes, les caractères différentiels du système nerveux propre à ces membranes.

Toutes les personnes qui ont une grande habitude des observations microscopiques savent que pour les détails qui n'exigent qu'un faible grossissement, le microscope révèle au premier aspect, avec une grande précision, une foule de particularités que l'on n'avait pu remarquer d'abord, que l'on n'aurait peut-être jamais observées, mais que l'on retrouve ensuite facilement à l'œil nu lorsqu'une fois l'instrument vous les a bien fait connaître. Tous les micrographes aussi ont appris à leurs dépens que, dans chaque nouveau tissu, à chaque nouveau sujet d'examen, il faut acquérir une expérience nouvelle, et que les faits les plus évidens et les plus significatifs en eux-mêmes, s'ils s'écartent des idées reçues, sont rarement ceux qui fixent les premiers l'attention.

Ces observations générales sur les études microscopiques s'appliquent surtout à celle des nerfs des séreuses. Il serait aussi par trop extraordinaire que, dans l'élan imprimé depuis si longtemps, en Europe, aux études anatomiques de toute sorte, personne, ni à l'œil nu, ni au microscope, n'eût jamais rien vu de ces nerfs, qui pourtant sont assez visibles, même pour l'œil le moins exercé. Aussi, je n'hésite pas à le dire, ils ont été vus de tout temps par tout le monde, mais non reconnus dans leur nature. Le premier venu peut distinguer immédiatement l'aspect nacré, d'un blanc bleuâtre, des membranes séreuses, et voir qu'elles se composent de filamens entrecroisés. Rien n'était plus naturel que de prendre ces filamens pour ce qu'ils semblent être uniquement à l'extérieur, c'est-à-dire pour du tissu fibreux ou du tissu cellulaire; mais personne n'avait été conduit, par ses observations, à y reconnaître, au moins pour la plus grande part, des nerfs revêtus de leur névrilême. Et cependant, depuis ces vingt dernières années que les études histologiques ont été reprises avec ardeur, il n'est aucun anatomiste qui, dans la description des séreuses, n'ait exprimé le regret de ne pas trouver au moins une trace de nerfs dans ces membranes dont rien n'explique la haute vitalité. La science en était restée là. Les micrographes allemands qui, à l'aide des injections fines, ont obtenu de si merveilleux résultats de l'étude des vaisseaux capillaires, dans celle des membranes séreuses ont manqué le but en l'outrepassant. On a analysé jusqu'à l'épithélium, dans lequel on a trouvé, sous d'énormes grossissemens, une foule de détails douteux d'infiniment petits, dont l'étrangeté même éloigne toute signification positive; mais on a oublié d'étudier tout simplement le tissu séreux par les procédés de l'anatomie ordinaire. On a été chercher bien loin des faits de peu d'intérêt, tandis que tout près de soi il y avait lieu de faire une découverte bien plus importante et facile à vérifier, même à l'œil nu.

Tous les histologistes nos contemporains qui ont étudié les élémens des tissus cellulaire et séreux s'accordent sur la nature exclusivement fibreuse élastique des filamens, dont ils ont nommé la trame le *derme* des séreuses. Krause, Lauth, Jordan, R.Wagner, Schwann, Enlenberg, etc., n'y voient pas autre chose. Henle, qui commente ces auteurs et les résume tous, est remarquable par l'image nette et précise qu'il donne de ce réseau fibreux :

« Les membranes fibreuses, dit-il, se composent d'une couche fibreuse, »entre le tissu cellulaire et l'épithélium. Les fibres, à mailles rhomboïda»les alongées, d'une seule couche dans l'arachnoïde, sont serrées en plu»sieurs couches dans la plèvre. »Un fait qui lui paraît remarquable, c'est l'existence, à la face interne de ce réseau, d'une couche de fibres qu'il serait tenté de prendre pour du tissu élastique (1).

Plus loin (page 401), il ajoute : « L'observation n'a encore rien appris »sur la manière dont les nerfs se comportent avec les membranes séreu»ses; *car*, dit-il, *il ne peut être ici question des troncs qui passent en»tre les feuillets séreux pour aller gagner d'autres organes.* »Comme nous le verrons plus loin, pour un micrographe, il est impossible de passer plus près d'un fait sans le voir, d'autant que, après cette remarque négative, Henle déclare vraisemblable l'existence des nerfs dans les séreuses, alléguant avec raison, mais alléguant comme tout le monde, à ce sujet, la vive douleur qui accompagne leurs inflammations.

MODE DE PRÉPARATION ET GÉNÉRALITÉS DES NERFS DES MEMBRANES SÉREUSES.

J'ai dit, dans mon dernier mémoire sur l'extrémité céphalique du grand

(1) ENCYCLOPÉDIE ANATOMIQUE, traduite de l'allemand par Jourdan, tome VI ou tome Ier de l'ANATOMIE GÉNÉRALE, p. 396.

---

34 à 36. F. *Rever*, MÉMOIRE SUR LES RUINES DE LILLEBONNE. Evreux, 1821 (en réalité 1824), in 8o. APPENDICE, p. 40 et 53, 25 et 53, 45 et 52. C'est probablement en regardant les quatre cachets de M. Rever comme inédits, tandis qu'il n'y en a que trois de nouveaux, que M. de Saint-Mémin s'est trompé dans son calcul.

37 et 38. Eloi *Johanneau*, dans Bottin, MÉLANGES D'ARCHÉOLOGIE, etc. Paris, 1831, in-8°, p. 115 à 118.

39 et 40. De *Saint-Mémin*, RAPPORT SUR DEUX CACHETS INÉDITS D'OCULISTES ROMAINS. Dijon, 1841, in-4o.

41 à 45. Ces numéros avaient été assignés par moi aux cinq cachets inédits qui font le sujet de cet article. La rédaction était presque terminée lorsque j'ai trouvé :

46 et 47, deux nouvelles pierres déjà publiées par *Grivaud* de la Vincelle. Il en sera question plus loin.

Le nombre total de ces pierres sigillaires s'élève donc actuellement à *quarante-sept*. Les numéros devront être changés entièrement lors d'un nouveau travail complet sur ces cachets. Il sera nécessaire alors de les classer dans l'ordre chronologique de leur découverte.

M. Raoul-Rochette m'a dit que les deux cachets de la Bibliothèque royale (nos 41 et 42) devaient être publiés quelque part. J'ai vérifié tous les mémoires qui traitent de ce point d'archéologie, et je suis bien sûr que ces inscriptions sont restées inédites jusqu'à ce jour : hasard inexplicable! quand on considère avec quelle libéralité l'administration de ce bel établissement laisse à tout le monde un facile accès auprès des trésors qu'il renferme. Par une singulière coïncidence, ces cachets, ainsi que les autres que je fais connaître pour la première fois, portent des noms d'oculistes qui n'ont point encore figuré parmi les noms publiés jusqu'à ce jour. Cette particularité ne peut qu'ajouter à leur intérêt. Je me propose de réunir plus tard dans une monographie complète tous ces curieux monumens de l'antiquité médicale, de les commenter de nouveau et de corriger le texte de plusieurs qui ont été mal lus et mal interprétés. Comme, depuis Tôchon, personne n'a publié une collection entière de ces cachets; d'un autre côté, comme la plupart de ceux qui s'en sont occupés étaient plutôt antiquaires que médecins et surtout ophthalmologistes, j'espère que les archéologues ne considéreront pas cette entreprise comme inutile ou téméraire. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on ait mal lu un certain nombre de ces inscriptions et qu'on en ait donné une explication inexacte. La lecture des anciens auteurs qui nous ont légué des traités spéciaux des collyres peut seule nous mettre en état de rétablir le texte et le vrai sens. Parmi ces auteurs, il suffit quant à présent de citer *Celse* (l. VI, c. 6), *Scribonius Largus* (cap. 3 et 4), *Galien* (DE COMPOSIT. MEDIC. SEC. LOC., l. IV, c. 8), et *Aetius* (Tetrab. 2, serm. 3, c. 97-113).

Voici maintenant ces cachets inédits dans l'ordre où je les ai successivement découverts. Il est inutile de dire que je les porte à la connaissance du public d'après le consentement formel des savans qui ont bien voulu me les communiquer, ce dont je leur exprime ici toute ma reconnaissance.

Vers le milieu de l'année 1844, je priai M. du Mersan de vouloir bien faire des recherches dans le cabinet des médailles de la Bibliothèque du Roi sur les pierres

sympathique (7 avril 1845), l'utilité que j'avais retirée de l'immersion des pièces, pendant quelques semaines, dans un bain d'eau acidulée avec 1/100 à 1/200e d'acide azotique. C'est encore à cette préparation si simple que je dois d'avoir pu poursuivre jusque dans l'infiniment petit les nerfs des séreuses et de presque tous les tissus. L'effet de l'eau acidulée est de dissoudre lentement les vaisseaux capillaires et le tissu cellulaire, qui s'enlèvent peu à peu sous forme de bouillie grisâtre, et de rendre fermes, d'un blanc bleuâtre et opaques les nervules, qui sont naturellement grisâtres et incolores. D'où il résulte que le bain acide rend visibles ces nervules, les isole et les détache sur les surfaces et dans les profondeurs, là où ils se confondaient avec les tissus. L'expérience m'a appris depuis qu'une immersion prolongée n'est même pas nécessaire. Sur une surface de tissus mous, muscle ou membrane, où l'œil nu ne distingue rien, il suffit de verser quelques gouttes d'eau fortement acidulée pour blanchir et rendre immédiatement apparens, au moins à la loupe, des myriades de nervules dont on reconnaît ensuite facilement des indices, à côté, sur les points où l'acide n'a pas porté.

Ces préliminaires posés, j'entre en matière.

C'est en poursuivant, pour les faire dessiner, les plexus qui accompagnent les vaisseaux coliques que j'ai été amené à découvrir les nerfs des membranes séreuses. On sait que les artères et veines coliques et les plexus nerveux qu'elles supportent et qui les enlacent, interceptent entre eux leurs troncs et plexus mésentériques d'origine et leurs arcades d'anastomoses sous le gros intestin, de larges intervalles polyédriques de 3 à 6 ou 7 centimètres de largeur sur 6 à 12 ou 14 de longueur, renfermés dans l'adossement des deux feuillets mésentériques. Dans ces espaces où rampent des capillaires sanguins et des lymphatiques avec leurs glandes environnées de graisse, il suffit de la moindre attention pour remarquer aussi de longs filets nerveux qui, partant des divers plexus vasculaires du contour, traversent l'aire intermédiaire et s'y rejoignent en interceptant de nouveaux espaces polyédriques plus petits, de un à plusieurs centimètres seulement de surface. Or, de cette subdivision des grands espaces en plus petits à la subdivision nouvelle de ces derniers, il n'y avait qu'un pas à franchir. En regardant à la loupe, puis au microscope, il me devint bientôt évident que des filets de plus en plus fins, adhérant aux parois, c'est-à dire faisant corps avec les deux feuillets de la membrane, partageaient les espaces secondaires en ternaires, puis ceux-ci en quaternaires, et finalement que toute la surface de la séreuse elle-même, ou plutôt le corps, ce que l'on a nommé le *derme* de la membrane, se trouvait formé par un réseau de nervules anastomosés à plusieurs plans. Les nervules mêmes, au moins ceux des feuillets mésentériques dans leur volume de 1/10 à 1/50 de millimètre, sont assez forts pour qu'il ne soit pas nécessaire, afin de les bien voir, d'en grossissement de plus de 10 à 15 décimètres; et une fois qu'on les a bien observés, comme le savent ceux qui ont l'expérience des vues et des figures microscopiques, sauf certains détails généraux qui ont besoin d'être plus fortement amplifiés, ils peuvent être dessinés avec une précision suffisante à moitié de cette dimension.

Avec cette première observation bien constatée, les nerfs des séreuses étaient trouvés; le reste n'était plus qu'une affaire de temps, de patience et de travail. En poursuivant ces recherches sur toutes les séreuses et sur les divers points de la surface de chacune d'elles, j'ai pu en extraire certains faits généraux dont voici l'exposé :

1° Les membranes séreuses, dans toute leur étendue, sont formées, au moins en grande partie, dans leur trame essentielle, de nervules dégagés des nerfs voisins et revêtus d'un névrilème de tissu ligamenteux élastique. Sans nul doute, c'est cette enveloppe par son aspect qui est cause que l'on a cru simplement fibreux le réseau nerveux.

2° Les nerfs d'origine sont indifféremment de deux sortes, ganglionaires et cérébro-spinaux. L'espèce de nerfs qui s'épanouit dans une région déterminée d'une membrane séreuse dépend de ceux de la paroi sur laquelle elle s'applique. Ainsi les nerfs sont fournis par les rameaux rachidiens sur les parois musculaires du tronc, par les plexus extra-viscéraux sur la paroi rachidienne, par les uns et les autres dans les espaces intermédiaires communs, où existent les deux espèces de nerfs, et, par exemple, dans les gouttières dorsales et lombaires, les médiastins, le diaphragme, la paroi abdominale antérieure et le contour du bassin.

3° L'aptitude organique des membranes séreuses à s'approprier ou absorber toute espèce de nerfs, ce que l'on pourrait appeler en quelque sorte leur capacité nerveuse, est telle qu'aucun nerf, quel qu'il soit, cérébro-spinal ou ganglionnaire, et quelle que soit sa destination ultérieure, ne passe au voisinage ou en contact d'une membrane séreuse sans lui fournir des filets. Quand des nerfs différens sont voisins, ils en fournissent de concert, mais, à ce que j'ai cru reconnaître, sans s'être anastomosés avant leur entrée dans la membrane. Dans toutes les observations si nombreuses que j'ai faites et réitérées sur tous les points, je n'ai trouvé aucune exception à ces conditions générales.

4° D'un autre côté, ce que l'on pourrait appeler l'indifférence des nerfs pour leurs modes de terminaison est telle que, dans les parois du tronc, partout les rameaux se distribuent indistinctement par filamens microscopiques aux muscles, aux divers tissus mous et finalement aux séreuses. Ce fait est surtout remarquable et double en quelque sorte d'évidence dans le diaphragme, où les rameaux résultant de l'anastomose du phrénique et des filets vasculaires émanés des ganglions cœliaques se rendent également aux fibres musculaires et sur les deux faces des ventres charnus, à l'une et l'autre membrane séreuse, le péritoine et la plèvre. Aucun fait anatomique n'a encore montré plus évidemment que le même nerf se compose de filets destinés à des fonctions différentes.

5° L'aspect des filets de terminaison est invariablement le même pour chaque espèce de nerfs.

Les filamens terminaux des nerfs cérébro-spinaux qui traversent les enveloppes celluleuses des muscles pour se rendre dans les séreuses sont de deux sortes. Les uns, nés des nervules superficiels des fibres musculaires du premier plan, sont simples et s'insinuent directement un à un dans la séreuse; les autres, en aussi grand nombre, sont de petits faisceaux qui émergent, entre les fibres musculaires, des rameaux plus profonds et s'épanouissent en gerbes dans la séreuse, où ils s'anastomosent immédiatement entre eux et avec les précédens. Tous ces nervules, quoique revêtus d'un névrilème de tissu ligamenteux élastique, sont un peu mous et grisâtres. Ils sont moins solides, moins rigides et blanchissent un peu moins par leur immersion dans l'eau acidulée que ceux d'origine ganglionnaire, leur enveloppe étant plus mince; mais une fois entrés dans la séreuse, les conditions changent, le réseau commun prenant, au contraire, plus de fermeté avec une proportion plus grande de tissu ligamenteux élastique. Ces caractères sont communs à tous les nervules

sigillaires d'anciens oculistes. Il me remit les empreintes et les dessins de trois cachets dont deux inédits. Plus tard M. Raoul-Rochette m'a donné toute facilité pour examiner de nouveau les pierres originales.

N° 41. *Lapis Parisiensis tertius.* Troisième pierre de Paris. (Les deux premières forment les numéros 12 et 13 du catalogue de Tôchon.)

Cette pierre, parfaitement bien conservée, ressemble beaucoup à un schiste ardoisier par sa couleur gris-brunâtre et la disposition feuilletée des couches qui se présentent, dans son épaisseur, à l'un des angles qui est cassé. Elle est presque quadrangulaire, longue de 5 centimètres, large de 45 millimètres, épaisse sur sa tranche de 11 millimètres et demi. Elle porte sur chacun de ses quatre côtés une inscription dont la lecture n'offre aucune difficulté. Chaque inscription indique le nom de l'oculiste et des collyres, et trois des inscriptions désignent en même temps l'affection que les médicamens étaient destinés à guérir. Sur le plat, dans l'empreinte prise par M. du Mersan, se trouvent en traits fort déliés et renversés les lettres TIS, qui probablement rappellent le nom du graveur, à moins qu'elles ne soient tout simplement une marque faite plus tard par une personne devenue propriétaire du cachet. D'autres cachets présentent quelque chose de semblable.

L'examen attentif de la pierre elle-même est venu modifier l'opinion émise dans les lignes qui précèdent et qui étaient déjà écrites lors de mes recherches au cabinet des médailles. Les lettres, inscrites au burin, en traits déliés et *droits*, sur l'une des surfaces de la pierre, devaient naturellement se présenter renversées dans l'empreinte, qui n'a reproduit que celles dont les jambages n'étaient pas trop minces. En regardant de nouveau et avec soin cette empreinte, j'y ai d'ailleurs bien distinctement reconnu les lettres RIPSIT. Le c existe, mais il est illisible; l's manque. Toutes les lettres sont très reconnaissables sur la pierre, même à l'œil nu; elles forment le mot SCRIPSIT. Sur la surface opposée, l'on voit des traces de lettres majuscules également gravées en traits fins, mais ces lettres ne sont pas renversées; parmi elles on peut seulement lire MI et E. Elles constituaient sans doute le nom de l'artiste; avec le mot *scripsit*, elles formaient une légende placée par le graveur. Cette légende, qu'on rencontre sur ce cachet seul, répand une vive lumière sur les lettres qu'on trouve sur le côté plat de plusieurs autres pierres. C'est ainsi que dans le dessin du n° 35 (Rever, pl. 4, fig. 3, et p. 38), sur l'une des surfaces du cachet de *S. Martinus Ablaptus*, il existe des lettres dans lesquelles M. Rever (p. 36) « ne trouve aucune indication raisonnable d'un sens quelconque, » ou tout au plus (p. 39) « la première syllabe du nom de Galien, dont l'oculiste, galéniste prononcé, suivait la doctrine. » Or ces lettres me semblent indiquer clairement le nom du graveur, GAI, *Gaius*, c'est-à-dire *Cajus*. Elles y sont tracées deux fois, d'abord sur le couvercle d'une espèce d'amphore mal dessinée, et une seconde fois au dessus de cette image en lettres beaucoup plus larges. Un peu plus haut, près du bord supérieur de cette surface de la pierre, se trouvent, assez distans l'un de l'autre, deux s, dont le dernier est surmonté d'un petit sigle à moitié effacé qui me semble un IT. Nous aurons donc, à l'instar du n° 41 : SCRIPSIT GAIVS. Comme dans le n° 41, ces lettres sont gravées droites. Toutefois, d'après la figure, il devient probable que le graveur avait d'abord voulu simplement marquer son nom sur la pierre, mais que plus tard l'idée lui était venue d'en faire former l'empreinte, sur le couvercle du vase destiné à contenir le collyre, par le potier au-

musculaires ou cérébro-spinaux des séreuses, soit des parois thoraco-abdominales pour le péritoine et la plèvre, soit du crémaster pour la tunique vaginale. Ils montrent que le tissu fibreux élastique n'est pour les nerfs du péritoine de la plèvre qu'un élément de protection et de solidité propre à donner à la membrane séreuse la résistance et l'élasticité nécessaires pour résister, sans se rompre, aux frottemens et aux tractions qu'elle est appelée à subir.

Les nervules d'origine splanchnique ou ganglionnaire sont de trois sortes.

A. Les nervules splanchniques de la première espèce appartiennent aux grands replis des membranes séreuses, le péritoine et la plèvre. Ce sont les plus forts, ceux qui se présentent le mieux tissés et tramés en un réseau solide. Partout leur résistance, l'épaisseur et l'enchevêtrement à divers plans de leurs filets névrilématiques, sont proportionnés à la mobilité du repli où ils se trouvent et par conséquent aux efforts de traction qu'ils ont à supporter. Ainsi les réseaux les plus forts sont ceux des feuillets mésentériques, des ligamens péritonéaux du foie, de la rate, de la vessie, du rectum, de l'utérus. Viennent ensuite pour la plèvre les réseaux des médiastins, et pour le péritoine ceux des feuillets de revêtement des reins et de la vessie.

B. Les nervules splanchniques de la seconde espèce sont ceux des feuillets viscéraux, formés, en général, de longs filameus très fins, anastomosés dans un seul plan, en un canevas délié à longues mailles rhomboïdales. La ténuité de ce réseau est cause de l'extrême minceur des feuillets viscéraux des plèvres sur les poumons, et du péritoine sur le tube digestif et ses annexes glandulaires.

C. Les derniers nerfs ganglionaires des séreuses sont les nervules gris sans enveloppe apparente fibro-élastique. Ceux-ci n'appartiennent qu'à la dure-mère et à l'arachnoïde. Je ne connais jusqu'à présent de cette sorte que ceux que j'ai trouvés provenant des masses grises ganglionaires de la sinus caverneux. Peut-être effectivement n'y en a-t-il pas d'autres, ces nerfs par leur structure mixte réunissant la double condition de nerfs splanchniques et cérébro-spinaux. Au reste la nudité de ces nervules méninges, les seuls qui, par position, n'aient à supporter ni traction ni frottement, prouve bien que c'est uniquement en qualité de tunique de protection que ceux des grandes séreuses, et plus particulièrement le péritoine, sont si fortement revêtus de tissu fibreux élastique.

Ces généralités des nerfs des séreuses étant établies, il ne me reste plus, quant à l'objet de ce mémoire, qu'à en montrer les applications dans le péritoine en particulier, où les détails s'en présentent sous toutes les formes.

NERFS PROPRES DU PÉRITOINE.

Le péritoine, en raison de l'immense étendue de sa double paroi, du grand nombre et de l'extrême variété des organes qu'il renferme, et des nombreuses modifications de texture qu'il offre sur leurs surfaces et dans ses prolongemens libres, est de toutes les membranes séreuses celle dont les nerfs, par leur origine, leur mode de distribution, la forme et l'épaisseur de leurs réseaux, présentent les détails les plus variés.

D'après ce que j'ai dit dans les généralités que tout nerf quelconque en contact avec une membrane séreuse lui fournit des nervules, ceux du péritoine, par leurs origines, seront uniquement soit cérébro-spinaux dans certaines régions pariétales, soit ganglionaires sur les surfaces splanchniques, ou mélangés des uns avec les autres dans certaines espaces intermédiaires. Pour éviter toute confusion et s'en faire immédiatement une idée nette, il est utile de les grouper en six surfaces pariétales et une grande surface multiloculaire viscérale.

Sur chacune des surfaces pariétales, les nervules péritonéaux sont d'origine cérébro-spinale, mais avec certaines modifications.

1° Sur les parois latérales et la plus grande partie de la paroi antérieure, pas d'hésitation. Les nervules sont uniquement fournis par les rameaux musculaires des six derniers nerfs intercostaux et des deux premiers lombaires. Partout, comme je l'ai dit, ils se dégagent, soit en surface, soit en profondeur, des filets musculaires des transverses, sterno-pubiens, carrés des lombes et psoas-iliaques, traversent leurs feuillets d'isolement et se jettent dans le péritoine, où ils forment un réseau épais, à plusieurs plans, fortement tissé par ses enveloppes de tissu fibreux élastique. (Voir la pièce anatomique et le dessin n° 1.) Il est bien entendu que vers les deux extrémités supérieure et inférieure aux nervules dégagés des nerfs intercostaux et lombaires, se joignent ceux émanés des nerfs du diaphragme et du bassin. Mais en outre, au milieu de la paroi antérieure, les nervules cérébro-spinaux sont coupés par une chaîne splanchnique à double origine. En haut des ganglions cœliaques, par l'intermédiaire du plexus hépatique, naît une chaîne nerveuse qui accompagne l'artère ombilicale, fournit, chemin faisant, de nombreux réseaux à l'enveloppe viscérale du foie, et continue son trajet jusqu'à l'ombilic. Là, cette chaîne descendante splanchnique est rejointe par une autre chaîne ascendante, née des ganglions pelviens par ses plexus, qui remonte de la vessie, sort du bassin par trois faisceaux, un médian sur l'ouraque et deux latéraux sur les artères ombilicales. Ces trois faisceaux se rencontrent vers l'ombilic, où ils rejoignent le plexus de la veine ombilicale en composant avec cette dernière, dans la paroi abdominale antérieure, une chaîne médiane de nerfs ganglionaires plexiformes, entremêlée en bas de petits ganglions, d'où procèdent des myriades de nervules qui vont se mêler dans le péritoine à ceux des nerfs cérébro-spinaux.

2° Nous avons vu que la paroi diaphragmatique est la plus remarquable par la circonstance de l'interposition du muscle entre deux membranes séreuses. Je ne fais que rappeler cette singularité caractéristique des phréniques et des filets vasculaires splanchniques, qui se jettent indifféremment dans les fibres musculaires et apouévrotiques et dans les deux membranes séreuses. A ce mémoire se trouvant joints une pièce anatomique qui constate ce fait et le dessin à six diamètres qui le reproduit (n° 2).

3° Il serait trop long d'insister sur les nombreuses particularités d'origine des nerfs péritonéaux sur les parois du bassin. On conçoit suffisamment toutes les associations qui doivent résulter du voisinage des nerfs lombaires et sacrés avec les plexus du bassin. Je ne fais donc que les mentionner, d'autant que leurs détails sont les mêmes que ceux de la paroi postérieure du tronc.

4° C'est donc cette paroi postérieure qui offre le plus d'intérêt, par la double condition d'être l'origine principale des nervules péritonéaux ganglionaires, par les plexus généraux, et d'opérer de chaque côté la fusion, dans le péritoine, des deux grandes surfaces nerveuses ganglionaire et cérébro-spinale.

Dans toute l'étendue de la paroi postérieure, les nervules péritonéaux

quel cette grossière esquisse devait servir d'indication à suivre ; car la surface opposée de la pierre présente les mêmes lettres s s, *mais renversées*, près de son bord inférieur. On peut donc croire que l'artiste voulait les surmonter plus tard du mot CAIVS, également en caractères renversés. Dans la figure, le vase est marqué de l'image de plusieurs yeux et d'ailleurs très semblable à celui décrit par Tòchon. Toutes ces circonstances fort curieuses, que nous ne manquerons pas d'exposer avec les détails nécessaires, si nos occupations nous permettent de revenir sur ce sujet, ont échappé à l'attention de M. Rever, quant à leur explication et à leur importance.

Passons maintenant aux inscriptions des quatre côtés de cette pierre.

1. L·VAR HELIODORI
EVVODE-ADC-I-CA
2. L-VAR-HELIODORI
DIAMISYOS-AD-ASPR
3. ......ELIODORI DIAL
EPIDARCICATR
4. LVARI
PALLAD.

1. *Lucii* VARI HELIODORI EVVODES AD CICA*trices. Collyre parfumé de Lucius Varus Héliodore, pour la guérison des cicatrices de la cornée transparente.*

Galien (COMP. SEC. LOC., l. IV, c. 8, ed. Kuehn. T. XII, p. 753) donne la description d'un collyre de Zosimus, appelé parfumé (εὐῶδες), utile contre les violentes douleurs et les affections récentes. Scribonius Largus (COMPOS. 26) vante beaucoup « contre diverses affections oculaires, entre autres les cicatrices peu anciennes (*ad cicatrices non veteres*), » ce collyre « que les uns appellent Athenippum, d'autres Diasmyrnes, d'autres encore εὐῶδες, parce qu'il était d'une odeur agréable. » L'un et l'autre de ces collyres doit son parfum au nard (Nardus Indica, νάρδος Ἰνδική), qui est, d'après Sprengel, le Patrinia Jatamansi Don, ou le Valeriana Jatamansi Jones. Dans le même chapitre (p. 774), Galien donne la formule d'un collyre « Diasmyrnon parfumé (εὐῶδες) de Synéros » contre les affections chroniques, dont l'odeur agréable semble due à la myrrhe, au safran, etc., sans le concours du nard. Par une erreur du graveur ou du médecin, le v du mot *evodes* est doublé. Le premier a aussi séparé par des points les lettres CIC du mot CICA, dont il ignorait la signification.

2. L. VAR. HELIODORI DIAMISYOS AD ASPRI*tudines. Collyre diamisyos de L. V. Héliodore, contre les aspérités, inégalités ou granulations des paupières.*

Les granulations des paupières, que Sir William Adams prétendait avoir découvertes le premier et qu'avec lui beaucoup de médecins croient être la propriété exclusive de l'ophthalmie puriforme, blennorrhagique ou égyptienne, se rencontrent ou ne peut plus fréquemment à la suite de toutes les conjonctivites palpébrales et surtout des ophthalmies catarrhales chroniques ; ce qui ne veut pas dire qu'elles ne soient pas plus nombreuses et plus volumineuses dans l'ophthalmie puriforme. Ces élévations de la surface interne des paupières sont si peu d'une origine récente, qu'on les rencontre dans l'antiquité la plus reculée. On en parle dans le livre hippocratique de la vision (περὶ ὄψιος) ; on

splanchniques naissent par myriades des plexus extra-viscéraux sur lesquels s'appuient les feuillets correspondans du péritoine qui servent d'enveloppe aux viscères. Conséquemment ils procèdent : du pneumo-gastrique à l'entrée de l'œsophage et sur toute l'étendue de l'estomac; des plexus hépatique et splénique sur les deux feuillets des épiploons gastro-hépatique et gastro-splénique, pour gagner ensuite les feuillets viscéraux du foie et de la rate; des plexus rénaux, surrénaux et pancréatique pour les feuillets de revêtement des viscères correspondans et pour le péritoine pariétal des hypochondres; des vastes plexus aortique, iliaques primitifs et hypogastriques, pour le péritoine prévertébral et sacré; enfin, des deux grands plexus mésentériques supérieur et inférieur et de leurs divisions, pour les nerfs des mésentères et ceux du feuillet viscéral du petit et du gros intestin.

Les réseaux de nervules péritonéaux les plus épais pour la paroi postérieure sont ceux des régions latérales occupées par les feuillets des hypochondres et par les mésocolons lombaires. Aussi n'est-il pas étonnant que ce soit sur ces derniers replis que j'aie d'abord reconnu les nerfs péritonéaux. Ils y forment un canevas serré à plusieurs plans, ou, en quelque sorte, un feutre de nervules de volumes inégaux. Les rameaux nerveux, faisant corps avec le réseau et en quelque sorte sa charpente principale comme aussi celle de la membrane, s'unissent entre eux par larges intervalles, en interceptant des espaces; ceux-ci sont recoupés par de grosses nervules, d'où il en repart d'autres plus déliées, de manière à partager la surface en réseaux très fins, dont le milieu est occupé par un petit nodule gangliforme, centre étoilé des nervules les plus déliés qui en rayonnent dans tous les sens. Les rameaux nerveux principaux qui soutiennent toute la trame, ceux qui se voient bien à l'œil nu, sont aussi fréquemment renflés en ganglions dans leur point de bifurcation ou d'anastomose. Des filets détachés des rameaux des deux feuillets les unissent l'un avec l'autre. En un mot, toute cette surface du péritoine mésocolique et mésorectal offre cet aspect d'un feutre gangliforme. Le dessin grossi à six diamètres, et mieux encore les pièces anatomiques annexées à ce mémoire, montrent clairement cette disposition. (N° 3.)

Or ces faits, à ce qu'il me semble, donnent une très haute importance aux régions latérales postérieures, parce qu'ils montrent, dans une très grande étendue, l'anastomose périphérique des deux systèmes nerveux cérébro-spinal et ganglionaire dans l'épaisseur du péritoine. Suivons, en effet, le trajet des nerfs avec celui de la membrane.

Nous avons vu que le péritoine de la paroi d'enceinte latérale ne renferme que des nerfs cérébro-spinaux. Parvenu en arrière, il est évident que, par sa continuité avec le feuillet pariétal postérieur, il va se faire un mélange des nervules d'origine rachidienne avec les nervules d'origine splanchnique. Pour la région des hypochondres, rien de plus simple, puisque, sans interruption dans la membrane, les nervules sont entièrement cérébro-spinaux dans les parois d'enceinte, sur les muscles diaphragme et transverses, et entièrement splanchniques sur les replis des organes de la région épigastrique. Restent donc les régions lombaires et iliaques occupées par les replis mésentériques du gros intestin. Pour qu'il y ait, dans ces régions, continuité des nervules cérébro-spinaux de la paroi abdominale avec les nervules ganglionaires des feuillets mésentériques de l'intestin grêle, faut-il absolument que la transmission s'en opère par le feuillet de revêtement du gros intestin, où l'observation ne montre, comme dans tout le feuillet viscéral du tube digestif, que des nervules très déliés émanés de la couche musculaire? A cette question nous pouvons, avec les faits, répondre *non*, il y a une voie plus directe. La continuité, nous le voyons, s'opère sous le gros intestin. Il paraît bien évident que c'est pour cela que les feuillets mésocoliques offrent des réseaux si serrés, anastomosés d'un côté à l'autre, de sorte que la fusion des deux espèces de nerfs a lieu directement par anastomose d'un feuillet à son congénère, sans faire le tour de l'intestin. Le tissu cellulaire sous-jacent y concourt aussi par le grand nombre de nervules qu'il transmet. Voici donc le mélange des nervules rachidiens et ganglionaires transporté des deux côtés, droit et gauche, du feuillet mésocolique externe dans l'interne, et par conséquent des deux feuillets internes, par continuité, aux feuillets pariétaux postérieurs intermédiaires du gros intestin à l'intestin grêle. A ces surfaces se joignent de nouveaux nervules en grand nombre : les uns ganglionaires, émanés des plexus spermatiques; les autres cérébro-spinaux, nés des surfaces musculaires des carrés des lombes et psoas-iliaques. Puis enfin les deux feuillets intermédiaires se joignent pour former, par leur adossement, le mésentère de l'intestin grêle, où ils se recomposent, avec les nerfs mésentériques, de nouveaux réseaux nerveux anastomosés d'un côté à l'autre, et d'où procèdent les trois couches de nerfs de l'intestin grêle. Ce réseau rappelle celui du gros intestin, mais il est beaucoup plus délié. (Voir à ce sujet le dessin grossi et les pièces anatomiques.)

Pour terminer ce qui a rapport aux nerfs du péritoine, il ne me reste plus qu'à parler des nerfs des épiploons. Mais, pour en faire comprendre les rapports, il est nécessaire de dire un mot de la structure générale, jusqu'à présent inaperçue, de ces replis membraneux.

L'épiploon, dont j'ai joint à ce mémoire une pièce anatomique et un dessin grossi à huit diamètres (n° 4), consiste dans une couche vasculaire, ou plus particulièrement un réseau veineux, sécréteur de la graisse, interposé entre deux feuillets séreux à double origine; mais les feuillets séreux sont d'une telle minceur que le réseau nerveux s'y voit à peine à des grossissemens de 80 à 100 diamètres, et qu'ils sont presque réduits à l'épithélium. La structure du réseau veineux est singulière en ce qu'il ne se compose pas, comme à l'ordinaire, d'un arbre à branches et rameaux régulièrement décroissans. Deux veines voisines se réunissent par des branches transversales, de manière à circonscrire des polyèdres quadrangulaires. Ces espaces ne sont plus remplis que par un réseau veineux dont les capillaires, la plupart nés brusquement des veines de contour, et presque uniformes, décroissent à peine de la circonférence vers le centre. Une particularité assez bizarre est l'existence au centre de chacun de ces réseaux veineux d'une dilatation ou ampoule variqueuse, ou d'une sorte de petit sac veineux ne communiquant avec les grands rameaux que par l'intermédiaire des capillaires qui s'y rendent de tous les points de la circonférence et dont il forme le noyau. Ce réseau veineux n'est autre que l'organe sécréteur de la graisse dont sont remplis les épiploons. Aussi ne le voit-on bien que chez les sujets émaciés. En choisissant les fragmens les moins recouverts de graisse, les vésicules adipeuses se voient très bien agglomérées par petites colonnes sur les vaisseaux. Elles s'accumulent d'abord sur les veines principales et les ampoules veineuses, et peu à peu la graisse envahit par masses les réseaux partiels. Rien de plus facile que de voir, sur un même fragment, tous ces détails au microscope.

Quant aux nerfs épiploïques, ils diffèrent sensiblement de ceux des autres points du péritoine. Dans le réseau sanguin intermédiaire, les nerfs

---

en recommande même la scarification dans un curieux passage de ce traité qui a donné lieu aux commentaires de Woolhouse, Hampe, Triller et Platner. Galien (DE COMP. MEDIC. SEC. LOC., IV, 2, ed. Kuehn. p. 709 *et passim*) en fait mention sous les noms de τραχώματα et τραχύτητες. Les mots de *xérophthalmie*, *sycosis* et *hypersarcomata* chez Galien et d'autres médecins grecs sont synonymes de τραχώματα et de τραχύτητες. Ils semblent désigner les granulations à leurs différens degrés de développement. Les auteurs latins (Celse, Scribonius Largus, Marcellus Empiricus) et les cachets des oculistes les citent sous le nom de *aspritudo*, quelquefois même de *scabrities*, *scabritiæ*, mots qui correspondent exactement aux dénominations grecques dont se sert le médecin de Pergame. Les oculistes de l'antiquité opposaient à cette affection de nombreux topiques. Ils en avaient même de caustiques qu'ils appelaient ῥίνιον, ῥινάριον, ῥίνημα (la lime), et ξυστήρ (le grattoir). La pierre ponce (κίσσηρις) qu'ils faisaient entrer dans des collyres secs leur servait également à user ces inégalités de la face interne des paupières. Toutefois ils les attaquaient aussi par des opérations chirurgicales pour lesquelles ils avaient inventé des instrumens particuliers.

Le *diamisyos* (διὰ μίσυος), *diamisy*, *diamisos* ou *diamisus*, était un collyre préparé avec le *misy*, substance métallique dont nous ne connaissons pas la nature. Dioscoride (l. 5, c. 116, al. 117) en donne la description, en ajoutant que pour les préparations ophthalmiques celui de Chypre mérite de beaucoup la préférence sur celui d'Égypte. Marcellus Empiricus (c. 8, p. 72, ed. Cornar.) loue le collyre *diamisyos* « *quod facit ad aspritudines oculorum tollendas.* »

3. L. V. HELIODORI DIALEPIDOS AD CICATRICES. *Collyre dialepidos de L. V. Héliodore, contre les cicatrices de la cornée transparente.*

Le collyre *dialepidos* (διὰ λεπίδος) avait pour ingrédient principal la squamme (λεπίς), c'est-à-dire la scorie ou l'oxide du cuivre (*aes ustum*). Marcellus Empiricus (loc. cit.) et d'autres médecins en donnent la formule.

4. L. VARI *Heliodori* PALLADIUM. *Palladium de L. V. Héliodore.*

La pierre de Bavay (cachet n° 30) porte : L. SIL. BARBARI PALLADI AD CIC., comme il faut lire avec M. Bottin, et non PALLIADI AD OCV., comme l'a imprimé Tôchon.

« Le mot *palladium*, » dit M. Bottin, « désigne un *leontopodium* (pied de lion), plante vulnéraire astringente... Sur d'autres inscriptions d'oculistes, on trouve *leontopodium* au lieu de palladium; quelquefois aussi une figure emblématique accompagne l'inscription. »

En effet, nous trouvons dans un passage probablement apocryphe de Dioscoride (l. IV, c. 129, al. 131) que le léontopodium, d'après Sprengel le *Gnaphalium Leontopodium* L., est aussi appelé palladium. Mais ni Dioscoride, ni Pline (l. XXVI, c. XXXIV, 9, ed. Bipont), ni aucun des cachets connus jusqu'ici, ne mentionnent son emploi dans les affections oculaires. C'est par un *lapsus memoriæ* que M. Bottin affirme avoir rencontré ce mot sur une inscription d'oculiste. Pour ce qui est du collyre et de la figure emblématique à laquelle il fait allusion, ce n'est point le *leontopodium*, mais bien le *leontarion*. Galien (COMP. MED. SEC. LOC., l. IV, c. 8, ed. K. p. 773) cite un « collyre safrané d'Antigone, portant l'étiquette ou le nom de léontarion (lionceau) et cacheté avec la figure d'un lion. »

se voient parfaitement sur les troncs veineux. Les capillaires en reçoivent bien des filets; mais, en raison de leur ténuité, ils ne leur servent pas de conducteurs. Les nombreux filets dégagés des plexus veineux traversent le champ des capillaires, dans les espaces polyédriques circonscrits par les grandes veines, et se rendent d'un plexus à l'autre en dégageant, sur leur trajet, des nervules qui vont aux capillaires veineux, aux masses adipeuses, et finalement aux feuillets séreux de revêtement. Mais ce qu'il y a de singulier dans ces nerfs, c'est, pour ceux du grand épiploon gastro-colique, leur mode d'origine. Ce repli membraneux faisant suite au péritoine d'enveloppe des deux faces de l'estomac et du colon transverse, les cordons des grands nerfs épiploïques sont formés de l'assemblage de nervules émanés des membranes nerveuses que j'ai déjà signalées dans les viscères du tube digestif. Ce fait est doublement remarquable : en anatomie, je ne connais pas d'autre exemple de cordons nerveux qui naissent par des radicules d'une surface nerveuse déjà périphérique elle-même; et en physiologie ces nerfs montrent bien l'indépendance fonctionnelle des nervules composans d'un même nerf ou d'une même surface, puisque, dans cet épiploon, les organes incitateurs d'un réseau veineux sécréteur de la graisse procèdent indifféremment des épanouissemens du pneumo-gastrique stomacal et des plexus mésocoliques, destinés les uns et les antres à des fonctions motrices et chimiques des surfaces digestives, déjà différentes elles-mêmes dans les deux organes d'émission nerveuse.

Telles sont les particularités qui distinguent les nerfs des séreuses en général, et ceux du péritoine en particulier.

Je demande pardon à l'Académie d'avoir tant insisté sur des détails de très fine anatomie; ils étaient indispensables, puisque c'est leur précision qui fait toute leur valeur en physiologie et en médecine.

Mais déjà j'entends s'élever une objection formidable. Ces filamens que vous avez décrits, me dira-t-on, sont-ils bien des nerfs, et n'avez-vous pas pris pour tels de simples filamens fibreux ou cellulaires, adhérens au névrilème des véritables nerfs? A cette objection, qui ne porterait pas moins qu'à renverser tout mon travail, je m'empresse de répondre par des faits dont j'attendrai à mon tour que l'on ait donné une réfutation convaincante.

Et d'abord, en ce qui concerne la nature fibreuse des filamens des séreuses, loin de la combattre, je vais moi-même au devant pour l'admettre, mais avec une restriction importante. On a cru que ces filamens étaient pleins et purement fibreux, tandis que, d'après mes observations, ils sont creux et ne figurent dans les séreuses qu'en qualité de tubes fibreux élastiques renfermant des nervules. A ce point de vue historique, les membranes séreuses sont donc à la fois les analogues et les antagonistes des membranes fibreuses, et en particulier de la dure-mère; car, dans cette dernière, le tissu fibreux naté, lisse, uni et sans interstice, étant l'élément essentiel et très prédominant, c'est lui qui forme la texture même de la membrane où les nerfs, assez rares et dépourvus d'enveloppe, sont logés dans des canaux fibreux qui leur en tiennent lieu; tandis que, dans la membrane séreuse, les nervules étant très abondans et tissés en un réseau délié, ce sont eux qui constituent l'élément essentiel de la texture où le tissu fibreux élastique n'intervient plus que comme leur enveloppe de protection; de sorte que de petits interstices existant partout entre les nervules anastomosés, la membrane elle-même, ou, comme on l'a dit, le *derme* de la séreuse offre l'aspect d'un canevas microscopique ou d'une fine dentelle à fibres et à mailles irrégulières, et non une surface lisse et unie comme la dure-mère.

Je viens de donner l'explication de l'apparence fibreuse des filamens du tissu séreux, et je ne vois pas en quoi l'on pourrait contester leur nature nerveuse; car autrement, pourquoi ces filamens naîtraient-ils exclusivement des nerfs de même aspect et à volume égal, bifide ou trifide, avec les nervules musculaires et viscéraux? Comment seraient-ils toujours arborisés en succession décroissante avec les nerfs, si bien qu'un filet nerveux cérébro-spinal ou ganglionaire se divisant en plusieurs filamens, chacun de ces derniers se subdivise en plusieurs autres plus ténus, qui vont se distribuer indistinctement, soit en fascicules radiés dans les fibres musculaires, soit en petites gerbes dans les séreuses? Comment enfin ces filamens, qui procèdent inévitablement des nerfs sur toutes les surfaces où existent des expansions de ces organes, ne naîtraient-ils nulle part ni de la portion filamenteuse du tissu si improprement nommé *cellulaire*, ni surtout des organes fibreux, partout où il s'en rencontre en contact avec les membranes séreuses : soit les aponévroses du diaphragme et des muscles transverse et sterno-pubien, soit le périoste costal ou les feuillets fibreux sous-péritonéal et sous-pleural?

Mais, pour montrer dans toute son évidence la véritable nature des filamens que j'ai nommés les nervules séreux, suivons les anatomiquement dans leur mode de génération des deux genres de nerfs.

1° Tous les nervules, ai-je dit, naissent invariablement des nerfs et des nerfs seulement en contact avec les membranes séreuses, en particulier le péritoine, par leurs troncs ou par leurs rameaux.

2° Prenons pour exemple du système ganglionaire les nerfs mésentériques que la transparence des tissus permet de suivre clairement au microscope dans toute l'étendue de leur trajet.

Le nerf lui-même n'est précisément qu'une agglomération de nervules en apparence parallèles à un premier aspect, mais en réalité à un examen attentif, dans tous les points du parcours, tissés, nattés à toute épaisseur, et offrant parfois, dans les bifurcations ou les jonctions de rameaux nerveux, des renflemens gangliformes, de sorte que les nervules forment bien, par leur assemblage dans le nerf, un cordon continu; mais ce cordon est une chaîne plexiforme et non un faisceau.

3° En suivant le nerf à partir de son origine, on le voit, chemin faisant, émettre partout, sur son trajet, des nervules identiques avec ceux qui le composent. Avant que le nerf n'ait beaucoup perdu de son volume, il rampe sur les vaisseaux mésentériques, où il est libre au milieu de la graisse, entre les feuillets péritonéaux. On en voit alors se dégager une foule de nervules, tous identiques d'aspect entre eux et avec ceux dont ils se composent. De ces nervules, les uns vont aux parois des vaisseaux, aux amas graisseux, aux glandes et même aux vaisseaux lymphatiques et aux capillaires sanguins, sur lesquels on retrouve leurs divisions avec de plus forts grossissemens; les autres vont aux feuillets du péritoine, dans le réseau nerveux duquel ils se confondent. De grands filets, comme je l'ai dit, traversent dans tous les sens, mais surtout en diagonale, l'épaisseur de la duplicature mésentérique, et, tout en fournissant des nervules aux organes qu'elle renferme, unissent l'un à l'autre les deux feuillets péritonéaux.

4° Qnand le nerf principal a fourni un grand nombre de nervules et de rameaux, il se trouve n'être plus lui-même qu'un rameau. Or, les

---

Ces motifs me font croire que le *palladium* de l'inscription que nous venons de rapporter ou le *palladium contre les cicatrices* de l'inscription publiée par M. Bottin désignent simplement un collyre particulier, propriété de l'oculiste qui en était l'inventeur ou le détenteur. Ce dernier, pour en proclamer dignement les hautes vertus, lui aura imposé un de ces noms sonores pour lesquels les Grecs et surtout leurs médecins et leurs oculistes avaient une prédilection toute spéciale. Ces noms une fois adoptés se perpétuaient indéfiniment. C'est ainsi que *leontarion* doit probablement désigner l'énergie du médicament, ou même tout uniment la ressemblance de sa couleur avec celle du pelage du roi des animaux.

C'est par la même disposition aux épithètes emphatiques que nous trouvons chez Galien, dans d'autres auteurs et sur des cachets d'oculistes, des collyres *isochryson* (égal de l'or ou qui vaut son pesant d'or), *atimeton* (inestimable, au-dessus de toute estimation), et même, sans que la crainte du blasphème arrête ces audacieux qualificateurs, *isotheon* (pareil aux dieux). Du reste, aujourd'hui même, n'avons-nous pas encore la pierre divine de Saint-Yves? Et la plupart des médicamens composés que nous ont légués l'antiquité et le moyen-âge ne nous sont-ils pas parvenus décorés d'épithètes tout aussi fastueuses?

Kuehn (INDEX OCULARIORUM, etc., XI, p. 9) avoue son embarras pour expliquer l'inscription du cachet n° 30. Il s'agirait, selon lui, de quelque remède nommé d'après Pallas, « *à Pallade* », et pour cette interprétation il se fonde sur l'analogie d'un emplâtre appelé Ἀθῆνα, que cite Aétius.

N° 42. *Lapis Parisiensis quartus.* 4e pierre de Paris.

Sur l'origine de cette pierre et de la précédente, il n'existe aucune donnée; on ignore même quand le cabinet des médailles en a fait l'acquisition. Elle est semblable à la première, mais grisâtre, carrée, longue de 35 millim. sur chacun de ses côtés, épaisse de 8 millim. et lisse sur l'une de ses surfaces qui n'est point marquée de chiffres. Des deux tranches qui ne portent point d'inscription, l'une est vide et lisse; l'autre, lisse également dans sa partie correspondante à la première ligne des inscriptions, laisse voir à la seconde ligne les caractères suivans :

IMV VI

L'avant-dernière lettre, que nous n'avons pu rendre autrement que par un V, est en réalité un N à demi-effacé. Il est probable qu'il y a eu primitivement le nom d'un topique oculaire avec la désignation *ad impetum lippitudinis*, et que cette inscription a été effacée, soit à cause des fautes du graveur, telles que *imv* pour *imp*, soit pour la remplacer par une autre. Quelque chose de semblable a eu lieu sans doute pour l'autre tranche. Les inscriptions sont :

1. (du côté du chiffre I) : PAVLINIDIAB
SORICVM
2. (du côté du chiffre III) : PAVLINILEN
IPNICLM

1. PAULINI DIABSORICUM, *diapsoricum de Paulinus*. Diabsoricum pour diapsoricum. Comme dans le cachet n° 3, ici se rencontre une de ces erreurs nombreuses que commettaient les graveurs, fort ignorans, ou peut être les oculistes eux-mêmes, qui en partie, à l'instar de leurs confrères d'aujourd'hui, les oculistes ambulans, praticiens nomades et débiteurs d'onguens, n'étaient pas des phénix en fait d'instruction.

conditions anatomiques des rameaux mésentériques sont partout les mêmes. Ils rampent sur les petits vaisseaux ou sur les feuillets péritonéaux, descendent parfois des premiers sur les seconds, plus rarement remontent du péritoine sur les vaisseaux, mais dans tous les cas s'appliquent sur leurs surfaces où ils sont fixés par les nervules qu'ils leur fournissent. Des rameaux envoyés au réseau nerveux péritonéal, la plupart s'y évanouissent en nervules; les autres, tout en émettant des nervules, unissent deux rameaux voisins. Cependant le rameau nerveux, affaibli par ses émissions diverses, arrive à l'intestin réduit de moitié au tiers de son volume.

5° A l'intestin recommence une nouvelle émission de nervules à trois couches : 1° pour le feuillet viscéral du péritoine; 2° pour la membrane musculaire, et 3° pour la muqueuse, la surface terminale, où les derniers filamens s'épanouissent de nouveau en membrane. Je n'insiste pas sur les particularités de cette nouvelle surface nerveuse des viscères creux, qui, par son importance, mérite bien d'être l'objet d'un travail particulier. Seulement je constate que les nervules, avec des associations un peu différentes, y sont, par leur aspect physique, leur origine et leur distribution finale, parfaitement identiques avec tous les autres. (Voyez la pièce anatomique et la figure n° 5.)

6° En pressurant on en exprimant sur un verre un nerf mésentérique et un fragment de réseau péritonéal, ou de péritoine bien lavé, c'est la même substance grisâtre et globuliforme que l'on en fait exsuder.

7° Un dernier caractère, plus décisif que le précédent, tient au mode même de préparation de ces filamens qui montre leur identité chimique avec tous les nerfs. Ainsi, loin qu'ils s'amollissent et se dissolvent par l'eau bouillante et les acides concentrés comme la plupart des autres tissus, le premier effet de ces réactifs est, au contraire, de les affermir, et précisément l'eau bouillante acidulée est le moyen de rendre ces nervules immédiatement visibles. Il est bien entendu que, par une ébullition ou une macération trop prolongées, ils finissent pourtant par se dissoudre comme tous les tissus.

8° De tous ces faits, il résulte que nier les nervules des feuillets péritonéaux des viscères, c'est nier aussi les nervules du mésentère et de l'intestin; ce serait par conséquent nier du même coup les nerfs mésentériques, qui n'auraient plus d'objet, puisque les nervules de toute sorte proviennent de ces nerfs, qui s'épuisent à les fournir, n'étant eux-mêmes que des agglomérations de nervules identiques avec ceux qu'ils émettent.

Or nier le nerf mésentérique, c'est nier le plexus qui le fournit; puis, de proche en proche, les grands plexus nerveux extra-viscéraux, les amas ganglionaires eux-mêmes et finalement tout le système nerveux splanchnique. Je n'exagère rien dans cette conclusion, car tous ces organes nerveux, le ganglion, le plexus, le nerf, le réseau membraneux du péritoine, celui sous-jacent à la muqueuse et les filamens qui en naissent tous, dis-je, se font suite en composant un même appareil arborisé; tous également, sous le microscope, quoique avec des formes différentes et des volumes inégaux, sont invariablement composés des mêmes nervules.

9° Mais le doute, qui déjà ne peut être émis sur la nature essentiellement nerveuse des filamens émanés des nerfs ganglionaires, est encore pour ainsi dire moins permis sur les nervules émanés des nerfs cérébro-spinaux des parois abdomino-thoraciques.

Rien de plus facile que de s'assurer de leur filiation nerveuse, qui se démontre immédiatement à coup sûr dans les deux directions contraires : soit en descendant avec le nerf principal dans sa distribution en branches, rameaux, filets, filamens, puis en nervules musculaires et séreux; soit au contraire en remontant, à partir des nervules séreux, constatant leur jonction en filamens avec les nervules musculaires, puis, en écartant les fibres des muscles, les voyant successivement recomposer des filets, des rameaux, et enfin le nerf principal lui-même. Tous les caractères anatomiques s'accordent donc à montrer invinciblement dans les filamens des séreuses pariétales abdomino-thoraciques des nervules du système cérébro-spinal.

Or, les nerfs cérébro-spinaux étant les mieux connus dans leur distribution, leur composition et leurs fonctions, et cette connaissance ayant été jusqu'à présent le fondement de la science anatomique et physiologique en ce qui concerne le plus important des systèmes organiques, le système nerveux, nier les nervules péritonéaux qui garnissent par millions les parois antéro latérales du tronc, ce serait nier du même coup les nervules musculaires, puisque ceux-ci et ceux-là se dégagent indifféremment des mêmes filets microscopiques. Car identiques de tout point, d'origine et d'aspect, pourquoi les uns seraient-ils des nerfs et les autres n'en seraient-ils pas ? Serait-ce une raison suffisante de les séparer dans leur nature de ce que, pour la nervule musculaire, la fonction physique extérieure s'étant montrée d'elle-même avant le nerf, et la science ayant après trouvé le tronc nerveux, on a pu conclure de la fonction motrice et du nerf au nervule moteur; tandis que le nervule péritonéal se montrant avant sa fonction, il faudrait conclure de celui-ci à celle-là ? Loin de repousser cette nécessité logique, acceptons la au contraire comme un moyen d'élargir le champ de la science, et après nous être servi de la physiologie pour éclairer l'anatomie, servons-nous aussi de l'anatomie pour éclairer la physiologie. Au lieu donc de nier leur nature évidente par elle-même, suivons ces nerfs cérébro-spinaux dans les membranes séreuses qui s'annoncent comme la plus large et la plus directe des voies que suivent les forces cérébro-spinales pour arriver aux viscères, et servons-nous des fonctions bien connues des nerfs rachidiens dans les appareils de la vie animale, pour jeter, par leur intervention au milieu des plexus nerveux viscéraux, quelque lumière sur les mystérieuses fonctions physiques et chimiques de la vie organique. Que si l'on refuse d'accepter cette conclusion, il faut rejeter du même coup les nervules de toute sorte au même titre, puisqu'ils proviennent des mêmes rameaux; mais alors, guidé par ce refus d'admettre les nervules péritonéaux, après avoir nié leurs co-associés les nervules moteurs des fibres musculaires, il faut sans pitié tout ce qui fait la gloire de la physiologie moderne, il faudrait bien aussi nier les nerfs sensitifs de la peau, qui proviennent des mêmes branches : ce qui reviendrait, après avoir supprimé le système nerveux ganglionaire, à remettre aussi tout en question pour le système nerveux cérébro-spinal. Je m'arrête : on voit trop où mènerait en logique cette simple négation d'un fait en anatomie. Je ne viens pas retrancher au système nerveux, mais au contraire y ajouter et montrer qu'il s'étend jusqu'à cet infini où, si l'on pouvait l'atteindre, on commencerait peut être à comprendre quelque chose à ce que l'on n'a jamais compris; je n'ose pas dire le mécanisme, mais au moins la coordination et les influences mutuelles des fonctions.

Avec tant de caractères si nets et si convaincans, il semble bien que

---

Un grand nombre de collyres portaient le nom de *psoricum*. Leur composition très variable est indiquée par Celse (l. VI, c. 6, s. 31), Scribonius Largus (Comp. 32), Galien (Comp. med. sec. loc., l. IV, c. 7 *et passim*) et beaucoup d'autres auteurs. Les principaux ingrédiens de ce collyre étaient les astringens métalliques, surtout les oxides de zinc et de cuivre. Il me semble ressortir de cette circonstance, ainsi que de son emploi contre les érosions des angles (τοὺς περιβεβρωμένους κανθούς, Galien, loc. cit.), qu'il était surtout destiné à combattre la conjonctivite palpébrale chronique, particulièrement celle que l'on nomme catarrhale et angulaire, dans laquelle les bords des paupières et leurs commissures deviennent le siége d'érosions souvent fort gênantes. C'est là cette affection que les anciens ont d'abord nommée psorophthalmie, nom dont on a plus tard détourné le sens pour désigner une maladie impétigineuse et véritablement psorique des paupières. Cette nouvelle acception se présentait d'autant plus naturellement, que dans l'origine les mots de ψώρα et de *scabies* désignaient toutes les affections prurigineuses, c'est-à dire accompagnées de démangeaisons et forçant le malade à se gratter (ψᾶν, *tangere*, toucher; *scabere*, gratter). Or la démangeaison des paupières qui accompagne la conjonctivite catarrhale est un caractère pathognomonique et connu de tout le monde.

La particule διὰ indique primitivement la composition d'un médicament avec une ou plusieurs substances. C'est ce que prouve le *dialepidos* du cachet précédent et le *diachylon* encore généralement usité de nos jours. Par une espèce d'abus ou de pléonasme, cette particule précède quelquefois des noms de médicamens où elle n'a plus la même signification; ainsi le mot *diapsoricum*, comme synonyme de *psoricum*, se trouve non seulement sur plusieurs cachets, mais il est encore employé par Pline et d'autres auteurs. Peut-être aussi, et cela n'est pas sans vraisemblance, que le *diapsoricum* indique un collyre dont le psoricum faisait partie comme ingrédient. En effet, on trouve chez Celse, Galien, etc., des collyres composés avec une certaine quantité de psoricum, mêlé à d'autres substances médicamenteuses. Toutefois Marcellus Empiricus (c. 8, p. 73) donne la formule d'un collyre diapsoricum qui ne contient point de psoricum.

La lettre x à la fin de l'inscription est presque effacée par plusieurs traits de burin. Le graveur devait peut-être écrire *diapsoricum ad caligines* ou *ad scabrities*, comme cela se voit sur d'autres cachets; mais il s'aperçut trop tard que les lettres trop espacées ne le lui permettaient plus. Peut-être aussi que l'inscription devait primitivement porter *psoricum*, sans autre désignation, comme le cachet n° 17.

2. pavlini lene penicilum, *moelleux pinceau de charpie ou plumasseau de Paulinus.*

L'abréviation *pniclm* pour *penicillum* montre le peu de soin que prenaient les oculistes et les graveurs pour désigner d'une manière non équivoque les collyres ou autres moyens médicinaux d'ailleurs connus de tout le monde et d'un usage très répandu. Le *penicillum* était un plumasseau ou pinceau de charpie dont on se servait pour laver, essuyer les yeux et pour y introduire des liquides adoucissans ou même des collyres. Celse (l. VI, c. 6, s. 8) affirme que, dans les ophthalmies intenses, du blanc d'œuf ou du lait de femme instillé dans les yeux avec un plumasseau préparé à cet effet (*in oculos penicillo ad ipsum facto infusum*) adoucit l'inflammation. Un peu plus loin, il conseille de se bas-

l'existence en si grand nombre des nerfs des séreuses, devrait être immédiatement accueillie de tout le monde; et cependant je m'attends bien qu'elle trouvera d'abord de nombreux contradicteurs. Elle s'annonce avec ce qui mérite le plus d'inspirer la confiance, son évidence en anatomie, sa grande portée en physiologie, en médecine et en philosophie scientifique et sa simplicité, le caractère essentiel de tout ce qui est vrai; mais elle a contre elle précisément cette simplicité même contre laquelle on se tient en défiance et l'inattendu qui provoque toujours l'incrédulité.

Il n'est tel pour obtenir immédiatement un grand succès que de découvrir ce que tout le monde sait, c'est-à-dire d'être le premier à publier le résultat prévu d'avance et généralement attendu des observations de toute une époque. L'empressement de beaucoup de gens à réclamer de bonne foi une part d'antériorité que l'on ne peut refuser à personne, et l'absence de contradicteur sur le fait principal, font si bien enfler le lieu commun, qu'il a suffi parfois d'une découverte qui n'en fut pas une pour fonder plusieurs réputations scientifiques. Mais quand la découverte est réelle, quand le fait annoncé est inattendu, la conviction ne s'obtient pas si vite. C'est l'histoire de toutes les observations nouvelles dans les sciences; ce sera peut-être aussi pour un certain temps le cas des nerfs des séreuses. Ces nerfs dont on doutait, que quelques anatomistes niaient avec assurance, ou que ceux qui y croyaient n'admettaient que par induction et à la découverte desquels ils avaient en quelque sorte renoncé; ces nerfs, en tout cas, que l'on supposait rares, imperceptibles à la portée des plus forts grossissemens et déguisés, on ne savait sous quelles formes, dans l'infiniment petit, voici qu'ils se présentent presque à portée de l'œil, sous des associations nouvelles, à la vérité, mais avec leur texture ordinaire, et ils ne sont autre chose que ce que l'on avait déjà vu. C'est trop simple pour y croire.

Aussi à l'objection principale que j'ai réfutée plus haut, en a-t-on ajouté deux autres que je crois devoir combattre pour ne rien laisser en arrière.

On m'a demandé comment à un simple nerf pourraient faire suite tant de milliers de nervules? La réponse est simple: absolument comme à une seule artère font suite tant de milliers d'artérioles. Ce que, pour me servir d'une image qui est peut-être au fond une réalité, j'appellerais la *circulation nerveuse* de l'encéphale et de la portion antérieure de la moelle épinière au *système capillaire nerveux*, avec retour vers la moelle épinière postérieure et l'encéphale, représente la circulation sanguine du cœur et de l'aorte au système capillaire sanguin avec retour vers les veines caves et le cœur. Des deux côtés c'est, par l'intermédiaire de courans conducteurs, la communication d'un centre avec les extrémités. D'où il suit que la capacité des deux appareils augmente réellement de la circonférence au centre.

Une dernière objection m'a été faite, d'ailleurs en toute bienveillance, par l'un de nos plus habiles anatomistes micrographes: « Probablement »vous vous trompez, me disait-il, sur ce que vous prenez pour des nerfs »dans les séreuses; car ces membranes ont été très soigneusement étu»diées sous le microscope, même avec les plus forts grossissemens, et »jamais personne n'y a signalé de globules ganglionaires avec leurs »noyaux et leurs nucléoles, comme il devrait s'en trouver pourtant si les »filamens séreux étaient effectivement des nerfs. » Je ne fais que mentionner cette objection pour mémoire, car, malgré tout le cas que je fais des opinions de la personne qui me l'a posée, elle est loin d'avoir pour moi une valeur. Bien au contraire, à mon avis, c'est un exemple de l'inconvénient attaché aux observations purement microscopiques que cette manière de raisonner de l'inconnu au connu, qui conduit à arguer d'une observation fort hypothétique contre des faits positifs, et à juger de ce qui est véritablement parce que l'on croit qui doit être.

J'ai dit qu'en comprimant sur un verre plein les nerfs et les nervules, on en exprime une matière globulaire dont la forme, sur laquelle je me suis bien gardé d'insister, ne peut inspirer aucune confiance, étant prise sur des pièces macérées comme celles dont j'ai eu besoin pour mes observations. J'ignore si au plus près de la vie, dans des tissus intacts, on trouverait de ces globules réputés ganglionaires, et, supposé que l'on n'en trouvât pas, je ne vois guère ce que l'on serait en droit d'en inférer contre la réalité des nervules séreux; car, en supposant hors de toute contestation l'existence, dans les ganglions, de ces globules, sous une forme et une apparence données, rien ne prouverait encore que l'on dût trouver dans les surfaces périphériques des nerfs splanchniques précisément les mêmes globules que dans leurs centres ganglionaires. Tout au contraire, s'il était permis de préjuger de ce que l'on ignore par ce que l'on sait, avec des textures diverses organisées pour des fonctions différentes, au lieu d'admettre sans preuve une seule espèce de globules dans tous les organes nerveux, il serait bien plus logique de prévoir que l'on devra trouver dans les nerfs spéciaux des organules microscopiques variés. A cette occasion, disons-le nettement, les études organiques de l'infiniment petit, assurément très profitables en elles-mêmes, sont néanmoins encore trop vag es dans l'état actuel de la science pour que l'on puisse s'en servir comme de preuves négatives, surtout quand il s'agit de démentir des faits d'anatomie vérifiables à l'œil nu et au toucher dans tous leurs caractères histologiques, physiques et chimiques.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite.)

II. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA SOCIETA MEDICO-CHIRURGICA DI TORINO.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 renferment les mémoires originaux suivans: 1° *Histoire d'une gastro-entéro-péritonite très violente terminée d'une manière fatale dans l'espace de 48 heures*; par M. Battalia. (Cas surtout intéressant à cause des lésions trouvées à l'autopsie.) 2° *Cas de rupture de l'estomac*; par M. Bertini. 3° *Réclamation en faveur de la vertu lithontriptique de l'uva ursi*; par M. Fenolio. 4° *Nouvelles expériences prouvant l'utilité de l'opium dans les maladies inflammatoires*; par M. Ballestra. 5° *Cas de tétanos de diagnostic douteux*; par M. Riboli. 6° *Cas de fièvre intermittente suivi de gangrène partielle des troisièmes phalanges de l'index, du médius et du petit doigt de la main droite*; par M. Crispo-Maunta. (Chez un homme de 42 ans, survint une fièvre intermittente tierce, s'accompagnant

---

siner (*fovere*) la tête et les yeux avec de l'eau chaude, puis de les essuyer avec un plumasseau (*tum utrumque penicillo detergere*). Les oculistes vendaient des pinceaux semblables préparés spécialement pour l'application des collyres ou même pour l'instillation des liquides, avec lesquels, après leur emploi, on recommandait de laver les yeux. Le cachet n° 15 porte: PHRONIMI PENICILL AD OMNEM LIPPIT. (pinceau de charpie de Phronimus utile dans toute ophthalmie); et le n° 28: *Juni Tauri penicillem ad omuem lippitud.*, où il faut lire: *penicillum*.

Le n° 36 seul porte en toutes lettres: *T. Lolli Fronimi lene penicillum*. Ici comme partout, les monumens s'expliquent les uns par les autres.

Cette pierre présente sur l'une de ses surfaces, près de chacune de ses quatre tranches, les chiffres I, II, III et IIII, négligemment gravés, probablement pour faciliter la tâche de celui qui devait en faire usage. Après le mot *penicillum* est gravé une petite image de cette préparation qui la représente comme une mèche de charpie ou un plumasseau allongé, composé de brins juxtaposés et réunis par des fils qui les serrent. L'E de *lene* n'en présente que le jambage ou trait principal. En bas le trait fin transversal peut avoir été arraché avec un petit éclat de la pierre qui s'est détaché; mais en haut il n'a jamais existé.

(La fin au prochain numéro.)

— RAPPORT SUR LA TRANSMISSION DE LA PESTE ET DE LA FIÈVRE JAUNE, présenté à la Société académique de médecine de Marseille, par une commission prise dans son sein, et adopté à l'unanimité dans la séance du 12 août 1845.

Marseille, typographie Barlatier et Demonchy, rue Canebière, 19.

— PRÉCIS DE CHIRURGIE ÉLÉMENTAIRE, leçons professées à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de Grâce, en 1843 et 1844, par MOREAU BOUTARD, D. M. P., ex-élève des hôpitaux civils et militaires, chirurgien aide-major, lauréat (premier prix) du Val-de-Grâce, etc.

La première partie, parue il y a quelques mois, renferme les PANSEMENS et BANDAGES.

Les deux parties réunies forment un joli volume in-18 renfermant 95 fig. intercalées dans le texte. — Prix du volume: 2 fr. 25 c.

Paris, 1845, chez Fortin, Masson et comp., éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

— DE LITHIASI VESICÆ URINARIÆ IN GENERE, ET, IN SPECIE, DE EXTRACTIONE CALCULI PER SECTIONEM PERINÆI; diss. medico chirurgica, quam annuente amplissimo medicorum ordine in universitate Cæsarea Mosquensi, pro gradu doctoris medicinæ et chirurgiæ legit. obtinendo. publice defendet BASILIUS BASSOW. Mosquæ MDCCCXLI (Grand in 8° jésus de 110 pages avec 9 planches gravées.)

des signes d'une pléthore sanguine et d'une irritation gastro-hépatique. Un médecin appelé voulut la couper immédiatement avec le sulfate de quinine, sans tenir compte de ces complications. Il y réussit ; mais il persista de l'insomnie, de la soif, de l'inquiétude, de l'ardeur épigastriques. Peu après, la gangrène se manifesta à l'extrémité des doigts ; elle gagnait tous les jours malgré le traitement employé. Enfin le malade, mieux conseillé, fut soumis à une médication anti-phlogistique énergique ; à partir de ce moment l'amélioration commença et la guérison suivit bientôt.) 7° *Mémoire sur le rachitisme* ; par M. Sella. (Première partie.) 8° *Sur une épidémie de typhus dans la vallée d'Aoste* ; par M. Borelli. 9° *Recherches étiologiques sur le crétinisme* ; par M. Garbiglieni. 10° *Sur la varioloïde et la vaccination* ; par M. Freschi. 11° *Observations physiologico-pathologiques sur un cas de polydipsie* ; par M. Novellis.

HERNIE DE L'ESTOMAC, DU COLON TRANSVERSE ET DU GRAND ÉPIPLOON DANS LA POITRINE, A TRAVERS UNE OUVERTURE DU DIAPHRAGME ; MORT ; par M. BATTALIA.

OBS. — L'auteur se trouvant, une nuit du mois d'octobre, arrêté dans un village à peu de distance de Turin, fut prié de visiter un malade dans le voisinage. Cet homme, âgé de 29 ans, robuste et adonné à la boisson, s'était, la veille au soir, livré à un excès diabolique suivi immédiatement d'excès vénériens. Telle était la cause qu'il attribuait à sa maladie. Lorsque M. Battalia le vit, il avait la face rouge, livide, soif inextinguible, respiration difficile, langue limoneuse, haleine fétide, hoquet presque continuel, nausées violentes, vomissemens de matières ressemblant beaucoup aux matières stercorales, pouls fréquent, irrégulier, un peu déprimé chaleur de la peau au-dessous de l'état normal, constipation obstinée, sensation d'ardeur avec légère douleur à la région iliaque droite. D'après ces signes, on crut d'abord à l'existence d'une hernie etranglée; mais on ne trouva aucune tumeur sur la paroi abdominale: on découvrit seulement sur le côté droit de la poitrine une cicatrice que le malade rapporta à un coup de sabre reçu quatre ans auparavant. Du reste, cette cicatrice paraissait bornée aux tégumens.

Malgré le traitement le plus énergique, les accidens s'aggravèrent avec une telle rapidité, que le malade succomba quarante-huit heures après leur début.

AUTOPSIE. Le cadavre présentait une légère tension de l'épigastre et des deux hypocondres; le reste de l'abdomen était aplati et ses parois rétractées vers la colonne vertébrale, contre laquelle on aurait pu les appliquer. (Cette apparence existait déjà et avait été reconnue sur le malade pendant sa vie.)

« ABDOMEN. L'ouverture de cette cavité montra l'intestin grêle et le péritoine d'une couleur rouge livide, et dans quelques points prêts à passer à l'état gangreneux. D'anciennes adhérences filamenteuses existaient entre le péritoine et les viscères, principalement le foie, qui était plus volumineux qu'à l'ordinaire et dont le petit lobe s'étendait depuis l'hypogastre (lisez probablement *épigastre*) jusqu'à l'hypocondre gauche. On recueillit un peu de sérosité d'un rouge obscur. On vit alors avec le plus grand étonnement qu'il manquait dans l'abdomen l'estomac, le grand épiploon et une partie du colon transverse, viscères qu'on reconnût avoir passé dans la cavité thoracique droite à travers une ouverture anormale du diaphragme.»

« POITRINE. La cavité thoracique ayant été ouverte avec précaution, on y trouva l'estomac entier énormément distendu, couvert et complètement enveloppé par l'épiploon, et plus près du diaphragme le colon transverse. Le poumon droit était retiré dans la partie supérieure et interne de cette cavité. Le cœur et tous les autres viscères thoraciques, sans excepter le poumon droit, étaient parfaitement sains; on trouve cependant, surtout dans la plèvre droite, une petite quantité de sérosité d'un rouge-noir semblable à celle contenue dans le péritoine. »

« Les viscères herniés désignés plus haut offraient toutes les traces de l'inflammation la plus violente; leur couleur était la même que celle des autres intestins et du péritoine. L'estomac ayant été ouvert on trouva également sa face interne, d'un rouge livide, couverte çà et là d'un liquide visqueux, jaunâtre.»

« Les viscères herniés étaient tellement étranglés dans l'ouverture du diaphragme, qu'on ne put les faire rentrer qu'avec de grands efforts et après avoir entièrement évacué le liquide qu'ils contenaient en abondance. »

« L'ouverture, ainsi mise à découvert, parut de forme ovale avec des bords un peu durs et irréguliers, située transversalement un peu au-dessus et à droite de l'ouverture œsophagienne et s'étendant jusqu'au centre tendineux, lequel était déchiré dans une petite portion. Le diamètre transversal (le plus grand) de cette ouverture avait près de 3 pouces et demi; le longitudinal en mesurait 2 et demi. »

M. Battalia regarde le fait précédent comme un exemple rare de rupture *spontanée* du diaphragme. Suivant lui, cet accident a été produit par les efforts exécutés pendant le coït. La contraction du diaphragme s'exerçant alors sur l'estomac distendu outre mesure par les boissons, le viscère a résisté, le muscle s'est rompu, et par suite de la continuation du même effort, les viscères abdominaux ont passé à travers la solution de continuité et s'y sont étranglés. Pourrait-on, continue-t-il, considérer cette déchirure du diaphragme comme d'origine ancienne, et la rapporter au coup de sabre reçu 4 ans anparavant? Je ne le crois pas. Outre que la cicatrice, comme il a déjà été dit, était superficielle et ne comprenait que les tégumens, l'individu n'aurait pas passé quatre ans dans un état de santé parfaite ; il eût été continuellement tourmenté par des troubles graves des fonctions respiratoire, circulatoire et digestive. D'un autre côté, les bords de la perforation auraient été trouvés à l'autopsie calleux, lisses, unis et en partie cicatrisés, ce qui n'a pas eu lieu.

Enfin, cherchant à déterminer si la mort a été le résultat de l'inflammation gastro-intestinale ou de la rupture du diaphragme, l'auteur n'hésite pas à accuser de préférence la première de ces deux causes. Les annales de la science surabondent d'observations où une rupture traumatique ou congéniale de ce muscle a été tout-à-fait compatible avec l'existence ; d'un autre côté, toutes les traces d'inflammation et de gangrène ont été trouvées sur les viscères digestifs et sur le péritoine. Donc, si la déchirure du diaphragme a été pour quelque chose dans la terminaison fatale, ce n'a été qu'en étranglant les intestins et en y redoublant de cette manière la gravité de l'inflammation.

Sans prétendre nous inscrire formellement contre l'opinion exprimée par M. Battalia sur le mécanisme de la rupture diaphragmatique qu'il a observée, nous ne pouvons cependant nous dispenser d'avouer que la solution de ce problème difficile ne nous paraît pas aussi claire qu'il semble le croire. Sans doute il y a des probabilités pour admettre que la rupture datait du moment où les accidens ont commencé. Mais n'a-t-on pas vu pourtant des hernies diaphragmatiques congéniales permettre ultérieurement une santé parfaite ? (V. GAZ. MÉD., 1843, p. 192.) N'a-t-on pas également des exemples où la même bénignité des suites s'est montrée et a persisté des années entières après un semblable déplacement opéré par cause traumatique ? (V. GAZ. MÉD., 1843, p. 776.) Le malade, à la veille de mourir, a-t-il pu donner au médecin des renseignemens assez précis sur son passé pour légitimer une explication qui ne serait valable que s'ils infirmaient complètement l'explication contraire ? On nie que le coup de sabre reçu 4 ans auparavant ait le moindre rapport avec l'état du diaphragme. Mais d'où viennent donc et que signifient ces *adhérences anciennes* rencontrées à l'autopsie *principalement du coté droit?...* Vous dites que si la perforation avait été d'origine reculée, on aurait dû trouver ses bords calleux et lisses. Mais, d'abord, dans le procès-verbal de l'autopsie (que nous avons pris soin de reproduire textuellement) il n'est pas dit un seul mot de l'état de ces bords. Puis en supposant qu'ils présentassent en effet l'aspect inégal, déchiré, ce nouvel état ne pourrait-il pas avoir été produit sur le contour d'une ouverture ancienne, par le passage récent de viscères qui l'avaient traversé en assez grande masse et avec assez de force pour s'y être étranglés ? Car quelle que soit, à nos yeux, l'époque et la cause de la déchirure du diaphragme, nous admettons bien catégoriquement l'étranglement comme de datte récente et ayant surtout contribué à amener la terminaison fâcheuse.

En somme, nous n'affirmons rien, mais nous ne croyons pas que les détails de l'observation permettent à qui que ce soit d'être plus explicite que nous-mêmes. Nous doutons ; et c'est là, à notre avis, le plus sage parti à prendre.

RECHERCHES ÉTIOLOGIQUES SUR LE CRÉTINISME ; par M. GARBIGLIETTI.

Parmi les causes du crétinisme, il en est une sur laquelle l'auteur appelle plus particulièrement avec raison l'attention dans ce mémoire, c'est la privation de lumière. On observe, dit-il, cette condition dans les vallées profondes et les gorges étroites où se trouvent les crétins. Beaucoup de ces villages sont situés de manière à ne recevoir directement le soleil que pendant un petit nombre d'heures de la journée. Souvent même la lumière ne leur parvient que par réflexion. Plusieurs pays adossés aux montagnes, et exposés au Nord, demeurent, dans la saison d'hiver, 4, 5 et 6 mois sans être éclairés par le soleil. Ajoutez encore à cela que la forme, la texture, l'aspect, la couleur noirâtre de leurs roches schisteuses se prêtent incomparablement moins bien que les roches calcaires à répercuter les rayons du fluide lumineux.

OBSERVATIONS PHYSIOLOGICO-PATHOLOGIQUES SUR UN CAS DE POLYDIPSIE ; par M. NOVELLIS.

L'observation suivante intéressera sûrement le lecteur, autant par la rareté de la maladie dont elle offre un exemple bien étudié, que par la rareté non moins grande de la guérison dans des cas semblables à celui-ci.

OBS. — Cerri Francesco, âgé de 31 ans, avait dès sa jeunesse été remarquable par son grand appétit comme par sa soif immodérée. Incorporé dans le service militaire à 20 ans, puis devenu ensuite portefaix, il eut souvent à souffrir de l'impossibilité où il se trouvait d'apaiser complètement sa soif. Ayant manqué à la revue annuelle, il fut repris au service pendant 3 mois; mais tourmenté par la faim et la soif durant le temps des factions et de l'exercice, il finit par déserter. Le conseil de guerre le condamna pour ce fait à cinq années de réclusion militaire qu'il commença le 2 septembre 1843.

Au bout de quelques mois, il entra à l'hôpital pour une synoque rhumatismale, accompagnée d'une ardeur de gosier qu'il attribuait à la privation de boissons. Pendant le cours de sa maladie, la soif fut assez modérée; mais c'était pour lui un état anormal; aussi ne se déclara-t-il bien guéri que lorsqu'il reprit sa faim et sa soif primitives. Ce fut alors que M. Novellis entreprit d'étudier cette maladie. Il buvait par jour l'énorme quantité de 480 onces de liquide (poids de Piémont). Aucun symptôme n'annonçait chez lui un travail phlegmasique quelconque. Il était bien portant, remplissant parfaitement toutes ses fonctions, et n'offrait aucun des signes diabétiques. Son urine était toujours en quantité moindre que celle de sa boisson. L'aspect de ce liquide non plus que sa saveur n'avaient rien que de normal. La teinture de curcuma n'y subit pas de changement; le papier de tournesol y rougit légèrement. On mit en usage ce procédé indiqué par Biot pour y découvrir l'existence du sucre; mais cette expérience n'en décéla pas la moindre parcelle.

Malgré ces signes négatifs, M. Novellis, réfléchissant que le diabète était néanmoins la maladie avec laquelle celle de ce jeune homme offrait le plus de ressemblance, le soumit à une nourriture animale. A cette époque, le malade prenait par jour de 6 à 7 livres soit de pain, soit de viande et d'œufs, et de 41 à 43 livres d'eau mêlée avec du vin et du vinaigre. Il rendait dans le même espace de temps 27 à 30 livres d'urine.

Ne voyant pas de changement, le médecin chercha à exciter la salivation en lui faisant mâcher diverses racines et en lui recommandant de tenir continuellement dans la bouche un petit caillou. C'était là suivre l'indication des physiologistes qui placent dans la gorge le siége de la soif; néanmoins, aucune amélioration ne vint prouver la justesse de cette vue.

On changea alors de système et on soumit le malade à la diète végétale. La première observation faite après quinze jours de ce régime présenta le résultat suivant: substances alimentaires composées de pain, épinards et pommes de terre, 6 livres; vin, eau et vinaigre, 17 livres; urine, 15 livres. Ce premier succès engagea à persister dans la même voie. Au bout de quinze autres jours, on était arrivé à ce chiffre plus satisfaisant encore: alimens solides, 6 livres; boissons, 13 livres et demie; urine, 11 livres. Le malade avait pris un air plus content, délivré qu'il était de sa perpétuelle envie de boire.

Une diarrhée accidentelle força de suspendre le traitement pendant huit jours. On le reprit ensuite, en permettant un peu de nourriture animale et continuant la limonade minérale.

D'après les idées de M. Cornéliani, on administra à cette époque, par jour, deux gouttes de créosote dans 8 onces d'eau d'orge. On arriva ainsi à réduire le malade à 6 ou 8 livres de boisson dans les vingt-quatre heures. Ce fut dans cet état satisfaisant où il était depuis plusieurs semaines qu'il quitta l'hôpital parfaitement guéri de sa polydipsie.

III. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 contiennent les articles originaux suivans: 1° *De la pellagre, du blé de Turquie comme cause principale de cette maladie, et des moyens propres à l'arrêter*; par M. Balardini. 2° *De la production de la fibrine et de son augmentation dans les maladies inflammatoires*; par M. Beltrami. 3° *Quelques considérations sur la lithotritie, déduites des observations où cette méthode a été appliqué par l'auteur*; par M. Pertusio. (Il faut faire subir à la constitution des calculeux qu'on veut lithotritier une préparation lente et graduelle; il faut aussi les accoutumer, par de fréquentes introductions de bougies en cire, au contact des instrumens.) 4° *Anatomie du ganglion géniculé*; par M. Morganti. 5° *Observations sur les causes des excoriations du mamelon et de l'inflammation de la glande mammaire chez les primipares et sur le traitement le plus propre à les en préserver*; par M. Rossi.

DE LA PELLAGRE, DU BLÉ DE TURQUIE COMME CAUSE PRINCIPALE DE CETTE MALADIE, ET DES MOYENS PROPRES A L'ARRÊTER; par M. BALARDINI.

Voici, sommairement exposées, les principales considérations sur lesquelles M. Balardini appuie ses vues relativement à l'étiologie de la pellagre en Lombardie.

L'origine de la pellagre n'est point ancienne; cette affection ne s'est manifestée et propagée que concurremment ou peu de temps après l'introduction et la généralisation de la culture du maïs.

La pellagre exerce ses ravages exclusivement dans les provinces de l'Italie supérieure, là où le blé de Turquie forme la principale et parfois l'unique nourriture des habitans.

Il est, dans cette même Italie septentrionale, une province entière et fort étendue, la Valteline, où l'on ne connaît presque pas la pellagre. Dans ce pays sévissent cependant avec une grande intensité les autres influences hygiéniques (la misère, les variations atmosphériques, les irrigations, etc.) auxquelles on a voulu attribuer cette maladie; mais l'usage du maïs y est modéré.

La maladie épargne les personnes aisées, les habitans des villes, qui mêlent d'autres alimens à celui-ci. La cessation d'une alimentation exclusive avec le blé de Turquie suffit pour guérir de la pellagre ceux chez lesquels elle n'a pas encore atteint profondément les tissus organiques.

Mais la cause principale et la plus fréquente est l'altération de la graine de maïs, maladie véritable qui est produite par sa maturité imparfaite. Ceci s'observe surtout dans les années froides et pluvieuses, ce grain étant étranger à nos climats et originaire de contrées plus chaudes. C'est uniquement aussi dans les années où l'automne froid et pluvieux a été peu favorable à la maturation du maïs qu'on voit survenir le plus de cas de pellagre ou que les sujets qui en sont habituellement affectés en souffrent davantage. Cette altération de la graine (à laquelle répond l'apparition d'un véritable fongus parasite du maïs) modifie ses propriétés physiques et chimiques, le rend âcre et apte à produire dans l'organisme humain une forme morbide spéciale.

Deux effets distincts, quoique également fâcheux, résultent de cette corruption du grain. D'abord sa partie alibile est rendue moins propre à la nutrition et à la réparation des forces de l'organisme. Ainsi l'on voit maigrir et dépérir lentement les hommes et les animaux qui en font leur usage exclusif. — En second lieu, la graine affectée de cette dégénération contient en outre certains principes âcres, inassimilables, réellement délétères et bien susceptibles d'exercer sur l'économie une action nuisible. — Ainsi gâtée, cette graine perd de son prix et est livrée par le commerce à la consommation des classes les plus pauvres, c'est-à-dire des cultivateurs.

En 1795, Cerri, à l'instigation du gouvernement de Milan, alimenta pendant un an dix paysans évidemment pellagreux avec une nourriture saine, en partie animale, et du pain bien préparé au lieu de celui dont ils usaient précédemment; il eût la satisfaction de voir sous cette seule influence leur état s'améliorer, et le printemps suivant il ne survint chez eux ni l'érythème accoutumé ni les autres signes de leur ancienne maladie. D'autres médecins ont répété cette expérience toujours avec le même résultat.

Ici se place naturellement un fait à beaucoup d'égards comparable à ceux-ci, mais plus probant encore par l'espèce animale à laquelle appartient l'individu qui en fait le sujet. M. Bonetti raconte qu'un chien de chasse était élevé chez lui, nourri d'une *polenta* faite avec le maïs et les restes de la table des maîtres. Pendant un été, il se développa sur son dos, depuis le cou jusqu'à l'extrémité de la queue, un érythème mordicant, avec rupture de l'épiderme, que l'animal égratignait lui-même. Il se forma ensuite une sécrétion accompagnée de croûtes dont la chute fut suivie de la perte des poils. Cette affection parcourut diverses places du corps, en envahissant une à mesure qu'elle disparaissait dans un autre. Après avoir vainement essayé plusieurs médications tant internes qu'externes, on cessa l'ingestion du maïs, d'après le conseil de quelques personnes du pays qui s'étaient bien trouvées de cette pratique en semblable circonstance. L'animal fut nourri exclusivement de soupes d'orge et de pâte de froment mêlé à des raves et des pommes de terre. En peu de temps disparurent et le prurit et la matière de sécrétion et les croûtes. Les poils revinrent. Le chien en un mot parut être parfaitement guéri, ayant aussi perdu cet appétit vorace qui l'avait tourmenté durant toute sa maladie. — Tous ces symptômes se manifestèrent de nouveau quelque temps après par suite du retour à l'alimentation par le maïs. La suppression de cette cause les fit cesser une seconde fois.

Le remède souverain est indiqué par l'étude des influences qui produisent le mal. M. Balardini ne conseille toutefois pas de renoncer absolument à l'usage du maïs comme aliment. Par elle-même et prise en quantité modérée, cette céréale n'a rien de dangereux. Ce qu'il faut éviter, c'est d'en composer son alimentation exclusivement et surtout de s'en servir lorsqu'elle est avariée; dans ce cas il faut la jeter ou tout au moins la réserver pour les animaux.

A la suite de ce travail, l'auteur, pour donner une idée des ravages que la pellagre exerce sur la population de la haute Italie, a rassemblé dans un tableau tous les cas de pellagre qui y ont été observés pendant l'année 1830. Il résulte de ce relevé que dans les provinces de Milan, Mantoue, Brescia, Bergame, Côme, Pavie, Crémone, Lodi et Sondrio, sur une population totale de 1,446,702 ames, le nombre des pellagreux a été pour cette seule année de 20,282.

OBSERVATIONS SUR LES CAUSES DES EXCORIATIONS DU MAMELON ET DE L'INFLAMMATION DE LA GLANDE MAMMAIRE CHEZ LES PRIMIPARES, ET SUR LA MÉTHODE DE TRAITEMENT LA PLUS PROPRE A LES EN PRÉSERVER; par M. ROSSI.

Quoique le titre de ce mémoire semble annoncer que les recherches

de l'auteur ont été bornées aux gerçures et aux mammites qui surviennent chez les primipares, c'est à toutes les femmes nouvellement accouchées qu'elles s'étendent réellement. Les primipares n'ont été désignées plus spécialement par lui que parce qu'elles y sont effectivement plus sujettes qu'à la suite des grossesses ultérieures. M. Rossi avait été l'abord été frappé de cette prédominance; voulant la mettre hors de doute, il a tenu un compte exact des circonstances dans lesquelles s'était produit cet accident toutes les fois qu'il a été soumis à son observation. Or voici, selon l'ordre de fréquence, la proportion selon laquelle entrent dans ce nombre total les femmes accouchées une première, une seconde et une troisième fois.

Sur 37 primipares qui ont essayé d'allaiter leur enfant, 22 ont eu des excoriations au mamelon le premier mois, 2 le second, une le quatrième, une le sixième; 10 ont été atteintes de mammite. Sur 29 femmes accouchées pour la seconde fois, 4 ont offert des gerçures ou ulcérations le premier mois, une le second, et une le cinquième; une seule a eu un engorgement mammaire. — Après un troisième accouchement, sur 21 femmes, il n'y eut aucun cas de mammite, et seulement deux fois de petites gerçures survenues le second et le cinquième mois.

C'est chez l'une des malades de cette dernière catégorie que M. Rossi fit pour la première fois l'observation qui le conduisit à mieux préciser la véritable cause du mal. Cette femme, dont l'enfant avait des aphtes sur la muqueuse buccale, assurait qu'elle n'avait souffert des mamelons que depuis qu'elle s'était aperçue de l'existence de ces aphtes. En examinant lui-même la bouche de l'enfant, il trouva en effet des ulcères arrondis sur les bords de la langue. Réfléchissant ensuite à la transmissibilité des maladies des muqueuses (transmissibilité admise même dans le peuple, où l'on ne se servirait certainement pas sans l'avoir nettoyé d'un vase ou d'un ustensile ayant été employé par un malade porteur d'ulcérations à la bouche ou à l'anus), il conclut que l'affection de la bouche chez l'enfant est toujours le point de départ et l'origine de la maladie du mamelon chez la mère. L'exploration attentive de la cavité buccale faite sur tous les nourrissons lorsque la mère venait à se plaindre de gerçures du mamelon, lui a démontré la justesse de cette déduction et la présence constante d'ulcérations ou d'inflammation dans les parties indiquées: 17 observations de ce genre sont consignées dans ses notes. Vers les 6e, 8e, 10e, 20e jours de la naissance, rarement plus tard, la pointe et les bords de la langue devenaient rouges; à son milieu, elle était sillonnée de deux stries longitudinales blanchâtres ou jaunâtres. En y regardant de très près, on découvrait de petites papules, et plus tard des ulcères ovales étroits, ou allongés et déliés comme un crin. D'autres fois, la langue était toute tachetée de points blancs sous lesquels se cachaient autant de petits ulcères. Simultanément ou peu de temps après, la mère ne tardait pas à se plaindre d'une sensation d'ardeur aux mamelons, qui commençaient par rougir, puis s'excoriaient ou se fendaient.

Les auteurs admettent généralement que la pression, l'humidité, les tiraillements qui accompagnent l'action de téter sont les causes des excoriations du mamelon. Mais ce ne sont point là les véritables agens qui donnent lieu à cet accident. Dans des cas où le mamelon était rétracté, où par conséquent la succion exercée sur lui devait être au plus haut degré fatigante, M. Rossi n'a point vu survenir d'excoriation ni de gerçures, et la raison, ajoute-t-il, en est bien simple: c'est que les nourrissons avaient la bouche saine. Une autre observation est venue confirmer ces présomptions. Il a enlevé du sein de leur mère des enfans ainsi affectés d'ulcères à la bouche, et les a fait allaiter par des femmes saines et ayant déjà nourri plusieurs fois. Les gerçures se sont déclarées chez elles; seulement le mal était plus alors doux et sa durée moins longue. Parfois enfin les femmes qui avaient ainsi contracté des ulcérations d'un nourrisson étranger les ont ensuite transmis elles-mêmes, par la voie de l'allaitement, à leurs propres enfans. Dans quelques circonstances, toutefois, la mère ayant offert une gerçure du sein, il n'a pu découvrir d'ulcération chez l'enfant; mais il pense qu'alors l'ulcération était déjà cicatrisée ou qu'étant très petite et d'ailleurs unique, elle aura facilement pu passer inaperçue.

Quant au développement de cette affection ulcéreuse dans la bouche des nouveau-nés, c'est un fait très connu. Il se comprend aisément d'ailleurs si l'on réfléchit que les fonctions du canal intestinal commencent à ce moment que leur accomplissement normal n'est séparé que par un léger degré de l'état de phlogose, que l'altération ou la trop grande quantité du lait suffisent bien souvent pour déterminer cette inflammation, qu'enfin la phlegmasie s'étend avec la plus grande facilité d'une partie des voies digestives à toute autre partie et notamment à la muqueuse buccale. Du reste, les praticiens sont d'accord pour placer l'indigestion au nombre des principales causes des aphtes.

D'après la continuité de tissu des conduits lactifères avec le parenchyme de la glande mammaire, il était naturel de soupçonner que la mammite n'est qu'une dépendance, qu'un effet de l'affection locale du mamelon. Mais ce n'était là qu'une conjecture. La remarque suivante lui a donné plus de force aux de yeux M. Rossi. Chez ses malades, il a fréquemment vu qu'à peine le mamelon commençait-il à s'excorier et déjà le lait sortait plus difficilement; à un degré plus avancé du mal, la pression ne suffisait plus à provoquer l'expulsion du lait: il fallait pour cela la succion de l'enfant. Enfin, dans le cas de gerçures profondes ou de larges ulcérations, ni la pression ni la succion n'en pouvaient tirer une goutte. Les conduits lactifères sont donc devenus alors imperméables, presque oblitérés; et si l'on ajoute que leur trajet est en général douloureux à la pression, on restera convaincu qu'il ne s'agit pas ici d'une contraction due à l'irritabilité nerveuse, mais bien d'une inflammation réelle qui s'est propagée du mamelon à ces conduits et qui s'étendant plus tard de là à la glande mammaire, elle-même y produit la mammite ou partielle ou générale, suivie ou non de suppuration. Il va sans dire que la mammite envahit ordinairement le sein du même côté que celui où il existe des gerçures au mamelon.

Avec ces données, le traitement des gerçures, excoriations et ulcères du mamelon chez les nouvelles accouchées n'est plus seulement curatif; il peut prétendre à devenir prophylactique. Les soins du médecin doivent être partagés entre la mère et l'enfant. Pour celui-ci, s'il n'a pas eu de selles le premier ou le second jour, on le purgera avec un peu de sirop de chicorée et de rhubarbe ou de sirop de manne, afin de débarrasser les premières voies du mécanisme. Il faut surveiller attentivement l'état de la bouche, et dès qu'on y aperçoit quelques plaques rouges ou blanches, la laver fréquemment avec de l'eau d'orge ou de son, dans laquelle on fait dissoudre du miel rosat, et à son défaut un peu de vinaigre ou de jus de citron. Il convient surtout de renouveler cette lotion chaque fois qu'on va donner le sein afin que la salive ou le mucus contaminé ne puissent toucher le mamelon. Du côté de la mère elle doit donner de bonne heure à teter au nouveau-né, le colostrum étant la meilleure purgation à lui administrer. Avant de laisser prendre le sein à l'enfant, elle oindra le mamelon avec un peu d'huile d'amandes douces ou de beurre bien frais et sans odeur. Après que l'enfant a teté, elle se lavera avec l'eau d'orge ou de son acidulée comme nous l'avons dit ci-dessus. Il importe de ne jamais omettre ce soin; un seul oubli exposerait à contracter la maladie.

M. Rossi a eu souvent la satisfaction d'épargner la douloureuse incommodité des gerçures du sein aux femmes primipares qui ont bien voulu s'assujétir à suivre scrupuleusement ses conseils. Il se rappelle 17 accouchées, et entre autres sa propre femme, lesquelles ont pu ainsi éviter une maladie qui change parfois en angoisses horribles les premières joies de la maternité.

IV. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 contiennent les mémoires originaux suivans: 1° *Sur l'efficacité des eaux minérales de Porreta contre les maladies cutanées chroniques*; par M. Paolini. 2° *Histoire d'un goître accédrysmatique opéré par le professeur* Bizzoli; par M. Rasi. (On disséqua la tumeur, puis on l'extirpa après avoir étreint son pédicule au moyen d'une ligature; guérison rapide.) 3° *Observations de difformités humaines guéries dans la pratique civile;* par M. Teuderéni. (Deux cas de pieds-bots traités heureusement par la ténotomie sous-cutanée.) 4° *Rapports statistiques annuels des vaccinations faites à l'hôpital des orphelins de Bigallo et à l'institut de vaccine de Florence, pour* 1844; par M. Calosi. 5° *Observations pratiques*; par M. Canuti. 6° *Observations chimiques sur les eaux salines iodurées de Castro-Caro et sur leurs propriétés thérapeutiques*; par MM. Tozzetti et de Gavina.

RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL DES VACCINATIONS FAITES A L'HÔPITAL DES ORPHELINS DE BIGALLO POUR 1844; par M. Calosi.

Ce relevé ne porte que sur 84 cas et n'offre pas par conséquent un intérêt suffisant pour nous engager à le reproduire. Un seul fait mérite, ce nous semble, d'y être mentionné. L'auteur, jetant un coup d'œil rétrospectif sur les vaccinations faites dans ce même hôpital depuis 1839, vaccinations au nombre de 402, nous apprend qu'aucun des vaccinés n'a été jusqu'ici atteint de la variole non plus que d'autres affections consécutives à la vaccine. Le document est surtout précieux en ce que les sujets auxquels il est fait allusion étant réunis dans un hospice sous la surveillance constante du médecin n'ont pas été perdus de vue par lui un seul moment, et qu'on peut ainsi compter sur l'exactitude du fait qu'il constate.

V. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Les numéros de mars, avril, mai et juin 1845 se composent des travaux originaux suivans: 1° *Considérations sur la sclérotite;* par M. Fario. 2° *Etudes sur la racine récente de valériane;* par M. Galvani. 3° *De l'économie dans la médecine opératoire;* par M. Chiminelli. (Considérations générales sur les erreurs auxquelles expose l'exercice de la chirurgie et sur la manière d'exposer et d'appliquer les indications aux opérations.) 4° *Quelques faits confirmatifs de la vertu fébrifuge de la pommade de graisse;* par M. Brunetta. 5° *Résultats obtenus dans la clinique obstétricale de l'Université de Padoue en 1843-44;* par M. Lamprecht. 6° *Histoire d'une exophthalmie produite par une tumeur fibro-celluleuse intra-orbitaire originairement développée à la partie externe des fosses nasales;* par M. Siro. (Extirpation; méningite consécutive; mort.) 7° *Rapport sur les résultats obtenus en 1844 dans l'asile d'aliénés d'Astino;* par M. Filippini Fantoni. 8° *Sur quelques cas d'empoisonnement traités selon les règles de la toxicologie italienne;* par M. Bazzilai. 9° *Deux cas de chorée guérie par le sulfate de quinine, et trois cas de colique saturnine guérie par l'opium;* par M. Triberti.

CONSIDÉRATIONS SUR LA SCLÉROTITE; par M. FARIO.

Ce que M. Fario appelle sclérotite n'est, pour beaucoup de chirurgiens, que l'ophthalmie dite rhumatismale. C'est là, en effet, la membrane de l'œil qui se trouve le plus spécialement affectée dans cette forme inflammatoire. N'y a-t-il dans cette description qu'un changement de nom? ou M. Fario indique-t-il réellement ici d'autres symptômes que ceux habituellement rapportés à l'ophthalmie rhumatismale? Le lecteur pourra en juger par le résumé que nous allons mettre sous ses yeux.

La sclérotite, dit l'auteur, forme la condition essentielle de ces ophthalmies graves que les praticiens placent dans la classe des rhumatismales ou arthritiques. J'ai dit *graves*, parce que je sais que, outre la sclérotite, on comprend aussi dans cet ordre morbide les ophthalmo-conjonctivites et les blépharo-ophthalmo-conjonctivites, quoique légères. Mais j'écarte de mon sujet ces complications moins importantes pour ne parler que de la sclérotite, affection encore peu connue qui, par sa gravité, fait le fléau des malades et l'écueil des médecins. La nature fibreuse du tissu envahi explique assez sa ténacité et sa tendance extrême aux récidives.

La sclérotite s'observe surtout chez les personnes sujettes aux maladies des tissus fibreux; elle est donc compagne ou conséquence ordinaire des rhumatismes chroniques. Je l'ai souvent vue chez les femmes affectées d'irritation ou de phlogose utérine; elles s'exaspère alors à l'époque des règles. Une jeune fille, placée dans ce cas, vit, au début d'une évacuation menstruelle, une conjonctivite simple se transformer subitement en sclérotite intense; elle disparut ensuite avec les règles aussi rapidement qu'elle était survenue.

Il faut apporter toute son attention à reconnaître de bonne heure la sclérotite, non seulement à cause des dégâts nombreux et irréparables qu'elle peut causer dans l'organe de la vue, mais aussi parce qu'elle est susceptible de se propager aux méninges, dont la membrane sclérotique n'est qu'une continuation. De là les douleurs de tête atroces qui accompagnent la sclérotite, et qui, dans certaines ophthalmies rhumatismales, sont assez violentes pour simuler une méningite. J'ai sous les yeux deux cas où cette complication fut tellement forte que l'activité intellectuelle des malades en subit une altération notable.

La sclérotite aiguë se résout difficilement; chronique, elle est à peu près incurable. Dans cette dernière forme, les douleurs affectent presque constamment un type intermittent. Les conséquences de la maladie, du moins les plus considérables, ne s'observent point sur la sclérotite même, mais bien sur les membranes qui participent à sa condition phlogistique. La cornée, la choroïde, l'iris, la résine, le corps hyaloïdien, sont principalement affectés, surtout les deux premières. Il est rare (mais on en a pourtant vu un exemple) que l'inflammation se propage à la capsule cristalline et détermine la formation d'une cataracte.

La dilatation de la pupille et la diminution de la faculté visuelle dérivent principalement de l'extension de la phlegmasie de la sclérotique à la choroïde par le moyen des petits vaisseaux de cette dernière membrane ou du plexus choroïdien, ou bien ces symptômes sont causés par la compression que la sclérotique enflammée et augmentée de volume produit sur la choroïde et sur la rétine.

Quoique la sclérotique ait des rapports intimes avec le plus grand nombre des membranes oculaires, cependant la phlegmasie ne se transmet point aussi facilement qu'on serait tenté de le croire de son tissu à celui des autres parties constituantes de l'œil, et cela parce que le mode d'inflammation qui lui est propre ne peut guère envahir que des tissus de structure fibreuse. Voilà pourquoi, dans un organe aussi petit que l'œil, on voit cependant l'inflammation se borner et demeurer circonscrite à quelques membranes ténues. Il arrive ici ce qu'on observe dans toutes les autres parties du corps, où c'est la nature et non le volume des organes qui les dispose à subir telle ou telle affection; car il n'y a aucune loi en pathologie qui proportionne la fréquence et l'intensité de la phlogose à leur étendue plutôt qu'à leur texture, et l'on sait que dans l'œil toutes les membranes, quoiqu'immédiatement contiguës les unes aux autres, ont chacune leur composition spéciale et leur mode particulier de vitalité ainsi que d'impressionnabilité à l'action des diverses causes morbides.

QUELQUES FAITS CONFIRMATIFS DE LA VERTU FÉBRIFUGE DE LA POMMADE DE GRAISSE; par M. BRUNETTA.

Voici assurément un des remèdes les plus simples qu'on puisse préconiser. Il s'agit tout uniment de faire frotter par le malade lui-même la surface entière de son corps toutes les trois heures avec de la graisse bien purifiée dans l'eau. Cette médication a d'abord été proposée par M. Cristofori, qui en fit l'objet d'une lecture spéciale au congrès italien tenu à Padoue. M. Brunetta l'a expérimenté lui-même avec succès dans douze cas dont il donne ici les observations détaillées. Ne pouvant les rapporter toutes dans cette analyse, nous nous bornerons à citer la suivante, qui paraît l'une des plus propres à mettre hors de doute les propriétés fébrifuges de cet agent.

OBS. — Francesco de Marchi, menuisier, âgé de 30 ans, fut pris, au milieu d'octobre, d'une diarrhée tenace. Il laissa passer douze accès sans prendre autre chose que de la crème de tartre et une purgation saline unie à la rhubarbe. Le troisième accès ayant revêtu les caractères de fièvre pernicieuse, le malade se détermina alors à employer le sulfate de quinine, qui procura la guérison pendant vingt-six jours. Au bout de ce temps, la fièvre se reproduisit; il se mit alors à prendre d'abord de l'huile de ricin, puis ensuite le quinquina, qui chassa la maladie durant six jours. Elle reparut vers cette époque et fut de nouveau combattue au moyen d'un purgatif salin suivi de l'administration du quinquina, qui empêcha le retour des accès pendant quinze jours. Une nouvelle rechute inspira l'idée de donner encore la quinine, en ayant soin de la continuer à petites doses quotidiennes pendant quelque temps après la cessation de la fièvre. Mais, malgré cette précaution, le mal se manifesta derechef le vingt-deuxième jour avec le type tierce, et le troisième de ces nouveaux accès fut accompagné de violentes douleurs dans les jambes. Après avoir purgé le malade, on lui fit faire six frictions avec la graisse durant le jour de l'apyrexie, et par ce seul moyen disparut une fièvre qui avait résisté à 80 grains de sulfate de quinine et à 4 onces de quinquina pris antérieurement.

La grande économie que procure l'emploi de ce remède n'est pas le seul motif qu'on puisse faire valoir en sa faveur. Il se recommande aussi chez les femmes ou les enfans, que la saveur repoussante des préparations de quinquina empêche souvent de les prendre ou tout au moins de les continuer assez longtemps. Il conviendrait surtout aux sujets que le mauvais état des voies gastriques rend incapables de supporter l'administration interne de l'antipériodique par excellence.

— Dût même sa propriété fébrifuge être, à l'essai, reconnue un peu moindre que ne l'annonce ici M. Brunetta, ce remède serait toujours un auxiliaire précieux dans les cas où l'impossibilité de donner le quinquina ou l'arsenic à l'intérieur force à se contenter de la médication endermique ou des lavemens médicamenteux. Nous ne nous prononcerons point ici, faute d'expérience, sur sa véritable valeur. Tout ce que nous pouvons dire seulement, c'est que nous avons en ce moment dans notre service un malade qui, quoique se faisant depuis huit jours soir et matin des frictions avec une pommade contre la gale, n'en a pas moins été pris d'accès intermittens qui ont très bien cédé à la quinine. Si la graisse est un spécifique, elle ne serait donc au moins pas un préservatif!

VI. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 contiennent les articles originaux suivans: 1° *Sur le rachitisme, la scrofule et la phthisie tuberculeuse;* par M. Nicolucci. 2° *Tenia expulsé par l'usage de la ciguë;* par M. Maulucci. 3° *Observation d'épilepsie guérie par le trépan;* par M. Spinelli. 4° *Cas de maladie de poitrine accompagnée d'un emphysème général;* par M. del Giudice. 5° *Recherches sur la formation des entozoaires dans le corps humain et sur les moyens de la prévenir;* par M. Cappello. (Première partie.) 6° *Recherches anatomiques sur le chiasma des nerfs optiques;* par M. Nicolucci. 7° *Expériences sur l'action de la gomme gutte;* par M. Liguori. (L'auteur pense que la

gomme gutte n'agit sur la muqueuse digestive que comme un irritant, et qu'elle n'a aucune des propriétés contro-stimulantes que quelques auteurs lui ont attribuées). 8° *Cas de méléna;* par M. Zarlenga.

TÉNIA EXPULSÉ PAR L'USAGE DE LA CIGUË; par M. MAULUCCI.

Ces faits ne suffisent pas, ce nous semble, pour mettre hors de doute les propriétés téniafuges de la ciguë. On ne peut guère néanmoins se refuser à admettre que cette plante a eu ici au moins une part dans la cure.

Voici, succinctement, les principaux points de ces observations.

OBS. I. — Un paysan, âgé de 28 ans, présentait, depuis 1834, tous les symptômes qui dénotent la présence du ténia. Il était surtout tourmenté de temps en temps par des lipothimies incomplètes, des cardialgies, des vomissemens, des crampes. On lui administra, selon les règles de l'art, beaucoup d'anthelmintiques, et entr'autres la racine de grenadier sauvage, sans avoir jamais pu provoquer la sortie d'aucun ver. Fatigué par ses douleurs, il recourut de lui-même à l'usage de la valériane, qui le soulagea d'abord; mais l'amélioration ne fut que passagère. Un jour qu'il avait envoyé sa fille lui en cueillir, celle-ci lui rapporta en même temps de la ciguë ainsi que des sommités de houblon. Le malade mangea les feuilles de ciguë avec celles de valériane, et prit ainsi le houblon après l'avoir fait cuire. Peu de temps après, il éprouva de violentes convulsions dans les membres, sueurs froides, yeux d'un rouge livide, vomissemens, tout l'aspect d'un cholérique. M. Maulucci, croyant à un empoisonnement par la ciguë, lui fit boire du vinaigre et du café, ce qui calma les accidens. Quatre heures après, il vit arriver chez lui ce malade, lui apportant un ver qu'il venait de rendre en une seule fois. Il avait plus de cent palmes de long et présentait tous les caractères du *ténia armé*: tête très petite, un gros nœud au milieu, les articulations courtes et petites au col, devenant plus larges au delà. Le malade a, depuis ce temps, joui d'une très bonne santé.

OBS. II. — Un enfant de 5 ans avait souvent rendu quelques fragmens de ténia; mais le grenadier sauvage n'avait néanmoins pas réussi à opérer l'expulsion du ver; et lorsqu'il en évacuait, c'était tout naturellement, soit au moyen de l'ipécacuanha ou de la coralline officinale. Encouragé par le succès précédent, M. Maulucci lui fit prendre, mêlés à de la valériane, 3 grains de ciguë pulvérisée. Comme il se plaignit ensuite de quelques légères douleurs viscérales, on lui donna de l'huile de ricin à petites doses. Deux heures après, il rendit dix palmes de ténia, plus quelques morceaux parmi lesquels on reconnut la tête. Depuis lors, il a repris ses forces et sa gaîté.

OBSERVATION D'ÉPILEPSIE GUÉRIE PAR LE TRÉPAN; par M. SPINELLI.

OBS. — Un jeune homme, âgé de 15 ans, était sujet, depuis un mois après sa naissance, à des attaques d'épilepsie qui revenaient à époques indéterminées et se reproduisaient au moins cinq fois par année. M. Spinelli, cherchant à connaître la cause de cette affection, ne put en trouver d'autre qu'une légère contusion qu'il avait reçue sur le pariétal droit pendant le travail de l'accouchement, mais qui s'était dissipée en peu de temps. En remarquant la petitesse extrême de la tête du sujet, il soupçonna aussi que le cerveau emprisonné dans un crâne trop étroit y souffrait une compression qui pouvait bien être le principe du mal. Une douleur obtuse au sinciput et un tiraillement douloureux dans les yeux et les oreilles étaient les avant-coureurs ordinaires de ses accès.

Sur ces entrefaites, dans la matinée du 11 janvier 1844, le malade fut accidentellement atteint d'un coup de pierre dans la région occipitale. Il tomba immédiatement. Peu d'instans après, M. Spinelli le trouva étendu sans connaissance, paralysé des quatre membres, excepté du bras gauche, dont il se frappait automatiquement la tête, la face livide, la pupille dilatée, respiration stertoreuse, sueur froide, le pouls serré, rare et intermittent, les urines et les fèces rendus involontairement. A deux doigts au-dessous de l'angle de l'occipital existait une petite plaie déchirée, sous laquelle on reconnaissait une fracture avec enfoncement. L'application du trépan fut décidée. L'incision des tégumens mit à découvert une fracture des pariétaux et de l'occipital dans le point où ces trois os se rencontrent. Il y avait trois fragmens convergens entr'eux. Toute tentative pour les relever ayant échoué, on appliqua une couronne de trépan sur la suture pariéto-occipitale droite, en y comprenant une partie de la fracture. On ne parvint ensuite qu'avec assez de difficulté à relever les fragmens osseux. La consolidation de la fracture et la cicatrisation de la plaie demandèrent un peu plus d'un mois. La région fracturée, soulevée par les vibrations du cerveau, finit par faire saillie au-dessus du niveau des parties voisines, et quoi qu'on pût faire pour la comprimer, elle demeura plus élevée, ce qui, du reste, ne causa aucune incommodité au patient qui, au bout de cinquante jours, se trouva en état de sortir.

Depuis le moment de l'accident jusqu'au jour où cette observation a été écrite (mars 1845) le malade n'a pas eu un seul accès d'épilepsie.

— L'auteur pense que le trépan a agi, dans ce cas, en permettant, par l'aggrandissement de la boîte osseuse, plus d'expansion au cerveau qui y était auparavant comprimé. Cette opinion nous paraît au moins hasardée : le malade a guéri, il est vrai; mais tout le monde sait qu'une forte secousse suffit très souvent pour produire cet effet. La plupart des internes des hôpitaux de Paris se rappelleront sans doute à ce sujet l'histoire de deux femmes spécialement attachées à leur service domestique, dont l'une, à la Salpêtrière, fut guérie pour toujours de l'épilepsie à la suite d'un accident qui avait nécessité l'amputation de l'avant-bras, et dont l'autre, à la Maison royale de santé, retira le même avantage d'une brûlure grave. Dans le cas de M. Spinelli, la lésion traumatique elle-même ou bien l'opération du trépan peuvent fort bien avoir produit un résultat semblable, qu'il soit temporaire ou définitif.

Quant à la proéminence consécutive du cerveau dans le point trépané, il ne serait pas plus rationnel de voir là une preuve que le cerveau était comprimé antérieurement à l'opération. Ce phénomène accompagne toujours la trépanation chez les malades bien portans auparavant et même chez les animaux soumis à des expériences. Bien analysé dans son mécanisme, dès 1831, par M. Flourens (voy. RECHERC. EXPÉR. SUR LES PROPRIÉTÉS ET LES FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, p. 303), il tient aux conditions normales de la vitalité du cerveau, et n'est qu'un effet de son expansibilité naturelle.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE.

ABSORPTION DES MÉDICAMENS.

MM. LAVERAN et MILLON communiquent le résultat d'observations qu'ils ont faites sur l'absorption et l'élimination de certaines substances médicamenteuses toxiques, et en particulier du tartre stibié. Dans une série de cas où des malades avaient pris une fois ou deux au plus du tartre stibié, à la dose ordinaire de 1 décig., ils ont reconnu d'abord que l'antimoine se retrouvait constamment dans les urines. En suivant les diverses phases de son élimination, ils ont constaté que cette élimination se fait d'une manière intermittente et que le séjour de cette substance dans l'économie se prolonge beaucoup au-delà de ce qu'on croit généralement. Chez deux malades ils l'ont retrouvée vingt-quatre jours après l'administration. Ces messieurs ont remarqué que les intermittences qui ont lieu dans l'élimination de l'antimoine sont plus longues à mesure qu'on s'éloigne davantage du moment de l'administration. L'intervalle qui ne dépasse pas un, deux, trois jours dans le début, dure six et sept jours lorsque l'ingestion date de huit ou dix jours. Le séjour de l'antimoine est encore sensiblement prolongé lorsque la dose a été répétée deux fois. C'est dans cette dernière circonstance qu'ils ont constaté la présence du métal après vingt-quatre jours. Le fait de l'intermittence, disent les auteurs, a fixé toute notre attention. Nous ne sommes pas sans quelque espoir d'établir des rapprochemens assez étendus entre cette marche particulière de l'élimination d'un métal que l'analyse chimique constate et la marche intermittente, toute parallèle de plusieurs phénomènes fréquens en pathologie et encore fort obscurs.

Les auteurs de cette communication désirant mettre les savans à même de répéter leurs expériences, indiquent la manière dont ils ont procédé. Voici comment ils ont constaté la présence de l'antimoine dans l'économie. Ils ajoutent 10 centim. cubes d'acide hydrochlorique pur et fumant à 1 décil. d'urine; ils mélangent les deux liquides avec une petite lame d'étain décapé qui reste plongée dans l'urine acide. L'étain noircit au bout de quelques heures si l'antimoine est abondant; mais il faut attendre trois et quatre jours lorsque la quantité d'antimoine est minime. La température ordinaire suffit, mais le dépôt se fait sensiblement plus vite lorsque les journées sont chaudes. On doit plonger une lame neuve d'étain dans chaque urine nouvelle, sous peine de voir reparaître, malgré le nettoyage et le décapage de la lame, l'antimoine provenant d'une précipitation antérieure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE, VICE-PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

ÉTIOLOGIE DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. BRICHETEAU lit un rapport sur un mémoire de M. Lavielle, médecin à Alger, relatif à la nature des causes qui produisent les fièvres intermittentes. M. Lavielle, qui, après avoir exercé en France, exerce depuis plusieurs années dans les plaines de la Métidja, où il a occasion de traiter un grand nombre de fièvres intermittentes, nie que les fièvres soient dues à l'influence des miasmes marécageux, dont il conteste même l'existence. Il croit et cherche à démontrer que le froid humide est la seule cause évidente à laquelle il faille attribuer ces fièvres.

M. le rapporteur, sans partager entièrement cette opinion, qu'il trouve trop absolue, et tout en faisant ses réserves à cet égard, accorde des éloges à l'au-

teur, qui, dit-il, a fait preuve, dans son mémoire, de beaucoup de logique et de sagacité et d'une instruction solide. Il propose, en conséquence, de lui adresser une lettre de remerciemens et d'envoyer son travail au comité de publication.

M. Dubois (d'Amiens): M. le rapporteur aurait dû insister davantage, il me semble, sur la divergence qui existe entre l'opinion de la commission et celle de l'auteur à l'égard de l'influence des miasmes sur les fièvres intermittentes que ce dernier conteste. Je suis surpris que le rapporteur ait vu là un sujet de louer l'auteur et de trouver qu'il a fait preuve de beaucoup de sagacité; il aurait dû faire sentir plutôt ce qu'il y a d'étrange et de paradoxal dans une semblable opinion. Qu'on dise que le froid humide peut donner lieu à la fièvre intermittente, soit: tout le monde l'admet et Broussais particulièrement avait beaucoup insisté sur ce point; mais personne, et Broussais lui-même, n'a jamais songé à nier l'action des miasmes. Ce que soutient l'auteur, je le répète, est un paradoxe.

M. Bricheteau: En exposant l'opinion de l'auteur, la commission ne prétend pas les partager, je dirai même qu'elle les trouve un peu exagérées; mais le travail n'en est pas moins bien fait et digne d'encouragement. Vous dites que l'auteur soutient un paradoxe. Je ne sais s'il est plus paradoxal de rejeter les miasmes que de les admettre sans preuves. Or, avez-vous des preuves certaines de leur existence? Il ne serait pas difficile de prouver que ce n'est là en définitive qu'une hypothèse.

M. Rochoux: M. le rapporteur a loué la logique de ce travail; je dirai qu'il est fait entièrement contre la logique. On reçoit de temps en temps à l'Institut des mémoires contre la circulation du sang et le mouvement de la terre; ne soyons donc pas surpris qu'on nous en adresse contre l'influence des miasmes. Je me vois forcé ici de prendre M. le rapporteur à partie. Il dit que l'existence des miasmes n'est pas prouvée; mais rien n'est mieux prouvé au contraire. M. Bricheteau n'admettrait-il donc comme prouvé que ce qu'on peut mettre dans un flacon? A quoi donc attribuer cette influence si funeste et si connue des marais Pontins, si ce n'est aux miasmes qu'ils exhalent? L'auteur les rejette sous prétexte qu'ils sont incapables d'expliquer l'intermittence; mais qu'est-il nécessaire d'expliquer ce phénomène en effet inexplicable? L'auteur ignore-t-il que la surface pulmonaire sur laquelle s'exerce particulièrement l'action des miasmes a trente-deux fois l'étendue de la surface du corps? Le rôle que l'auteur veut faire jouer au froid et à l'humidité n'est, d'ailleurs, nullement fondé. S'il en était ainsi, on verrait régner des fièvres intermittentes à Paris, où l'on n'en voit jamais. Aux Antilles, où il règne beaucoup de fièvres intermittentes, on ne peut certainement pas les attribuer au froid humide.

En résumé je ne vois rien dans ce travail qui mérite les éloges qu'on lui a donnés et l'honneur qu'on veut lui faire.

M. Dupuy: L'existence des miasmes a été mise hors de doute par les analyses que Vauquelin et Moscati ont faites de l'air des marais Pontins. La différence qui existe entre les miasmes et l'humidité est démontrée depuis longtemps d'ailleurs par un grand nombre de faits. Tous les vétérinaires savent que les moutons s'imbibent d'eau et d'humidité avec une extrême facilité; ils sont en quelque sorte hygrométriques. Eh bien! quelle que soit la quantité d'humidité dont ils sont pénétrés, ils n'ont jamais la fièvre intermittente. Exposez-les à l'action des miasmes marécageux, vous les verrez pris par la fièvre.

M. Bricheteau: Je connais les analyses de Vauquelin et de Moscati; mais elles ne prouvent rien, à mon avis, en ce qui concerne les miasmes.

M. Castel: Parmi les nombreuses erreurs qui obscurcissent l'étiologie des maladies, il en est beaucoup qui proviennent de ce qu'on ne sait pas analyser la vie, de ce qu'on ne sait pas reconnaître qu'il y a dans tout phénomène organique un double agent, celui qui perçoit les impressions et celui qui produit les actes que ces impressions déterminent; on ne veut pas comprendre que suivant le mode d'impression qu'il reçoit le principe excitable peut produire tantôt de effets continus, tantôt des effets intermittens. On dit que l'intermittence est difficile à comprendre; rien de plus aisé, au contraire, que de s'en rendre compte de cette manière. Ce qui est plus difficile c'est d'expliquer comment les fièvres intermittentes dégénèrent en continues, circonstance dont l'auteur n'a pas tenu compte. Il est plus difficile, à mon avis, de comprendre comment les fièvres ne restent pas intermittentes.

M. Gérardin: Sans adopter les opinions de l'auteur du mémoire, j'adopte les conclusions du rapport, car ce travail me paraît important. Je crois que l'auteur est allé trop loin en niant les miasmes; mais je crois avec lui que beaucoup de fièvres intermittentes sont produites uniquement par le froid humide et par les alternatives de froid et de chaud. Un médecin de Rome, qui a communiqué dans le temps à l'Académie un travail considérable sur les fièvres qui règnent dans cette ville, a pu constater d'une manière très évidente qu'un grand nombre de fièvres intermittentes étaient dues à l'impression du froid humide auquel les habitans de Rome s'opposent le soir, bien plus qu'à une cause miasmatique. On est quelque peu revenu aujourd'hui sur le compte des miasmes des marais Pontins, dont avait exagéré beaucoup l'influence. On a reconnu qu'il existe au milieu de ces marais des villages dont les habitans sont exempts de la fièvre. Les fièvres intermittentes qui ont précédé le choléra dans presque toutes les contrées où il a sévi n'étaient certainement pas dues à des émanations marécageuses. Je tiens d'un médecin de l'hôpital de la marine à Moscou qu'il n'avait jamais vu de fièvres intermittentes dans un pays où il y a pourtant des marais; il n'en vit pour la première fois que quelques mois avant l'invasion du choléra. Dans une petite localité très saine aux environs de Vienne, où il serait impossible de trouver la moindre trace d'influence marécageuse, les fièvres intermittentes régnèrent à cette même époque avec une grande intensité. Je pourrais citer un grand nombre d'exemples semblables.

M. Rochoux: On n'est jamais embarrassé d'expliquer, témoin la dent d'or; mais ce qui manque, ce sont les bonnes explications. Or, je ne vois pas trop ce que prouve, par exemple, l'explication de M. Castel sur l'intermittence. Quant à ce que vient de dire M. Gérardin, je ne crois pas qu'il soit exact d'avancer que les fièvres intermittentes ont précédé toujours le choléra.

M. Castel constaste, à l'occasion de ce que vient de dire M. Gérardin, quelques analogies entre les influences qui concourent à la production des fièvres intermittentes, de la dysenterie et du choléra.

M. Collineau: En 1812, on creusa le canal de la Villette; on vit survenir à cette époque dans tous les quartiers environnans des fièvres typhoïdes en grand nombre et des fièvres intermittentes qu'on n'avait point observées jusque-là. Quant au reproche qui a été fait à l'auteur du mémoire, il peut n'être pas fondé. De ce qu'il est parti d'un principe faux, il n'en faut pas conclure qu'il manque de logique. On peut résonner très logiquement en partant d'un paradoxe; témoin J.-J. Rousseau.

M. Velpeau: Je viens d'entendre émettre des opinions qui me paraissent tellement contradictoires à ce qui était généralement admis et ce que beaucoup d'entre vous professent sans doute encore, que je ne puis m'empêcher de prendre la parole, bien qu'il s'agisse d'un sujet étranger à mes études habituelles. Je ne conçois pas en vérité qu'on puisse nier l'influence des miasmes marécageux. J'ai habité pendant trois ans un lieu situé dans le voisinage d'eaux stagnantes: l'hôpital de Tours, dont je veux parler, est effectivement assis sur un rueau qui joint le Cher à la Loire. Eh bien! tous les habitans du bord de ce canal étaient atteints de fièvres intermittentes; l'hôpital était constamment rempli de fiévreux, il y en avait toujours de 2 à 3 cents; et M. Bretonneau, avec cette sagacité que tout le monde lui connaît, ne manquait pas de nous signaler la différence que présentait sous ce rapport ce quartier avec les autres parties de la ville. Ces fièvres étaient bien évidemment dues à l'influence de ce rueau; il ne pouvait pas y avoir à cet égard le moindre doute.

Maintenant que l'on admette que les effluves marécageuses ne sont pas les seules causes des fièvres d'accès, personne ne contestera cela. Torti et Morton avaient bien reconnu aussi l'influence du froid humide; mais ils avaient signalé les différences notables qui existent entre les fièvres marécageuses et celles qui sont dues à d'autres causes. Ils ont fait remarquer aussi que les miasmes qui produisent l'intoxication ne se traduisent pas toujours par des accès; qu'ils donnent lieu quelquefois à des fièvres continues qui guérissent par le quinquina aussi bien que les fièvres d'accès. N'y aurait-il pas quelque confusion dans ce qui vient d'être avancé maintenant? Est ce qu'on aurait cessé d'admettre ces distinctions capitales: ne reconnaîtrait-on plus aujourd'hui comme autrefois des fièvres intermittentes vernales, qui sont presque toujours sans gravité, des fièvres automnales autrement graves, et différant les unes et les autres des fièvres de marais?

M. Gaultier de Claubry: On ne saurait un seul instant mettre en doute l'influence des miasmes marécageux sur les fièvres intermittentes, ainsi que vient de le rappeler M. Velpeau. Il est certain que le dessèchement des marais fait cesser ces fièvres. Ce sont là des faits on ne peut mieux établis, et je ne comprends pas qu'on vienne aujourd'hui la contester. Aussi je demande le dépôt pur et simple du mémoire aux archives.

M. Bricheteau dit quelques mots de justification que nous n'entendons pas.

M. Londe: Il est difficile d'expliquer par l'influence de l'humidité un fait important que l'auteur n'a point indiqué et dont il n'a pas été question encore dans cette discussion, je veux parler de la période d'incubation de la fièvre intermittente. M. Ferrus a rapporté à ce sujet un fait fort remarquable. Il s'agit d'un détachement de chasseurs qui, après avoir séjourné pendant quelque temps dans un pays marécageux sans qu'aucun des hommes dont il se composait y eût contracté la fièvre intermittente, changea de résidence. A peine le détachement eût-il quitté ces lieux que les hommes furent pris de fièvre les uns après les autres et à des distances plus ou moins éloignées.

M. Ferrus confirme le fait qué vient de rappeler M. Londe, fait dans lequel il a été lui-même un des principaux acteurs, et en reproduit les principaux détails. Ce fait prouve effectivement l'empoisonnement par les miasmes marécageux. Sans doute, je crois, ajoute M. Ferrus, que le froid et l'humidité peuvent donner lieu accidentellement à des fièvres intermittentes; mais ces fièvres sont tout autre chose que les fièvres de marais. Dans les pays où la fièvre intermittente est endémique, elle est manifestement produite par une action miasmatique.

A la Métidja il y a des travaux de route et autres circonstances qui ont pu très bien contribuer au développement des fièvres intermittentes de ce pays. L'auteur, en négligeant ces circonstances, a été conduit à attribuer au froid humide une influence exagérée.

M. Bégin: Partout où nos soldats ont eu à faire de grands travaux de terrassement, soit en Afrique, soit ailleurs, ils ont contracté des fièvres intermittentes, quelquefois même des fièvres pernicieuses, quelle qu'ait été d'ailleurs la température.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. Bourgery lit une suile à son travail sur les nerfs des sérenses. (Voir ci-contre ce travail.)

— M. Laugier présente un malade auquel il pratique avec succès l'extraction de l'astragale.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LA PHARMACODYNAMIE AU POINT DE VUE DE LA SOLUTION DE CES QUESTIONS : POURQUOI, QUAND ET COMMENT LE MÉDECIN DOIT-IL EMPLOYER LES AGENS PHARMACODYNAMIQUES? par M. H. Golfin, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. — Paris, 1845. Chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine. — Montpellier, L. Castel, 32, Grande-Rue.

Pendant que sous nos yeux on s'efforce d'éclairer par la chimie l'action jusqu'à présent si obscure des substances médicamenteuses que l'absorption porte dans nos organes, le professeur de thérapeutique de Montpellier, fidèle aux traditions de l'école, ne perdant pas un seul instant de vue le dogme que les maîtres de cette école se transmettent religieusement de génération en génération, cherche constamment à y rappeler l'esprit de ses élèves et à y rattacher tous les faits et toutes les acquisitions nouvelles de la science. Tel est, en effet, le but qu'il paraît s'être principalement proposé dans la publication dont nous allons essayer de donner une idée.

L'auteur commence par définir la pharmacodynamie et lui assigner son objet et ses limites. Désirant faire cesser l'espèce de confusion qui règne à cet égard dans le langage médical, où l'on emploie souvent indistinctement les mots *pharmacologie*, *pharmaceutique*, *matière médicale*, il divise la pharmacologie en trois branches distinctes à chacune desquelles il assigne nettement ses attributions : l'une, qu'il appelle *pharmacographie*, comprend l'histoire naturelle physico-chimique des médicamens; la seconde, la *pharmacotechnie*, s'occupe de leur choix, de leur préparation et de leur conservation; la troisième enfin, la *pharmacodynamie*, a pour objet la connaissance de leurs propriétés dynamiques. Le mot *pharmacodynamie* est substitué ainsi aux mots *matière médicale*, mais avec un sens plus précis et plus limité. Bien qu'en général on s'entende sur la portée et l'étendue de ces trois branches de la pharmacologie, quelles que soient les expressions dont on se serve, il est utile cependant de leur assigner autant que possible des dénominations qui rappellent ces attributions, et sous ce rapport l'expression de pharmacodynamie convient beaucoup mieux que celle de matière médicale, dont le sens est si peu limité qu'on peut étendre le nombre et la valeur des objets qu'elle comprend bien au-delà des limites que rappelle naturellement le mot de pharmacodynamie. Mais laissons ce point de nomenclature pour aborder des sujets plus importans.

Des questions capitales dominent toute l'étude de la pharmacodynamie. L'emploi d'un agent thérapeutique quelconque suppose qu'on s'est déjà préalablement demandé *pourquoi* on l'administre, *quand* et *comment* il convient de l'administrer. La réponse à la première question est implicitement renfermée dans le but même de la médecine; elle est trop simple pour nous arrêter. A la seconde question se rattachent toutes les notions les plus élevées et les plus étendues de l'intervention de l'art dans le traitement des maladies. Sa solution exige la connaissance des lois de la pathogénie et de la thérapeutique; elle suppose qu'on a des idées saines et arrêtées sur la nature de la maladie, sur les propriétés dynamiques des médicamens, sur l'opportunité de leur emploi, leurs indications et contre indications, leurs doses et mode d'association, etc.; elle suppose enfin une idée synthétique de la maladie, un système. Ce système, on pense bien que M. Golfin n'a pas de grands efforts à faire pour le trouver. Les doctrines de l'école où il enseigne ne laissent à cet égard aucune hésitation dans son esprit. Nulle part, en effet, on ne trouve des principes aussi nettement arrêtés, un dogme plus religieusement accepté, un plus unanime consentement de la part des hommes appelés à concourir à son enseignement et à sa propagation. Ces doctrines on les connaît; il serait superflu d'en formuler ici les principes. Rappelons seulement, pour l'intelligence des développemens qui vont suivre, l'une des propositions fondamentales de l'école, qui consiste à admettre dans la nature de l'homme une force médicatrice réagissant contre l'influence des causes morbides et tendant à détruire leurs effets, à régulariser les mouvemens vitaux et à les ramener à leur type normal. L'exercice de cette force vitale médicatrice, sorte de fonction nouvelle mise en jeu par la maladie, se manifeste sous divers modes qui constituent les lois de la réaction : « Elle s'exerce avec plus ou moins d'activité, selon la nature des influences morbides, leur mode d'agir, la nature des lésions vitales et organiques qu'elle est appelée à combattre et les conditions personnelles du sujet. Le plus souvent son activité est dans un juste rapport avec les causes et les maladies qui provoquent le développement de son exercice; souvent cette activité dépasse ces limites; d'autres fois elle est au-dessous du degré d'énergie nécessaire à son objet et à son but. »

C'est sur cet ordre de considérations que repose toute la thérapeutique. Ces principes répondent à la première de toutes les indications, savoir : s'il faut agir et quant il faut agir. Ainsi il est évident que dans le premier des cas supposés, lorsque la force médicatrice s'exerce dans des proportions convenables et que la maladie marche d'elle-même vers une heureuse solution, il n'y a point lieu d'agir : la nature fait à elle seule tous les frais de la guérison; le médecin doit s'en tenir à une sage expectation. Tandis que dans les deux autres cas, soit que la réaction s'effectue avec trop d'intensité ou d'une manière désordonnée, soit qu'elle se montre impuissante, l'art doit intervenir.

Comment l'art doit-il intervenir? c'est là l'objet de la recherche des indications. Il y a quatre sources principales d'indications, qui sont : les indications fournies par les causes matérielles ou morales, ou les *indications étiologiques*; les indications fournies par la nature de l'affection et les divers élémens dont elle se compose, les indications *affectionnelles*, *élémentaires* ou de *l'état morbide*; les indications provenant des symptômes, indications *symptomatiques* ou de *l'acte morbide*; enfin celles qui se puisent dans le mode d'exercice et le degré d'énergie de la force médicatrice, indications *réactionnelles*. A ces diverses indications correspondent les méthodes naturelles, analytiques ou empiriques.

Ce n'est pas tout que d'avoir déterminé, d'après les indications, quand et comment il faut agir; ce qui n'est pas moins important, c'est le choix du moment où il convient d'agir; saisir l'occasion la plus favorable à l'action d'une médication est un des points les plus délicats et les plus difficiles de la thérapeutique. M. Golfin a consacré dans le temps à l'étude de cette question une excellente brochure dont nous avons fait l'analyse (1). Il produit ici sur ce même sujet quelques nouvelles considérations qu'on ne lira pas avec moins d'intérêt. Par exemple, indépendamment des considérations puisées dans les dispositions de la force médicatrice pour régler le moment opportun d'agir, il est d'autres circonstances relatives soit au type de la maladie, soit aux propriétés dynamiques spéciales des médicamens dont on veut faire usage, soit aux conditions personnelles et à l'idiosyncrasie du sujet, qui doivent faire modifier le mode et le temps de leur administration. Ainsi il n'est pas indifférent d'administrer les opiacés à toute heure du jour indistinctement, de faire prendre un émétique le matin ou le soir, de donner les préparations de quinquina à telle ou telle époque de la rémission, d'appliquer des stimulans attractifs pendant des paroxismes, etc, etc. L'auteur donne à cet égard et sur une foule de points analogues des préceptes marqués au coin d'une pratique sage et éclairée.

Arrivons à la dernière question : comment le médecin doit-il employer les agens pharmacodynamiques? Ici est la partie essentiellement thérapeutique, celle qui préside au choix des préparations pharmaceutiques, de leurs formes, de leur association, de leur mode d'administration, etc. Cette dernière partie du livre, pleine de détails pratiques, renferme des considérations générales importantes sur l'action chimico-physique et l'action dynamique des médicamens, sur le but et les intentions que l'on se propose de remplir en les associant, sur leurs divers modes d'action locale, immédiate ou directe, par absorption, par sympathie ou par révulsion, enfin sur les diverses surfaces du corps avec lesquelles on les met en contact. On trouvera, par exemple, sous ce dernier titre un examen détaillé et une judicieuse appréciation d'une méthode entièrement négligée et que l'auteur croit pourtant, malgré la gravité de ses effets, ou plutôt même à cause de cette gravité, appelée à rendre de grands services dans des cas désespérés : nous voulons parler du mode de médicamentation par le système veineux ou de la *méthode d'infusion des médicamens*.

Nous ne terminerons pas cette analyse sans dire un mot du jugement que porte l'auteur, sous forme de digression, à propos de l'énumération des méthodes thérapeutiques, des méthodes *dites jugulatrices*. En qualifiant comme elle le mérite la prétention d'enrayer les fièvres et les phlegmasies dans le cours de leurs évolutions naturelles, ce qui n'est pas moins contraire à l'observation qu'aux saines théories, M. Golfin ne méconnaît néanmoins pas que cette méthode ne puisse être applicable à des affections d'une autre nature. Nul doute par exemple qu'on ne puisse obtenir un pareil résultat si l'on a affaire à une fluxion, qui par sa nature essentiellement mobile peut être plus ou moins promptement déplacée en diminuant la pléthore locale qui l'entretient. Mais il n'en saurait être de même pour une phlegmasie confirmée, dont on peut bien,

(1) De l'occasion ou de l'opportunité en matière de thérapeutique. (Gaz. Méd., 1840, p. 575.)

par des évacuations sanguines abondantes et répétées coup sur coup, modérer l'intensité, mais qui, quoiqu'on fasse, parcourt fatalement une succession de périodes qu'on ne peut faire complètement avorter; de même en général pour les fièvres, dont on peut, par l'emploi des mêmes méthodes, atténuer un certain groupe de symptômes, mais que l'on n'empêchera pas de parcourir les évolutions qui doivent en amener la solution. Si l'on pouvait toujours assister aux prodrômes des maladies, on reconnaîtrait sans doute pour un grand nombre ce qui est incontestablement établi pour quelques-unes, savoir : qu'avant d'être locales, elles sont primitivement générales. Or on concevrait encore, en attaquant l'affection par des moyens énergiques dès son début et avant sa localisation, la possibilité dans un certain nombre de cas de faire avorter la maladie locale. Mais indépendamment de ce qu'il est rarement donné au médecin d'assister au début des maladies, la séméiotique est trop peu avancée à cet égard pour le guider sûrement dans le choix du parti à prendre en pareille circonstance. Il y a là comme on le voit tout un ordre de faits du plus grand intérêt et dignes d'être sérieusement médités.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés et l'étendue que nous avons donnée à cette analyse prouvent assez la valeur qu'a à nos yeux la nouvelle publication de M. le professeur Golfin. Son nom et les titres qu'il s'est acquis par ses précédens ouvrages sont assez connus d'ailleurs de nos lecteurs pour que nous puissions nous dispenser d'en dire davantage.

ÉTUDES SUR LES HERNIES ABDOMINALES ET LEUR CURE RADICALE; par M. CAVENNE. — Un vol. in-8° de vj-80 pages. Paris, 1844, chez Just Rouvier, 8, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Nous aurions à consacrer un long article à cet opuscule si M. Cavenne avait voulu y ajouter quelques lignes; mais cette omission simplifie notre tâche et réduit forcément ce compte-rendu aux proportions que l'exemple même de l'auteur nous défend d'outrepasser, à celles d'une annonce. Après avoir très sommairement indiqué l'anatomie et la pathologie des hernies abdominales, il affirme posséder un moyen d'obtenir leur cure radicale, et laisse même entrevoir qu'il peut se passer du débridement dans l'opération de la hernie étranglée. « Ce serait sans doute, conclut-il ensuite, le lieu de décrire avec détail ma manière d'opérer; mais, outre que j'ai hâte d'annoncer ses résultats, je pense qu'il sera plus opportun de le faire quand j'aurai terminé les nouvelles études auxquelles je vais me livrer. Jusque-là, qu'on veuille bien ne pas interpréter défavorablement mon silence; je ne veux faire un secret de mon procédé, encore moins un monopole; je désire seulement me réserver la petite part de gloire qui peut me revenir. » Sans nous permettre, sur le compte de M. Cavenne ni d'aucun de ses procédés, la moindre interprétation, nous lui dirons que s'il a en effet l'intention de faire connaître ultérieurement sa manière d'opérer, il eût peut-être été plus convenable d'attendre jusque-là pour publier ses résultats. Qu'un médecin vienne énumérer les succès de sa pratique sans vouloir divulguer les agens qui les lui ont valus, la critique scientifique n'a que faire de pareils bulletins; on si elle consent du moins à les enregistrer, ce ne peut-être que lorsque le narré des faits est entouré de détails assez circonstanciés pour ne laisser aucun soupçon sur leur réalité. A ce compte, et quoique sans attaquer sa bonne foi, nous aurions plus d'un motif à invoquer pour justifier notre silence à l'égard des découvertes de M. Cavenne. Nous nous bornerons seulement à prendre acte formel de sa promesse; et, pour montrer au lecteur la raison de l'importance que nous attachons à son accomplissement, nous lui dirons que le travail de M. Cavenne est accompagné de dix-huit observations de hernies sur lesquelles il a tenté la cure radicale; que la plupart des opérations ont été pratiquées en 1841 et 1842, et qu'enfin, d'après ce qu'il assure, la guérison se serait maintenue jusqu'ici parfaite.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Un mot sur votre feuilleton du 6 septembre et par conséquent sur le mémoire du docteur Loir.

C'est qu'en France l'article de la loi sur la présentation de l'enfant à la mairie ne s'exécute pas généralement, mais seulement dans quelques grandes villes et souvent encore en l'absence de l'officier de l'état-civil. Partout ailleurs cet article est comme non avenu, — partout, sur la déclaration du père, l'acte de naissance se rédige à la mairie où l'on fournit deux témoins; si le père n'en indique pas, la déclaration du père suffit, et tout est ainsi fini, consommé.

Quant au baptême, dans les départemens religieux, le transport prématuré à l'église doit avoir ses inconvéniens; mais dans nos localités le transport se fait, aujourd'hui et en général, lorsque la mère est relevée et qu'elle peut assister au baptême.

Il y a longtemps que j'ai signalé ce fait; j'ai cité un de nos honorables confrères qui violait ainsi la loi : il faisait bien puisqu'il était maire de sa commune; aussi avait-il l'intention de proposer, en sa qualité de député, que la constatation de la naissance, qui ne se fait jamais par l'officier de l'état-civil, fût établie par un médecin. Mais cet honorable, qui m'avait promis de s'occuper de cette question, a quitté et la chambre et ce monde.

Dans le même article, vous nous parlez de réforme médicale; pourquoi à ce sujet ne pas encore nous avoir dit un mot du projet du congrès médical, que j'apprends par une autre voie? Est-ce que vos abonnés doivent ignorer tout ce qui se produit dans l'intérêt de la profession? Cette question est grave; elle mérite l'attention de tous, et, d'ailleurs, soit comme adhésion, soit comme critique, vous nous devez les nouvelles de cette nature.

Recevez, etc.

Corbeil, 9 septembre 1845. ÉDOUARD PETIT, père.

RÉPONSE. Nous devons deux mots de réponse au dernier paragraphe de cette lettre. Notre honorable confrère s'étonne que nous n'ayons pas parlé encore, soit pour les approuver, soit pour les critiquer, de certains projets de congrès médical. La GAZETTE MÉDICALE s'occupe volontiers des choses sérieuses pour les faire connaître, ou de celles qui ne le sont pas pour s'en récréer; jusqu'ici il est encore impossible de dire à laquelle de ces deux catégories appartiennent les projets dont veut parler M. Petit. Aussitôt que nous saurons à quoi nous en tenir, nous agirons et parlerons en conséquence : jusque-là il nous permettra de nous en tenir à notre prudence habituelle.

M. le docteur de Schreckenfels, de Moscou, ayant reconnu que la forme des plessimètres de MM. Piorry et Mailliot ne répond pas à toutes les exigences de la percussion médiate, a modifié cet instrument de manière à le rendre beaucoup plus convenable pour la pratique. Le plessimètre primitif avait plusieurs inconvéniens :

1° Ses auricules étant beaucoup trop basses, lorsque le médecin veut percuter des parties profondes, ses doigts se trouvent en contact avec les tégumens du malade.

2° Le bord supérieur de ces auricules étant presque tranchant, il doit causer une pression douloureuse sur les doigts de l'explorateur, surtout lorsque celui-ci est obligé d'appuyer fortement sur le plessimètre pour arriver à des organes profonds, et cette douleur est souvent assez intense pour atténuer la sensibilité du toucher.

3° Les bords périphériques du plessimètre ordinaire forment une arête trop vive; il s'ensuit que lorsque l'on appuie sur des parties sensibles et douloureuses, et que l'on doit percuter sur elles, le malade ne supporte qu'avec peine cette pression.

4° Le plessimètre ordinaire représentant une surface plane ne peut s'appliquer commodément sur des concavités d'une dimension souvent moindre que la sienne, telles que la fosse sus-claviculaire, la fosse sus-ternale et autres.

Pour remédier à ces inconvéniens, M. le docteur de Schreckenfels a fait faire un plessimètre dont la plaque ovoïde est arrondie soigneusement sur ses bords, légèrement convexes en dessous, armée de chaque côté sur la face externe de ses auricules de deux éperons qui supportent les doigts en dessous, les empêchent de communiquer avec le corps de l'individu que le médecin percute, et permettent à celui-ci de conserver toute sa sensibilité digitale en employant beaucoup moins de pression sur les auricules perpendiculaires lorsqu'il sera obligé de déprimer des parties épaisses pour percuter un organe profond.



NOTA BENÈ. Le plessimètre de M. le docteur de Schreckenfels se trouve chez M. Luer, place de l'Ecole-de-Médecine, 3.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 39. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er octobre. On s'abonne dans les départements chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRHAGIE PAR L'AZOTATE D'ARGENT A HAUTE DOSE; par M. SERRE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

La lecture du mémoire que M. Debeney a publié en 1843 a dû produire d'autant plus d'impression dans le monde médical que, jusqu'à cette époque, on avait cru que la blennorrhagie était un des symptômes syphilitiques les plus difficiles à guérir; au contraire, s'il fallait s'en rapporter au dire de cet auteur, il suffirait de faire, avec l'azotate d'argent à haute dose, trois ou quatre injections, et souvent une seule, pour triompher en peu de jours, et d'une manière à peu près constante, des écoulemens de l'urètre les plus récens comme les plus anciens, des plus simples comme des plus rebelles; aussi a-t-on vu la plupart des hommes placés à la tête des hôpitaux de vénériens s'empresser à l'envi d'essayer le mode de traitement conseillé par M. Debeney. Il est à regretter, soit dit par anticipation, que les résultats qu'on en a obtenus n'aient pas été conformes à ceux indiqués par cet écrivain.

J'ai voulu, pour ma part, savoir à quoi m'en tenir relativement à la valeur de ce moyen curatif; j'ai même été un des premiers à le mettre en pratique. Mais ma position vis-à-vis M. Debeney était délicate : outre que mon nom avait été plusieurs fois prononcé dans son mémoire, ce que j'ai écrit dans le temps sur le même sujet (1) est tellement en contradiction avec les idées de cet auteur, que j'avais à me défendre d'une sorte de prévention à laquelle les hommes, même les mieux intentionnés, ne

(1) MÉMOIRE SUR L'EFFICACITÉ DES INJECTIONS AVEC LE NITRATE D'ARGENT CRISTALLISÉ DANS LE TRAITEMENT DES ÉCOULEMENS ANCIENS ET RÉCENS DE L'URÈTRE. 1835.

Feuilleton.

CINQ CACHETS INÉDITS DE MÉDECINS-OCULISTES ROMAINS, PUBLIÉS ET EXPLIQUÉS PAR LE DOCTEUR SICHEL.

N° 43. *Lapis Parisiensis quintus.* 5e pierre de Paris.

1. TCPHILVMENI AV
   THEMERVM AD IM
2. . . . . . MENI TVR
   . . . . D SVPPVRA
3. TCPHI. .I

Cette pierre est sans doute cassée obliquement. Outre la quatrième inscription tout entière, il manque la troisième, sauf les lettres *T. C. Phi* et l'un des traits du V que nous avons remplacé par un I. Il manque aussi une partie de la deuxième inscription, dans laquelle le D n'est représenté que par un trait convexe à la droite du lecteur et ouvert à gauche.

M. le docteur Daremberg a eu la bonté de me communiquer une copie de ce cachet qui lui a été donné il y a déjà quelque temps, sans qu'il puisse se souvenir de qui il lui vient, quels sont les détails qui l'accompagnaient, dans quel lieu il a été trouvé, ni enfin quel est le possesseur actuel de l'original. Il a bien voulu me promettre de faire des démarches afin d'éclaircir tous ces points. Provisoirement j'ai appelé cette pierre la cinquième pierre de Paris.

1. T. C. PHILVMENI AVTHEMERUM AD impetum. *Collyre de Titus Cajus Philumenus pour la guérison en un seul jour de l'ophthalmie au moment de son invasion.*

Les anciens, comme nous l'apprend Galien (COMP. MED. SEC. LOC., l. IV, c. 3, med.) dans un passage reproduit par Aëtius (tetrab. 2, serm. 3, c. 101 vel 103) avaient des collyres auxquels ils attribuaient la faculté de guérir les ophthalmies dans l'espace d'un seul jour et que pour cette raison ils appelaient μονοήμερα, *monohemera*, oo, comme dit Marcellus Empiricus (c. 8, p. 54 ed. Cornar.), *monemera*, collyres d'un seul jour. *Authemeron*, αὐθήμερον, collyre du même jour, est absolument synonyme de ce dernier mot, bien qu'il ne se trouve pas dans les auteurs grecs et romains, mais seulement dans cette inscription et dans celle du n° 28. Au sujet de cette dernière, Grivaud et Tôchon se sont trompés en lisant et publiant *anthemerum*. Assurément rien n'était plus facile que de regarder un V un peu douteux pour un N dont le premier jambage aurait été effacé par l'usure de la pierre. Mais l'analogie du mot *monohemerum* suffit pour démontrer que la leçon *authemeron* est la seule admissible. D'ailleurs, dans la copie que M. Daremberg m'a donnée, le V, bien que placé un peu obliquement, est parfaitement bien formé et ne permet pas de concevoir aucune espèce de doute.

Les mots AD IM, sans doute tronqués à la fin par l'usure ou quelque autre avarie de la pierre, se trouvent d'ordinaire sur les cachets comme il suit : *ad imp.* ou *ad imp. lippit.*, c'est-à-dire *ad impetum*, ou *ad impetum lippitu-*

peuvent pas toujours se soustraire. Que faire en pareille circonstance, et comment échapper au reproche que M. Debeney, mieux que tout autre, aurait pu m'adresser? Après m'être livré en silence et pendant longtemps à des essais comparatifs, dans l'hôpital dont je suis chargé, j'ai voulu que les observations qui avaient été recueillies dans mon service fussent rendues publiques par tout autre que moi, comme pour leur donner un degré de plus d'authenticité.

Maintenant que le docteur Cazalis a fait connaître les détails relatifs ces observations en les interprétant à sa manière et en toute liberté (1) qu'il me soit permis à mon tour de les commenter; j'ajouterai seulement, pour donner encore plus de force à ce que je vais dire, que depuis l'époque où les observations que M. Cazalis a publiées ont été recueillies, j'en ai moi-même rassemblé un bon nombre d'autres qui n'ont fait que me confirmer de plus en plus dans les idées que j'avais déjà.

Je commence par rendre justice à M. Debeney, et je conviens avec lui que les injections avec l'azotate d'argent, telles qu'il les conseille, loin de produire ces accidens graves qu'on leur a reprochés, ne provoquent pas même des douleurs aussi vives ni aussi durables que celles auxquelles on devrait naturellement s'attendre. Si dans quelques cas de blennorrhagies aiguës les accidens inflammatoires qui ont eu lieu ont nécessité l'emploi des antiphlogistiques et, par suite, la cessation des injections; dans la plupart des autres, et notamment dans les écoulemens anciens ou chroniques, ce mode de médication a été, en général, assez bien supporté par les malades. Comment concevoir dès lors les faits observés par M. Vénot (2), d'après lequel les injections avec l'azotate d'argent à haute dose auraient le grand inconvénient d'entraîner après elles des orchites, des posthites, des abcès urétraux, des arthrites, des érysipèles sur la verge, des bubons inguinaux, etc.? On les malades sur lesquels M. Vénot a expérimenté étaient dans des conditions morbides que l'on a mal appréciées, ou les injections n'ont pas été faites d'après les règles indiquées par M. Debeney. Il est de toute impossibilité qu'une même méthode de traitement, lorsqu'elle est appliquée dans des cas à peu près pareils, donne des résultats aussi opposés. Autant je m'étais élevé moi-même *à priori* contre les injections avec l'azotate d'argent à haute dose portées dans le canal de l'urètre; autant, je dois aujourd'hui à la vérité de reconnaître que mes craintes à cet égard n'étaient pas fondées. Et cependant, lorsque j'ai eu à combattre des blennorrhagies tant soit peu anciennes, j'ai toujours recommandé à l'élève chargé de pratiquer les injections de ne rien négliger pour faire parvenir le liquide jusque dans la vessie.

A Dieu ne plaise qu'en parlant ainsi je veuille partager les idées de M. Debeney, lorsqu'à propos de la onzième observation il cherche à insinuer que le malade atteint d'un commencement de rétrécissement de l'urètre a remarqué que « depuis les injections il urinait plus librement. » Si les injections ont fait cesser l'écoulement et avec lui l'inflammation qui l'entretenait, le cours de l'urine a pu devenir plus libre; jusque-là il n'y a rien d'extraordinaire. Ce que je trouverais étonnant, c'est que les injections avec l'azotate d'argent à haute dose eussent fait disparaître en vingt-quatre heures un rétrécissement dont l'origine remontait à six ans. Je ne suis pas du nombre de ceux qui prétendent que les injections dans le canal de l'urètre sont une des causes les plus communes des coarctations de ce conduit; j'ai déjà eu occasion dans un autre travail d'exprimer à cet égard toute ma pensée. Je ne voudrais pas néanmoins que l'on crût que les injections avec l'azotate d'argent à haute dose ont, par rapport aux rétrécissemens de l'urètre, un avantage dont ne jouit aucune de celles que l'on a proposées jusqu'à ce jour.

Ceci m'amène naturellement à parler de la manière dont M. Debeney explique le mode d'action de la substance saline dont il se sert pour les injections. Selon lui, l'azotate d'argent dissous à haute dose dans l'eau distillée, et porté dans le canal de l'urètre, agirait à titre de caustique; j'en ai pour preuve, dit M. Debeney, « *les escarres de la muqueuse urétrale qui se détachent peu de temps après l'injection et qui sortent sous la forme de pellicules blanches.* »

Si le fait était tel que l'indique M. Debeney les guérisons qu'il rapporte en faveur de sa méthode seraient inexplicables, car l'élimination d'une escarre, quelque légère quelle soit, suppose toujours un travail inflammatoire préalable; ce n'est pas après 24 heures, par exemple, que l'on verrait se détacher les escarres produites par le contact de la matière injectée. En supposant même que les escarres pussent se détacher dans ce court intervalle, ce qui est très contestable, faut-il encore que les plaies qui résultent de la chute de ces mêmes escarres aient eu le temps de se cicatriser. Or qui ne sait qu'une petite excoriation placée derrière le méat urinaire ou sur tout autre point du canal de l'urètre, a suffi souvent pour entretenir des écoulemens pendant des années entières? Désireux de connaître jusqu'à quel point l'effet produit par les injections nitratées ressemblait à celui qui résulte de l'action directe du nitrate d'argent sur le canal à l'aide d'une sonde armée, j'ai cautérisé à dessein, mais d'une main légère, plusieurs militaires atteints de blennorrhagie; voici ce que j'ai remarqué: outre que les douleurs que le malade éprouve par la cautérisation au moyen d'une sonde sont plus profondes et plus durables, les escarres qui en proviennent ne se détachent guère avant le troisième ou le quatrième jour, et ne ressemblent nullement à celles qui, selon M. Debeney, succèdent de si près aux injections. D'un autre côté, dans les cas même les plus favorables, alors que la cautérisation doit amener la cessation de l'écoulement, ce dernier ne disparaît jamais que peu à peu; en un mot, la cautérisation a pour effet de substituer à une inflammation chronique du canal de l'urètre une inflammation aiguë qui parcourt alors tous ses périodes d'une manière plus rapide, et arrive plus tôt ou plus tard à une solution heureuse et définitive.

Que se passe-t-il, au contraire, au dire de M. Debeney, à la suite des injections? En quelques instans, en quelques heures, l'inflammation de la muqueuse urétrale est portée au plus haut degré; mais bientôt, en un jour, en quarante-huit heures au plus, tous les phénomènes inflammatoires cessent comme par enchantement et l'écoulement a disparu pour jamais.

Est-ce ainsi que devraient agir des injections qui cautériseraient les parties qu'elles touchent? Je ne le pense pas. L'azotate d'argent agit ici comme dans la plupart des cas où il est employé, c'est-à-dire en modifiant profondément la sensibilité de la muqueuse avec laquelle il est mis en contact. Les escarres dont parle M. Debeney ne sont, en général, autre chose que des flocons muco-purulens coagulés par l'action chimique du

(1) Observations sur le traitement de la blennorrhagie chez l'homme par les injections avec l'azotate d'argent a haute dose. (Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier. Février et mars 1845.)

(2) Journal de médecine de Bordeaux.

---

dinis, pour combattre la première attaque ou la première violence de l'ophthalmie, et surtout avant qu'il ne soit survenu de sécrétion muqueuse. Toutefois les mots *pituitæ impetus*, dont se sert Celse (l. vi, c. 6, s. 1), permettent de croire qu'*impetus* désigne peut-être l'irruption de cette sécrétion muqueuse elle-même et que par conséquent il faudrait traduire: contre la sécrétion muqueuse dans l'ophthalmie. Je n'ai pas actuellement le temps nécessaire pour compulser les anciens et décider la question en comparant les passages qui ont trait au mot *impetus*. Je me propose de le faire plus tard.

Quoi qu'il en soit, il est facile de voir qu'il s'agit d'un collyre dont la propriété est d'amener promptement, et dans le jour même de son application, la résolution de l'ophthalmie. Mais la condition essentielle est qu'il soit employé dans la première période peu après l'invasion, et avant qu'il se soit établi une sécrétion considérable de mucus.

Les lignes précédentes étaient déjà rédigées, lorsque j'ai trouvé dans Galien (Comp. med. sec. loc., iv, 8, p. 755 ed. K.) un passage qui a pour titre: « Scylacion, médicament *authemeron* qui a la vertu de résoudre instantanément (παραχρῆμα) les phlegmasies. » L'emploi de ce mot par Galien est une autorité sans réplique dont il n'était pas besoin, du reste, pour démontrer que la leçon *authemeron* est fausse.

2. *Philumeni Turinum ad suppurationem. Collyre d'encens de Philumenus contre la suppuration des yeux* (*ad suppurationem oculorum*, comme porte le cachet n° 39), c'est-à-dire contre la sécrétion muqueuse ou la chassie abondante. L'encens est fréquemment employé par les anciens dans la première période des ophthalmies; ils le regardaient comme maturatif (πεπτικὸν) et résolutif.

Le collyre διὰ λιβάνου, διαλιβανὸν ou *dialibanum* était d'un usage très répandu et se rencontre plusieurs fois sur les cachets. Marcellus Empiricus (c. 8, p. 72) qui l'appelle « *collyrium dialibanos ad suppurationes oculorum* » en donne une formule où il n'entre pas d'encens. Celse (l. 6, c. 6, s. 13) le cite avec son nom grec; mais aucun auteur ancien, à ma connaissance, ne l'a latinisé. Les noms *Thurinum* et *Turinum* (car le mot *Thus* s'écrit également avec et sans *h*) ne se trouvent que dans deux cachets (n° 39 et 40) récemment publiés par M. de Saint-Mémin.

3. T. C. Philumeni

La dernière moitié du nom de l'oculiste, celui du médicament et toute la quatrième tranche n'existent plus. La pierre est probablement cassée, comme cela est arrivé pour plusieurs autres déjà connues.

N° 44. *Lapis Lugdunensis secundus*. 2e pierre de Lyon. (La première est le n° 14 de la liste de Tôchon.)

M. Raoul-Rochette a eu l'extrême bonté de m'apporter, vers la fin du mois de juillet de cette année, l'empreinte d'un cachet en stéatite carrée et de petites dimensions. C'est le propriétaire actuel, M. Girard, à Lyon, qui le lui a communiqué. A en juger d'après l'empreinte, cette pierre peut avoir 25 mill. de longueur et 5 millim. d'épaisseur. Voici les inscriptions qu'elle porte sur les quatre tranches. Aucun des collyres qu'elles nomment n'est mentionné sur les cachets publiés jusqu'ici. La manière dont le mot *Hirpidius* est placé fait croire que d'or-

sel argentifère. C'est à peine s'il sort, de temps en temps, avec le mucopus, quelques débris de l'épithélium, qui forme la couche la plus superficielle de la muqueuse urétrale. S'il en était autrement, il faudrait renoncer dès aujourd'hui aux injections nitratées; un malade pourrait-il supporter sans inconvénient sept à huit cautérisations de l'urètre faites coup sur coup?

J'insiste sur ce fait parce qu'il peut servir à rassurer les praticiens et les malades relativement aux craintes qu'ils pourraient avoir sur la production des rétrécissemens de l'urètre à la suite des injections avec le nitrate d'argent à haute dose. Ma position à la tête d'un hôpital de vénériens m'a mis à même de voir d'assez près les malades que j'avais soumis à ce mode de traitement pour affirmer ce que j'avance. Les injections avec le nitrate d'argent à haute dose ne devront cependant être employées que dans de certaines limites; ce que quatre injections ne produisent pas, douze pourraient le produire.

J'arrive à la partie la plus importante de ce travail, à l'appréciation des faits avancés par M. Debeney, en égard à l'efficacité des injections à toutes les périodes de l'urétrite; c'est ici où commence l'exagération.

Si M. Debeney s'était renfermé dans les termes du titre de son mémoire, et qu'il se fût borné à parler du traitement abortif de la blennorrhagie, alors que l'écoulement commence à paraître, tout le monde eût été à peu près d'accord avec lui. A cette époque de la maladie où l'inflammation est à peine naissante, il suffit d'agir d'une manière forte et brusque sur la partie du canal qui est affectée pour modifier la sensibilité des tissus et faire avorter le mal. Parmi tous les cas de blennorrhagie que j'ai recueillis, il n'en est pas dans lesquels j'aie mieux réussi que dans ceux où la maladie était récente, la douleur presque nulle et l'écoulement séromuqueux.

Je m'explique à dessein sur les principaux symptômes qu'offraient les malades chez lesquels les injections à haute dose ont amené une prompte guérison, car je ne voudrais pas qu'à l'instar de M. Debeney on établît l'opportunité de ce mode de traitement d'après la durée seule de la maladie. Une blennorrhagie récente n'est pas toujours aiguë, de même qu'une blennorrhagie ancienne n'est pas toujours chronique; le degré d'acuité ou de chronicité de la blennorrhagie au point de vue dont il s'agit se mesure d'après l'ensemble des phénomènes morbides que la maladie présente, et non d'après la durée du temps depuis lequel elle existe.

Quand l'émission des urines ne s'accomplit qu'avec de vives souffrances, lorsque les érections sont douloureuses et que le gland est rouge et tuméfié, je dis que la blennorrhagie est très aiguë; et cela que l'écoulement soit clair ou épais, abondant ou rare, blanc ou verdâtre.

Il n'en est pas ainsi dans les blennorrhagies que j'appellerai peu aiguës: l'écoulement peu copieux, en général, d'une consistance médiocre et d'une couleur blanchâtre, ressemble parfois à du petit lait. Le gland et le méat urinaire conservent leur couleur normale, la miction s'exécute sans difficulté, et les érections, qui ont lieu surtout pendant la nuit, ne causent aucune douleur au malade.

Enfin, entre ces deux degrés de la blennorrhagie, il en existe encore un troisième, qu'il faut savoir distinguer dans la pratique, et dans lequel les symptômes semblent tenir le milieu entre ceux qui sont propres aux blennorrhagies les plus intenses et aux blennorrhagies les plus faibles. C'est faute d'avoir eu recours à ces distinctions et pour avoir voulu se borner à ne tenir compte que de la durée de l'écoulement, que M. Debeney a dû d'abord se tromper lui-même et tromper ensuite la plupart de ceux qui se sont laissé guider par la lecture de son travail. Autant les injections avec l'azotate d'argent à haute dose peuvent être utiles dans les blennorrhagies récentes et peu aiguës, autant elles sont sans effet, je dirai même préjudiciables aux malades chez lesquels l'inflammation du canal a déjà acquis un haut degré d'intensité. Je ne conseillerai jamais à personne de prescrire les injections avec le nitrate d'argent à haute dose dans les blennorrhagies qui offrent des symptômes inflammatoires bien prononcés. En cela, je suis d'une opinion diamétralement opposée à celle de M. Debeney.

Que l'on examine les trois tableaux qui ont été publiés par M. le docteur Cazalis, dans les numéros de février et mars du JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER, et l'on ne tardera pas à acquérir la preuve de ce que je dis. Parmi les sept malades chez lesquels les injections ont été faites dans la période d'acuité de la blennorrhagie, quoique la plupart de ces blennorrhagies fussent récentes, il n'en est pas un seul qui ait guéri; chez tous, il a fallu en venir à d'autres moyens pour obtenir la cessation de l'écoulement. Au contraire, sur quinze malades atteints de blennorrhagies peu aiguës et traitées de la même manière, c'est-à-dire par les injections, six ont été délivrés en peu de temps de leurs écoulemens. Quant à ceux chez lesquels la blennorrhagie offrait encore quelques symptômes d'acuité (ils étaient au nombre de vingt-deux), il n'en est que quatre qui aient été guéris par les injections seules. Ainsi donc, généralement parlant, le traitement par les injections n'a été vraiment efficace que dans le cas où l'écoulement appartenait à la classe de ceux que j'ai appelés chroniques ou peu aigus. Il y a même à ce sujet une différence à établir relativement à la durée de la maladie: quand l'écoulement est ancien, alors que des modifications dynamiques et anatomiques sont déjà survenues dans la muqueuse urétrale, les injections réussissent beaucoup moins, toutes choses égales, que dans les écoulemens récens; la chose est facile à concevoir.

Du reste, tous les praticiens qui ont mis en usage les injections nitratées à haute dose s'accordent à reconnaître que M. Debeney en a beaucoup exagéré les avantages. N'est-il pas, en effet, digne de noter que, parmi tous les cas de blennorrhagies cités par cet auteur, il n'en est que deux dans lesquels les injections *n'ont produit aucun résultat*. Trois ou quatre injections, et souvent une seule, ont suffi pour mettre fin à tous les écoulemens. Les cas de non réussite que l'on cherche en vain dans le mémoire de M. Debeney, et que l'on désirerait y trouver, même dans l'intérêt de sa méthode, ne seraient-ils pas parmi les dix-sept sujets qu'il dit avoir perdus de vue après une, deux et même trois injections, et chez lesquels, pour me servir de son langage, *le traitement n'a pas été terminé?* Puisque ce praticien a guéri tant de blennorrhagies avec deux ou trois injections, pourquoi ce même nombre d'injections a-t-il été insuffisant pour guérir ces derniers malades.

M. Leriche, dont M. Debeney invoque le témoignage dans son mémoire, a été moins heureux que lui: sur cinquante-huit urétrites qu'il a traitées par les injections, du 1[er] avril au 1[er] octobre 1842, le traitement n'a jamais duré moins de douze jours, tandis que, sur soixante-six malades que M. Debeney a eu à soigner, quatorze ont été délivrés de leurs écoulemens à l'aide d'une seule injection. En vérité, la différence est trop grande.

---

dinaire plusieurs collyres étaient vendus à la fois, à moins qu'on n'imprimât une empreinte du nom de l'oculiste sur chaque boîte, avant de la marquer du titre du médicament.

1. DIAGLAVCEV
2. ACHARISTVM
3. ·HIRPIDI·POLYTIMI
4. DICENTETVM

1. DIAGLAUCEUM. La dernière lettre manque.

Le collyre diaglaucium (Scrib. Larg. c. 22) tire son nom de son ingrédient principal, le *glaucium*, « suc d'une plante qui croît auprès d'Hiérapolis en Syrie. Il est employé au début des affections oculaires à cause de sa vertu réfrigérante. » (Dioscoride, III, 90 vel. 100.) Selon Sprengel, cette plante serait le *glaucium corniculatum* Curt. ou *gl. phœniceum* Crantz.

2. ACHARISTUM.

L'*achariston* (*à bon marché*) était un collyre peu coûteux, d'un prix accessible à toutes les fortunes et consacré à l'usage des personnes dont la position et les habitudes ne permettaient ni n'exigeaient des compositions chères et raffinées; peut-être ce nom désigne-t-il en même temps le peu de soin qu'on prenait pour rendre douce et agréable l'action de cette sorte de collyre. C'est ainsi que Galien (COMP. MED. SEC. LOC. IV, 7, p. 731 ed. K.) cite « d'après les livres de Philoxenus, un collyre sec achariston, » et (ib., 8, p. 749) « un collyre intitulé achariston contre les larmoiemens les plus intenses; par l'emploi de ce seul collyre, en Egypte, les médecins obtiennent de grands succès, particulièrement sur des individus plus rustiques (ἐπὶ τῶν ἀγροικοτέρων). » Cette espèce de collyre se composait de substances indigènes et astringentes, sans addition d'adoucissans ou de narcotiques. Toutes ces raisons me paraissent confirmer mon explication, bien qu'elle soit diamétralement opposée à celle qu'on lit dans la traduction latine d'Aëtius (Lugd. 1549, fol., Tetr. 2, s. 3, c. 77 et 102 fin), « parce qu'on ne saurait lui avoir trop de gratitude. » Cette interprétation est ajoutée par le traducteur Janus Cornarius, car elle ne se trouve ni dans l'édition grecque (Venet. 1534, fol.), ni dans deux manuscrits grecs de la bibliothèque royale (n° 2192 et 2193) que j'ai comparés. Le collyre achariston semble être en quelque sorte l'opposé de ceux que Galien (ib., p. 757, 758) cite sous le nom de collyres délicats (τρυφερὰ), et dans la composition desquels il entre des narcotiques, des substances gommeuses et féculentes, etc. Il nomme l'un de ces collyres (p. 769): Melinum délicat, approprié à ceux qui ne peuvent supporter aucune vertu mordante (μηδ' ἐντεταμένην δῆξιν) dans les médicamens. »

3. HIRPIDII POLYTIMETON. *Collyre précieux d'Hirpidius*. Cette épithète s'explique par ce qui a été dit (41,4) à propos du mot *atimeton* qui en est le synonyme. Le mot POLYTIM se termine par un trait qui ne forme pas tout à fait un I et a probablement été le jambage de l'E. La fin de cette inscription et celle de la première étaient placées sans doute à l'un des angles de la pierre qui a été cassé. Le nom d'Hirpidius se trouve dans une inscription du *Thesaurus* de Muratori (class. X, n. DCCVII) où il s'agit d'un G. Hirpidius, revêtu de hautes dignités sous les empereurs Nerva et Trajan. Il serait possible que l'oculiste à

Ce n'est pas tout : si j'en juge par les faits que j'ai recueillis à l'hôpital St-Eloi, il est à croire que plusieurs des malades dont parle M. Debeney comme étant entièrement guéris ont dû éprouver des récidives; j'ai vu, dans les salles dont je suis chargé, plusieurs militaires qui semblaient être délivrés pour toujours de leurs blennorrhagies à l'aide de trois on quatre injections, chez lesquels l'écoulement a reparu peu de jours après. Cette remarque a pu être faite surtout chez les soldats qui faisaient partie de la garnison de Montpellier. Si, parmi toutes les guérisons dont parle M. Debeney, il n'est pas question d'une seule récidive qui soit le fait du traitement, cela ne peut s'expliquer que par le peu de soin qu'aura mis ce praticien à s'informer de l'état des malades après leur sortie de l'infirmerie régimentaire, on de l'hôpital dans lequel ils auront été traités.

«Dans le début, dit M. Leriche, en parlant du traitement de la blennorrhagie par les injections nitratées à haute dose, nous obtînmes quelques succès; mais bientôt nous fûmes obligés de renoncer à ce mode de médication, *parce que les récidives étaient trop fréquentes*. Cependant, ajoute le même auteur, nous fûmes frappés de la rapidité avec laquelle certains écoulemens cessaient; aussi cherchâmes-nous à faire tourner au profit de ces malades un moyen qui semblait modifier d'une manière puissante la sécrétion de la muqueuse urétrale. C'est en le combinant avec d'autres moyens (le copahu, les injections avec l'acétate de plomb) que nous sommes parvenus à diminuer la durée des accidens (1). »

Cette manière de voir du docteur Leriche concorde parfaitement avec ce que j'ai observé moi-même; le docteur Cazalis en a déjà fait mention dans le mémoire qu'il a publié dans le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE. Ce serait donc encore un vrai service que rendraient les injections avec l'azotate d'argent, si, lorsqu'elles ne guérissent pas les blennorrhagies, elles en abrégeaient la durée en préparant la muqueuse urétrale à mieux ressentir les effets des autres remèdes.

Toutefois, je ne crains pas d'en faire l'aveu : il est des blennorrhagies qui, loin de céder au traitement de M. Debeney, ont résisté avec la plus grande opiniâtreté à tous les remèdes que je leur ai opposés et dont je n'ai pu voir la fin qu'en faisant subir aux malades un traitement antisyphilitique. Aussi en est-il quelques-uns qui sont restés à l'hôpital jusqu'à deux et trois mois avant d'être définitivement délivrés de leurs écoulemens. Les blennorrhagies ne se guérissent pas toutes par le même moyen, ni avec la même facilité. C'est en cela surtout que M. Debeney a dépassé les limites du vrai, et qu'il pourra induire en erreur les praticiens qui accepteraient sans réserve les propositions qu'il a émises dans son travail.

Quant à moi, voici celles que j'ai cru pouvoir déduire des faits nombreux que j'ai recueillis :

1° Le traitement de la blennorrhagie par les injections avec l'azotate d'argent à haute dose restera désormais dans la pratique; cependant il est loin de donner des résultats aussi satisfaisans que ceux indiqués par M. Debeney.

2° Les injections nitratées d'après la méthode de M. Debeney, et pour mieux dire de Carmichaël, sont surtout avantageuses au début ou vers la fin des écoulemens, lorsque l'inflammation est à peine naissante ou sur le point de s'éteindre.

3° Dans les blennorrhagies aiguës et plus encore dans celles dites cordées, ce mode de médication ne peut être que préjudiciable aux malades qui y sont soumis.

4° Il ne faut user des injections nitratées à haute dose qu'avec la plus grande circonspection chez les malades qui ont eu déjà des rétrécissemens de l'urètre, on qui sont sujets à des rétentions d'urine.

5° Lorsqu'après cinq on six injections aux doses indiquées par M. Debeney, on ne parvient pas à se rendre maître de la blennorrhagie, il faut en cesser l'usage : en insistant plus longtemps sur l'emploi du nitrate d'argent, il pourrait en résulter des inconvéniens.

6° Jusqu'à présent on n'a pas assez tenu compte, dans le traitement de la blennorrhagie, de l'influence d'une foule de causes autres que le coït, qui produisent certains écoulemens de l'urètre, on qui leur impriment un caractère tout particulier, et nécessitent par la suite un traitement spécial.

7° Enfin, plus on réfléchit à la manière d'agir des injections nitratées à haute dose, plus on s'aperçoit qu'elle se rapproche beaucoup de celle des injections dans lesquelles le nitrate d'argent entre à des doses bien plus faibles; c'est là du moins ce qui résulte des observations recueillies par M. Leriche, et ce dont j'ai pu me convaincre moi-même dans une série d'essais comparatifs que j'ai faits depuis la publication du mémoire du docteur Cazalis. J'aurais voulu, plus que tout autre, éviter d'en parler; mais, en bonne logique, les conclusions ne sont-elles pas dans les prémisses?

(1) JOURNAL DE CHIRURGIE, février 1845, p. 34.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite.)

VII. GIORNALE PER SERVIRE AI PROGRESSI DELLA PATOLOGIA E DELLA TERAPEUTICA.

Les numéros de janvier, février, mars et avril 1845 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Sur la phthisie pulmonaire tuberculeuse;* par M. Gambari. 2° *Sur la maladie miliaire;* par M. Penolazzi. (Article de polémique.) *Réponse à ce travail;* par M. Namias. 3° *De la constitution morbide observée à l'hôpital civil de Venise en novembre et décembre* 1844; par M. Trois. 4° *Nouvelles études médicales sur l'eau de mer;* par M. Guastalla. (Réponse à un article critique sur de précédens travaux de M. Guastalla relatifs à la même question.) 5° *Des opiacés et de la morphine dans la bronchite, la phthisie pulmonaire, les catarrhes bronchiques et pulmonaires et l'hémoptysie;* par M. Fantonetti. (Plusieurs faits favorables à l'emploi des préparations opiacées dans ces maladies; principalement pour mettre fin aux toux opiniâtres des bronchites ou des catarrhes, une fois que l'état aigu a été combattu par les moyens appropriés.) 6° *Souvenirs cliniques;* par M. Bonafini. (Recueil d'observations ne présentant pas un bien grand intérêt.) 7° *Corps étranger volumineux resté pendant plus de deux mois dans l'orbite;* par M. Capelletti. (Une femme avait reçu à l'œil un coup porté avec un instrument à tricoter, en os; il se rompit et un fragment, long d'un pouce

---

qui appartenait ce cachet eût été un esclave affranchi de cette famille Hirpidienne. Souvent les oculistes et les médecins affranchis par de nobles Romains adoptaient leur nom de famille. Les deux derniers I du nom propre sont réunis en un seul, un peu plus haut que les deux précédens.

4. *Dicentetum*, collyre doublement piquant, de δίς, *bis*, deux fois, et κεντίω, je pique. Aëtius (II, 3, c. 48, 77, 110), d'après l'oculiste Démosthène, nous en a conservé la formule. Probablement qu'il doit d'être appelé ainsi non pas à l'action mordante de ses ingrédiens (le vert-de-gris, le misy, le suc de pavot, la gomme), qui ne justifieraient pas ce nom presque effrayant pour les malades, mais bien à son efficacité comme stimulant contre les amblyopies. La pierre porte très manifestement *dicentetum;* ne possédant pas moi-même l'édition grecque d'Aëtius, j'avais d'abord regardé le mot *diacentetum* de la traduction de Cornarius comme le véritable nom du collyre. Je pensais donc que la leçon de l'inscription, *dicentetum*, s'expliquait par l'une des nombreuses erreurs ou fautes d'orthographe dont les graveurs, sinon les oculistes, n'étaient que trop coutumiers. Il ne me paraissait pas probable que le médecin eût voulu innover et surenchérir sur le sens primitif du mot *diacentetum*, piquant, en lui substituant une étymologie factice, et en le faisant dériver de δίς, *bis*, deux fois, et κεντεῖν, doublement piquer. Il se serait donné de garde, me disais-je, de changer la dénomination généralement connue d'un médicament célèbre, de peur de nuire à son débit. Mais j'ai consulté l'édition grecque, ainsi que les deux manuscrits déjà cités, et j'ai trouvé qu'ils portaient dans tous les passages δικέντητον, à l'exception du chap. 48 où l'édition grecque seule a διακέντητον. Par conséquent Cornarius a adopté une leçon qui ne saurait être justifiée, ce qui vient encore prouver, du reste, que les traductions, même les meilleures, ne peuvent jamais tenir lieu de l'original.

N° 45. Lapis Nivernensis. Pierre d'Entrains. (J'ai provisoirement substitué le nom latin de la province à celui de la ville, qui ne se trouve sur aucun Itinéraire.)

L'impression de la première partie de cet article était déjà terminée, lorsque, le 18 septembre, j'ai reçu de M. Adrien de Longpérier la lettre suivante. C'est de sa part une prévenance dont je lui ai une gratitude d'autant plus vive que notre connaissance est très récente et date d'une seule entrevue que nous eûmes ensemble au cabinet des médailles.

« Monsieur le docteur,

» La fermeture de la bibliothèque me donnant quelques jours de vacances,
» j'en ai profité pour visiter quelques parties du Nivernais et de la Bourgogne
» où je savais rencontrer des antiquités. Je désirais surtout étudier la station
» romaine d'Entrains. Là, j'ai trouvé, en effet, des monumens très intéressans.
» L'un d'eux m'a paru de nature à figurer dans le savant travail que vous prépa-
» rez sur les oculistes, et je me hâte de vous en faire le dessin. Peut-être arri-
» vera-t-il encore à temps. Le cachet a été découvert à Entrains même, petit
» bourg à quatre lieues à l'ouest de Clamecy (Nièvre); il appartient à M. Re-
» naud, qui a refusé de me le vendre, mais qui m'a permis très obligeamment
» d'en prendre copie. J'espère, monsieur, que vous voudrez bien excuser, en

et demi, resta méconnu sous la paupière. La plaie s'était fermée, lorsqu'au bout de deux mois et onze jours le corps étranger en sortit dans un abcès formé à l'angle interne de l'œil.)

SUR LE CATHÉTÉRISME FORCÉ DU CANAL NASAL; par M. CAPELLETTI (1).

L'auteur ne recommande cette méthode que dans les cas de fistules où il existe aux voies lacrymales un rétrécissement organique primitif. Ce rétrécissement est le plus souvent situé à l'orifice inférieur du canal nasal, là où la muqueuse forme un repli qui, en guise de soupape, ferme les deux tiers de l'ouverture. Comme pour les rétrécissemens de l'urètre, on peut employer dans ceux-ci la dilatation graduelle ou le cathétérisme forcé. Mais la première méthode est longue, fatigante pour les malades; elle demande ordinairement plusieurs mois; c'est dans le but d'obvier à ces inconvéniens que M. Capelletti propose le procédé suivant.

On a une sonde en argent, tout à fait semblable pour la forme au mandrin en acier dont Dupuytren se servait pour placer ses canules métalliques; seulement, dans sa partie verticale, destinée à occuper les voies lacrymales, l'instrument de M. Cappelletti est creux comme une sonde et offre en haut une ouverture directe et en bas deux yeux latéraux. Après avoir ouvert le sac lacrymal avec un bistouri à lame étroite, selon le procédé de J. L. Petit, on fait glisser sur ce bistouri la *sonde lacrymale*; puis, le bistouri retiré, on enfonce celle-ci avec une force proportionnée au degré de résistance qu'on éprouve. Pour s'assurer que l'instrument a pénétré dans le canal à une profondeur convenable, on pousse une injection d'eau par l'ouverture supérieure; si l'eau sort par la narine l'opération a réussi, le rétrécissement est forcé. Il faut enfin retirer la sonde et introduire dans la même direction le clou de plomb de Scarpa, qu'on laisse en place pendant un temps variable, s'en rapportant entièrement pour cette seconde partie du traitement aux préceptes posés par Scarpa lui-même.

— Pour apprécier sainement une méthode thérapeutique, il faut examiner : 1° l'indication qu'elle pose en principe; 2° la manière dont elle la remplit. Or, sous aucun de ces deux rapports, l'idée de M. Cappelletti n'exprime un progrès ou même une différence d'avec ce qu'on faisait avant lui. Que propose-t-il, en effet? de désobstruer le canal nasal avant d'y placer le clou de Scarpa. Eh bien! voici la propre pratique de Scarpa lui-même : « On introduit dans le sac lacrymal une sonde ordinaire dont on dirige la pointe en bas et un peu en arrière pour lui faire franchir l'origine du canal nasal et la conduire doucement à travers ce canal jusque dans la narine; *si l'on trouve un rétrécissement considérable....*, on retire la sonde *pour en introduire une autre un peu plus grosse* qu'on remplace ensuite par un stylet d'argent (A. Scarpa, TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX, t. I, 27). » Nous eussions désiré, dans l'intérêt de M. Cappelletti, que le nom de Scarpa se fût trouvé cité moins souvent dans son mémoire; il aurait pu ainsi prétexter d'ignorance à propos de ce passage de son célèbre compatriote, et nous eût dispensé nous-mêmes de lui rappeler cette similitude presque absolue de pratique que nous aurions préféré pouvoir expliquer par un oubli involontaire.

Quant au procédé d'exécution, il est trop évident, d'après la planche même annexée au mémoire, que la *sonde lacrymale* de M. Capelletti n'est que le mandrin de Dupuytren. Seulement avec l'instrument du premier, on est obligé de faire une injection d'eau pour s'assurer si le bout de la sonde est parvenu dans les fosses nasales, tandis que Dupuytren atteignait plus simplement le même but en faisant souffler le malade, la bouche et le nez fermés. Si l'air sortait par la plaie du grand angle de l'œil, on était sûr que le rétrécissement avait été franchi.

La question de priorité ne peut donc intéresser en rien M. Cappelletti. Maintenant, l'idée et la pratique qu'il cherche à réhabiliter méritaient-elles cet honneur? Nous ne le pensons point. Le cathétérisme du canal nasal fait par les fosses nasales dilate tout aussi sûrement ce conduit; il ne nécessite pas une incision toujours suivie d'une cicatrice apparente; il n'expose point à faire fourvoyer la pointe de l'instrument entre la peau et le sac lacrymal (accident arrivé à plusieurs opérateurs distingués) non plus qu'entre la muqueuse et les parois osseuses du canal nasal; enfin on peut aisément reconnaître en pressant avec le doigt au grand angle de l'œil si l'instrument a parcouru toute l'étendue des voies lacrymales, certitude qu'on n'obtient jamais d'une manière absolue dans le cathétérisme fait de haut en bas. Pour toutes ces raisons, nous croyons, en thèse générale, le cathétérisme inférieur de Lafarest et de M. Gensoul bien préférable à l'emploi des dilatateurs introduits à travers une ouverture artificielle.

VIII. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 se composent des articles originaux suivans : 1° *Sur un cas de herniotomie*; par M. Santopadre. 2° *Deux cas de delirium tremens*; par M. Baccacini. 3° *Métrorrhagie grave entretenue par un volumineux polype fibreux de l'utérus, guérie par une opération chirurgicale*; par M. Cenni. (Excision faite avec des ciseaux courbés sur le plat.) 4° *Fœtus humain ayant survécu à la perforation du crâne*; par M. Reali. 5° *Sur les maladies du pancréas*; par M. Giuseppe Cenni. 6° *Cas de scelotirbe* (*chorée*); par M. De Giovanni. 7° *Morsure de vipère*; par M. Barbieri. (L'accident arriva à un enfant de 7 ans; les phénomènes étaient graves et nécessitèrent une incision, puis l'application du cautère actuel sur le lieu de la morsure. La guérison était complète au bout de quinze jours.) 8° *Cas de fièvre pernicieuse larvée, suivie de mort au premier accès*; par M. Moscati. (Un jeune homme de 16 ans, ayant passé plusieurs mois dans la Campagne romaine, où les fièvres intermittentes pernicieuses sont endémiques, éprouve le même jour une fatigue extrême, puis une suppression de transpiration. Rentré chez lui, il eut un frisson, douleurs des membres et surtout du rachis; bientôt sueur profuse, convulsions cloniques et toujours de tous les muscles du corps, empêchant la déglutition; enfin, trismus, opistotonos. Il mourut au bout de dix ou douze heures, avec tous les symptômes d'une fièvre pernicieuse tétanique, et sans qu'aucun médicament lui eût été administré. L'autopsie ne fut point faite.)

SUR LES MALADIES DU PANCRÉAS; par M. GIUSEPPE GENNI.

On lira sans donte avec intérêt les vues suggérées à l'anteur par son expérience persoonelle sur la qnestion si difficile dn diagnostic des maladies du pancréas.

(1) Cet article appartient à la revue précédente.

» faveur de l'intention, la forme d'un envoi que je vous expédie de la cuisine
» d'une auberge.
» Croyez-moi, etc. »

Cette lettre était accompagnée du dessin de ce cachet, fait au trait et entouré de ses quatre inscriptions reproduites en lettres majuscules renversées, telles qu'elles existeot sur les quatre traoches.

La pierre, de couleur verte, probablement en stéatite, a 39 millim. carrés sur 10 millim. d'épaisseur. Voici les inscriptions qui y sont gravées :

1. LTERENTPATERNI
DIATESSERVM
2. LTERENPÄERNI
MELINVM
3. LTERENPATERNI
DIAILIPIIOVM
4. LTERENPATERNI
DIASMYRNEN

1. Lucii TERENTII PATERNI DIATESSERVM. *Collyre Diatessaron de Lucius Terentius Paternus.*

Le T de Terentius est indiqué par un trait transversal placé sur le dernier jambage de l'N.

Le nom d'un oculiste *L. Caemius Paternus* se tronve dans une inscription de pierre sigillaire que nous rapporterons plus loin.

Les Grecs appelaient *Dia tessaron* ou *Diatessaron* (διὰ τεσσάρων) des médicamens composés de quatre ingrédiens. Le mot est formé comme celui de *Dialepidos* de l'inscription 41,3. Il n'a pas été latinisé par les Romains, bien qu'il dût leur être assez familier, puisqu'il désignait aussi un intervalle en musique (Macrob. Somn. Scip., l. II, c. 1). Paternus a essayé de le faire, en le changeant en *Diatesserum*. Dans cette transformation, cet oculiste a probablement été moins guidé par la forme ionique τέσσερες pour τέσσαρες que par son défaut de connaissance de la langue grecque et par l'assonance du mot latin *tessera*. L'ignorance du graveur a sans doute fait substituer à l'avant-dernière lettre un I qu'il a placé, en plus petit caractère, un peu plus haut que les autres lettres. Quelque chose de semblable se voit sur d'autres pierres.

Paul d'Egine (l. III, c. 77, fin.) recommande dans la sciatique l'usage interne d'un diatessaron préparé avec le petit-chêne (χαμαίδρυς, *Teucrium Chamaedrys*), la gentiane, l'aristolochie ronde et la semence de rue.

Marcellus Empiricus indique un diatessaron de parties égales d'huile, de vinaigre, de miel et de vin comme liniment (c. 20, p. 147, init.), et un autre de parties égales de costus (*costus arabicus L.*), fénugrec, racines d'aulnée et de fenouil comme médicament interne contre les affections du foie (c. 22, p. 159 med.). Bien que ni sur les cachets, ni dans aucun ancien auteur que je sache, il ne soit question d'un collyre diatessaron, la teneur des trois autres inscriptions de cette pierre ne permet point de douter qu'il ne s'agisse ici d'un topique oculaire formé de quatre substances médicamenteuses. Peut-être même qu'en cherchant mieux, lorsque j'en aurai le loisir, je réussirai à trouver dans les anciens un collyre de ce nom.

2. Lucii TERENTII PATERNI MELINVM. *Collyre Melinum de L. Terentius Pa-*

Ces affections, dit-il, s'observent de préférence chez ceux qui ont apporté de naissance ou qui ont acquis le vice rachitique ou le scrofuleux. C'est aussi une prédisposition à les contracter qu'une maladie herpétique répercutée ou des pertes séminales soit volontaires, soit involontaires.

Les symptômes des maladies du pancréas sont peu nombreux; ils se réduisent presque aux seuls vomissemens. Voici les caractères qui distinguent ceux-ci de ceux dus à d'autres causes; vomissemens ne s'accompagnant d'aucun effort, ressemblant presque à une régurgitation, ne survenant que plusieurs heures après le repas, se produisant surtout à la suite de l'ingestion des boissons, précédés de malaise, pesanteur à l'estomac, agitation ou anxiété indéfinissable; ardeur et resserrement à la gorge. Les matières rendues sont un liquide aqueux, filant et tenace, ne contenant jamais de substances alimentaires, si ce n'est à la dernière période de la maladie. Les vomissemens sont d'abord peu fréquens et peu abondans; mais ils augmentent et de fréquence et de quantité à mesure que l'affection fait des progrès.

FOETUS HUMAIN AYANT SURVÉCU A LA PERFORATION DU CRANE ET A LA DESTRUCTION D'UNE PORTION DU CERVEAU; par M. REALI.

OBS. — Une femme était en proie, depuis près de cinq jours, à des douleurs *conquassantes* sans pouvoir accoucher. Depuis deux jours et demi, on n'avait pas senti le moindre mouvement de l'enfant. La tête était retenue au détroit supérieur notablement rétréci. Les deux branches du forceps n'ayant pu être placées, on fut obligé d'employer le tire-tête de Levret, forceps à trois têtes, qui, d'abord enfoncées réunies dans le crâne, ne peuvent ensuite s'écarter sans faire éprouver un délabrement considérable à la substance encéphalique. On parvint ainsi avec les tractions exercées sur l'instrument et sous l'empire des contractions utérines qui n'avaient pas discontinué, à attirer la tête au dehors; mais pendant qu'elle traversait le bassin, il ne cessa pas de sortir de la substance cérébrale réduite en pulpe, de sorte qu'il n'y aurait nullement exagération à affirmer qu'il sortit un quart environ de la masse du cerveau. Et cependant lorsque le fœtus eut été extrait, il était vivant, poussa des cris et exécuta des mouvemens libres et vigoureux. M. Reali, revenant le lendemain, apprit qu'il avait encore vécu plus de deux heures. On l'avait déjà enterré, de manière que l'autopsie ne put être faite.

IX. GAZETTA MEDICA DI MILANO.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 renferment les mémoires originaux suivans : 1° *Sur l'absorption par la peau couverte de l'épiderme*; par M. Cerioli. (L'auteur a reconnu la présence de l'iode dans l'urine de deux malades qui avaient fait quelques frictions avec une pommade iodée.) 2° *Gangrène diffuse des membres supérieurs par suite de lésion organique du cœur*; par M. de Pietra Santa. (Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; lames de la valvule mitrale dures et cartilagineuses.) 3° *Compte-rendu du service chirurgical de l'hôpital Majeur de Milan*; par M. Prandina. 4° *Observation d'otite*; par M. Zuffi. (On trouva à l'autopsie un fongus encéphaloïde placé entre le cerveau et le rocher; la plus grande partie du rocher et de l'apophyse mastoïde avait participé à cette altération.) 5° *Du sulfate de quinine dans les maladies chirurgicales*; par M. Poma. 6° *Affection syphilitique primitive suivie de graves accidens secondaires et tertiaires*; par M. Prandina; et *Remarques sur ce cas*; par M. Polli. (Quatre mois après avoir eu un chancre, un jeune homme fut pris de rhumatisme articulaire dont les douleurs furent calmées par des onctions mercurielles sur les jointures affectées; voilà tout ce que nous pouvons consentir à voir dans ce fait, donné par l'auteur comme un exemple de syphilis constitutionnelle.) 7° *Projet pour préserver l'homme de l'hydrophobie*; par M. Storti. 8° *Tumeur pileuse extraordinaire chez une génisse*; par M. Patellani. 9° *Morve transmise du cheval à l'homme*; par M. Casorati. 10° *Cas d'hydrophobie*; par M. Rizzi. 11° *Observation d'hémiplégie*; par M. Tognetti. 12° *Vomissement quotidien ancien; mort; autopsie; dilatation extraordinaire de l'estomac*; par M. S. C. 13° *Fongus volumineux de la dure-mère chez une femme; excision de la tumeur extérieure; mort; nécroscopie*; par M. Castelli. (Une tumeur du volume d'un gros poing s'était fait jour à travers une perforation du crâne, à la partie supérieure du front. On l'enleva. La malade mourut le cinquième jour d'une affection de poitrine à symptômes et à lésions anatomiques assez vaguement indiqués dans le texte. L'autopsie montra que la dure-mère, sauf quelques traces de l'insertion de la tumeur sur sa face externe, était saine ainsi que le cerveau. L'opération avait donc à peu près réussi.) 14° *Abcès du cerveau avec carie du crâne et tumeur fibro-sarcomateuse à l'extérieur, simulant un fongus de la dure-mère*; par M. Bertani.

DU SULFATE DE QUININE DANS LES MALADIES CHIRURGICALES; par M. POMA.

Voici deux faits dont chacun isolément aurait à peine été remarqué, mais qui présentent entr'eux de telles ressemblances et une marche d'ailleurs tellement en dehors des règles communes que la thérapeutique peut, ce nous semble, tirer quelque parti de leur rapprochement.

Deux hommes, l'un de 35, l'autre de 40 ans, bien portans jusque-là, se présentèrent presqu'en même temps à l'hôpital pour être traités d'une douleur au testicule survenue à la suite d'une contusion reçue sur cette partie. L'organe n'était que légèrement augmenté de volume : il n'y avait pas de fièvre. Pour calmer cette douleur, qui tourmentait beaucoup les malades, on fit une saignée et une application de sangsues ainsi que des applications émollientes. Une amélioration marquée eut lieu pendant la nuit; mais le lendemain matin la douleur était revenue au même degré. Trois fois de suite, chez l'un des malades, et deux fois chez l'autre, on répéta les évacuations sanguines; mais jamais l'amendement obtenu ne fut plus durable. Chaque fois les douleurs cessaient pendant la nuit et reparaissaient le lendemain tout aussi intenses. On donna alors le sulfate de quinine à la dose de 12 décigrammes à prendre pendant l'intervalle des douleurs; cette médication réussit admirablement.

PROJET POUR PRÉSERVER L'HOMME DE L'HYDROPHOBIE; par M. STORTI.

C'est là assurément l'une des plus singulières idées qui soient entrées dans une tête de philantrope. Gardons-nous toutefois de décourager son auteur; l'amour seul de l'humanité a pu lui inspirer son projet, et s'il l'a à tort cru réalisable, n'oublions pas qu'on ne croit trop aisément que ce qu'on désire avec ardeur.

Nos lecteurs se rappellent sans doute que, pour beaucoup d'expérimentateurs modernes (voy. GAZ. MÉD., 1843, p. 741, et 1845, p. 283), la rage ne se développe chez les chiens qu'à la suite et par l'effet de privation prolongée des plaisirs de l'amour. Or, la cause étant ainsi connue, le remède se présentait de lui-même. Empruntant à une classe plus élevée de

---

ternus.

Le T de *Paternus* est marqué par un trait transversal au dessus de l'A.

Le nom du collyre *Melinum*, cité sur les cachets n[os] 2, 4, 11 et 17, a été interprété de trois manières.

Saxe (Epistola.... de... ocularii gemma...., Traiect. ad Rhen., 1774, 8, p. 29), et d'après lui Tôchon (p. 18) le font dériver de l'alun de l'île de Melos, dans la mer Egée. Ils s'appuient sur un passage de Pline (l. XXXV, c. 52) : « Le meilleur alun est celui qui est appelé *Melinum* de l'île de Melos. Il réprime les granulations des yeux. (*Oculorum scabritias extenuat.*) » Mais sur les quatre cachets le mot *melinum* se trouve deux fois seul, une fois (n° 11) avec l'épithète *delacrymatorium*; une seconde fois (n° 4) avec celle de : *ad claritatem*, jamais avec la désignation : *ad aspritudines* ou *ad scabrities*; et dans les formules qu'en donne Galien il n'est pas question d'alun. Cette explication est donc inadmissible.

Walch (ANTIQUITATES MEDICÆ SELECTÆ, Ien., 1772, 8, p. 55, sq.), se fondant sur d'autres passages de Pline, regarde le melinum comme un onguent préparé avec des coings. « Avec les différentes espèces de coings (*ex malis cotoneis et struthiis*) on fait l'huile melinum qui entre dans les onguens (l. XIII, c. 2). » « Avec les coings, quand ils ne sont pas venus dans un terrain humide, on fait l'huile que nous avons déjà mentionnée sous le nom de *melinum* (l. XXIII, c. 54, fin.). » « La fleur fraîche ou desséchée du coignassier est utile dans les inflammations des yeux (*ibid.*). » *Melinum* ici serait dérivé de μῆλον, pomme, μῆλον Κυδώνιον, *malum Cydonium* ou *cotoneum*, coing. Mais les pierres sigillaires servent à cacheter des vases contenant des collyres, c'est-à-dire des pommades ou onguens oculaires, tandis que le *Melinum* était une huile. Il n'en est d'ailleurs fait aucune mention dans les formules conservées par Galien. Cette interprétation doit être encore rejetée par une saine critique. La dernière qui reste est la seule qui nous paraisse devoir être adoptée.

Le mot *melinum* (μήλινον) désigne un collyre d'une couleur jaunâtre, semblable à celle du coing. Galien rapporte les formules de trois collyres de ce nom, dont il appelle l'un *melinum délicat* (COMP. MED. SEC. LOC. IV; c. 8, ed. K. p. 769), l'autre (*ib.*, p. 786) *melinum atarachum* (ἀτάραχον), c'est-à-dire contre le taraxis, et le troisième (*ib.*, p. 787) *melinum de Lucius*. Tous les trois contiennent des substances médicamenteuses minérales et végétales, à l'exclusion de l'alun et de l'huile de coing. Il y entre au contraire du safran, qui, en leur donnant une couleur jaunâtre, justifie et explique ce nom. Le même auteur (*ib.*, l. VIII, c. 5, p. 183) décrit un *malagma melinum* (μάλαγμα μήλινον), contenant des produits végétaux et du safran, sans huile de coing. Ailleurs (COMP. MED. PER GEN., l. II, c. 6-11, ed. K. T. XIII, p. 503 sqq.) il traite longuement des emplâtres *melina* (μήλιναι ἔμπλαστροι), ainsi appelés à cause de leur couleur qu'ils doivent au vert-de-gris incorporé par une coction modérée; car, ajoute-t-il, par une cuisson plus prolongée, en les faisant changer de couleur, on produirait les emplâtres appelés *bicolores* (δίχρωμαι) par les uns, *jaune-doré* (κιῤῥαί) par les autres. Il ne peut donc rester aucun doute à ce sujet : cette dénomination est uniquement puisée dans la couleur de l'onguent. C'est de cette manière que l'a aussi compris Caylus (RECUEIL D'ANTIQUITÉS, t. I, p. 226), qui semble avoir eu en vue ce dernier passage de Galien; car son explication du mot *melinum* sur le cachet n° 2 se borne à ce qui suit : « Il y entroit du verd-

la série animale ses mœurs et ses usages, M. Storti propose d'établir *des sérails* pour les diverses espèces de races canines. Il veut en second lieu l'extinction de tous les autres chiens; et enfin, selon ses vues, tous les chiens provenant des accouplemens opérés dans le sérail seraient soigneusement châtrés, puis vendus.

M. Storti ne se contente pas de formuler vaguement son projet; il entre dans les moindres détails de l'application. Ainsi, pour l'exécuter, il suffirait, suivant lui :

1° De décréter que, dans l'espace de deux ans on davantage, tous les chiens seraient détruits chez leurs maîtres.

2° De fixer dans chaque province trois on quatre locaux destinés à recueillir et conserver les races canines. Ces sérails devraient être hors des habitations et assez éloignés pour ne pas incommoder par leur voisinage, pourvus de cours spacieuses et bien closes, avec des cellules séparées, etc.

3° De régler le prix de la vente des chiens châtrés d'après la finesse de leur race.

4° De prendre des mesures contre toute introduction de chiens venant des états étrangers.

5° D'ordonner enfin toutes les dispositions nécessaires pour prévenir tout abus ou négligence dans ces établissemens.

Il y a vraiment plaisir à voir l'auteur développer sa pensée. Ce n'est pas pour lui une idée à réalisation douteuse ou éloignée; il voit son sérail ouvert; il le visite, l'organise, le réglemente. Trois employés lui suffiraient, savoir : un *gardien*, un *vétérinaire* et un *économe surintendant*. Plus loin, il songe à délivrer aux acheteurs des billets de renseignemens. Enfin, il n'oublie point de débattre les dépenses et de montrer que le gouvernement gardant par devers lui le monopole de la vente des chiens serait par conséquent libre d'en élever le prix de manière à couvrir les frais de ces institutions sanitaires.

— Nous ne voudrions pas troubler le rêve d'un homme de bien; mais cependant une difficulté assez sérieuse nous préoccupait à la lecture de son plan, et dans l'intérêt même de celui-ci, nous tenons à ne pas terminer sans la lui soumettre. Supposons sa législation acceptée et florissante. Tous les chiens ont été tués par leurs maîtres; toute importation canine est prohibée; enfin, tous les nouveau-nés des sérails sont impitoyablement châtrés. C'est fort bien! Mais qui restera-t-il donc alors pour fréquenter ces établissemens? Où trouveront-ils à recruter leur clientèle? Et comment les sultanes qui les peuplent s'arrangeront-elles d'amans réduits à une condition pire même que celle des eunuques?

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE.

ABSORPTION DES MÉDICAMENS.

M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire lit au nom d'une commission composée de MM. Arago, Serres, Flourens, Elie de Beaumont, Payen, Pariset et Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, rapporteur, une instruction rédigée pour diriger M. le docteur Félix Darcet dans le voyage que ce médecin se propose de faire au Brésil et au Mexique. Nous extrayons de cette instruction ce qui concerne la médecine et la zoologie.

La commission croit devoir appeler l'attention de M. Darcet sur les sources d'eaux minérales du Brésil dont les unes jouissent d'une grande célébrité, dont d'autres peu ou point connues ont sans doute aussi des propriétés utiles.

Parmi les maladies cutanées du Brésil l'éléphantiasis, le pian et surtout la morphie devront être étudiés avec soin. La commission demande aussi à M. Darcet de recueillir des renseignemens précis sur l'ophthalmie africaine que l'on observe fréquemment au Brésil où elle est importée par les nègres.

Le Mexique et surtout le Brésil nourrisent plusieurs espèces de mammifères marsupiaux, tous de la famille des didelphidés, mais les uns tels que les didelphes, pourvus d'une véritable bourse; les autres tels que les micourés et les lémiures, sans bourse proprement dite. La commission engage M. Darcet à ne rien négliger pour se procurer des individus vivans des deux sexes et jeter quelque jour sur le mystère encore si incomplétement pénétré, de la reproduction de ces mammifères. Elle l'invite 1° à comparer l'œuf et le fœtus d'un didelphidé à l'œuf et au fœtus du kanguron décrit par M. Owen; 2° à envoyer en France les appareils générateurs de plusieurs femelles tuées à des époques bien déterminées après la fécondation; 3° à étudier avec soin les circonstances de passage du fœtus du vagin dans la bourse; 4° à faire connaître de la manière la plus précise le mode d'adhérence du fœtus à la mamelle; 5° à déterminer exactement et à analyser les liquides contenus, d'une part, dans les mamelles de la mère; de l'autre, dans les voies digestives du fœtus mammaire; 6° à examiner sur le vivant la disposition si remarquable de l'appareil respiratoire qui établit un rapport de continuité entre les narines postérieures et la cavité laryngienne; 7° enfin tout en s'attachant spécialement pour toutes ces questions à l'étude des véritables didelphes qui sont les plus grands de tous les didelphidés, à ne pas négliger entièrement les autres genres.

Au Mexique, au Brésil, trois des principales races humaines se trouvent en présence, la race propre à l'Amérique, la race caucasique qui s'y est transportée de divers points de l'Europe et la race éthiopique qu'elle y a traînée à sa suite. De plus, dans le port de Rio-Janeiro, les occasions ne manquent pas d'observer des représentans de plusieurs autres variétés du genre humain. Enfin toutes ces races se mêlent entre ellespar la génération, et de leur croisement, du croisement de leurs métis avec elles et entre eux résulte une foule de combinaisons dont l'étude scientifique est du plus grand intérêt. La commission appelle spécialement les recherches de M. Darcet, non seulement sur les diverses variétés de la race américaine et de la race éthiopique, mais aussi sur les métis encore si peu connus de l'une et de l'autre et aussi sur les produits du croisement de la première avec la race caucasique. La commission lui demande enfin de recueillir pour ces mêmes races, pour les métis, et aussi pour la race blanche, des renseignemens plus précis que ceux que l'on possède, sur la durée et les diverses phases de l'accroissement, et sur l'époque de puberté.

PONCTION DE LA POITRINE.

M. Raymond Faure, médecin principal des hôpitaux militaires, envoie une note additionnelle au mémoire qu'il a lu devant l'Académie en 1842, mémoire ayant pour but de prouver l'innocuité de la ponction de la poitrine pratiquée pour remédier aux épanchemens pleurétiques, et dans lequel il rapportait l'histoire de trois malades auxquels il avait pratiqué ou fait pratiquer cette opération. Dans la note additionuelle qu'il envoie aujourd'hui, l'auteur annonce la guerison de l'un des trois opérés. M. Faure signale, comme un fait remarquable, que c'est le malade auquel il a retiré la plus grande quantité de liquide de la poitrine (3 litres 1/4) qui a obtenu une guérison qu'il se croit autorisé à considérer comme radicale.

USAGE MÉDICAL DU GALVANISME.

M. le docteur Crusell, de Cajona (Finlande), adresse un extrait imprimé du Bulletin de l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg; dans lequel il est rendu compte d'une méthode de traitement à l'aide du galvanisme, que ce médecin met en usage contre certaines maladies externes, et en particu-

---

de-gris, d'où il prenoit une couleur qui lui donnoit ce nom. Melinus *color, gilvus inter album et fuscum.* » Ces derniers mots latins semblent pris dans un lexique; ils se trouvent aussi, mais sous forme dubitative, dans le *Thesaurus latinæ linguæ* de *Gesner*. Aucun auteur classique romain ne paraît s'être servi dans ce sens du mot *melinum*.

3. *Lucii* terentii paterni dialipidvm. *Collyre Dialepidum* (pour *Dialepidos*) *de L. Terentius Paternus.* (Voir le n° 41,3.)

L'oculiste, ignorant l'étymologie de ce mot, l'a latinisé, en songeant peut-être au mot latin *lepidus*. Le graveur a commis plusieurs erreurs. Les quatrième et cinquième lettres pourraient bien être un EL altéré par l'usure ou un petit éclat de la pierre. Le n dans tes inscriptions se trouve parfois formé comme un D.

4. *Lucii* terentii paterni diasmyrnen. *Collyre de myrrhe de L. T. Paternus.*

Le collyre *diasmyrnes* (διὰ σμύρνης), *diasmyrnon* ou *diasmyrnum* (διάσμυρνον) avait pour principal ingrédient la myrrhe (μύῤῥα, σμύρνα). Il était d'un usage très répandu. *Diasmyrnen*, comme on lit sur ce seul cachet, est une forme inusitée, mais pas absolument contraire aux lois de la langue grecque; car la préposition διὰ se construit aussi avec l'accusatif, bien que, dans le sens où nous la voyons ici employée et dans les mots composés semblables, ce ne soit point correct. (Voir *Dialepidos*, n° 41,3.) Il se peut aussi que *diasmyrnen* ait été gravé par erreur pour *diasmyrneum*.

Voici pour le moment tous les éclaircissemens que je puis donner sur ces cinq cachets inédits. J'ai l'intention, lorsque j'aurai assez de loisir pour publier une monographie complète de tous les cachets d'oculistes romains actuellement connus, de les reproduire et d'entrer à leur sujet dans des descriptions et des explications plus détaillées.

M. Dubois, sous-conservateur des Antiques au Musée royal, a eu la bonté de me communiquer, au moment où je corrigeais les épreuves de la dernière partie de ce travail, une gravure inédite, représentant un vase à collyre, semblable à celui publié par Tôchon, qui porte l'inscription : ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΛΥΚΟΝ (pour ΛΥΚΙΟΝ), *Lycium de Héracléus.*

En comparant les deux pierres inédites du cabinet des médailles de la Bibliothèque royale avec les empreintes que je possède, j'ai su, par M. de Longpérier, que son collègue, M. Duchalais, s'occupait aussi de la publication de plusieurs de ces cachets inédits. Dans le nombre figureront probablement quelques-uns de ceux que je viens de rapporter. Bien que le mémoire de M. Duchalais ne doive paraître que dans plusieurs semaines, je crois bien faire, dans son intérêt comme dans le mien, de dire que nos travaux ont été entrepris dans une indépendance complète, sans même que l'un de nous se doutât des inscriptions sur lesquelles porteraient les études de l'autre.

J'ai en même temps acquis la certitude que le nombre de ces cachets dépasse de deux celui que j'avais compté d'abord. Je m'en suis assuré en parcourant l'ouvrage de Grivaud de la Vincelle (Recueil des monumens antiques, etc. Paris, 1817, in-4°, 2 vol. et 1 vol. de planches), que M. du Mersan a eu l'obligeance de mettre à ma disposition et qui contient (t. II, p. 279 à 288, planche 36, fig. 1 à 4) deux cachets inédits qui devront prendre les numéros 46 et 47. J'y ai trouvé également le cachet déja rapporté par Tôchon sous le n° 28. Grivaud persiste dans la leçon *anthemeron*, bien que ce cachet, ainsi que l'un des nou-

lier contre quelques affections de nature cancéreuse, telles que le fongus hœmatode, le fongus médullaire, etc. Voici, en quelques mots, comment l'auteur procède à l'emploi de ce moyen de traitement, auquel il donne le nom de *traitement électrolytique :* il commence par éconduire de la plaie le courant galvanique et à l'y faire rentrer ensuite pendant un certain temps. Dans ces opérations, il ne met jamais l'électrode métallique en contact immédiat avec la partie saine du corps, mais il l'en sépare toujours par un liquide interposé. L'autre électrode, au contraire, est appliquée immédiatement à l'ulcère toutes les fois qu'il est dur, sinon la communication se fait de nouveau par l'intermédiaire d'un liquide.

Les vases qui renferment les liquides où plongent les électrodes sont appliqués au corps de manière à ne point donner passage à l'air, et leur emplissage et désemplissage s'effectue avec la plus grande facilité et netteté. Le métal des électrodes, ainsi que les liquides, sont choisis de manière à former avec le corps un élément galvanique agissant dans le même sens que les élémens de la batterie constante de Daniel, dont M. Crusell se sert ordinairement. La durée de l'action électrolytique est réglée par un voltamètre adapté dans ce but, et qui, n'étant autre chose qu'un élément zinc-platine efficace, sert à mesurer la quantité d'hydrogène dégagé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE, VICE-PRÉSIDENT.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Girardin demande la parole pour quelques rectifications au procès-verbal. Il produit à cette occasion quelques documens nouveaux relatifs à la question de l'influence des marais sur la production des fièvres intermittentes, tendant à confirmer l'opinion qu'il a émise dans la précédente séance, savoir : que l'influence des marais, et en particulier celle des marais Pontins, est beaucoup moins active et moins évidente qu'on n'est généralement porté à le croire. Il cite à l'appui l'opinion d'un médecin italien, le docteur Mattei, qui a vivement combattu les idées admises jusqu'à ce jour sur ce sujet.

M. Rochoux ne comprend pas que l'on conteste l'influence des marais sur les fièvres intermittentes; rien n'est mieux démontré, suivant lui, que cette influence. Partout où il y a des marais, il y a des fièvres intermittentes; voilà un fait qui constitue à lui seul une épreuve décisive. Partout où l'on procède au dessèchement des marais, les fièvres qui existaient auparavant cessent; voilà pour la contr'épreuve.

On a parlé des marais Pontins; on a dit que tandis que la fièvre intermittente sévissait sur les habitans de Rome, les habitans de plusieurs localités situées entre Rome et les marais Pontins en étaient exempts. Mais ce fait a été expliqué depuis longtemps par la disposition des collines de Rome, placées directement sous le vent des marais. Ce fait ne saurait donc être invoqué contre une loi que rien ne peut infirmer.

M. Desportes : En Toscane, il y a une grande étendue de pays connue sous le nom de marais. On a essayé de combler ces marais, on y a réussi, on a mis les terrains en culture. Autrefois ces contrées étaient décimées par les fièvres intermittentes; eh bien! aujourd'hui que les marais n'existent plus, les fièvres y règnent avec la même intensité. Les partisans de l'influence marécageuse en sont réduits à dire que le dessèchement a été incomplet. Voilà un fait; je ne chercherai point à l'expliquer.

M. Ferrus : Il serait fâcheux que l'on pût croire hors de cette enceinte que l'Académie partage les opinions qu'on a cherché à faire prévaloir contre l'influence des marais. Aussi est-il bon que chacun s'explique à cet égard. On a parlé dans la dernière séance de la submersion des foyers d'infection marécageuse comme d'un moyen propre à faire cesser la fièvre intermittente. J'ai été récemment témoin en Hollande d'un fait qui semblerait venir effectivement à l'appui de cette opinion, en même temps qu'il dépose contre l'opinion émise dans le mémoire qui fait le sujet de cette discussion. En Hollande, il y a, comme on le sait, de vastes étendues de terrain qui restent submergées pendant une partie de l'année. Les fièvres qui règnent habituellement dans ces contrées cessent précisément à l'époque où les eaux atteignent la plus grande hauteur. Ce n'est donc pas, comme on le voit, l'humidité qui cause la fièvre intermittente.

Quant au fait relatif aux marais Pontins, on aurait tort d'en conclure contre l'influence des miasmes marécageux; car tout le monde sait que dans les endémies il existe souvent des circonstances locales qui modifient ou neutralisent même entièrement l'influence endémique.

M. Dubois (d'Amiens) clot la discussion par quelques mots qui n'arrivent pas jusqu'à nous.

ÉCONOMIE AGRICOLE ; MÉDECINE COMPARÉE.

M. Dupuy lit un travail sur l'économie agricole. L'auteur se plaint de ce que l'économie agricole est beaucoup trop négligée en France. Il attribue en partie l'abandon où on laisse cette science à la mauvaise direction que l'on a donnée à l'étude de la médecine vétérinaire. L'économie agricole devrait avoir pour base principale la médecine comparée; or la médecine comparée n'existe pas; c'est ce que prouvent assez les théories toutes spéculatives sur lesquelles repose la pratique actuelle de la médecine vétérinaire.

L'auteur entre dans de longs développemens historiques pour prouver que la France est à cet égard dans un véritable état d'infériorité vis-à-vis des états voisins auxquels elle paie un tribut annuel considérable en achat de bestiaux.

La longueur de ce travail oblige M. Dupuy à en suspendre la lecture et à en ajourner la fin à la prochaine séance.

DE L'ESTIME DE SOI.

M. Voisin lit un travail de psychologie intitulé : De l'estime de soi. Ce travail, qui nous a paru écrit avec beaucoup d'élégance et que l'Académie a écouté avec beaucoup d'intérêt, n'est point susceptible d'analyse.

PRIX D'ARGENTEUIL.

M. Amussat, au nom de la commission du prix d'Argenteuil, demande, à la prière de l'auteur M. Cazenave (de Bordeaux), l'un des concurrens, l'ouverture d'un paquet cacheté qui a été déposé à l'époque de la promulgation du concours. Le contenu de ce paquet est relatif à un procédé particulier de préparation de l'ivoire applicable aux instrumens de chirurgie, qui est propre à l'auteur. La commission aura à apprécier la valeur de ce document.

ANOMALIES DES ORGANES GÉNITAUX.

M. Huguier met sous les yeux de l'Académie les pièces anatomiques d'un enfant mort-né qui présentait une anomalie des parties sexuelles telle qu'il était extrêmement difficile d'en préciser le sexe. Au premier aperçu, les organes génitaux présentaient les apparences du sexe féminin; mais un examen plus attentif faisait naître le doute, et l'enfant que l'on avait d'abord pris pour une fille pouvait bien n'être qu'un garçon vicieusement conformé. En effet, le clitoris était bien développé et pouvait passer pour un pénis; il n'y avait ni nymphes, ni membrane hymen. Au dessous de cette espèce de pénis terminé par un petit gland, on voyait un petit pertuis pris d'abord pour la vulve, mais qui pouvait bien n'être autre chose que l'urètre. De chaque côté de ce pertuis étaient deux grandes lèvres très développées que l'on pouvait prendre pour des bourses. Elles ne contenaient point de testicules, il est vrai, mais les testicules auraient pu rester contenus dans l'abdomen; enfin le périnée avait la longueur qu'il a habituellement chez les petits garçons; de sorte que M. Huguier était en définitive dans la plus grande indécision. Mais l'autopsie leva tous les doutes, car on trouva un utérus.

M. Huguier présente en outre le dessin d'un vagin double aboutissant à un utérus double. La femme qui présente cette anomalie a été fécondée; mais la gestation ne s'est opérée que dans un seul utérus, celui du côté gauche. On a fait cette singulière remarque que pendant tout le temps de la gestation les plu-

---

veaux qu'il publie, portent très manifestement *avthemeron*. Il s'obstine à regarder *avthemeron* comme une erreur pour *anthemeron*, et voici la singulière explication qu'il en donne : « *Avthemeron* pour *Anthemeron* se trouve ici aussi pour la première fois. On verra dans la tablette inédite n° IV, que l'v y remplace dans le même mot l'n comme dans la nôtre. L'*anthemerum*, composé d'Ανθεῖν fleurir, et Ημέρος (sic!) doux, étoit un baume de fleurs (de camomille) qui calmoit l'inflammation des yeux. » (P. 281.)

La troisième inscription de la tablette n° IV porte :

L. CAEMI PATERNI AVTHE
MER. LEN. EX O. ACREXAQ

Elle doit être lue : L. Caemi Paterni avthemerum lene ex ovo acre ex aqua. Ce qui signifie : « Collyre du même jour de L. Caemius Paternus; comme topique doux, on lui donne pour véhicule le blanc d'œuf; si l'on veut le faire agir comme collyre âcre ou mordant, on l'administre dans de l'eau. » Après les formules des collyres, on lit fréquemment dans Galien : ἀχρῶσις δι' ᾠοῦ. *On s'en sert dons du blanc d'œuf.* Les mots *ex ovo* (délayé dans du blanc d'œuf) sont l'équivalent latin. *Ex aquâ* (μεθ' ὕδατος, ὕδατι, Aëtius II, 3, c. 113 et 59) indique qu'on se servait simplement d'eau pour liquéfier les collyres qui, tels qu'ils se préparaient, étaient d'une consistance plus ou moins grande (ὑγροκολλύρια, ξηροκολλύρια) et se conservaient dans des boîtes cachetées. Celse (l. VI, c. 6, s. 8) dit : *Quo gravior quæque inflammatio est, eo magis leniri medicamentum debet, adjecto vel albo ovi, vel muliebri lacte.* Dans l'un des passages cités (c. 113) Aëtius dit d'un collyre « qu'on l'emploie avec de l'œuf au début et avec de l'eau vers le déclin de l'ophthalmie. »

Grivaud lit ainsi l'inscription qui nous occupe : « *L. Caemi Paterni Anthemerum lene ex ovo acr*itudines *exaq*uescens, ce qui est tout à fait arbitraire. Voici comment il l'explique (p. 286) : « On a ajouté ici à l'anthemerum, baume adoucissant dont nous avons fait aussi mention, de l'œuf pour le tempérer encore et le rendre propre à résoudre les engorgemens acrimonieux des yeux. »

On voit que, pour l'interprétation des monumens appartenant à un ordre spécial de faits scientifiques, il ne suffit point d'être antiquaire consommé; il faut encore connaître à fond la branche de la science à laquelle ces monumens se rattachent ou au moins s'être familiarisé avec elle par les ouvrages de l'antiquité qui en traitent.

M. de Longpérier m'a dit que M. Buchère, à Saint-Chéron (Seine-et-Oise) possède un autre cachet d'oculiste inédit; il a même été assez bon pour m'offrir d'essayer d'en obtenir une empreinte. Il n'y a aucun doute que d'autres pierres gravées semblables, ignorées jusqu'à présent, ne soient enfouies dans les collections publiques et particulières. Elles ne sortiront de leur obscurité que si l'attention des antiquaires et des amateurs y est dirigée par l'appel de ceux qui en ont fait une étude particulière.

ERRATA DE LA PREMIÈRE PARTIE.

Ligne 4, pour : *Saxe, Walch*, etc., lisez : *Caylus, Saxe, Walch, Tôchon d'Anneci, MM. Rever, Bottin*, etc.

Deuxième colonne, ligne première, pour : *l'Académie des Inscriptions*, lisez : *l'Académie des Beaux-Arts.*

nomènes sympathiques ne se sont manifestés que du côté gauche. Ainsi la mamelle gauche seule s'est gonflée; l'autre est restée dans son état habituel.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 27 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

(Suite. — Voir le nº 37.)

DISCUSSION SUR LA MÉTHODE AMOVO-INAMOVIBLE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES COMPLIQUÉES (1).

RAPPORT, AU NOM D'UNE COMMISSION COMPOSÉE DE MM. LEBEAU, GRAUX, TALLOIS, LANGLET, par M. PHILLIPS, RAPPORTEUR.

— M. TALLOIS : Il fallait, Messieurs, un motif bien puissant pour me décider à prendre part à cette discussion, il fallait que je visse les travaux de toute une Commission entravés par un membre de la Compagnie, pour que je vinsse dévoiler des faits dont, il n'y a qu'un instant encore, j'espérais ne pas avoir à vous entretenir; mais M. Seutin m'y oblige. Je chercherai moins, toutefois, à le réfuter, qu'à vous mettre à même d'apprécier sa manière d'agir envers ceux de vos collègues qui ont été investis d'une mission aussi importante que délicate.

Peu de mots suffiront pour vous exposer, dans tout leur jour, les faits qui ont servi de texte aux attaques de M. Seutin.

Vous avez sous les yeux la proposition que notre collègue a déposée sur le bureau, dans la séance du 25 février 1844. Comme votre Commission, vous avez sans doute reconnu qu'elle peut être interprétée de diverses manières, et vous approuverez sans doute la résolution qui a été prise par elle de ne se présenter dans les salles de clinique de l'hôpital Saint-Pierre, qu'après avoir fixé d'une manière bien précise les limites de la mission dont elle était investie.

Nous avons pensé, Messieurs, que nous étions chargés :

« 1° De constater les avantages du bandage amidonné dans tous les cas de fractures;

» 2° D'examiner le plus ou moins d'urgence de son application;

» 3° De nous rendre compte par des faits, si cette application peut avoir lieu dans tous les cas;

» 4° Enfin, de nous enquérir des circonstances dans lesquelles on peut appliquer le bandage en dehors des fractures » (1).

Cette résolution, prise dans notre première réunion, et immédiatement communiquée à M. Seutin, *fut admise par lui*. Prié de nous faire voir ses malades il nous les présenta, sans nous adresser la plus légère observation sur l'interprétation que nous avions donnée à sa proposition.

Les 14 et 21 mars, la Commission se rendit de nouveau dans les salles de clinique de M. Seutin, qui nous fit voir ses blessés, sans élever encore le plus léger doute sur l'étendue de notre mission. Et qu'avons-nous eu à observer dans ces visites? Non pas seulement, Messieurs, des cas de fractures, mais plus particulièrement un fait qui, tout en rentrant dans l'interprétation que nous avions donnée à la proposition, vient infirmer la déclaration qui vous est faite aujourd'hui.

Voici, Messieurs, ce cas recueilli et exposé par M. Seutin lui-même :

« Taymans, Jean-Baptiste, âgé de quinze ans, né à Saint-Gilles, y demeurant, entré le 28 février 1844 à l'hôpital Saint-Pierre.

» Plaies, par arrachement, au bord interne et au bord externe du carpe, dénudation des tendons des muscles radiaux; ouverture de l'articulation radio-carpienne; plaie par instrument piquant, qui traverse de part en part l'intervalle du premier et du deuxième métacarpien (bras droit).

» Cette partie avait été saisie dans les rouages d'une mécanique. On réunit les plaies immédiatement, on applique le bandage amidonné sur-le-champ; des phénomènes inflammatoires intenses se développent : gonflement énorme, phlegmon, etc. On enlève le bandage, le 2 mars. A cette époque, je dus confier le service de l'hôpital à un de mes collègues qui crut avantageux au blessé d'enlever l'appareil, et d'entrer dans la voie des émolliens locaux pendant dix jours. On fit donc sur la partie des frictions mercurielles, on y appliqua des cataplasmes émolliens; le gonflement et la douleur qui sont intenses persistent, etc.

» Malgré ces phénomènes alarmans, on réapplique le bandage amidonné le 12 mars; les douleurs cessent, le gonflement disparaît, les ouvertures sont conservées libres, l'articulation reste dans une immobilité parfaite, les plaies se cicatrisent, et l'enfant sort de l'hôpital le 6 mai, conservant une ankylose incomplète et une saillie du radius en arrière. Ce léger inconvénient finira, j'espère, par diminuer.

» Du reste, la commission se rappellera l'état fâcheux et presque désespéré dans lequel elle a vu le membre, et l'amélioration prompte et notable qui a suivi l'application du bandage amidonné. Ce cas est des plus frappans, comme propre à prouver l'utilité du bandage amidonné dans les circonstances où l'amputation semblait indiquée. »

Ce fait ne doit vous laisser aucun doute, Messieurs, qu'en mars 1844, M. Seutin admettait notre mission dans son entier et telle que nous l'avions comprise; dans le mois de mai suivant, M. Seutin avait changé d'idée et ne l'admettait plus. Il avait alors pressenti que votre commission était fermement décidée à vous présenter un rapport complet sur l'importante question qui lui était soumise!

Messieurs, tel est, dès ce moment, l'aveuglement de M. Seutin, que même les cas de fractures simples deviennent sous sa plume des cas de fractures compliquées. Ainsi, par exemple, en nous adressant ses observations sur les nommés Marga, Buseman, Jeanne, Van Thielen et Vandamme, écartées du rapport de votre commission, comme cas de fractures simples et sans complication, il nous écrit : « J'ai l'honneur de vous transmettre les cinq observations de fractures compliquées que vous me demandez par votre lettre du 31 mai. »

Je crois, Messieurs, vous en avoir dit assez. Ceux d'entre vous qui ont trouvé que le rapport de la commission laisse à désirer auront maintenant la conviction que, s'il n'est pas plus complet, c'est à la manière plus que singulière d'agir de M. Seutin qu'il faut l'attribuer, puisque d'un côté il demande à l'Académie de faire examiner une question, et que de l'autre il est le premier à entraver les recherches qu'elle nécessite.

Votre commission n'a rien négligé, Messieurs, pour faire reconnaître à M. Seutin son erreur; et lorsque, dans notre avant-dernière séance à laquelle il assistait, M. le président lui a prouvé, aussi clairement que j'espère l'avoir fait moi-même, qu'il s'était fourvoyé, lui seul, contre l'avis de tous, ne s'est pas rendu à l'évidence des faits.

Voulez-vous, Messieurs, la confirmation de la nécessité qu'il y avait de conserver à la proposition de notre collègue toute la portée que votre commission lui avait donnée, vous la trouverez dans le passage suivant d'une lettre d'un de nos membres honoraires, M. l'inspecteur général Begin, dont nous connaissons tous la rectitude de jugement et les hautes capacités. Cet extrait a rapport au mode de traitement des fractures préconisé par M. Seutin.

« .... J'ai été enchanté surtout, dit M. Begin, de lui voir répandre avec tant d'enthousiasme le bandage inamovible dont le baron Larrey faisait un usage si fréquent et si heureux, que j'ai employé moi-même si souvent avec prédilection, et dont les avantages me semblent incontestables. M. Seutin, dans cette affaire, a le mérite d'avoir rajeuni, perfectionné, une méthode déjà connue, et de se l'être appropriée pour ainsi dire par l'originalité et le bonheur de ses procédés d'application. Sa méthode, dit-on, ne réussit pas toujours, et parfois de graves accidens suivent son emploi. Mais quelle action humaine réussit constamment, et ne donne pas parfois des résultats défavorables? Là n'est pas la question; la question consiste à déterminer, si, appliqué au traitement des fractures compliquées, comme à celui des fractures simples, le bandage inamovible ne présente pas plus de sécurité; s'il ne satisfait pas mieux aux indications, et ne produit pas, en général, des résultats plus satisfaisans que la méthode des pansemens renouvelés. La règle étant admise en ce sens, il ne s'ensuivra pas que *toutes les fractures devront être traitées par ce moyen;* mais que les cas dans lesquels il ne sera pas appliqué constitueront des exceptions impossibles à déterminer à l'avance, et qui doivent être abandonnées à l'appréciation de chacun, d'après son expérience et les circonstances dans lesquelles il est placé, ou des difficultés spéciales qu'il a à combattre.

» C'est, pour moi, une hérésie pernicieuse, dont le temps fera justice, que la pratique qui consiste à attendre, pour l'application des appareils dans les fractures, la cessation de la période inflammatoire; les appareils bien appliqués constituent le moyen le plus efficace de prévenir l'excès de l'inflammation.

» Pour un chirurgien attentif, la partie recouverte d'un appareil inamovible reste visible en quelque sorte; il ne s'y passe rien de sérieux dont il ne soit à l'instant averti par l'examen des régions laissées à nu du membre, les sensations accusées par le blessé, et par l'exploration des phénomènes généraux. A moins d'éloignement forcé, un chirurgien qui, à la levée d'un appareil inamovible, est surpris par de grands désordres qu'il ne soupçonnait pas, est un chirurgien inattentif, négligent ou peu habile.

» En rendant amovible l'appareil inamovible, M. Seutin me semble avoir rendu un service réel, en ceci, que sans altérer ce que la méthode a en elle-même d'excellent, il y a ajouté le moyen de la surveiller de plus près encore dans ses effets. Enfin, l'amidon substitué à l'albumine de l'œuf a le mérite de constituer une substance plus facile à se procurer partout, qui présente plus de solidité, et dont l'emploi n'est pas moins simple et moins efficace. »

Eh bien! Messieurs, je vous le demande, la lecture du passage de cette lettre, qui certes n'a rien d'hostile à M. Seutin, ne prouve-t-elle pas que nous ne pouvions venir dire dans cette enceinte : « M. Seutin nous a fait voir quelques cas de fractures comminutives, traitées avec succès par la méthode amovo-inamovible; il vous reste maintenant, Messieurs, à reconnaître et à sanctionner par un vote cette déclaration : que l'application de la méthode amovo-inamovible convient dans tous les cas de fractures? »

— M. SEUTIN : Je demande la parole pour un fait personnel.

Les paroles que vient de prononcer M. Tallois sont fortes; mais elles ne m'ont pas ému. Quelques mots suffiront pour en faire apprécier la valeur.

Si la commission avait voulu étendre ses investigations, je ne m'y serais pas opposé, car c'était mon désir; mais une de ses lettres m'a frappé de torpeur. J'y ai vu que si je lui adressais des notes plus nombreuses, je m'exposais à me les voir renvoyer, parce que le numéro d'inscription ou le nom du chirurgien qui avait donné ses premiers soins au blessé ne s'y serait pas trouvé.

Je n'ai pas agi seul, d'ailleurs; j'ai demandé l'avis de plusieurs de mes collègues, et tous m'ont dit qu'il était impossible qu'une commission me demandât de pareilles futilités. Aussi ai-je coupé court aux réclamations qu'on m'adressait en faisant parvenir à M. Tallois, sous la date du 19 mai 1844, la lettre suivante :

« Monsieur et très honoré confrère,

» En réponse à votre lettre du 5 courant, j'ai l'honneur de vous transmettre les renseignemens que vous me demandez par vos lettres des 16 mars et 5 mai.

» Je suivrai, dans ma réponse, l'ordre que vous avez adopté dans votre demande; je dois cependant vous déclarer formellement que mon intention n'est point de satisfaire aux questions étrangères à la proposition que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie. Je désire que la commission ne s'écarte pas de ce sujet, afin d'éviter des questions oiseuses, mon but ayant été de faire constater par la

(1) Extrait du procès-verbal de la commission, séance du 5 mars 1844.

compagnie tous les avantages de ma méthode dans les pansemens des fractures compliquées, et me réservant de présenter plus tard un travail sur le traitement des fractures en général. »

Est-ce que, d'après cela, je ne puis pas soutenir que la commission n'a pas voulu me comprendre? Il y a plus, la commission a eu l'extrême obligeance de me convoquer à une de ses réunions.

Je termine en répétant que mon intention, bien clairement exprimée, a été que la commission se renfermât dans les limites de ma proposition; elle lui a donné au contraire une extension exagérée en prenant le préambule pour fond.

Je reviendrai plus tard sur cet autre reproche que vient de m'adresser l'honorable membre, d'avoir voulu faire passer des fractures simples pour des fractures comminutives. Quelque interne aura pu commettre cette erreur, je ne le nie pas; mais qu'on m'en fasse un reproche, à moi! c'est passer toutes les bornes.

— M. Fallot : Je demande la parole pour une motion d'ordre.

Je propose à l'Académie de suspendre cette discussion, parce qu'elle me semble prendre un caractère trop exclusif de personnalité.

Il peut être très agréable pour quelques membres de s'occuper d'eux-mêmes; mais la science n'a rien à y gagner, et je crois que nous sommes ici pour un tout autre but.

Messieurs, veuillez m'en croire, tâchons de dépenser un peu de cette verve, de cette ardeur que nous montrons dans les discussions personnelles pour rechercher par quels moyens on peut enrichir la science et étendre le domaine de l'art; alors, sans peine et sans efforts, nos séances prendront le caractère solennel qui inspire le respect et donne le pouvoir de faire le bien.

— M. le Président : M. Fallot propose de suspendre la discussion. La discussion est ouverte sur cette motion.

— M. Seutin : Je viens la combattre.

C'est à tort que l'on dit que la discussion prend un caractère trop exclusif de personnalité. Si je mets quelque vivacité dans mon langage, c'est que je sens vivement ce que j'éprouve; mais je répète qu'il n'y a rien de personnel dans mes paroles. Si je n'avais pas été excité par M. Tallois, qu'on a laissé parler, je n'aurais pas répondu; je me serais borné à traiter la question de science.

— M. le Président : M. Tallois a dû défendre la commission dont il est le secrétaire, et que vous avez attaquée. Il a rempli une tâche qui lui était dévolue.

— M. Lebeau : Je viens appuyer la proposition que vous fait M. Fallot.

D'après tout ce que j'ai entendu, il est évident pour moi, et j'espère qu'il sera évident pour nous tous que M. Seutin n'a pas compris le sens du rapport; qu'il a pris pour des affirmations ce qui n'est émis que sous forme de doutes.

Messieurs, nous avons été chargés par l'Académie d'une mission; si, comme on le prétend, nous avons voulu l'agrandir, bien certainement notre intention n'a pas été de nuire à M. Seutin; mais nous voulions donner une grande importance à sa découverte, que nous savons apprécier, et dont nous sommes fiers pour la Belgique.

Cette discussion est déplorable, Messieurs; cependant nous ne devons pas lui donner plus de portée qu'elle n'en a réellement. Nous savons tous que M. Seutin egit beaucoup mieux qu'il ne parle, et je suis convaincu, pour mon compte, qu'il regrettera lui-même plusieurs de ses expressions lorsqu'il aura eu le temps de les examiner de sang-froid.

Je prie mes honorables collègues de se joindre à moi pour demander à M. Seutin de lire sans prévention le rapport de la commission; de la commission qui était composée de ses amis, de ses admirateurs, parmi lesquels je me range assurément, et il reconnaîtra alors qu'il a été extrêmement loin de notre pensée d'avoir voulu lui nuire.

Seulement, Messieurs, nous n'avons pu accomplir notre tâche; M. Sentin ne nous en a pas fourni les moyens. Pour notre compte personnel, nous pouvions être convaincus de l'excellence de sa méthode (quant à moi, mon opinion est formée à cet égard : je lui rends pleine justice tous les jours); mais, pour faire un rapport, il fallut que notre opinion fût appuyée sur des observations plus nombreuses que les neuf faits qu'il nous a été permis d'examiner.

—M. Seutin: Messieurs, je dois protester contre la pensée que j'aurais regardé les membres de la commission comme m'étant personnellement hostiles. Je croyais que M. Lebeau avait entendu la déclaration que j'ai faite en commençant : que je désavouais d'avance toute expression qui pourrait paraître avoir quelque chose de personnel. Je vais plus loin maintenant; j'affirme que si j'avais composé le bureau, à moi tout seul, je n'aurais pas formé la commission d'autres membres qui ont été désignés par lui pour en faire partie.

J'exprime peut-être un peu chaleureusement ma pensée sur des principes contraires aux miens; mais mon intention n'est pas de m'attaquer aux personnes.

—M. Lutens: Messieurs, je ne veux pas m'opposer à la motion de M. Fallot; mais dans le cas où elle serait adoptée, je demanderais à l'assemblée de vouloir donner une autre portée à la question.

Je trouve en effet, Messieurs, que la question n'a pu être traitée comme elle aurait dû l'être, et que nous aurions dû confier à la commission une mission plus étendue. M. Seutin n'aurait eu aucune raison de s'y opposer.

Il s'agit ici d'une découverte utile qui appartient à la Belgique, et qu'il nous importe de propager le plus possible. Je désirerais donc que l'Académie voulût s'occuper du bandage de M. Seutin d'une manière plus générale.

—M. le Président : Ceci s'écarte de la motion de M. Fallot. Si vous avez une proposition semblable à faire, veuillez la déposer sur le bureau, je la soumettrai à l'assemblée.

—M. Varlez : Messieurs, j'ai demandé pour un instant la parole, parce que je vois, d'une part, une découverte admirable, et, de l'autre, une critique difficile ou impossible à justifier.

De cette discussion, tout irritante qu'elle puisse paraître, il sortira une vérité : c'est que la découverte de M. Seutin est grande et belle, et j'estime que l'Académie devrait être fière de pouvoir la revendiquer en faveur de notre pays.

Que M. Seutin soit désapprouvé toutes les fois qu'il s'écarte de la question, qu'il soit même rappelé à l'ordre quand il se sert d'expressions inconvenantes, rien de mieux; mais, puisque cette discussion est entamée, il me semble qu'on devrait la continuer jusqu'au bout.

Je conviens que la question a été mal posée par M. Seutin; mais je soutiendrais volontiers une proposition formulée de la manière suivante : « Une fracture quelconque, susceptible d'être guérie, étant donnée, l'appareil amidonné est préférable à tout autre pour obtenir sa guérison. »

— M. Phillips : Je ne me permettrai, Messieurs, de prendre la parole sur le fond de la question que lorsque la discussion sera plus avancée.

M. Varlez voudrait vous soumettre une proposition nouvelle; il désirerait que l'on discutât la question de savoir si le bandage amidonné est préférable à tout autre appareil. Ce n'est pas de cela que nous avons eu à nous occuper : nous avons été chargés d'examiner des cas particuliers où le bandage amidonné a été appliqué. C'est à cela que la demande finale de M. Seutin a limité notre mission; c'est donc ce point seulement qui peut être mis en discussion.

— M. le Président : Je dois faire observer qu'il ne s'agit pas en ce moment de savoir ce qu'on discutera; le seul point à examiner, c'est de savoir si la discussion continuera.

—M. Graux: Messieurs, je crois devoir vous faire remarquer que si nous avons renfermé notre rapport dans des limites étroites, c'est une concession que la commission a faite, de guerre lasse, à M. Seutin. La commission avait compris que la question devait être examinée plus largement. C'est, en effet, une question immense, que nous aurions voulu traiter de manière à la rendre digne de toute l'attention de l'Académie. Malheureusement il nous a été impossible de maintenir M. Seutin dans la voie où, quoi qu'il en dise, il était entré d'abord; et dès lors nous avons été forcés de nous borner an rapport tout à fait incomplet que nous vous avons soumis. Ce travail, nous sommes obligés en quelque sorte de le désavouer; il ne ressemble en rien à ce que nous nous proposions de faire; ce n'est point, à proprement parler, un rapport, c'est un *mezzo termine* auquel nous avons dû avoir recours, pour ne pas être dans la nécessité de déclarer à la Compagnie que nous n'avions trouvé aucun moyen de nous entendre avec M. Seutin. En effet, si nous avions cédé à ses instances, nous aurions fait la description des fractures qui étaient en traitement à l'hôpital Saint-Pierre, et l'apologie de sa méthode appréciée uniquement dans son application à ces fractures. Or, Messieurs, je doute que vous eussiez été satisfaits d'un semblable travail.

— M. François : M. Seutin a demandé un rapport sur l'application de son bandage, dans quelques cas déterminés; la commission a donné à la question une interprétation plus étendue; elle l'a considérée comme trop intéressante pour ne pas être examinée d'une manière générale. M. Seutin persiste-t-il à restreindre la question dans les limites qu'il lui a tracées, ou consent-il à ce qu'on lui donne plus d'étendue?

— M. Seutin : Je demande qu'on se renferme dans les termes de ma proposition.

—M. Varlez: M. Seutin a demandé qu'on se bornât à observer les sujets qui se trouvaient à l'hôpital Saint-Pierre. Il a donc été impossible à la commission de faire un rapport sur le bandage au point de vue de son application générale, car cette découverte ne peut être appréciée que par l'application; et pour faire un rapport général, il faudrait peut-être deux, trois ou quatre années d'observations, afin de reconnaître quels sont les cas où l'appareil Seutin est utile, et quels sont ceux (s'il en existe) qui réclament d'autres moyens. C'est maintenant à l'Académie qu'il appartient de décider si elle veut s'en tenir aux termes de la proposition, ou si elle désire que la question soit examinée d'une manière générale.

—M. le Président : Je vais mettre aux voix la clôture de la discussion sur la motion d'ordre.

— La clôture est prononcée, et la proposition faite par M. Fallot, de suspendre la discussion du rapport, est ensuite mise aux voix et adoptée.

SÉANCE DU 29 JUIN.

—M. Seutin : Messieurs, dans l'avant-dernière séance, j'ai passé en revue une partie du rapport de la commission que vous avez chargée de l'examen de ma proposition, et je suis resté à l'observation du nommé Van Opdenbosch. Permettez-moi de continuer aujourd'hui l'analyse de ce travail.

Voici, dit M. le rapporteur, un second fait aussi aussi grave que le précédent :

« Le nommé Van Opdenboch, âgé de 29 ans, étant tombé d'un arbre, se brisa le fémur droit et les os de l'avant-bras; le radius sortait à travers la peau. La mâchoire inférieure fut aussi brisée, en trois points différens. Toutes ces parties étaient très tuméfiées. L'application immédiate de l'appareil fut faite à chacune de ces lésions, et l'extension de la cuisse fut produite par des sacs de sable. On fit plusieurs saignées; le délire était devenu tel qu'on fut obligé de lier le malade dans son lit. Après une médication antiphlogistique énergiquement employée, le délire cessa, et les fractures furent traitées comme des fractures simples. Le malade sortit de l'hôpital le 29 novembre, ayant le membre un peu raccourci, mais les mouvemens de la cuisse et de la jambe libres, et marchant sans boiter; la mâchoire est un peu déformée, mais ses mouvemens ont conservé toute leur étendue et toute leur liberté. »

Ce fait, d'après le rapport, prouve à toute évidence l'efficacité de ma méthode dans les fractures comminutives, compliquées, et présentant par conséquent de grandes difficultés pour maintenir le membre fracturé. J'insiste sur ce point avec d'autant plus de raison que nous verrons bientôt qu'on m'oppose une fracture du fémur compliquée de délire, dans laquelle le bandage n'a pu être conservé.

« C'est, on ne peut en douter, continue le rapport, à la compression méthodique et uniforme qu'il faut rapporter de tels succès. » Non, Messieurs, ce n'est pas seulement à la compression méthodique et uniforme que ces succès doivent être attribués ; mais à l'ensemble des moyens que j'emploie. C'est par la coaptation immédiate, par l'extension et la contre-extension, par la modification journalière du bandage, d'après les nécessités, par l'inspection incessante de la fracture ; c'est en parvenant à modérer tous les élémens inflammatoires, à neutraliser l'action musculaire ; c'est enfin, lorsque survient le délire, en mettant le malade dans l'impossibilité absolue de déranger l'appareil et même de le détruire, que j'obtiens de pareils succès.

Au nombre des planches qui seront jointes à un travail que je me propose de publier, et dont je m'occupe en ce moment, il s'en trouve que je crois devoir mettre sous vos yeux, dès à présent, pour vous donner une idée de ce que j'appelle extension et contre-extension ; on y voit, Messieurs, l'une et l'autre mises à la portée de tout le monde. Lorsqu'on emploie cette méthode bien simple, il est impossible que le bandage se dérange, le malade fût-il en délire.

« L'inamovibilité, dit la commission, a, dans les fractures de cette espèce, des avantages que nulle autre méthode ne possède : le principal, le plus important de tous, c'est la facilité qu'elle laisse aux malades de sortir de leur lit. »

Messieurs, ces avantages ne sont pas les seuls que présente ma méthode. Le principal est l'inspection facile du membre, maintenu dans l'immobilité et de manière qu'il ne puisse survenir le moindre accident.

Je ne parlerai plus de la possibilité de prévenir le sphacèle et la gangrène ; mais je dois dire que celui qui pense que ces accidens peuvent arriver par suite de l'application du bandage amidonné est incapable d'apprécier les avantages de tous les élémens qui constituent la méthode amovo-inamovible.

Cette méthode permet de modifier l'appareil, de pratiquer les opérations sans danger, d'éviter et même de combattre tous les symptômes inflammatoires qui se présentent très fréquemment quels que soient, du reste, les moyens que l'on emploie.

La commission continue et dit : « Il en est de même des fractures des membres supérieurs, quelles que soient leurs complications. Mais ces avantages sont-ils aussi réels dans les cas de fractures très obliques du fémur ? Nous avons vu plus haut qu'on attribue à l'appareil l'inconvénient grave du relâchement des bandes, par suite de la diminution du gonflement, et qu'ainsi les fragmens obliques ne sont plus en rapport, qu'ils peuvent chevaucher et produire ces raccourcissemens si fréquens à la suite des fractures obliques du fémur. »

Messieurs, je pourrais demander à la commission où elle a vu cela, car elle a dû constater tout le contraire dans mon hôpital : je me suis efforcé, en effet, de lui démontrer que le bandage ne se relâche jamais. Ce passage du rapport est donc complètement erroné. Il ne faut pas connaître l'action de l'amidon sur le linge pour prétendre qu'un bandage enduit de cette matière puisse se relâcher. Pour ce qui concerne le retrait du membre, sans doute il devrait avoir lieu, comme le dit le rapport ; mais la commission a vu avec quel soin je surveille les fracturés, afin de prévenir cet inconvénient : j'incise le bandage à la partie externe, d'une part, et à la partie interne de l'autre ; j'en fais chevaucher les valves, et la cuisse, fût-elle énorme, peut être réduite à un volume très minime. Vous voyez donc qu'il y a ici erreur de la part de mes honorables collègues.

« Mais deux faits, continue le rapport, ne peuvent suffire pour établir la prééminence d'une méthode à l'exclusion générale des autres ; et remarquez, Messieurs, que, dans le traitement des fractures obliques du fémur, l'appareil inamovible, appliqué immédiatement, perd son principal avantage, qui est de permettre aux malades de sortir de leur lit. On voit, en effet, que, pour maintenir les fragmens en contact, M. Seutin est obligé de produire une contre-extension et une extension au moyen d'un sac de sable suspendu à une corde et passant sur une poulie. Le malade est donc obligé de rester au lit. D'ailleurs, au premier fait si remarquable de la clinique de M. Seutin, nous devons opposer un autre fait de la clinique de M. Uytterhoeven. »

Il est évident que la commission n'a pas bien compris la manière d'agir du bandage amidonné. Sans doute le malade devra rester au lit pendant le temps nécessaire à la dessiccation, et ne pourra le quitter avant vingt-quatre ou trente-six heures ; mais une fois cette dessiccation obtenue rien n'empêche qu'il n'en sorte, absolument comme cela a lieu dans les fractures non obliques. J'ajoute que la dessiccation ne doit pas même être attendue, si l'on veut recouvrir tout le bandage de valves de carton sec.

« Des accidens, dit-on, peuvent survenir. » Mais, Messieurs, peut-on, par les anciennes méthodes, maintenir la jambe plus immobile, éviter davantage le raccourcissement et prévenir mieux les accidens ? Vous savez tous en quoi ces méthodes consistent ; les attelles, les fanons, les coussins, les lits mécaniques, les plans inclinés, les semelles de J.-L. Petit, les appareils de Mayor et de Bonnet, etc., empêchent-ils l'action musculaire ? Ne voyez-vous pas, au contraire, que de la manière dont est appliqué mon bandage, il y a presque impossibilité que les os se déplacent et chevauchent aussi facilement les uns sur les autres et qu'il se produise des raccourcissemens ? Je dis presque impossibilité parce qu'il n'y a pas un homme de l'art qui puisse dire que, dans une fracture oblique du fémur, il n'y aura jamais de raccourcissement. J'en appelle sur ce point à tous les chirurgiens praticiens. Dans une pareille fracture, l'action musculaire est trop forte pour que la position puisse être maintenue ; mais c'est déjà un beau résultat de n'avoir que deux ou trois lignes de raccourcissement : tous mes collègues ici présens diront que, dans une semblable affection osseuse, il n'est guère possible d'être plus heureux.

« Deux faits, dit-on, ne peuvent suffire pour établir la prééminence d'une méthode à l'exclusion générale des autres. » Messieurs, je signalerai encore ici une plus grande erreur ou un plus grand oubli de la part de la commission. Je ne lui ai montré que ces deux cas de fracture oblique du fémur, c'est vrai ; mais il ne faut pas un nombre immense de faits pour décider des avantages d'une méthode. M. Mussche vient de vous en présenter encore trois autres. En outre, pendant que la commission rédigeait son prétendu rapport, pour me servir de l'expression de M. Graux, je lui adressai trois observations que j'ai récemment publiées, et qui sont à ajouter à plus de cent quarante autres, déjà connues. Quoi qu'il en soit, à ces deux faits, on en oppose deux autres : examinons ces derniers.

« Un des malheureux ouvriers, tombés d'un échafaudage dans la cour d'un hôtel de cette ville, fut transporté à l'hôpital Saint-Jean. On reconnut, à l'examen de ce malade, une fracture oblique du fémur avec plaie, une fracture de la mâchoire inférieure, et l'anéantissement complet des facultés intellectuelles. Le bandage amidonné fut immédiatement appliqué. Pendant la nuit le malade fut très agité ; on trouva le matin, à la visite, l'appareil relâché, les fragmens chevauchans, et le blessé souffrant beaucoup. Nouvelle application du bandage ; le lendemain, nouveau déplacement des fragmens. M. Uytterhoeven abandonna l'inamovibilité, fit placer la jambe brisée sur un double plan incliné, et dès lors tous les accidens cessèrent. »

Messieurs, est-ce bien au bandage amidonné que l'on doit attribuer la pétulance et le délire du blessé, ainsi que la difficulté de maintenir l'appareil ? On ne vous parle pas du mode que l'on a suivi, on ne vous dit pas si le malade, étant posé sur le lit et maintenu par un lien autour du corps, comme l'indique la planche que je viens de mettre sous vos yeux, pouvait porter les mains à l'appareil. Est-ce la faute du bandage si un blessé, se trouvant en délire, défait l'appareil, et si le lendemain les fragmens osseux chevauchent ? Mais dans un cas semblable, on met un corset, un lien, un drap de lit, pour empêcher l'action du membre ; on fait surveiller le malade ; et je défie qu'on soutienne alors avec succès qu'un bandage amidonné bien appliqué ne soit pas préférable à tout autre.

Ainsi donc, si l'on avait appliqué dans ce cas la méthode, comme je le fais, avec des attelles ou des courroies, cela ne serait pas arrivé. D'ailleurs rien n'empêche de joindre au bandage amidonné la méthode ancienne, pour plus de sécurité.

Mais, dit-on, le lendemain l'état d'agitation continue, et, de nouveau, le bandage est défait ! Encore une fois cela prouve-t-il que la méthode soit mauvaise ? Chacun sait que le troisième ou le quatrième jour seulement, les effets de la commotion cérébrale diminuent et que le délire cesse. Donc, si après cet intervalle, l'on a modifié le pansement, peut-on attribuer au changement de position la cessation des phénomènes nerveux ?

Eh ! Messieurs, figurez-vous un homme ayant une fracture de cuisse ou de jambe, avec délire et contraction musculaire, et dont on met le membre fracturé sur un double plan incliné, en l'abandonnant à lui-même, et dites-moi ce qui doit en résulter.

Il faudrait ignorer le pouvoir de l'action musculaire pour admettre que les fragmens puissent être maintenus en rapport. La fracture fût-elle même simple, je nierais encore qu'une coaptation exacte pût avoir lieu. D'ailleurs, l'expérience a fait justice de cette méthode ancienne, et peu de praticiens aujourd'hui suivent les principes adoptés par le célèbre Pott.

Vous le savez, Messieurs, quand on remet tous les muscles dans le relâchement, quand on ôte tous les liens qui fatiguent le blessé, le calme peut revenir ; mais s'en suit-il qu'on ne doive pas forcément maintenir une fracture réduite, lorsque le malade se trouve dans le délire ? D'où vient, au surplus, que dans les deux observations de l'hôpital Saint-Pierre, qui concernaient des cas bien plus graves que celui-ci, l'application du bandage amidonné n'ait pas été accompagnée des mêmes inconvéniens ?

Je passe au second fait :

« Un petit malade fut également apporté à l'hôpital Saint-Jean, pour y être traité d'une fracture très oblique de la cuisse avec issue des fragmens, le supérieur au côté externe, et l'inférieur au côté interne. M. Uytterhoeven fit recouvrir tout le membre avec des cataplasmes, et le plaça sur un double plan incliné. Ce petit malade, qui souffrait horriblement lorsqu'on étendait son membre, sentit cesser les douleurs aussitôt après que l'on eut donné à la cuisse la position fléchie. »

Des cataplasmes, et toujours des cataplasmes ! Certainement ce moyen peut ramener le calme ; mais notez bien, Messieurs, que le petit malade souffrait horriblement lorsqu'on voulait alonger le membre fracturé, et que les douleurs disparaissaient dès qu'on le laissait tranquille sur le plan incliné. Cela devait être, car c'est ce que nous voyons tous les jours. Celui qui a la cuisse ou la jambe cassée, et qui gît à terre ou sur un matelas, ne souffre presque pas ; mais aussitôt qu'on le touche, dès qu'on essaie de faire la coaptation, il se met à crier. Mais est-ce une raison pour le laisser dans la position où il se trouve ? Évidemment non ; le mal qu'on lui fait alors tend à opérer un grand bien.

Si, au lieu de laisser le petit blessé sur un plan doublement incliné, on eût opéré la coaptation définitive, on lui eût vu faire ce que font tous ceux que l'on traite à l'hôpital Saint-Pierre ; il eût pris ses béquilles et s'en serait allé ou se promener immédiatement après, ou se reposer sur son lit. Les fracturés souffrent, il est vrai ; mais aussitôt que le bandage amidonné est placé, leurs douleurs s'évanouissent. Des témoins oculaires ici présens peuvent confirmer ce que j'avance. N'a-t-on pas vu cette semaine encore, à l'hôpital Saint-Pierre, un jeune homme qui, entré à onze heures dans mes salles, avec une fracture complète de la jambe, accompagnée de gonflement et d'ecchymoses, marchait avec des béquilles, à onze heures et demie, immédiatement après l'application du bandage amidonné, recouvert de valves de carton sec, que je plaçai moi-même, en présence de plusieurs médecins étrangers et des élèves qui suivent habituellement ma clinique ? Je crois qu'à l'hôpital Saint-Jean, les choses ne se passent pas ainsi. Je respecte l'opinion de mon honorable collègue ; car je n'ai jamais voulu, quoi qu'il en dise, lui imposer la mienne. Je n'impose ma méthode à personne ; j'engage seulement les praticiens à en faire l'essai. De là à l'imposer, il y a loin. Je connais trop l'esprit médical pour en agir autrement.

On se garde bien de nous faire connaître ce qui s'est passé pendant toute la durée de la cure dont il est ici question. La Commission ne dit pas s'il y a eu raccourcissement du membre ; c'est ce que j'aurais voulu apprendre de M. Uyt-

terhoeven lui-même. C'est un des motifs pour lesquels j'eusse désiré sa présence à cette séance.

J'ai appelé cet honorable collègue sur le terrain de la discussion et de l'expérience ; certes il ne se trouverait pas déplacé ici. En lui adressant cet appel, j'ai cru lui être agréable, tout en faisant quelque chose d'utile à l'humanité. Il m'arrive, je l'avoue, d'être véhément quand je défends des choses aussi vraies, aussi évidentes que celles dont il s'agit en ce moment ; il m'échappe quelquefois alors des expressions vives, mais je m'empresse de les rétracter dès qu'elles peuvent paraître blessantes pour qui que ce soit. Je crois que ni moi ni aucun de nous ne voudrait manquer à M. Uytterhoeven ; mais je n'admets pas l'excuse qu'il allègue pour ne pas paraître ici. J'accepte encore beaucoup moins sa proposition de statistique. Qu'il vienne défendre son système et combattre le mien ; je me soumettrai volontiers au jugement de l'Académie. J'appelle la discussion sans vanité, sans amour-propre, dans le seul intérêt de l'humanité et de la science ; qu'il vienne donc, qu'il fasse violence à ses habitudes, la question en vaut la peine. Dans tous les cas, j'attends de lui ou de la Commission, que les deux individus qui font le sujet des observations puisées à la clinique de l'hôpital Saint-Jean soient présentés à l'Académie. Je m'engage à vous faire voir les deux miens. L'Assemblée pourra juger ainsi des résultats dont la Commission a omis de parler.

On me reproche de n'avoir fourni que neuf observations de fractures. Mais parlez à tous ceux qui m'entourent ici, consultez les journaux, et ils vous en fourniront par centaines, par milliers même ! ! Je ne me suis pas borné à ces neuf cas, j'en ai montré jusqu'à satiété à MM. les membres de la Commission et à plusieurs autres de mes honorables collègues qui même ne veulent plus en voir, tant j'en ai soumis à leur examen !

Dernièrement encore M. Phillips est venu à l'hôpital Saint-Pierre où se trouvaient quatre ou cinq fracturés en traitement. J'y ai appelé notre honorable Président ; j'y ai appelé l'Académie entière. A l'appui de mes assertions, j'invoque le témoignage de MM. Marinus, Verbeeck, Guislain, Lombard, Daumerie, Dieudonné, Michaux, Craninx, Lutens, Didot, Gluge, Brogniez. Ce dernier a appliqué ma méthode aux chevaux, et j'ai vu un jeune poulain qui avait eu la jambe fracturée, parfaitement bien guéri. M. Uytterhoeven lui-même a vu, dans son hôpital comme dans le mien, un grand nombre de fractures traitées par l'appareil amidonné, sans qu'il soit jamais survenu le moindre accident, quand le bandage était convenablement appliqué.

Je n'ai jamais travaillé dans l'ombre, et j'ai toujours mis ma méthode et ses résultats au grand jour. Aussi je livre toutes mes observations à la critique ; je demande même que l'on me combatte, mais d'une manière franche et loyale.

« On sait, continue le rapport, que l'on a à déplorer des revers aussi bien par l'usage constant de l'appareil amidonné que par l'emploi des autres méthodes ; et c'est précisément la différence de ces revers qu'il eût été important de constater. Mais pour arriver à ce but, il fallait procéder sur un nombre considérable de fractures, l'application immédiate de l'appareil, dans les cas de fractures comminutives ou compliquées, n'étant pas encore une question résolue pour la majorité des praticiens. La plupart de ceux qui adoptent avec raison l'inamovibilité font précéder l'application du bandage de quelques précautions. Ainsi, par exemple, à l'hôpital Saint-Jean, on recouvre pendant plusieurs jours le membre fracturé avec des cataplasmes, et dans les cas très graves, quand la réduction ne peut s'obtenir qu'au prix de grandes douleurs, on ne la tente que lorsque l'éréthisme musculaire a cessé. A l'hôpital militaire, les fractures traitées, sous la direction de M. Lebeau, ne sont pas immédiatement enfermées dans les valves de carton ; mais on cherche d'abord à faire cesser les accidens inflammatoires par les irrigations d'eau froide, et lorsque le membre peut être presque impunément manipulé, on le place alors, mais seulement alors, dans l'appareil inamovible. Il ne faut pas se dissimuler que de nombreux revers, que de très graves accidens n'ont eu d'autre cause que l'application immédiate de l'appareil ; il n'y a pas de praticien qui n'en connaisse quelques histoires, et pour notre compte nous regrettons vivement que M. Seutin n'ait pu nous donner les renseignemens nécessaires sur sa pratique de plusieurs années ; indubitablement nous y eussions trouvé de ces faits malheureux, qui valent plus pour l'enseignement que des succès. »

En vérité, Messieurs, dans le paragraphe que je viens de vous lire, il n'y a pas un mot, pas une syllabe qui ne soient entachés, je ne dirai pas d'erreur, le mot est trop faible, je voudrais bien dire de malignité, mais je crains que cette expression ne soit pas convenable, elle serait cependant exacte.....

— M. le Président : Je ne puis pas laisser passer de semblables expressions.

— M. Seutin : Soit, je me bornerai à dire d'inexactitude. Cependant, il y a autre chose : lisez le rapport d'un bout à l'autre, et vous verrez que le mot « inexactitude » est beaucoup trop doux, pour qualifier ce qu'a dit la commission.

On vous parle toujours de revers, mais où sont-ils donc ces revers? La commission n'a pas voulu sortir des neuf cas qu'elle a examinés à l'hôpital Saint-Pierre : or, aucun de ces cas présente-t-il un revers? Il n'y en a pas eu même l'ombre. Je somme la commission de s'expliquer là-dessus.

Je vais plus loin : je défie qu'on me cite un seul revers qui puisse être reproché à la méthode amovo-inamovible. Je ne parle pas du bandage amidonné, composé de quelques morceaux de carton et de bandes recouvertes d'amidon, mais bien de toute la méthode bien comprise. Ainsi, on ne doit pas perdre de vue le ruban de fil huilé ou graissé qui se trouve sous le bandage, entre la peau du membre et la première couche de bandes, et que j'ai nommé *compressimètre* (je ne suis pas helléniste), voulant faire entendre par là qu'il indique le degré de compression du bandage. Un appareil est appliqué : au bout de deux ou trois heures, je tire le ruban ; s'il tient trop fortement, si le malade se plaint de quelque gêne, je fais l'incision ; si, au contraire, il n'accuse pas de douleur, je laisse le bandage pendant vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures ; mais habituellement, que le ruban glisse ou ne glisse pas, qu'il y ait nécessité ou non, j'incise aussitôt que la dessiccation est obtenue ; j'ouvre le bandage d'un bout à l'autre ; et à l'instant même, l'appareil est réduit à l'ancien bandage, avec cet avantage que le membre étant maintenu de toutes parts, à l'aide d'une compression douce et méthodique, on a déjà obtenu un effet résolutif supérieur à celui que produisent le froid, les cataplasmes et autres moyens, tels que sangsues, ventouses, scarifications, fomentations, etc., etc.

Si je vois alors que la compression peut devenir fâcheuse dans un endroit, j'y remédie sur-le-champ ; en écartant les deux valves, je conserve toujours la moitié du membre et du bandage dans l'immobilité. Si j'ai à ouvrir des abcès, si je dois procéder à l'extraction des esquilles, je n'éprouve aucune difficulté ; je passe ensuite au pansement. Pendant toute la durée de cette opération, il y a impossibilité que le membre joue comme un pilon dans un mortier, ainsi qu'on vous l'a dit !

Veuillez, Messieurs, examiner cette coque amidonnée qui a servi à un coude malade, à une tumeur blanche : eh bien ! le pansement a réduit en huit jours l'articulation à son volume naturel. Vous vous convaincrez par là que l'on coupe le bandage, dans d'autres maladies encore que dans les fractures, et avec autant de succès.

Si j'ai à traiter un coup de feu, j'incise le bandage dans la direction de la plaie, et j'y fais des ouvertures par lesquelles je procède à l'extraction des corps étrangers et aux pansemens.

Ne croyez pas, Messieurs, que même dans les fractures les plus comminutives, le blessé reste dans son lit. Peu de temps après que le bandage est posé, celui-ci devient tellement immobile qu'il n'y a plus d'accident à craindre par la marche, bien entendu, au moyen de béquilles. Il est plus difficile que vous ne croyez de prouver l'évidence ; mais je demande une chose, c'est qu'on vienne me faire des objections ; je me sens assez fort pour y répondre.

Je citerai ici un fait tout récemment arrivé en face de l'hôpital Saint-Jean. M. le professeur Van Huevel se rendait à la Maternité ; la roue de la Vigilante dans laquelle il était se sépare de l'essieu, le conducteur tombe de son siége et se casse l'avant-bras. M. Van Huevel court lui-même à l'hôpital, et invite l'interne de garde à appliquer le bandage amidonné. Quel ne fut pas son étonnement d'entendre la réponse qui suit : « Monsieur le professeur, il nous est enjoint de ne pas appliquer ce bandage dans des cas pareils, mais bien un cataplasme émollient ! » Vous voyez, Messieurs, que loin que ma méthode soit imposée, elle est mise à l'index à l'hôpital Saint-Jean. Pouvez-vous croire à une théorie comme celle-là? Au lieu de combattre d'emblée, par l'application de mon bandage, le gonflement et les accidens inflammatoires qui doivent nécessairement survenir dans une fracture avec issue des extrémités osseuses, etc., on préfère appliquer des cataplasmes !

Dans les fractures simples, disent mes honorables adversaires, nous vous autorisons à mettre immédiatement le bandage amidonné ; mais dans les fractures *compliquées*, nous ne pouvons vous l'accorder ! En vérité, Messieurs, je n'en reviens pas. Autant vaudrait dire : fermez les yeux pour mieux voir ! Quoi ! dans une péripneumonie simple, lorsqu'un homme fort se plaint d'un point de côté, avec crachement de sang, vous le saignez ; et dans une péripneumonie profonde, double, compliquée de pleurésie, etc., etc., vous ne le saignerez pas ! Je dis, moi, que plus le cas est compliqué, plus il faut chercher à éloigner l'inflammation et ses accidens : ainsi replacer les os, rapprocher les chairs, établir une compression douce, méthodique, maintenir le tout dans une immobilité complète, combattre les accidens, voilà ce qu'il y a à faire immédiatement dans une fracture compliquée ! Faut-il donc attendre que l'action inflammatoire se soit déclarée pour mettre le bandage? Ne vaut-il pas mieux s'opposer à ce que cette inflammation se produise? Mais non : d'après mes contradicteurs, il faut laisser pendant quelques jours le membre recouvert de cataplasmes, donner à l'action musculaire le temps de faire chevaucher les os, et exposer le membre malade à mille inconvéniens ! ce n'est que quelques jours après qu'ils accordent la permission de faire du mal aux malades et de faire une coaptation moins exacte que si on s'y était pris à l'instant de la rupture osseuse ! C'est comme si on pouvait encore pousser l'ignorance jusqu'à ne pas amputer immédiatement sur un champ de bataille, et attendre même trois ou quatre jours ! Je ne veux pas insister plus longtemps sur ces théories ; car j'aurais l'air de vouloir vous apprendre ce que vous savez mieux que moi. Je me bornerai à répéter : ramener les os les uns auprès des autres, les maintenir par une légère compression méthodiquement appliquée, surveiller le bandage et son action sur le membre, l'inciser à temps, saigner le malade, lui administrer l'émétique en lavage, le mettre au repos pendant vingt-quatre heures ou jusqu'à dessiccation de l'appareil, voilà le vrai moyen de n'avoir besoin ni de cataplasmes ni d'irrigations d'eau froide. D'ailleurs, ces irrigations, on ne les fait pas généralement à l'hôpital militaire ; je prie M. Lebeau de s'expliquer à cet égard : je connais assez la franchise de son caractère pour être persuadé qu'il voudra bien nous dire pourquoi on se les permet quelquefois.

On vous a dit (et je ne sais comment une commission composée de cinq membres a pu émettre une pareille opinion) : « Cette compression que vous prétendez si méthodique, si exempte d'accidens, devient d'autant plus dangereuse qu'elle dépend du tact du chirurgien ! » Messieurs, j'avoue que cette phrase m'a fait peine ; il faut l'effacer du rapport ; il ne faut pas que l'on dise un jour que l'Académie royale de médecine de Belgique, que la chirurgie de notre pays, actuellement pratiquée par des hommes capables et instruits, aient permis d'avancer au XIXe siècle, qu'une méthode qui requiert la *compression méthodique* est d'autant plus dangereuse qu'elle dépend du tact du praticien ! c'est à n'en pas revenir. Ce ne peut être que pour faire discréditer la compression, que la commission a osé parler ainsi. Elle sait que c'est ce moyen qui a arrêté, éloigné de la méthode les chirurgiens timides ou incapables ; elle sait qu'avec cette expression elle fera trembler les faibles, et qu'en la joignant aux mots ronflans de gangrène, sphacèle, accidens formidables, etc., elle arrêtera la plupart des chirurgiens !

Certainement il faut que le praticien sache en faire l'application, mais il en est ainsi de tout moyen de guérison : lorsqu'il s'agit par exemple de donner des émétiques ou des purgatifs, il faut bien que le médecin connaisse les doses qu'il veut administrer. Sans doute la maladresse d'un chirurgien peut occasioner des revers; mais je puis le dire, depuis que je coupe le bandage amidonné, depuis que j'y ai mis le ruban compressimètre, il ne m'est pas arrivé un seul accident; il ne peut plus même en survenir.

M. le président est venu me voir un jour à mon hôpital, précisément au moment où la jambe d'un individu venait d'être écrasée par une charrette pesant 2,500 livres. C'était un cas d'amputation, mais j'eus la témérité d'attendre, confiant, comme je le suis, dans ma méthode; eh bien ! depuis ce temps la commission et d'autres honorables collègues qui siégent dans cette enceinte ont vu ce blessé qui est sur le point d'être guéri. Cependant la partie écrasée était pour ainsi dire aplatie; elle contenait une infinité d'esquilles; il y avait hémorrhagie, etc., et malgré tous ces désordres, j'osai appliquer mon appareil. Si des accidens étaient survenus pendant le traitement, aurait-on dû les attribuer au bandage? Si, par exemple, le blessé eût succombé aux phénomènes de résorption, eût-on été en droit de rechercher dans le traitement employé la cause de sa mort?

J'ai perdu depuis peu un blessé atteint de fracture compliquée de la partie inférieure de la jambe, avec déchirure des tégumens et des trones nerveux, qui s'étendait jusqu'à l'articulation du pied. M. Graux se trouvait présent au moment de l'application du bandage. Il doit savoir que cet homme allait parfaitement bien, et qu'on avait fait une petite fenêtre à l'appareil pour voir tous les jours ce qui se passait à la fracture, quand des symptômes de trismus se sont déclarés. En présence de la contraction musculaire à laquelle ce blessé était en proie, toute autre méthode aurait-elle pu maintenir les fragmens en rapport? Evidemment non.

La commission aurait voulu pouvoir établir une balance entre les diverses méthodes de traitement, et M. Uytterhoeven, par sa lettre à l'Académie, est venu vous faire la même demande. Est-il possible, Messieurs, d'avoir recours à une comparaison et à une statistique, lorsqu'il s'agit de fractures qui offrent tant de diversité dans leur nature? J'admettrais cette possibilité pour le typhus, par exemple, et encore avec une grande hésitation; mais pour les fractures, je ne puis l'adopter. On a traité à l'hôpital St-Jean, pendant l'espace de dix années, à peu près de vingt-cinq à trente fractures de plus qu'à l'hôpital St-Pierre. Je suppose que le chirurgien de St-Pierre en ait guéri les trois quarts, et celui de St-Jean seulement la moitié, serait-ce à dire pour cela que ce dernier traite moins bien ses fracturés que son collègue? Mais non, Messieurs. Ne croyez-vous pas, tout d'abord, que cela peut dépendre de ce que les fracturés de St-Jean présentaient plus de complications et de gravité, et par cela même moins de chances de guérison?

Je demanderai maintenant si la commission n'a eu connaissance que de neuf cas de fractures compliquées, nombre qu'elle regarde comme insuffisant? N'est-il pas vrai que quelques-uns de ses membres possédaient en outre plusieurs autres faits observés tant dans leur pratique que dans leurs services? M. Tallois surtout aurait-il perdu le souvenir de ce jeune Anglais dont je vous ai parlé dans l'avant-dernière séance, et auquel a servi la coque de bandage que je vous présente?

M. le docteur Mussche ne vient-il pas encore d'ajouter trois faits des plus curieux au grand nombre de ceux qui ont été publiés? Mais au lieu de s'en servir pour corroborer mon opinion, on semble n'en faire aucun cas, puisqu'elles ont été accueillies par un ordre du jour.

Passons maintenant aux conclusions du rapport :

Des faits observés, y est-il dit, votre commission conclut :

« Que dans les fractures simples le bandage inamovible, appliqué immédiatement, a sur toutes les autres méthodes de très grands avantages. »

Mais il n'est pas question, il n'aurait jamais dû être question de fractures simples. Cette première conclusion ne ressort pas des prémisses du rapport : la commission semble avoir perdu de vue que, par ma lettre du 19 mai 1844, je l'avais priée de ne pas s'occuper de ce genre de fractures. Il y a longtemps, en effet, que l'application du bandage amidonné dans les fractures simples est généralement admise. Au reste, tous les appareils peuvent convenir dans les fractures de l'espèce; j'ai vu même des praticiens qui n'en mettaient pas du tout, et qui abandonnaient le membre à lui-même sur des coussins.

Il est libre à chacun de laisser croupir des blessés sur leur lit pendant plusieurs semaines, de voler à un jeune homme plein de pétulance et d'ardeur deux ou trois mois de son existence, d'exposer un vieillard aux fâcheux effets de l'hypostase, etc., mais il m'est permis aussi, à moi, de regarder cette méthode comme défectueuse, je dirai même comme inhumaine. C'est mon opinion!!

Voyons si la seconde conclusion est plus heureuse :

« Que des accidens formidables se développent quelquefois pendant l'application de l'appareil inamovible, de même que dans l'application de la méthode des pansemens renouvelés. »

Mais où donc la commission a-t-elle vu cela? Est-ce que des accidens de cette nature se sont présentés dans aucun des neuf cas qu'elle a observés à l'hôpital St-Pierre? Sur quoi donc l'a-t-elle appuyée? J'espère qu'elle nous le dira, car son rapport nous laisse à cet égard dans une grande perplexité.

Des accidens peuvent être la conséquence d'une fracture grave, mais jamais du bon emploi de ma méthode. Peut-on l'en rendre responsable, lorsqu'elle est appliquée par une main malhabile? Qui n'en a pas vu survenir, même après la saignée ou toute autre opération légère faite sans précaution? Et les anciennes méthodes de fractures sont-elles exemptes d'accidens? J'en ai rencontré encore tout récemment un exemple en allant de Namur à Liége : j'ai vu un malheureux atteint d'une fracture de bras qui avait été pansée par l'ancienne méthode; il y avait trois jours qu'on n'avait plus regardé le membre. Je conseillai à cet homme d'aller consulter à Liége M. Anziaux, qui lui fit l'amputation le lendemain. Je citerais cent autres faits de cette nature s'il en était besoin. J'en appelle à vous tous, Messieurs; n'avez-vous jamais vu des accidens survenir à la suite de l'application des anciens bandages, et comment voulez-vous qu'une main peu exercée n'en occasione? La commission n'a vu aucun de ces malheurs à la suite de l'emploi de ma méthode, pourquoi donc en parle-t-elle? pourquoi suppose-t-elle qu'ils puissent arriver? Mais, me dira-t-elle, nous avons vu ce ramoneur atteint d'une fracture compliquée de l'avant-bras, qui fait le sujet de la quatrième observation. Messieurs, il y a, quant à ce fait, une erreur typographique dans le rapport : on a mis le 3 au lieu du 23, époque à laquelle l'inflammation a nécessité la section de l'appareil; mais jamais celui-ci n'a dû être levé ni abandonné. Cet homme est à vingt-cinq pas d'ici; si l'Académie ne me croyait pas, je le ferais venir. Je l'ai représenté, quelque temps après, à la commission, et il lui a dit : « Je n'ai jamais été débarrassé de mon bandage. » En effet, Messieurs, tous les accidens inflammatoires ont été combattus, le bandage étant maintenu en place.

La troisième conclusion est ainsi conçue :

« Et dans le but de compléter le travail qu'elle a commencé, elle vous propose d'engager M. Seutin à donner le plus de publicité possible aux faits de sa clinique. »

Messieurs, conçoit-on que la commission ait pu vous proposer de me faire une semblable recommandation? Lisez ma lettre du 19 mai, vous y verrez que je n'ai pas voulu vous fatiguer en vous soumettant tout ce que j'ai fait depuis cinq ans. Je m'occupe en ce moment de la rédaction d'un mémoire dans lequel je ferai connaître le résultat de toute ma pratique relativement au traitement des fractures. Est-ce que, du reste, j'ai jamais été en retard de publier ma clinique? Mon dernier semestre est sous presse; il prouvera de nouveau que je ne crains pas de proclamer mes revers comme mes succès. Vous parlerai-je des théories qui ont été insérées dans un recueil publié en 1840, p. 96, 209, 211, 218, et particulièrement à la page 219, où il est question de la gangrène et du sphacèle dont on a voulu faire tant de bruit? Non, cela me mènerait trop loin.

J'en appellerai encore à M. Janssens : qu'il vous dise ce qui est arrivé quand je me trouvais, il y a quelques années en service extraordinaire à Ostende. Un capitaine au service de S. M. fit une chute sur le parquet et se cassa la jambe; les os traversaient les chairs, il y avait hémorragie, etc. J'appliquai immédiatement le bandage. Que M. Janssens dise ce qui en est résulté.

— M. Janssens : Des résultats très heureux ont été obtenus; il avait été question de faire l'amputation.

— M. Seutin : On en a amputé par centaines dans des circonstances moins graves.

Fidèle à ma devise, je termine, Messieurs, en vous disant : expérimentez avec impartialité et sans idées préconçues; ne me croyez pas sur parole, mais ne vous prononcez qu'après avoir vu; interrogez les faits, et ils vous montreront la vérité.

— M. Dirot : En prenant la parole dans cette discussion remarquable, je ne m'arrêterai, Messieurs, ni aux incidens qui se sont produits dans votre avant-dernière séance, ni aux termes du rapport qui est entre vos mains. Ce rapport est le résultat d'une sorte de malentendu sur lequel il serait superflu de revenir : les paroles généreuses de l'honorable M. Lebeau, rapprochées des aveux si francs de l'honorable M. Graux, doivent suffire pour convaincre tout le monde, que le bon vouloir de la commission ne peut être mis en question.

De plus hautes considérations doivent vous occuper en ce moment; aussi je n'hésite pas à croire que vous n'êtes nullement disposés à vous reléguer avec la commission dans le coin de l'arène qui a été choisi par elle pour engager la lutte.

Le champ est vaste, Messieurs, et les termes de la proposition sont trop généraux, surtout dans le paragraphe d'exposition, pour que vous puissiez admettre que la discussion doive simplement rouler sur les faits qui ont été soumis à l'observation de vos commissaires.

Agir ainsi ce serait vous livrer à une discussion sans portée et sans résultat; vous condamner d'avance à des conclusions élogieuses pour des cures remarquables sans doute, mais isolées et sans relation avec la philosophie de la science; vous occuper enfin de quelques applications d'un procédé, et négliger la méthode dont ce procédé n'est qu'un accessoire.

Or, ce n'est point là ce que le public médical attend de vous, Messieurs; ce n'est point là le jugement qui doit être porté sur la méthode qui a mis en émo le monde chirurgical tout entier.

Une découverte existe : elle est grande et belle, comme l'a bien dit l'honorable M. Varlez; cette découverte existe depuis plus de dix ans : elle appartient tout entière à la Belgique, et quoique l'expérience et la pratique lui aient depuis longtemps assigné le rang qu'elle doit occuper parmi les conquêtes de la chirurgie moderne, c'est la première fois que cette enceinte entend prononcer le nom de la méthode *amovo-inamovible* de M. Seutin.

Il est à regretter sans doute que cette présentation académique ait été signalée par de graves dissidences d'opinions entre la commission et M. Seutin; mais ce n'est point là un motif qui doit empêcher de se prononcer sur la valeur de la méthode en elle-même; ce n'est point là une raison qui doit vous obliger, vous, Académie de médecine de Belgique, à laisser échapper l'occasion de porter un jugement quelconque sur l'invention belge qui est appelée, pour la première fois, à la barre de votre assemblée.

La cause est évoquée, il faut qu'elle soit jugée, malgré les inexactitudes ou les omissions qui se rencontreraient dans l'instruction de cette procédure scientifique.

Il me semble donc, Messieurs, que, pour donner une importance réelle et

pratique à votre débat, vous devez approfondir la question qui vous est soumise, et l'envisager dans son ensemble. Vous le devez, parce que vous êtes médecins belges, et qu'il vous importe de saisir une occasion aussi naturelle d'apprécier le mérite d'une découverte à laquelle les savans de tous les pays ont attaché une si haute importance; vous le devez, parce que personne dans cette enceinte n'ignore le parti que les savans étrangers ont cherché à en tirer, en s'appropriant le fruit de la pensée de notre compatriote. Qui ne sait, en effet, que l'un des chirurgiens les plus illustres de l'école française, l'un des écrivains les plus féconds de la Faculté de Paris, M. Velpeau enfin, n'a point craint de s'emparer de toutes les idées de M. Seutin, et de les importer en France sous le travestissement d'une enveloppe *dextrinée*, adroitement substituée à la coque *amylacée?*

M. Velpeau avait donc pressenti, dès le principe, qu'une *méthode nouvelle*, qu'une *méthode complète* était renfermée dans ces idées, et qu'il y avait là une de ces découvertes précieuses qui font révolution dès leur apparition.

M. Velpeau avait compris tout cela, Messieurs; mais malheureusement, pour sa gloire, M. Velpeau le comprit trop tard; c'est pour cela qu'au lieu du mérite de l'invention il ne pourra recueillir que les honneurs peu enviables d'une triste contrefaçon.

Je dis que M. Velpeau comprit trop tard la portée générale de la découverte de M. Seutin; vous en serez tous convaincus, Messieurs, si vous voulez bien vous rappeler :

Que c'est en 1834 que M. Seutin fit ses premiers essais à la clinique de l'hôpital Saint-Pierre;

Qu'au mois d'avril 1835, notre compatriote publia un premier mémoire contenant l'exposé de sa méthode et de ses procédés;

Qu'en 1836, le Congrès médical belge entendit la lecture d'un second travail de M. Seutin, immédiatement suivie de la communication des mémoires si remarquables de MM. Fromont père et De Roubaix;

Que le 14 février 1837, M. Velpeau, initié aux secrets de la méthode de M. Seutin, par suite du séjour de M. De Roubaix à Paris, présenta à l'Académie royale de médecine, trois individus affectés de fractures récentes de la jambe, qui marchaient avec des béquilles. « Il leur avait, dit-il, appliqué l'appareil inamovible de Larrey, modifié par M. Seutin, de Bruxelles : c'était le bandage de Scultet, dont les bandelettes étaient imprégnées d'amidon. »

Veuillez, je vous prie, Messieurs, ne point oublier les termes de cette communication, et vous admettrez qu'elle contenait déjà la reconnaissance formelle des droits de M. Seutin; qu'elle proclamait positivement le mérite de la *déambulation réelle*, de la locomotion absolue, et non de cette *déambulation relative* dont parle le rapport. En cela, M. Velpeau était parfaitement juste envers M. Seutin; et sa loyauté méritait des éloges; malheureusement, il ne sut point persévérer dans cette ligne de conduite, et vous allez voir comment, sept mois plus tard, il renonça à cette honorable abnégation.

Veuillez bien, en attendant, vous rappeler encore que le 3 juillet 1837, M. Seutin lut à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles son troisième Mémoire qui fut présenté, peu de temps après, à la Société de médecine d'Anvers.

A cette époque, la Belgique comptait déjà beaucoup d'adeptes de la nouvelle méthode, et d'éclatans succès en augmentaient chaque jour le nombre. M. Seutin songea donc à la faire bien connaître au dehors, et se décida d'autant plus facilement à la soumettre au jugement de l'Académie royale de médecine de Paris, que M. Velpeau en avait donné un aperçu dans la séance du 14 février précédent, comme je viens d'avoir l'honneur de vous le dire.

Vous savez, Messieurs, que c'est dans la séance de cette Compagnie, du 8 août 1837, que notre compatriote présenta sa *Note sur l'appareil amidonné*. Tous les travaux publiés sur la méthode, furent annexés à ce document, et remis à la Commission spéciale qui fut composée de MM. Larrey, Blandin et *Velpeau*.

Vous voyez par cet exposé, dont l'exactitude rigoureuse ne saurait être contestée par personne, que jusqu'à cette époque du 8 août, jusqu'à la nomination de M. Velpeau aux fonctions de commissaire, il ne fut jamais question d'une méthode propre à ce professeur.

M. Velpeau reçut donc et accepta le mandat de juge appréciateur de la méthode de notre compatriote; il fut donc officiellement mis en possession de tous les travaux originaux qui renfermaient les idées et les recherches de M. Seutin. Vous supposez peut-être, Messieurs, que le célèbre chirurgien de Paris laissa reposer pendant quelques mois le dossier de son collègue de Bruxelles, pour le reprendre plus tard à l'appel des rapports.... Non, Messieurs, M. Velpeau fut plus diligent que cela! Il dévora tous les documens qu'on lui avait livrés, et se les appropria sans aucun scrupule, prouvant ainsi, que l'apologue de *l'Huître et les Plaideurs* n'est pas toujours un apologue, même en France.

Nommé commissaire de l'Académie royale de médecine, le 8 août 1837, M. Velpeau présenta, pour son propre compte, à l'académie des sciences, le 25 septembre suivant, un travail ainsi intitulé : *Note sur une nouvelle méthode de traiter les fractures de jambe en permettant aux malades de marcher; par Velpeau, professeur*, etc.

Or, savez-vous, Messieurs, en quoi consistait cette nouvelle méthode? C'était tout simplement la méthode de M. Seutin, sauf que M. Velpeau avait adopté la *dextrine* au lieu de l'*amidon* et qu'il employait partout la bande roulée, au lieu des bandelettes séparées que M. Seutin avait conservées pour le membre inférieur et pour ses fractures compliquées!

Que penser, Messieurs, de tous ces rapprochements de dates? que penser de ce travestissement? comment qualifier un procédé aussi contraire à toute convenance sociale ou scientifique? M. Velpeau connaît la méthode de M. Seutin en février; il est nommé commissaire de l'Académie de médecine en août, et en septembre, il ne craint point de se présenter à l'Académie des sciences, chargé du butin qu'il a ravi à celui qu'il devait juger impartialement! Comprenez-vous toute la portée de cet acte; comprenez-vous qu'un homme aussi haut placé que M. Velpeau ait pu, en un mois et dix-sept jours, concevoir et exécuter pareille résolution!

Je regrette vraiment que l'exposé des circonstances de cette spoliation scientifique, me force à une sévérité d'appréciation qu'un nom justement célèbre ne saurait pallier; mais je parle ici l'histoire à la main, et vous savez que l'histoire est inflexible.

L'histoire vous dira donc que M. Velpeau qui avait reconnu les droits de M. Seutin, dès le 14 février 1837, lorsqu'il déclarait que *ses trois fracturés marchaient, grâce à l'appareil inamovible modifié par M. Seutin, de Bruxelles*, s'est ensuite démenti lui-même, pour s'approprier les idées de ce chirurgien.

L'histoire vous dira que M. Velpeau a foulé aux pieds son mandat de commissaire!.. L'histoire vous dira... Mais permettez, Messieurs, que je m'arrête ici; les convenances académiques exigent que je laise une partie de ce que l'histoire pourra dire. Sachez seulement que la démarche de M. Velpeau rompit complètement la glace, et devint le signal de cette polémique ardente qui n'a point encore cessé.

Maintenant, Messieurs, serez-vous surpris que la méthode de M. Seutin compte encore tant de détracteurs? Serez vous étonnés que tant d'obstacles et d'oppositions s'élèvent encore devant elle, et déclinerez-vous la mission d'accomplir une œuvre d'équité nationale, en défendant des droits si injustement contestés? Hésiterez-vous enfin à poser d'abord le principe de la propriété belge, tout en abordant la question pratique dans tous ses développemens?

Vos antécédens sont conformes à ce que j'ai l'honneur de dire en ce moment, et vous vous êtes montrés trop fiers de nos gloires médicales de tous les âges, pour que l'on puisse craindre de vous voir abandonner à des célébrités étrangères une découverte qui honore notre pays autant qu'elle profite à l'humanité.

J'attendrai la suite de la discussion pour établir, s'il y a lieu, un parallèle entre les idées de M. Velpeau et celles de M. Seutin; ce sera le meilleur moyen de prouver que cette fois, du moins, la contrefaçon ne fut point pratiquée en Belgique.

Je terminerai en ce moment par quelques considérations sur la méthode amovo-inamovible en elle-même, et sur les conditions que réclame son emploi. Je n'abuserai point de vos instans, ils sont trop précieux.

La question de priorité étant pleinement résolue en faveur de M. Seutin, il reste, Messieurs, à examiner si cette méthode, qui fait tant de bruit, qui a excité tant de convoitises à l'étranger, mérite bien et les éloges qu'on lui a donnés et les critiques dont elle a été l'objet.

C'est là, Messieurs, l'essence de votre discussion; c'est là le but pratique de l'examen auquel vous allez vous livrer.

La méthode de M. Seutin est basée sur trois principes essentiels, qu'aucune autre ne saurait revendiquer, savoir :

1° Exercer une contention circulaire, égale sur tous les points du membre, et éviter la compression latérale des autres appareils;

2° Empêcher l'immobilité du corps, tant vantée par les anciens, parce que la consolidation de la rupture osseuse est d'autant plus prompte et plus sûre que le blessé peut se permettre une plus grande somme de mouvemens;

3° Rendre l'appareil à la fois amovible et inamovible, de manière à obtenir tous les avantages qui se rencontrent dans les deux anciennes méthodes rivales, sans avoir les inconvéniens dont elles sont entachées.

Voilà, Messieurs, les trois grands principes qui font la base de la méthode de M. Seutin. Quant à l'amidon, il n'en est que le moyen et qu'un simple adjuvant, auquel nous renoncerons de bon cœur, aussitôt que nous posséderons une substance convenable qui puisse se solidifier au moment de son application.

Je ne m'arrêterai point aux avantages que présente la contention circulaire, agissant également sur tous les points de la circonférence des membres; c'est une question jugée par l'expérience aussi bien que par le raisonnement.

Je ne dirai rien non plus de la déambulation, cette sauvegarde des vieillards, des enfans indociles, des malades en délire, des sujets faibles, que le lit étiole, et des sujets forts, que l'inaction étouffe. M. Bérard l'a parfaitement jugée lorsqu'il a dit que, « grâce à elle, on serait dorénavant guéri alors qu'autrefois on entrait à peine en convalescence. »

Le troisième principe de la méthode de M. Seutin, celui qui consiste à rendre les appareils à la fois amovibles et inamovibles, n'a point été aussi généralement admis; et pourtant, Messieurs, c'est à cette amovo-inamovibilité qu'elle doit ses principaux avantages dans les cas graves, où, selon M. Breschet, et de l'avis de tous les chirurgiens, on a fort souvent à se repentir de la marche qu'on a suivie, quelle que soit la conduite que l'on tienne.

En effet, nous voyons MM. Larrey, Velpeau, Berard, Laugier, prôner les appareils inamovibles, et rejeter la section du bandage, les uns, parce qu'en le divisant on lui ôte de sa solidité; les autres, parce qu'ils craignent que l'action des ciseaux ne dérange la coaptation, et tous peut-être parce qu'ils sont imitateurs ou modificateurs du procédé.

Cependant, Messieurs, quel est l'inconvénient sérieux reproché à l'amovo-inamovibilité? J'ai parcouru tout ce qui a été publié sur le traitement des fractures par les nouveaux appareils, et je déclare sincèrement que je n'ai rien trouvé de sérieux dans tout ce qui a été écrit contre cette double condition.

M. Seutin n'est-il point parvenu à donner à ses bandages tous les avantages de l'amovibilité, sans avoir les inconvéniens du renouvellement intégral des pièces de l'appareil? N'a-t-il point fourni toutes les indications nécessaires pour que l'on puisse visiter la fracture, pratiquer tous les pansemens, faire toute espèce d'application directe, et cela sans déranger le membre, sans compromettre les rapports des fragmens? Par conséquent les partisans des anciennes méthodes

doivent avoir toute satisfaction et ne peuvent articuler contre la méthode aucun reproche qui ne soit en même temps applicable à toutes les méthodes amovibles.

M. Seutin ne peut-il point, quand il le veut, rendre ses appareils plus inamovibles que par l'étoupade de Larrey, le sable de Forster, le plâtre de Dieffenbach, et même par le djebira des Arabes? Pour cela, que lui faut-il? une bande amidonnée qui réunisse les deux valves, les rapproche et rende à l'appareil toute sa solidité première.

Maintenant, Messieurs, vous devez bien sentir que si la méthode dont vous vous occupez réunit toutes les conditions des appareils temporaires, jointes à la fixité des appareils permanens, il y a dans la qualification de méthode amovo-inamovible, autre chose qu'un nom pris au hasard parmi des radicaux latins. Vous conviendrez que cette méthode est complexe, et qu'elle remplit les vues des partisans de l'un et de l'autre système.

Mais, dira-t-on, cela est parfait en théorie, et l'application, surtout l'application immédiate, réservera d'amers déboires au chirurgien assez imprudent pour recourir d'emblée à l'apposition d'un appareil fixe.

Permettez-moi, Messieurs, pour abréger la réponse à cette objection, de négliger les détails physiologiques, et de n'invoquer en ce moment que l'appui des faits, en faisant un appel spécial à vos souvenirs pratiques.

Combien de fois n'est-il point arrivé que, bien que des fractures simples ou compliquées fussent surchargées de cataplasmes, de compresses résolutives, astringentes ou émollientes, la chaleur, le gonflement, l'excitation faisaient des progrès alarmans? Combien de fois aussi ne vous est-il pas arrivé d'employer, dans ces circonstances, une compression modérée, une contention bien appropriée, et de voir tous les accidens se dissiper avec une merveilleuse promptitude? Eh bien! Messieurs, cet effet que tous les cliniciens ont observé, que tous les praticiens ont constaté fréquemment, on l'obtient par l'application immédiate de la méthode amovo-inamovible. M. le rapporteur lui-même en convient et concède cet avantage à la méthode. Ma pratique m'en a fourni de nombreux exemples, et j'en ai observé un très remarquable à mon dernier voyage de Bruxelles, lors de votre séance du 1er de ce mois. J'ai pu voir, grâce à l'obligeante prévenance de l'honorable M. Seutin, une femme affectée d'une fracture compliquée de la jambe. Les deux os avaient été brisés; il y avait plaie, issue des fragmens, phlyctènes, gonflement, empâtement général; et malgré cela l'appareil amidonné avait été appliqué immédiatement avec un succès à peine croyable. L'honorable M. Lutens avait vu cette femme le second jour de l'accident, et avait assisté à la section du bandage. Je l'observai le lendemain, c'était le troisième jour. La douleur était à peu près nulle, l'empâtement, l'engorgement n'avaient fait aucun progrès, les phlyctènes se résorbaient, la chaleur était normale, et cette femme demandait instamment que l'on réappliquât le bandage, ou plutôt que l'on refermât les valves de celui qui avait si bien calmé ses souffrances. L'appareil ayant été raffermi, on la leva immédiatement pour faciliter les effets du tartre stibié en lavage, qui avait été prescrit le matin.

A ce fait, je pourrais en joindre plusieurs autres tirés de ma pratique particulière, tels que fractures obliques du fémur avec issue de fragmens, débridement par le bistouri, réunion de la plaie et application non différée de l'appareil amidonné. Des succès nullement entravés viendraient militer en faveur de l'application immédiate de l'appareil, même dans les cas les plus graves. Mais je m'abstiendrai, Messieurs, ne voulant point abuser de l'indulgence avec laquelle vous avez bien voulu m'écouter, et je laisserai à des voix plus éloquentes, mais non plus convaincues, le soin d'envisager la question sous ses divers aspects.

Permettez-moi de terminer par une dernière réflexion relative à l'emploi de la méthode.

Tout le monde, Messieurs, connaît de nom, de réputation, le bandage amidonné; très peu de personnes connaissent bien la méthode. De là vient que trop souvent on fait supporter à celle-ci toutes les conséquences fâcheuses qui résultent d'un manuel défectueux, ou de l'ignorance des conditions qui doivent être remplies pour qu'elle produise de bons résultats. Ainsi, l'un applique les bandes amidonnées sur la peau; elles y adhèrent, et bientôt des accidens surviennent, soit par le décollement de l'épiderme, lors du retrait des parties sous-jacentes, soit par une compression trop dure, lorsque l'on n'a point ménagé les saillies osseuses. On ne se demande pas si l'auteur de la méthode a rigoureusement prescrit d'interposer un corps doux entre les tégumens et la coque amidonnée. On ne s'enquiert pas si les éminences osseuses doivent être ménagées par l'écartement des cartons et par une moindre proportion d'empois: il y a eu de l'amidon dans l'appareil; cela suffit pour que la méthode elle-même porte la peine de l'incurie du chirurgien. Ne croyez point, Messieurs, que ce reproche soit imaginaire et que les circonstances que je viens de citer ne se présentent pas. Non, Messieurs; ce reproche a été articulé par M. Mayor (de Lausanne), qui, avec une courtoisie tout à fait helvétique, critiqua la *jactance* et la *sottise* des personnes qui emploient le bandage amidonné.

Un autre appliquera l'appareil avec toute l'attention possible et le confectionnera avec une exactitude scrupuleuse, mais il n'aura pas la précaution de le diviser après la dessiccation. Qu'arrive-t-il alors? c'est que l'absorption faisant diminuer le volume du membre, celui-ci ne remplit plus exactement la coque solide, et s'il s'agit d'une fracture du fémur, on voit le fragment supérieur s'agiter dans cette coque comme un pilon dans un mortier, ainsi que l'a dit le rapport, d'après M. Pasquier.

Mais, Messieurs, est-ce bien là ce que prescrit M. Seutin? est-ce bien là ce que veut la méthode amovo-inamovible? Non, sans doute, et je le répète de nouveau, les accidens de cette nature sont répudiés par toutes les méthodes; ils sont le résultat de l'inexpérience, de l'incurie ou de l'ignorance des praticiens auxquels ils surviennent, et ne peuvent en aucun cas être imputés à l'auteur qui a donné les moyens de les éviter.

C'est comme si un détracteur de la phlébotomie venait vous dire que la saignée du bras est une opération mauvaise, parce que l'on est exposé à la piqûre d'une artère, d'un nerf, d'un tendon; parce qu'il survient souvent des trombus fâcheux! Que répondriez-vous à un pareil langage? Vous diriez sans aucun doute que la phlébotomie est une opération *précieuse*, et que tous les inconvéniens qu'elle entraîne parfois à sa suite, proviennent non de l'opération en elle-même, mais bien de la main inhabile qui n'a point su éviter des écueils connus et signalés par tous les auteurs.

Eh bien! Messieurs, il en est de même pour la méthode *amovo-inamovible*. Bien employée, elle rendra des services inappréciables, elle fera mieux que toutes les autres; mal appliquée, elle sera ce que sont toutes les méthodes du monde, lorsqu'elles ne sont pas comprises.

Je finis, Messieurs, quoique j'aie à peine effleuré les généralités du vaste sujet qui nous occupe. Je serai heureux d'entendre la suite de la discussion, et de voir le premier corps médical du pays apprécier, comme elle le mérite, la découverte la plus usuelle et la plus essentiellement pratique de la chirurgie moderne.

— M. Lutens: Lorsque j'ai eu connaissance de la proposition de l'honorable M. Seutin, j'avais espéré qu'elle aurait donné lieu, dans cette enceinte, à une discussion intéressante, et que la commission, fière de son mandat, aurait saisi une occasion si favorable pour nous tracer une voie large dans cette discussion. Mes illusions se sont dissipées depuis que j'ai pris lecture du rapport qui nous est soumis, depuis surtout que j'ai assisté à une séance pleine de personnalités et de récriminations, et que je me suis convaincu qu'un profond dissentiment existait entre la commission et l'auteur de la proposition.

Ces faits sont déplorables, parce qu'ils nuisent aux progrès des sciences; aussi mon intention n'est-elle pas de jeter un brandon de discorde dans l'arène, ni de demander à M. Seutin une explication sur sa conduite, et à la commission, si elle n'est pas la cause première de toute cette irritation. Mais avant d'entrer dans l'examen du rapport et de le soumettre à une analyse sévère, je désire faire un appel à vos anciens souvenirs, et vous demander si nous avons oublié qu'à M. Seutin revient tout l'honneur de l'invention de la méthode amidonnée; si nous avons oublié qu'à l'étranger on a voulu lui ravir cette précieuse conquête, si féconde en résultats heureux, et que l'on peut considérer comme une palme qui honore la chirurgie belge; si nous avons oublié enfin, que, dans le sein de toutes nos sociétés de médecine, M. Seutin a trouvé de la sympathie, du dévouement et de zélés partisans, parmi lesquels je suis heureux de rencontrer quelques membres de cette Assemblée? Et ce serait dans le sein d'une Académie belge qu'on accepterait un rapport incomplet, d'après l'aveu même des membres de la commission; un rapport qui a pour but d'étouffer toute discussion scientifique; un rapport dont les conclusions sont contraires aux principes de la saine déduction; un rapport enfin, dans lequel domine une pensée *incompréhensible!* Non, Messieurs, je ne puis le croire.

Si nous examinons avec impartialité la proposition de M. Seutin, nous devons convenir qu'elle a été conçue dans des termes vagues; mais la commission avait-elle des raisons fondées pour lui donner une interprétation aussi large, et pour faire rouler son examen sur toutes les fractures et sur tous les cas qui nécessitent l'emploi de la méthode amidonnée? Je ne le pense pas et je puise mes preuves dans les termes mêmes de la proposition. Permettez-moi de vous la relire.

Le premier paragraphe dit: « Dans l'état actuel de la science, l'opinion des praticiens n'est pas encore définitivement arrêtée sur l'utilité de l'application de la méthode *amovo-inamovible* dans tous les cas de fractures et plus spécialement sur l'opportunité de son emploi immédiat dans les fractures compliquées, comme moyen efficace de prévenir les accidens consécutifs. »

Ce paragraphe, Messieurs, on vous l'a déjà dit, n'est qu'un préambule insignifiant qui n'a aucun rapport avec le but de la proposition; c'est une phrase qui n'exprime qu'une opinion personnelle à M. Seutin, concernant l'état actuel de l'art sur le traitement des fractures, et qui indique l'existence d'une lacune dans la science.

Le second paragraphe est plus explicite:

« Plusieurs cas remarquables de fractures comminutives étant traités en ce moment à l'hôpital St-Pierre, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de nommer une commission à l'effet d'aller constater les grands avantages qu'a procurés la méthode appliquée immédiatement à chacun de ces cas. »

M. Seutin termine sa proposition par ces mots: « Je demande qu'il soit présenté à l'Académie un rapport sur ces faits, la question me paraissant du plus haut intérêt. »

N'est-il pas évident, Messieurs, que M. Seutin a eu seulement la pensée de faire voir les malades qu'il avait en traitement dans son hôpital? Imitant en cela l'exemple de M. Lebeau, il a cru être utile à la science et à l'humanité en initiant l'Académie à sa pratique journalière. Interpréter cette proposition dans un autre sens, c'est agir contrairement à la pensée de l'auteur.

M. Seutin a-t-il eu l'intention de faire une proposition générale? Cela ne paraît pas même probable, car il se serait présenté désarmé devant une commission qui avait le droit d'être exigeante.

On pourra me répondre que la commission a agi dans l'intérêt même de la question scientifique et en vue de lui donner plus d'importance. J'aime à croire que telle a été la pensée intime de la plupart de ses membres; mais cette pensée bienveillante a-t-elle été exprimée dans des termes convenables? Ne pourrait-on pas admettre, au contraire, que la commission, sachant que son travail ne devait entraîner pour elle aucune sorte de responsabilité, a cherché à donner d'autant plus d'étendue à la proposition de notre collègue qu'elle avait résolu de se montrer plus difficile. Et puis, en supposant que M. Seutin eût consenti à répondre à toutes les questions qu'elle lui aurait faites, leur nombre pouvait-il être limité d'une manière bien précise?

On me dira encore que M. Seutin ayant agréé les conditions de la commission

était censé avoir adhéré à l'interprétation qu'elle avait donnée à la proposition dans son premier procès-verbal. J'abandonne à notre honorable collègue le soin de se défendre lui-même sur ce point, mais il m'importe peu, à moi, que M. Seutin soit versatile ou non : la commission n'était pas moins tenue de nous fournir un rapport scientifique et consciencieux.

Etait-ce d'ailleurs, une raison pour s'irriter, pour agir contrairement à la pensée et au but de l'auteur de la proposition ? Était-ce une raison pour mettre en relief, à côté de quelques éloges bien pâles, une serie complète d'accidens les plus formidables ? Etait-ce une raison pour ne pas étud er l'action de la compression circulaire, de l'inamovibilité et de la déambulation ? Etait-ce une raison enfin pour jeter du doute dans l'esprit des praticiens, et pour parler du bandage amidonné dans des termes erronés ?

Vous rappellerai-je ce paragraphe du rapport où la déambulation est représentée comme un simple déplacement du malade hors de son lit, et qui se borne à la possibilité de l'asseoir dans un fauteuil ? Mais M. Seutin a victorieusement répondu à cette allégation, dont l'erreur a été demontrée en Belgique, où des faits nombreux ont prouvé que les fracturés peuvent se promener avec des béquilles, se rendre dans un jardin, faire impunément des voyages, et se livrer même à certaines occupations.

La commission n'a eu, dit-elle, qu'une seule question à examiner ; c'est celle de l'application immédiate du bandage amidonné dans les fractures compliquées et comminutives : cette question est de la plus haute importance ; c'est la seule sur laquelle les praticiens ne soient pas encore d'accord. Mais de quelle manière y a-t-elle satisfait ? Au lieu de se plaindre de ce que son examen ne pouvait porter que sur neuf cas ; au lieu de se borner à en présenter un résumé très-simple, pourquoi n'a-t-elle pas franchement abordé ce point important et les déductions qui resultaient évidemment des succès remarquables que M. Seutin avait obtenus de l'application immédiate de son bandage ? Pourquoi s'est-elle écartée de la marche ordinaire de nos travaux, et a-t-elle porté des conclusions qui n'étaient point appuyées sur des prémisses régulières ?

Si elle eût suivi la marche qui lui etait tracée par le sens de la proposition, elle n'aurait point dit :

» Que, dans les fractures simples, le bandage inamovible, appliqué immédiatement, a sur toutes les autres méthodes de très grands avantages ; « attendu qu'elle avoue elle-même avoir écarte de son examen les cas de fractures simples ; et « que des accidents formidables se développent quelquefois pendant l'application de l'appareil inamovible, de même que dans l'application de la méthode des pansemens renouvelés »

Ceci est on ne peut plus vague. En effet, ces accidens ont-ils lieu à la suite d'une application du bandage faite d'après les principes de la méthode, ou bien contre ses principes ? ont-ils été le résultat de leur gravité même ? Ce sont là des questions que la commission aurait dû examiner avec attention, en se basant sur des faits bien constatés.

J'ai eu maintes fois l'occasion de remarquer que des praticiens n'avaient jamais compris le véritable but de la méthode amovo-inamovible : si parfois des accidens sont survenus, c'est plutôt à l'ignorance de l'application de cette méthode qu'à la méthode elle-même qu'il faut les attribuer. Je suis convaincu que l'Académie partage, à cet égard, mes opinions, car les explications de M. Seutin sont par trop évidentes et trop précises pour qu'elles laissent encore le moindre doute dans les esprits.

La commission affirme dans son rapport que « c'est à la compression méthodique et uniforme qu'il faut rapporter les succès de la méthode amidonnée. » La compression n'est qu'un moyen de la méthode qui doit être dirigée par les circonstances : elle peut être utile parfois, mais elle est souvent nuisible. C'est parce qu'on a cru qu'elle constitue le principal moyen d'action que tant d'erreurs ont été commises, que tant d'injustes préventions sont nées.

Les vrais avantages de la méthode ont été exposés par M. Seutin ; je me dispenserai donc d'en parler.

Je conclus à ce que le rapport et ses conclusions soient rejetés.

— M. Lebeau : Messieurs, qu'il me soit permis de dire quelques mots, comme membre de la commission dont notre honorable collègue combat les conclusions, et pour expliquer comment il se fait que dans l'hôpital dont j'ai l'honneur de diriger le service, on applique tantôt le bandage amidonné, immédiatement à l'arrivée des blessés atteints de fractures, et que tantôt on fasse précéder son application d'irrigations d'eau froide pendant un laps de temps de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Mais, avant tout, je sens le besoin de remercier M. Seutin, tant en mon nom, qu'au nom de mes collègues, de l'esprit de bienveillance et de modération qu'il a apporté aujourd'hui dans la discussion, et des nouvelles lumières qu'il a jetées sur cette intéressante question.

Je le dis volontiers, Messieurs, pour moi elle est résolue : le bandage amidonné me semble être le meilleur que l'on puisse appliquer dans presque tous les cas de fractures ; je dis presque, car on trouve des malades qui ne le supportent pas dans les premiers momens ; à la vérité, c'est la très grande exception, mais il ne faut jamais établir aucune règle d'une manière trop absolue. M. Seutin a rendu un grand service à la science et à l'humanité, et je m'associe aux éloges que viennent de lui adresser MM. Didot et Lutens.

J'arrive à l'explication de ce qui se passe à l'hôpital militaire de Bruxelles.

Les réglemens, en vue de former tous les officiers de l'armée à la pratique médicale et chirurgicale, exigent que MM. les médecins de régimens et de bataillon qui font partie de la garnison, soient, à tour de rôle, appelés à faire un service à l'hôpital : ces Messieurs, pour être quelque peu mes inférieurs en grade, n'en sont pas moins mes égaux en science et en expérience, et on sent qu'il ne serait ni convenable ni possible que je leur imposasse ma manière de voir d'une façon trop absolue. Il en résulte que des deux praticiens, qui sont le plus ordinairement chargés de la chirurgie, l'un applique immédiatement le bandage amidonné, tandis que l'autre fait précéder cette application, pendant un, deux ou trois jours, d'irrigations continues d'eau froide, en ayant soin toutefois de contenir suffisamment les fragmens ; je dois dire que tous deux sont également heureux.

Un mot, un seul mot encore, sur la marche que la commission a cru devoir suivre. On ne comprend pas assez qu'elle était chargée d'une mission définie, qu'il ne lui était pas permis de modifier. Dans sa première séance, elle examina la question telle que l'avait posée M. Seutin lui-même, et après s'être entendu avec cet honorable collègue, sur la portée qu'il fallait lui donner, elle nomma un rapporteur chargé de rassembler les matériaux, de les coordonner et de lui soumettre un travail. Grande fut la surprise de la commission lorsque, après de nombreuses tergiversations, M. Seutin lui fit connaître qu'il n'entendait lui soumettre que les faits existant alors dans les salles de l'hôpital Saint-Pierre. Celle-ci pouvait-elle, je le demande, baser un travail sérieux, sur neuf ou dix cas, très intéressans à la vérité, mais évidemment insuffisans ?

Tout le monde a entendu parler de malheurs, d'insuccès ; nous savons qu'ils sont rares, et nous croyons volontiers qu'ils ne sont pas le résultat de la méthode ; mais encore devions-nous les connaître, les étudier. Ce sont eux sans doute qui ont éclairé M. Seutin sur quelques imperfections qu'il a corrigées ; cependant, pour admettre que nous sommes arrivés sous ce rapport à la perfection absolue, il fallait, par l'examen d'un grand nombre de cas, pouvoir peser les avantages très réels et les inconvéniens possibles.

Il est à regretter, Messieurs, que M. Seutin, qui avoue si volontiers les fautes qu'il a pu commettre, montre une si extrême susceptibilité à la moindre objection qu'on lui fait. Son mérite est trop réel, trop incontestable pour qu'il ne reçoive pas avec aménité les observations qui ne lui sont adressées que dans l'intérêt de sa découverte elle-même. Pour ma part, je confesse que le bandage amidonné, convenablement appliqué par un praticien sage, prudent, instruit, connaissant bien les rapports anatomiques des parties, est incontestablement celui qui remplit le mieux toutes les conditions exigées : compression égale et méthodique de tout le membre, maintien parfait des fragmens, possibilité de déplacer le malade sans inconvéniens, etc., etc.

Mais il ne faut pas qu'on se le dissimule, le bandage est très difficile à bien appliquer ; il demande, je le répète, une main habile, intelligente, exercée : il est des malades que la moindre compression irrite ; bientôt la gêne devient insupportable et le sphacèle ou le tétanos survient, si on ne se hâte de le fendre pour le modifier. Représentez-vous, Messieurs, ce qui peut arriver si ce bandage est appliqué par une main inexpérimentée sur un sujet qui, comme cela se présente dans les campagnes, est privé de secours, quelquefois pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'application !

Notre devoir, notre mission impérieuse est de mettre le public médical en garde contre un moyen utile sans doute, mais dangereux pour peu qu'on s'écarte des précautions qu'exige son emploi.

C'est dominée par ces idées, c'est sous l'empire de ces impressions, Messieurs, que votre commission a cru devoir faire ses réserves. Ai-je besoin de protester encore contre les intentions hostiles qu'on a voulu lui prêter ? Comme président de la commission, je dois dire que j'ai acquis la conviction que tous mes collègues étaient animés des intentions les plus bienveillantes. Un devoir de ma profession m'a empêché d'assister à la dernière séance, je le regrette ; car peut-être eussé-je obtenu le retrait de quelques expressions dont la forme, bien plus que l'intention qui les a dictées, a blessé notre honorable collègue.

— M. Tallois : J'ai une simple observation à faire. Je demanderai à M. Seutin s'il a parlé de son compressimètre à la commission, et depuis quelle époque il emploie comme tel ce ruban de fil sur lequel il base aujourd'hui la plus grande partie de son argumentation.

— M. Seutin : Je demande la parole.

— M. le Président : M. Seutin, je répondrai pour vous. Je crois pouvoir dire en votre nom que tous ceux qui ont visité l'hôpital Saint-Pierre depuis longtemps n'ont jamais vu l'application du bandage sans le compressimètre.

— M. Lebeau : Je dois dire aussi que j'étais instruit de l'existence de ce ruban.

— M. le Président : La discussion est ajournée à la prochaine séance.

La séance est levée à deux heures.

— Erratum. — Dans la lettre de M. le docteur Petit, insérée au dernier numéro de la Gazette Médicale, on lui a fait dire : « Il y a longtemps que j'ai » signalé ce fait, j'ai cité un de nos honorables confrères qui violait ainsi la » loi, il faisait bien puisqu'il était maire, etc. » — Voici ce que M. Petit a écrit : « Il y a longtemps que j'ai signalé ce fait à un de nos honorables qui le » savait bien puisqu'il était maire.... »

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 40. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 4 OCTOBRE 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

Nous publions aujourd'hui un supplément à la GAZETTE MÉDICALE, motivé par deux lettres de MM. Mercier et Leroy-d'Étiolles. Nous en agirons toujours ainsi désormais à l'égard des réclamations ou d'articles de polémique, qui, par leur étendue, prendraient la place d'articles d'un intérêt plus général.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES ARTHRALGIES ET LES DIFFORMITÉS ARTHRALGIQUES; par M. le docteur JULES GUÉRIN (1).

Nos conférences cliniques du premier semestre de 1842, à l'hôpital des enfans malades, ont été consacrées à faire l'histoire des ARTHRALGIES et des DIFFORMITÉS ARTHRALGIQUES. Ce n'était pas la première fois que nous abordions ce sujet. Depuis trois ans déjà, nous avions, à diverses reprises, exposé nos idées sur ces maladies, et sur les difformités auxquelles elles donnent naissance. Mais, avant d'embrasser leur étude dans une série de leçons, nous avions voulu attendre que le temps eût donné à ces premiers aperçus une vérification nécessaire.

Nous n'avons pas, en publiant ces leçons, la prétention de tracer un tableau complet des formes et des variétés si nombreuses que la maladie arthralgique peut présenter; nous ne voulons qu'exposer les points principaux de leur histoire, en attendant une description complète et détaillée de cette vaste classe de maladies, description que nous comptons appuyer de faits cliniques bien circonstanciés. L'essai que nous publions aujourd'hui n'est donc qu'une œuvre préparatoire à ce grand travail, dont nous nous occupons incessamment de rassembler les matériaux.

Mais avant de commencer l'histoire anatomique, pathologique et thérapeutique des arthralgies, il importe d'initier le lecteur à notre plan, de lui faire voir quel a été le but de ces recherches, quels ont été nos moyens d'investigation, et quels en ont été les principaux résultats.

(1) Cet article servira d'introduction à un ouvrage intitulé: CONFÉRENCES SUR LES ARTHRALGIES ET LES DIFFORMITÉS ARTHRALGIQUES, que nous comptons publier prochainement, et dont quelques fragmens paraîtront d'abord dans la GAZETTE MÉDICALE.

Feuilleton.

SUR LE MONUMENT ET LES OSSEMENS CELTIQUES DÉCOUVERTS A MEUDON EN JUILLET 1845, par M. SERRES.

L'intérêt qui s'attache aux habitans primitifs de la Gaule ne concerne pas uniquement l'anthropologie. La direction donnée depuis quelques années aux études de l'histoire de France lui ajoute encore un intérêt nouveau et, en quelque sorte, tout particulier à notre nation.

Les vicissitudes sans nombre que la race gauloise a eues à subir ont frappé tous les historiens; et ce qui, par-dessus tout, a excité leur étonnement, c'est de voir qu'à toutes les époques cette race s'est montrée à la hauteur des événemens contre lesquels elle avait à lutter.

Diverses causes ont été imaginées pour expliquer ce résultat, et jamais, à notre connaissance, on ne l'a cherché là où elle réside, dans l'organisation physique de la race gauloise même.

Le peu d'intérêt qu'excitait l'anthropologie jusqu'à ces derniers temps est en partie cause de ce délaissement; les monumens celtiques qui se trouvent en France ont été décrits et figurés; les vases, les instrumens qu'ils renferment ont puissamment excité l'attention des archéologues et des antiquaires. Tout a été dit à ce sujet; tout a été commenté.

Quant aux Gaulois primitifs que couvraient ces pierres monumentales, c'est à peine si on y a pris garde. Ces restes précieux ont été jetés au vent, ou si, par hasard, un antiquaire a recueilli un crâne, ce n'est pas sur lui que son attention s'est dirigée.

L'impulsion présente des recherches historiques a fait cesser cette insouciance; on a compris que l'appréciation des événemens dont une nation avait été le théâtre avait sa source principale dans la connaissance physique et morale des races humaines qui les avaient accomplis. L'appréciation des actes a fait naître le besoin de l'appréciation des hommes, et dès lors l'anthropologie a repris dans l'ensemble des connaissances humaines le rang élevé qui lui appartient.

Sous ce rapport, le plus vif intérêt s'attache à la connaissance physique des Gaulois primitifs. Dans sa période nomade aucune des races de notre Occident n'a accompli une carrière plus agitée et plus brillante. Ses courses embrassent l'Europe, l'Asie et l'Afrique, et le nom de la race gauloise est inscrit avec terreur dans les annales de presque tous les peuples: « Car, ainsi que le dit M. Amédée Thierry, dans le cours de cette période, elle brûle Rome, elle enlève la Macédoine aux vieilles phalanges d'Alexandre, force les Thermopyles et pille Delphes; puis elle va planter ses tentes sur les ruines de l'ancienne Troie, dans les places publiques de Milet, aux bords du Sangarius et à ceux du Nil; elle assiége Carthage, menace Memphis, compte parmi ses tributaires les plus puissans monarques de l'Orient; à deux reprises elle fonde dans la haute Italie

Le but, nos recherches précédente nous l'indiquaient en quelque sorte. Après avoir tracé l'histoire des difformités par RÉTRACTION MUSCULAIRE, et des difformités consécutives au RACHITISME, il restait un troisième ordre dont il fallait constituer la description pour lui donner dans la science un rang à côté des deux autres. C'était, comme on le voit, un complément en quelque sorte obligé de nos premiers travaux; aussi offre-t il avec ceux-ci de nombreuses analogies. Entrons dans quelques développemens.

En traitant des difformités par rétraction musculaire, nous nous étions proposé de mettre en lumière une CAUSE expérimentalement constatée, de la suivre dans toutes ses manifestations, et de la placer en présence de ses effets, de manière à en avoir une notion aussi complète que possible. C'est au même point de vue que nous entreprîmes notre travail sur les difformités d'origine rachitique. Saisir la CAUSE MORBIDE, en constituer une réalité au lieu d'une abstraction, comme elle était par le passé, la faire juger par ses effets divers, la dégager de tout ce qui n'est pas elle, voilà quel a toujours été notre objet, voilà le but que nous avons voulu atteindre alors, comme nous allons tâcher encore de le faire aujourd'hui, quant à ce qui concerne le troisième ordre de difformités qui nous reste à décrire, les *difformités arthralgiques*.

Toutefois, pour savoir à quoi nous en tenir sur leur constitution véritable nous avons été obligé de chercher à mieux apprécier leur origine et leur nature, et il nous a fallu pour cela, comme nous l'avions du reste fait pour les deux autres genres de difformités, entrer dans l'histoire même de la maladie qui les engendre, de l'ARTHRALGIE. C'était le seul moyen de fonder une description sur des bases solides; car c'était par l'examen et l'appréciation sévères des agens générateurs qu'il fallait commencer, pour mettre en évidence la nature de l'altération, et la réalité palpable de la cause commune qui domine toutes ces manifestations en apparence si diverses.

Nous ne saurions trop insister sur ce point, car c'est à un pareil but de généralisation étiologique, rigoureusement établie sur les faits, que doit tendre toute véritable science. Jusqu'ici, l'étude des difformités, comme celle de la plupart des maladies elles-mêmes, avait été faite d'une manière évidemment confuse et incomplète. Ici l'on n'avait considéré que quelques points de leur histoire anatomique; là on les avait envisagées au point de vue purement empirique; et ceux qui avaient entrepris d'en donner une description un peu générale, confondant toutes les causes et tous les effets, n'avaient abouti qu'à un assemblage monstrueux, dans lequel les réalités mal définies étaient mêlées aux suppositions les plus arbitraires. La science n'était donc, sur aucun point, en possession d'une description faite au point de vue de la connaissance d'une CAUSE manifestement dévoilée dans son caractère matériel, et démontrée par la nature de ses effets. Ce que nous avons fait pour les difformités par rétraction musculaire, pour les difformités rachitiques, nous le faisons aujourd'hui pour les difformités arthralgiques. Notre but est donc d'introduire dans la science et dans la pratique un troisième ordre de difformités; d'assigner son point de départ dans une cause parfaitement et définitivement établie; d'indiquer ses différentes applications; de former ainsi un cadre susceptible d'embrasser les notions anciennement acquises, les nouvelles données dont une étude approfondie nous a mis en possession, et les découvertes dont l'expérience ultérieure pourra ajouter le complément à nos connaissances actuelles.

Notre but étant connu, voyons quels moyens nous étaient donnés pour le réaliser. Nous avions d'abord à exploiter les matériaux amassés par les auteurs qui nous ont précédé. Mais ici se présentait le même obstacle qui nous avait déjà arrêté dans l'étude des deux premiers ordres de difformités. Ces matériaux épars çà et là, fruit de travaux conçus dans un esprit différent, inspirés par des doctrines souvent contraires, rassemblés sans distinction de nature précise, portaient au plus haut degré le caractère disparate de tant d'origines diverses. On peut donner une idée exacte du vice radical de toutes ces recherches en disant que chaque auteur, sans tenir compte de la cause réelle, avait attribué la maladie à tel ou tel de ses élémens secondaires, suivant que son attention s'était plus fortement dirigée sur telle ou telle partie de leur tableau symptomatologique; de manière qu'il y avait en réalité dans la science autant de théories distinctes que de manifestations et d'effets de la même maladie. Les exemples abondent ici pour nous donner raison. Pour n'invoquer qu'un fait aujourd'hui bien démontré, n'avait-on pas vu successivement les difformités nombreuses qu'engendre la rétraction musculaire regardées comme autant d'espèces différentes, tandis que le siége seul de l'affection changeait? Ainsi le strabisme, suivant les auteurs, tenait à l'inégalité de force des deux yeux; les déviations de l'épine aux scrofules ou au rachitisme; les luxations congéniales passaient sur le compte d'un arrêt de développement; les déviations du genou étaient un effet du rachitisme; le piedbot s'expliquait par la pression de la matrice; et, dans cette série d'explications contradictoires, la cause unique et véritable se trouvait méconnue, la description forcément tronquée et inexacte, le traitement toujours insuffisant, quelquefois pernicieux. — Un autre effet non moins grave de cette appréciation vicieuse était de confondre sous un même nom, et dans une même explication, toutes les difformités, — quelque diverse d'ailleurs que fût leur cause, — qui existaient dans une région. Car des causes nombreuses et bien différentes peuvent agir ensemble ou séparément pour donner lieu à une difformité du même siége, et la doctrine qui nomme, décrit et traite sans se préoccuper d'autre considération que celle du siége, commettra par conséquent autant d'erreurs qu'il y aura de causes capables de faire varier l'espèce morbide, soit par leur action isolée, soit par leur combinaison. C'est ainsi, pour en donner un nouvel exemple, qu'on appelait récemment encore rachitiques tous les sujets qui étaient affectés de difformités de la colonne vertébrale.

Il nous a donc fallu faire un départ entre ces élémens de distinction et de classification, qui pouvaient, sans une attention soutenue, devenir autant de sources d'erreurs. Il y avait ici deux écueils à éviter: unité de théories mal définies pour des faits différens, et multiplicité de causes différentes pour un seul et même fait.

Mais il y avait en outre et surtout une distinction importante et jusqu'ici méconnue à établir entre l'élément actif, primordial, pathogénique de la difformité, et la difformité elle-même. Car de même qu'avant nos travaux on confondait dans un seul et même fait la contracture musculaire et la maladie cérébrale qui lui donne naissance, de même, la difformité, effet réalisé d'une maladie spéciale, passait pour une des formes ou un des symptômes de la maladie même, et n'était nulle part l'objet d'une description séparée et complète. Ce n'est pas tout encore. Lorsque nous avons commencé l'étude des arthralgies, notre embarras a été grand, car il a dû être précisément en raison directe du nombre des matériaux qui s'offraient à nous. Tous les auteurs, depuis l'origine de la science, se sont occupés de ces affections; mais aucun, on peut le

---

un grand empire, et elle élève au sein de la Phrygie cet autre empire des Galates qui domina longtemps toute l'Asie mineure. »

Une race humaine qui, en présence des Grecs et des Romains, signale son entrée dans le monde par de tels exploits, a sans doute de grands desseins providentiels à accomplir!

Si l'on se rappelle que j'ai pris pour base de mes leçons d'Anthropologie au Muséum les principes d'Hippocrate, principes d'après lesquels les races humaines sont filles de la contrée de la terre sur laquelle elles se sont développées et fixées, on concevra le désir que j'avais de comparer les restes des Gaulois primitifs aux squelettes des Gaulois actuels.

C'est donc avec l'empressement que fait naître le besoin de savoir, que je me suis transporté au château de Meudon, afin d'examiner les ossemens humains trouvés dans le monument celtique découvert récemment dans la grande avenue de cette maison royale. J'avais l'espérance (espérance qui s'est réalisée en partie) de pouvoir reconstruire, avec ces ossemens, des squelettes complets qui rendraient possible la comparaison que je me propose d'établir.

Mais on conçoit que ces ossemens celtiques n'ont de valeur scientifique qu'autant que leur origine sera réellement reconnue telle. C'est la raison qui nous fait présenter à l'Académie le plan du monument, dressé par M. Gourlier, architecte à Saint-Cloud, en le faisant suivre de la description qu'en a faite M. Eugène Robert, géologue de l'expédition scientifique du Nord, auquel en est due la découverte. Indépendamment de la description du monument, celle de M. Robert offre l'avantage, bien rare en archéologie, de présenter un aperçu sur les ossemens humains qui l'environnaient, sur les ossemens des animaux qui s'y trouvaient mélangés, sur les instrumens celtiques qu'on y a rencontrés ainsi que sur les deux ordres de poteries qui accompagnaient tous ces débris (1).

(1) M. le baron Dupotet, dont l'habitation est voisine du lieu où a été trouvé le monument, a recueilli plusieurs crânes bien conservés, beaucoup d'os isolés, le plus grand nombre appartenant à l'espèce humaine, quelques autres à des espèces animales; il possède également de beaux échantillons des deux ordres de poteries. M. Dupotet, s'étant particulièrement attaché à recueillir les instrumens celtiques, a en sa possession des haches, des lames de couteau, des scarificateurs en silex, un anneau en bronze, etc. Ces objets, ainsi que ceux recueillis par M. Robert, sont des certificats indispensables pour établir l'origine celtique du monument. La collection d'ossemens humains rassemblés au château de Meudon en est entièrement dépourvue, par la raison que les ordres donnés par M. le comte Montalivet, intendant de la liste civile, sont arrivés trop tard; car, sitôt que les ordres ont été transmis, MM. les employés supérieurs au château de Meudon ont déployé un zèle rare pour assurer la conservation des ossemens humains qu'ils ont pu recueillir à leur tour.

Il serait à désirer, dans l'intérêt de l'anthropologie comparée, que de ces trois collections on en composât une seule qui réunît ce que chacune d'elles offre de plus important. M. Robert a déjà fait ses offres à ce sujet, et M. Dupotet nous a paru animé d'un zèle non moins dévoué pour la science.

dire, n'avait apporté à ce travail le même esprit; aucun n'avait adopté le même point de départ, le même principe de division que ses prédécesseurs. De là résultait nécessairement une obscurité, un vague, un cahos sans limites et sans issue. Les dénominations variaient suivant l'idée qu'on s'était faite de la maladie. Les uns, préoccupés exclusivement d'un symptôme, l'avaient appelée *tumeur blanche*; d'autres, n'ayant égard qu'à l'un de ces accidens, la désignaient sous le nom *d'ulcération des cartilages*; ceux-ci, ne voyant que sa nature ou plutôt qu'un des côtés de sa prétendue nature, la nommaient une *carie*; ceux-là, considérant par dessus tout une de ses terminaisons les plus ordinaires, le déplacement, en avaient fait dans tous les cas une *luxation spontanée*. Chacun négligeait ainsi la plus grande partie des points de vue auxquels prêtait la question; et quoique, en rassemblant les données fruit de chaque école, on fût à la tête d'une certaine quantité de notions importantes, on comprend cependant que la vérité ne pût jaillir de vues aussi isolées, aussi confuses et aussi arbitraires, qu'au prix d'un contrôle laborieux, et surtout au prix de nouvelles et plus fructueuses recherches.

Il fallait donc classer ces matériaux, les épurer par une considération moins bornée et plus rationnelle de leurs diverses sources, les compléter en vertu d'une observation instituée à un point de vue plus large. C'était là une œuvre de la plus grande difficulté, mais aussi importante pour le moins qu'elle était laborieuse. Car si les faits sont la base exclusive et nécessaire de toute bonne théorie; s'il est vrai, d'un autre côté, que l'expérience d'un seul homme est forcément impuissante à embrasser tous les rapports, toutes les variétés, tous les phénomènes, c'est évidemment dans l'invention d'un moyen propre à utiliser légitimement l'observation d'autrui que gît tout l'avenir de la science. C'est cette détermination, cette méthode d'élimination épuratoire que nous avons voulu créer en cherchant à constituer ce que nous appelons la *formule historique*. Par ce mot, nous entendons l'ensemble de tous les phénomènes réels, rassemblés par l'observation clinique ou même systématique, sur un ordre de faits pathologiques, de manière à présenter, en dehors de toute pensée de classification et d'explication, un catalogue des faits qui constituent dans sa partie purement extérieure et phénoménale la maladie réalisée.

Comme c'est la première fois que nous émettons cette vue, il n'est pas inutile de nous y arrêter quelques instans, dans le but d'en faire bien comprendre la signification et l'utilité.

Il est rare que, en quoi que ce soit, l'esprit humain acquière d'emblée la notion d'une cause. C'est presque toujours par un ou quelques-uns de ses effets particuliers qu'il commence. Et, par cela même que ceux-ci sont détachés de la lumière qui peut seule les éclairer complètement, ils sont d'abord mal appréciés, mal définis, confondus avec ce qui n'est pas eux, entachés de faux ou d'exagération. De plus, en l'absence du véritable fait primordial, on en crée d'imaginaires, on donne à l'effet éloigné ou accidentel la valeur et le caractère du fait générateur véritable. Ce mélange et cette confusion se perpétuent jusqu'à ce qu'enfin la notion de la cause expérimentale vienne épurer et mettre à leur place respective les produits de l'observation systématique ou empirique. Cependant, au moment où la science arrive à ce terme principal de la connaissance, elle est tenue, pour ne pas se condamner à une réobservation impossible de tous les effets et combinaisons d'une cause, d'accepter, sous bénéfice d'inventaire, ce qui, dans les recherches antérieures, a et conserve le caractère de faits ou d'élémens de faits. En pourrait-il être autrement? L'esprit qui, dans l'observation des faits si variables et si complexes de la pathologie, a le bonheur d'arriver à la découverte d'une cause générale, a-t-il, on aura-t-il le moyen d'en constater par lui-même tous les effets particuliers? Il est donc obligé, sous peine de se priver d'une source de lumières précises, de reprendre, dans les notions imparfaites du passé, ce qui peut contribuer à éclairer, à confirmer et compléter les notions plus précises et plus élevées du présent. Or, c'est à l'ensemble de ces documens fournis par l'observation antérieure que nous avons appliqué le nom de *formule historique* (1).

Mais ce n'était pas tout que de rassembler ces élémens disséminés; il fallait les trier, il fallait faire un choix parmi eux; car, ainsi que nous venons de le dire, et pour les raisons qu'on vient de voir, à côté d'observations justes et vraies se montraient trop souvent aussi une foule d'aperçus spéculatifs incapables de servir, et susceptibles même de compromettre les vérités avec lesquelles ils étaient mélangés. Pour nous guider dans cette opération délicate, dans ce contrôle plus utile à accomplir qu'il n'était aisé à mener à bien, nous avons eu trois sources de lumière, trois autorités, trois conseillers, savoir: la *tradition universelle*, *l'appréciation statistique*, et *l'appréciation étiologique*.

LA TRADITION UNIVERSELLE est cette espèce de consentement tacite que tous les auteurs ont donné à certains faits, en les admettant sans discussion comme vérités démontrées. L'accord unanime a ainsi perpétué, dans la science, d'âge en âge, une forme, un symptôme, une altération pathologique, une possibilité, etc. Ce moyen de vérification est

(1) Quoique ce ne soit pas précisément le lieu de nous expliquer d'une manière générale sur la signification la plus générale de cette appellation, et de deux autres appellations analogues que nous espérons consacrer dans le domaine de la science philosophique, nous en dirons deux mots néanmoins, ne fût-ce que pour éloigner la confusion qui peut résulter d'une indication insuffisante, et aussi pour hâter l'examen et l'appréciation auxquels les esprits que cela concerne sont dans le cas de se livrer.

Les développemens qui précèdent disent déjà à peu près ce qu'il est nécessaire de savoir pour comprendre ce que nous entendons par *formule historique*. Nous y joindrons quelques développemens sur ce que nous entendons par *formule pathologique*, et *formule étiologique*.

La formule *historique* est donc l'ensemble des phénomènes réels, concrets, qui appartiennent rigoureusement à telle ou telle maladie, sans considération aucune de leur enchaînement, ordre de succession et subordination. Ce sont les lettres détachées, disjointes d'un mot dont la construction et la signification sont à chercher. Or, c'est cette construction et signification que représentent la *formule pathologique* et la *formule étiologique*. La détermination et le classement des élémens de la formule historique dans l'ordre de leur évolution, succession et rapports naturels: voilà la formule *pathologique*. C'est le fait comme il se produit daguerréotypé en quelque sorte par et pour l'esprit. Au contraire, la formule étiologique comprend la détermination de la cause réelle, expérimentale de la maladie, et la détermination des causes secondaires de tous les ordres qui viennent compliquer et diversifier le produit de la cause essentielle, soit que ces causes agissent du dehors comme adjonctions ou complications de la cause essentielle, soit qu'elles viennent du dedans, comme développement et conséquences étiologiques incessantes de cette dernière. La formule étiologique est donc le dernier terme de la connaissance du fait, comme la formule historique en est le premier et la formule pathologique le second. Nous développerons ailleurs, et avec des exemples très clairs et très concluans, ces notions de science générale.

Voici cette description, à laquelle M. Robert a ajouté quelques-unes des particularités que nous ont offertes les ossemens rassemblés à Meudon.

« A peine enfouies au-dessous du sol qu'elles perçaient même sur plusieurs points, ainsi que nous venons de le dire, plusieurs grandes tables oblongues en grès, de 2 à 3 mètres de longueur sur 1 1/2 mètre de largeur, étaient placées de manière à faire supposer que, dans l'origine, elles ont dû reposer par leurs plus grands côtés sur des blocs de même nature encore en place et presque aussi gros qu'elles. La réunion de si fortes pierres, empruntées évidemment au voisinage où il en existe encore çà et là d'isolées dans le sable, les avait fait, au premier abord (on n'en connaissait alors que trois), considérer comme ayant appartenu à un simple dolmen renversé et enfoui; mais des recherches postérieures, dues encore au hasard, ayant fait découvrir d'autres grandes pierres, nous apprirent qu'il y avait plusieurs dolmens à la suite les uns des autres, et modifièrent nécessairement nos premières idées, comme on le verra plus loin. Des circonstances particulières, telles que le déplacement des terres rapportées par suite de la grande déclivité du sol naturel, l'écoulement des eaux, ainsi que nous en fournirons la preuve, et peut-être bien encore l'intention humaine, sont venues les renverser; on a, par conséquent, trouvé les deux pierres tabulaires principales inclinées du même côté ou vers l'ouest, et la plus grande des deux, couchée immédiatement contre l'un des supports, ou placée en demi-dolmen. Cette dernière pierre ne devait laisser aucun doute sur la position suspendue horizontalement que nous lui assignions dans l'origine, et ne pouvait, par conséquent, être regardée comme un véritable demi-dolmen auquel nous avons cru devoir la comparer pour en donner une idée; car l'un de ses supports avait été évidemment refoulé, même renversé par son propre poids; et pour la maintenir parfaitement d'aplomb, du côté opposé par où elle s'appuyait contre un énorme grès qui laissait une échancrure à l'une de ses extrémités, on avait rempli ce vide qui aurait fait vaciller la pierre tabulaire, avec des pierres meulières mises de champ. Toutefois, avant les deux ou trois mutilations qu'elles ont subies seulement de nos jours; l'une, il y a une quarantaine d'années au moins, lorsqu'on arracha les ormes séculaires de l'avenue, pour y substituer des tilleuls qui en font aujourd'hui une des plus délicieuses promenades des environs de Paris; l'autre, dix ans plus tard, pour la réparer, et la dernière tout récemment; l'ensemble de ces pierres, disons-nous, devait se composer de trois à quatre grandes tables et de huit ou dix supports. Il ne reste plus que deux et demie des premières et cinq à six des secondes, le reste ayant été converti en pavés, aux diverses époques que nous venons de mentionner. En les restituant toutes par la pensée, et au moyen de mesures qu'on a encore pu prendre avec assez d'exactitude, nous pouvons déclarer qu'elles constituaient un monument de 11 à 12 mètres de longueur sur 5 à 6 de largeur et 1 1/2 mètre de profondeur.

Les pierres du côté du nord, vers lequel leur grosse extrémité était tournée, semblaient avoir été alignées avec intention; et leur orientation, relativement à leur plus grande longueur, était sensiblement du sud au nord, ou plus exactement du sud-quart-ouest au nord-quart-est. Chose bien remarquable, pour le dire en passant, la façade qu'elles formaient coupait à angle droit l'avenue du château, dont elle occupait presque entièrement la largeur jusqu'aux cuvettes situées de chaque côté entre les arbres exclusivement; mais les pierres principales se trouvaient au centre de la chaussée, comme si elles eussent servi de point

à nos yeux d'un très grand poids. Si cet assentiment général ne prouve pas le fait en question, il suffit du moins pour le faire prendre en considération sérieuse : car l'observation ne parle pas le même langage à tous les hommes, à toutes les époques, et dans tous les pays où la science est cultivée, sans avoir une base sérieuse; et puisque l'occasion de vérifier tout par soi-même manque nécessairement, quand des savans dignes de foi assurent avoir vu, il est logique, sinon d'admettre, du moins d'enregistrer leur témoignage parmi les élémens de conviction les plus précieux.

La STATISTIQUE ou la collection d'un grand nombre de faits du même ordre est le second moyen de vérification. Si nous possédions la connaissance exacte de toutes les conditions et causes secondaires qui font varier les causes primordiales des phénomènes, nous pourrions nous passer de ce moyen; car la notion de la cause implique naturellement la notion des effets, et permet de les reconnaître à coup sûr dès qu'ils se produisent. Malheureusement nous n'en sommes pas là; et, dans notre ignorance radicale de tous les moteurs, il nous faut bien suppléer par une méthode artificielle à cette certitude née d'un aperçu synthétique qu'il est si rare de pouvoir acquérir et compléter dans les questions de médecine. La physique nous offre un exemple frappant et de la nécessité où l'on se trouve souvent d'employer la statistique, et de la manière d'en régler l'intervention. Tout le monde connaît les *variations diurnes* du baromètre, et l'on sait empiriquement que ces oscillations de la colonne de mercure sont liées à certaines périodes de la journée. Mais la cause intime de ce rapport nous échappe complètement. Or, comme il importait d'établir ces mouvemens en tant que faits particuliers, et de ne pas les confondre avec ceux qui résultent d'autres influences bien connues, on s'est mis, tout simplement, sans préoccupation de la cause ignorée, à noter exactement le nombre, les époques et l'étendue de ces mouvemens; et, de cette manière, l'on a été bientôt à même de discerner ceux qu'on appelle diurnes d'avec ceux qui procèdent des variations météorologiques.

Le troisième moyen est incontestablement le plus sûr. C'est à l'OBSERVATION ÉTIOLOGIQUE que nous devons les plus précieuses notions sur l'objet de ces recherches. Nous avons montré combien la connaissance de la maladie essentielle qui précède et produit la difformité est féconde et utile, en tant que propre à éclairer et à développer la *formule étiologique* de la difformité elle-même. La connaissance de la cause permet d'admettre immédiatement une foule d'effets qui s'en déduisent naturellement, en attendant que l'observation ultérieure les reconnaisse. Ainsi, dans l'étude des difformités musculaires et rachitiques, la notion essentielle de la cause *rétraction* ou de la cause *rachitisme* nous a souvent fait retrouver dans les recherches antérieures des particularités pathologiques qui s'y trouvaient mal définies ou confondues avec des phénomènes moins réels. Eh bien ! il en a été de même de l'arthralgie relativement aux difformités arthralgiques.

Cet ordre de considérations nous a surtout aidé lorsqu'il s'est agi de tracer une ligne de démarcation entre le pouvoir de la cause principale et celui des causes secondaires. C'est ici surtout que la science actuelle était vague et confuse. Ainsi, dans la coxalgie, par exemple, tous les ouvrages confondaient les influences occasionelles, celles qui proviennent de l'hérédité, de l'âge, du sexe, etc., avec les causes essentielles, telles que le rhumatisme, l'affection tuberculeuse, les violences traumatiques, etc.; de même qu'ils confondaient toutes les lésions de degré, de période. L'aberration avait été si loin sous ce rapport qu'on ne s'était pas même occupé de déterminer s'il existait une cause prochaine. On ne s'était pas non plus préoccupé de distinguer dans chaque cause les effets particuliers qu'elles peuvent réaliser.

Au milieu de ce dédale d'interprétations arbitraires, de faits bien réels mais mal classés et incomplètement déterminés, nous prenons pour nous guider le principe qui nous a déjà servi dans plus d'une circonstance, savoir : « que chaque cause spécifique donne naissance à des effets empiriquement »distincts, de sorte que la cause bien étudiée conduit sûrement à faire »préjuger ses effets, tout comme, des effets exactement observés, on »peut, sans craindre de dévier, remonter à la cause. » — Partant de ce principe, nous avons d'abord cherché à établir dans le domaine de l'arthralgie diverses catégories au point de vue étiologique. Ainsi, nous avons en premier lieu spécifié sa cause prochaine, que nous avons montré consister dans une altération nerveuse spéciale, et ensuite ses diverses causes éloignées : rhumatisme, violences extérieures, tubercules, etc. Viennent ensuite les élémens de moindre importance, ceux qui donnent lieu aux variétés morbides : telles sont les conditions individuelles, les circonstances d'âge, de sexe, celles de degré, d'ancienneté et de siége de la maladie. Enfin, dans un dernier ordre, nous avons dû ranger les causes accessoires ou secondaires qui, comme la pesanteur, la contraction musculaire physiologique, les attitudes, etc., impriment par leur adjonction une physionomie particulière à l'expression phénoménale de l'affection. On voit que ce principe de division n'est nullement différent de celui qui nous a déjà servi dans l'étude des difformités par rétraction musculaire, où nous eûmes également soin d'établir une différence fondamentale entre l'altération du muscle même et son action mécanique comme élément pathogénique des difformités, et les diverses conditions sous l'influence desquelles cette action peut se développer, comme une affection cérébrale, un rhumatisme, une extension forcée du tissu musculaire, une inflammation, etc.

Mais ces diverses coupes établies dans l'histoire étiologique de l'affection ne nous auraient conduit qu'à utiliser d'une manière plus ou moins heureuse ce que l'on savait déjà sur son mode de développement. Il nous fallait arriver à une lésion unique, fondamentale, commune à toutes les espèces, qui expliquât leurs affinités, et permît de concevoir leurs dissemblances; une lésion, en un mot, qui justifiât la réunion que nous faisons sous un seul chef de toutes ces formes qui constituent pour les auteurs autant de maladies distinctes. Cette lésion, nous croyons l'avoir trouvée; elle consiste pour nous dans une modification particulière de la portion du système nerveux qui préside à la vie de nutrition de la partie affectée, caractérisée par une dou'eur ou une sensibilité vive sur le trajet de certains nerfs, comme du nerf crural, par exemple, dans la coxalgie. Cette lésion, dont l'existence matérielle ne saurait être révoquée en doute, est à nos yeux une PARALYSIE ORGANIQUE. Ce mot, qu'on le remarque bien, ne préjuge rien sur l'essence de la cause première, car cette paralysie elle-même n'est qu'un fait; mais c'est néanmoins aussi en même temps un état primordial antérieur à toutes les autres influences éloignées, aux tubercules, à l'élément rhumatismal, à l'inflammation, à tous les agens, en un mot, qui constituent les formes particulières d'arthralgie. Toutes ces formes, la lésion nerveuse les domine, les embrasse dans sa généralité.

---

de mire à sa direction lorsqu'elle a été tracée.

» Les trois grandes tables principales qui devaient, dans l'origine, surmonter tout ce système, offraient à leur surface des traces d'érosion ou d'usure que nous allons faire connaître avec détail, pour nous conformer aux instructions données par le Comité historique des Arts et Monumens : la première, ou celle située à l'est, offrait, dans sa plus grande diagonale, une excavation en forme de fer à cheval ou plutôt de raquette, qui se confondait vers le sud-ouest dans une fissure profonde de la roche. La deuxième table, ou celle du milieu, présentait, dans sa plus grande surface ou vers le nord, une grande concavité de près de cinquante centimètres de rayon, traversée également par une fissure légère accompagnée d'une dizaine de trous, de forme triangulaire, étroits et assez profonds; celui du centre, le plus grand de tous, percé obliquement, pouvait loger facilement le doigt index; enfin, la dernière pierre, ou celle tournée vers l'ouest, était caractérisée par une rainure profonde correspondant également à une fissure naturelle garnie de chaque côté, et à égale distance, de deux trous semblables aux premiers. Ajoutons que les trous dans la première pierre étaient assez régulièrement disposés deux par deux, trois par trois. Ces fissures, ces trous étaient-ils destinés à favoriser l'écoulement du sang dans les sacrifices humains? C'est ce que nous n'oserions décider; mais la rainure qui régnait autour de la première empreinte en raquette et about ssait à une espèce de rigole naturelle, serait peut-être bien propre à laisser peu de doutes à cet égard, et disposerait volontiers à faire regarder cette dernière pierre de dimension convenable pour recevoir le corps d'un homme étendu, comme ayant été la principale pierre expiatoire. Nous ferons aussi remarquer que la plus grande des excavations nous a semblé porter des traces de feu, agent dont les Celtes se sont peut-être servis pour creuser plus facilement la roche, ainsi qu'on le pratique de nos jours, dans certaines contrées, pour exploiter des métaux précieux; mais il faut bien se mettre en garde contre ces apparences, car rien ne ressemble davantage à ces traces que l'hydrate de fer qui colore ordinairement la surface des grès.

» Autour des supports régnait un dallage en pierre calcaire blanchâtre (calcaire marin grossier), lequel formait aussi, aux deux extrémités du monument, des espèces d'assises sans ciment, derrière lesquelles se trouvaient encore des pierres semblables, mais placées de champ. L'une de ces dalles, apportées évidemment du bas de la côte aussi bien que les autres, était d'une dimension et d'un poids tellement grands, qu'il a fallu les efforts réunis de trois hommes pour la sortir de la fouille; enfin, au dessous de ces dalles quelquefois rougies par le feu, venait un sol argilo-sablonneux, probablement vierge, le même qui constituait (chose importante à constater) les parois de la tranchée.

» C'est autour des supports, principalement dans les encoignures qu'ils formaient avec les pierres tabulaires et même sous ces dernières, qui par leur disposition semblaient avoir servi de fermeture générale, que se sont rencontrés le plus de débris humains : ils étaient disséminés au milieu de terres remuées, plus ou moins brisés et confondus, au point que nous avons trouvé des crânes ouverts à leur base, remplis d'ossemens divers, étrangers à la tête; dans quelques circonstances, ils reposaient immédiatement sur les dalles en calcaire blanchâtre que nous venons de décrire. Les cadavres auxquels ont appartenu ces derniers ossemens, les plus complets de tous, paraissent avoir été inhumés, trois par trois, quatre par quatre et peut-être en plus grand nombre à la fois, dans une position

On ponvait certainement, sons le rapport scientifique, se contenter de cette vue idéale de la cause principale. Mais quand on écrit dans un but pratique, il faut tenir compte des faits, soit pour les englober à titre de preuves dans la théorie, soit pour les éclairer de la lumière que celle-ci projette. Il faut en tenir compte, pour offrir aux praticiens des termes de comparaison plus rapprochés de la réalité individuelle qu'ils ont à observer et à traiter : car il y a cette différence entre la science idéale ou théorique et la science appliquée ou pratique, que cette dernière doit, sous peine de manquer son but, s'astreindre à prévenir les moindres particularités du sujet et à présenter autant de solutions spéciales qu'il peut se présenter de cas différens dans l'application.

Pour nous donc, le caractère nerveux de la lésion fondamentale s'est trouvé démontré, soit par la physionomie générale de l'affection arthralgique, soit en même temps par chacun de ses phénomènes en particulier ; et il a restitué à ces deux ordres de faits dans l'application la lumière qu'il en avait reçue pour établir son existence.

L'ordre de succession des phénomènes nous a encore fourni des considérations propres à mettre cette vérité hors de doute.

Descendant ensuite de ce point de vue absolu à l'appréciation des caractères cliniquement constatés de l'affection arthralgique, nous les avons vus déposer tous dans le sens d'une lésion purement nerveuse. Leur témoignage devenait de plus en plus explicite, à mesure que nous entrions dans les détails les plus intimes de la phénoménalité symptomatologique. C'est ainsi que nous avons vu les diverses fonctions qui dépendent du système nerveux organique languir et s'éteindre presque dans le membre malade ; c'est ainsi que les sécrétions, la perspiration, la nutrition, la calorification, l'absorption restent, dans la peau de la région malade, à un type bien au dessous de l'état normal. Nous en citerons dans le cours de ces leçons de curieux exemples. Ainsi, l'on verra la peau qui couvre une région frappée d'arthralgie rester sourde à l'excitation de la pommade stibiée, et être exempte dans ce point de toute éruption, tandis que les parties adjacentes se couvrent de nombreuses pustules. Nous insistons sur ce point, parce qu'il y a là une preuve matérielle, aussi facile à vérifier qu'à reproduire. Quelle que soit donc la cause première, encore ignorée, de cet état nerveux, il est constant et réel ; on le retrouve dans tous les tissus et pour toutes les fonctions ; et c'est lui qui engendre les formes et les altérations si variées et si complexes de l'affection arthralgique.

Cette donnée était à nos yeux d'une si haute importance, que nous avons tenu à la vérifier dans toutes les espèces de l'affection considérée comme genre. L'on verra ci-après, à l'occasion de chacune de ces espèces, que nous avons soumis tous les tissus de la partie malade à l'examen le plus minutieux et le plus approfondi. Toujours les résultats ont répondu à nos recherches. Dans chaque variété morbide, comme dans chaque partie élémentaire de l'articulation, nous avons reconnu et mis en évidence les traces irrécusables d'une altération siégeant dans le système nerveux de la vie intérieure, d'UNE PARALYSIE ORGANIQUE, pour nous servir de l'expression que nous avons consacrée, en rapport avec les produits d'une fonctionnalité viciée, incomplète ou insuffisante. Ce n'est pas toutefois que les altérations anatomiques fussent partout identiques ; car la différence des causes éloignées et de leurs conditions d'action leur imprimait nécessairement des différences corrélatives. Le tubercule, la goutte, le rhumatisme, l'inflammation, par exemple, ne pouvaient pas, ne devaient pas réaliser des effets semblables. C'est par cette diversité même de l'identité que nous avons pu montrer la *différence* réelle qui existe entre les formes accessoires commandées par les causes éloignées différentes et leur forme principale résultant de la cause unique dans laquelle elles se résolvent. C'est donc ainsi que, dans leur dissemblance même, règne toujours une certaine analogie qui montre bien leurs rapports constants avec une même cause. Ce double moyen de vérification à l'aide d'une double analyse a eu pour résultat logique de justifier et la distinction en espèces, d'après l'action des différentes causes éloignées, et leur réunion à un même point de vue étiologique, d'après la considération de la cause prochaine.

Cette manière de procéder nous a conduit à mettre en lumière un grand nombre de faits nouveaux qui feront désormais partie de l'histoire de la maladie à quelque point de vue que l'on se place pour l'étudier, et dût-on même révoquer en doute l'explication que nous proposons de son mode de développement. Ainsi aucun des anciens auteurs n'avait constaté l'*impotence* du membre affecté, phénomène qui survient très souvent sans qu'aucun obstacle mécanique puisse l'expliquer. Le phénomène si curieux de *la peau réfractaire à l'action locale de la pommade stibiée* était encore une particularité dont personne n'avait soupçonné l'existence, bien qu'elle eût sans doute passé sous les yeux des observateurs un grand nombre de fois.

Mais l'un des principaux résultats de nos recherches a été la constatation et la détermination des phénomènes qui dépendent de la *contracture musculaire*. Jusqu'ici on ne tenait aucun compte de la participation de cet élément dans les maladies de ce genre. Or, tons ceux qui ont suivi nos leçons savent maintenant qu'il existe toujours, dès le début de l'affection arthralgique, une contracture plus ou moins active, une paralysie plus ou moins étendue, qui jouent un rôle capital et dans sa marche et dans ses caractères, et dans son traitement. C'est la considération de la cause prochaine, de la lésion nerveuse qui nous a mis sur la voie de cette découverte ; car la contracture, ainsi, du reste, que nous l'avons déjà établi pour les difformités par rétraction musculaire, est un des modes par lesquels se traduit la paralysie. Il n'y a dans cet enchaînement de déductions nouvelles rien que de fort naturel ; car c'est le propre d'une théorie vraie de conduire à la connaissance de faits nouveaux, en même temps qu'elle permet de mieux apprécier et d'employer plus utilement les faits déjà connus.

Pour se faire une idée de l'ignorance complète où l'on était avant nous de l'intervention de la contracture musculaire comme élément anatomique et mécanique des arthralgies, il ne faut que se rappeler toutes les théories successivement proposées pour expliquer les positions vicieuses des membres dans ces difformités. Toutes ces théories, considérées absolument, sont fausses ou insuffisantes. Elles peuvent bien servir à rendre compte de quelques particularités relatives aux positions vicieuses des parties affectées ; mais il n'en est aucune qui comprenne les faits dans toutes leur généralité et particularités. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, nous avons montré que, dans les arthralgies coxales, la hanche et le fémur peuvent occuper chez divers individus, et même chez un seul individu, à diverses époques de l'affection, des positions vicieuses différentes. Or, cette seule circonstance suffit pour renverser, au moins dans ce qu'elles ont d'exclusif, toutes les théories dont nous parlons, parce qu'elles reposent toutes sur la supposition d'un mécanisme toujours identique. Notre

---

accroupie et face à face, pour occuper sans doute le moins d'espace possible. Il en est résulté qu'en continuant à s'affaisser par l'effet de la décomposition des parties molles, les têtes sont venues se rencontrer sur un tissu inextricable des autres os du squelette, et c'est ainsi groupés que nous en avons recueilli une vingtaine environ. Ajoutons, pour corroborer ce fait, que, malgré le tassement éprouvé par les quelettes, des os, tels que ceux de l'avant-bras, de la jambe, des vertèbres, des côtes, etc., étaient encore en connexion, et que la terre environnante, d'un gris rougeâtre, exhalait une odeur *sui generis* ou ammoniacale. Partout ailleurs les os, comme nous l'avons déjà dit, étaient disséminés dans les terres jusqu'au dessus des grès et plus ou moins brisés anciennement. Quelques-uns semblaient même porter l'empreinte de la dent des carnassiers qui ont pu fort bien faire leur repaire du monument, à l'époque où les vides laissés au dessous des grandes pierres tabulaires leur donnaient accès ; mais presque tous sont, à n'en pas douter, creusés superficiellement et même percés par des vers, probablement des petits lombrics, qui auraient, comme certains annélides marins, la propriété de dissoudre les substances calcaires.

» D'après le nombre considérable d'ossemens humains que nous avons été à même de voir et de recueillir dans cet ossuaire, nous estimons qu'ils ont appartenu à un grand nombre d'individus, peut-être bien à deux cents, des deux sexes et de tous les âges, depuis la plus tendre enfance jusqu'à la plus grande vieillesse. Dès l'origine des fouilles, nous avons pensé que les crânes appartenaient à deux races distinctes ; mais nous laisserons l'examen de cette grave question aux personnes qui s'occupent d'anthropologie, n'ayant pas d'autre prétention, dans cette Notice, que de chercher à faire l'inventaire des nombreux objets qui nous ont passé sous les yeux et à leur assigner une origine, un usage quelconques. A l'exception de plusieurs os du carpe et de quelques phalanges ungueales, notamment du pied, nous sommes parvenus à recueillir, avec M. Serres, la plupart des pièces du squelette. Le sternum est celui qui s'est rencontré le plus rarement ; les phalanges, au contraire, étaient aussi abondantes qu'admirablement conservées ; enfin, comme un des traits les plus remarquables qu'offraient tous les ossemens, nous ne pouvons passer sous silence les mâchoires, qui sont généralement dans le plus bel état de conservation qu'on puisse imaginer. Les dents, rarement cariées mais fortement usées de dedans en dehors, comme celles des ruminans, annoncent que les individus auxquels elles ont appartenu étaient souvent réduits à n'avoir pour alimens que des racines ou des écorces difficiles à broyer. Il a été trouvé des fragmens de la boîte crânienne tellement épais (nous en avons mesuré qui avaient près de 6 lignes ou plus exactement 12mm,50 d'épaisseur), qu'au premier abord ils furent pris pour des morceaux de vases celtiques, à cause aussi de leur couleur d'un noir bleuâtre due au phosphate de fer ou plutôt à l'hydrate de manganèse, ce dernier sel formant quelquefois des incrustations assez prononcées à la surface des os ; faisons d'ailleurs remarquer que c'est la substance spongieuse qui a seule, dans ces fragmens de crâne, acquis un grand développement, tandis que l'épaisseur relative des deux tables ne dépasse pas les proportions connues. Quelques os longs avaient commencé à subir une substitution d'élémens, en se transformant en hydrates métalliques ; la plupart du temps ils sont seulement mouchetés ou marbrés par ces mêmes substances ; d'autres sont enveloppés de sédiment calcaire : si ces derniers semblent se pétrifier, il y en a, au contraire, dont le tissu compacte est très altéré ou a

théorie, au contraire, sans exclure aucune des causes particulières qui peuvent se joindre à une cause plus générale, rend parfaitement compte de ces variations dans la position des membres; elle montre que ces positions sont généralement dans un rapport rigoureux avec les sens d'action des muscles paralysés ou contracturés, et qu'elles constituent, par conséquent, une représentation permanente des directions produites par les mouvemens physiologiques.

L'étude de la maladie faite du point de vue où nous nous sommes placé nous a donné entre autres avantages celui de pouvoir formuler sa définition. Une définition en effet ne peut être bonne et complète qu'à la condition expresse d'une connaissance exacte de l'objet à définir. Or, en rapportant toutes les formes particulières de la maladie à une seule lésion, notre théorie nous conduisait naturellement à les embrasser toutes dans une même dénomination, tout en réservant cependant pour chacune d'elles un nom particulier en rapport avec le siége topographique qu'elle occupe. C'est ainsi que nous appellerons la maladie *arthralgie*, et que, modifiant ensuite ce nom générique en y combinant celui de la région affectée, nous aurons des *coxalgies*, des *rachialgies*, des *omalgies*, etc., selon que l'affection aura envahie la hanche, la colonne vertébrale, l'épaule. Enfin, connaissant la maladie dans son essence et sa distribution, nous avons préféré le nom d'arthralgie à celui d'arthrite, d'arthropathie, etc., d'abord parce qu'il exprime bien que l'élément nerveux fournit le caractère essentiel de la maladie, puis parce qu'il ne préjuge rien sur le siége précis de la maladie qui envahit toujours à la vérité une région articulaire, mais qui peut cependant fort bien dans quelques cas ne pas affecter les parties élémentaires de la jointure, et rester bornée aux muscles, aux tissus fibreux extérieurs.

Mais ce résultat n'aurait qu'un objet de pure curiosité spéculative, s'il ne devait aboutir qu'à une réforme dans la technologie. Ses conséquences ont une portée plus sérieuse, et touchent directement au traitement. Il existait en effet déjà dans la science une foule de moyens, non sans valeur assurément, mais qu'on avait proposés et préconisés généralement sur la foi de théories fausses, de résultats empiriques, mais sans aucune considération de rapport entre eux et la véritable lésion pathologique. C'était en quelque sorte un terrain neutre à la disposition de tous, un arsenal où les doctrines les plus disparates allaient demander les mêmes armes pour combattre un ennemi qu'elles voyaient cependant sous des couleurs si différentes. Nous avions donc à répéter ici le travail d'analyse qui nous avait été imposé en étudiant les causes; il fallait tenir compte des diverses méthodes curatives, mais en les soumettant toutes à un contrôle sévère basé sur les trois moyens de vérification précédemment indiqués, la *tradition universelle*, l'*appréciation statistique* et l'*appréciation étiologique*. Ainsi, la FORMULE HISTORIQUE nous a servi à constituer par les mêmes voies la FORMULE THÉRAPEUTIQUE, cadres parallèles fondés sur les mêmes principes, et embrassant dans leur vaste compréhension l'ensemble des données fournies et à fournir par l'observation de tous les pays et de tous les siècles sur la nature et sur le traitement de l'affection.

Après avoir mis en regard des diverses coupes historiques instituées en vue de la pathologie, des coupes semblables faites en vue de la thérapeutique, nous avons cherché, dans les inspirations de nos idées particulières, de nouveaux moyens de combattre la maladie et de prévenir ou neutraliser ses différens ordres d'effets.

Nous avons dû prendre d'abord en considération la paralysie organique, lésion fondamentale, pour lui rapporter l'indication principale. Nous avons ensuite eu à chercher, à préciser les différens moyens propres à remplir les indications secondaires, à combattre, par exemple, les influences rhumatismale, tuberculeuse, goutteuse, inflammatoire, etc., source de chacune des divisions secondaires. Nous avons ainsi obtenu, chemin faisant, des résultats thérapeutiques nouveaux, parallèles à ceux que nous avions précédemment induits de nos vues étiologiques. Connaissant par exemple, en raison de nos propres recherches, l'existence constante de la contracture musculaire et sa tendance incessante à amener des déplacemens, nous ne devions pas attendre dans l'inaction qu'ils eussent été produits. Et cet effet nous étant démontré en quelque sorte fatal, inévitable, nous nous sommes mis en mesure de le prévenir, en introduisant dans la thérapeutique de l'affection arthralgique des moyens spéciaux, tels que les simples attitudes ou les positions provoquées et maintenues à l'aide de lacqs, de bandages, suivant les exigences diverses de la contracture, de la paralysie, et suivant la période, le degré ou le siége de la maladie, et enfin la section des muscles, partie importante du traitement, dont l'effet est à la fois prophylactique et curatif, et dont la pensée nous a été suggérée, comme on le voit, par l'étude approfondie de la lésion pathologique, de sa cause première et de ses caractères les plus constans.

Quelque longue et difficile qu'eût été l'étude des arthralgies, quel que fût l'intérêt des résultats qui s'y rattachaient, nous ne pouvions perdre de vue le but qui nous avait conduit à l'entreprendre. L'histoire de la *maladie* n'étant qu'un moyen pour mieux connaître les effets qu'elle engendre, la *difformité*, nous avons dû, une fois la cause bien déterminée, consacrer à la détermination de ses conséquences une description spéciale. En effet, le même vague, le même défaut de méthode régnait dans les notions déjà acquises sur les difformités arthralgiques; et nous en donnerons une juste idée, en rappelant qu'il n'existait même pas dans la science une dénomination exacte de ces difformités, au point de vue de leur origine et de leur véritable constitution anatomique. Il nous a donc fallu répéter ici le même travail d'élimination que pour l'affection génératrice, travail plus pénible encore, parce que le choix devait porter et sur les notions relatives à l'arthralgie et sur celles que l'expérience empirique des siècles précédens avait rassemblées arbitrairement sur l'histoire de la difformité elle-même. Nous avons eu ainsi à créer pour la difformité comme pour la maladie, une *formule historique* comprenant les altérations de tous les tissus, muscles, synoviales, ligamens, etc., etc.

Quant à la classification à introduire dans cette étude, c'est dans la considération étiologique de la difformité elle-même que nous en avons puisé les bases. Nous avons ainsi divisé les difformités d'après leur cause et siége anatomiques, en *musculaires*, *ligamenteuses*, et *osseuses*. Ce principe de division nous a paru préférable à celui qu'aurait pu fournir la considération des formes diverses de l'arthralgie; car la maladie étant terminée à l'époque où la difformité commence, celle-ci se ressent moins des différences de l'affection qui lui a donné naissance, que des différences du tissu qui s'y trouve actuellement envahi et qui la commande. Ce n'est pas cependant que nous ayons renoncé à tenir compte des modifications que les variétés de l'arthralgie impriment à chacun de ces trois ordres de difformités, et l'on verra que ces modifications ont été pour nous l'objet d'une étude toute spéciale. Mais quelle que fût leur importance, nous ne

---

presque entièrement disparu. En général, bien qu'ils happent à la langue, ils n'en renferment pas moins, presque tous, beaucoup de matière animale que les acides mettent à nu, sous forme de gelée. Quant aux pièces pathologiques que l'on devait s'attendre à rencontrer au milieu de tant de débris, et que nous avons soigneusement recherchées avec M. Serres, nous pouvons citer des vertèbres lombaires qui prouvent que les Celtes étaient quelquefois affectés de rachitisme : deux pariétaux dont la table, interne dans l'un, externe dans l'autre, semble avoir été profondément cariée; une soudure de la tête supérieure du péroné avec celle du tibia. Du reste, aucune trace de fracture consolidée, aucun calus, si ce n'est peut-être celui d'une des premières côtes. Nous devons aussi faire mention de crânes singulièrement déformés, dont le coronal, les pariétaux et l'occipital étaient déjetés tantôt à droite, tantôt à gauche; mais nous croyons pouvoir attribuer cette bizarrerie à l'action des terres qui ont comprimé latéralement et lentement ces crânes. La région temporale, dans ces mêmes circonstances, a presque toujours été enfoncée, comme si on l'eût fait avec un instrument contondant ; mais c'est également par suite évidemment de défaut de résistance de cette région, la plus faible, comme on sait, de toute la boite osseuse.

» Pêle-mêle avec tous les débris humains, gisait une foule d'ossemens d'animaux encore plus brisés que les premiers, et que nous rapportons, sauf erreur, au bœuf (peut-être bien l'*Orochs*), au cerf, au chevreuil, au mouton, au sanglier, au porc, à une espèce de pachyderme beaucoup plus petite que ce dernier, à deux variétés de chien (une grande et une petite), à des lapins, à des oiseaux, etc., etc. La plupart de ces os, grace à leur substance compacte sans doute plus serrée que dans les os humains, étaient si peu altérés, qu'il a fallu les recueillir soi-même pour être sûr qu'il fussent aussi anciens que les autres. Les bois de cerf ont fait une exception remarquable : à peine si l'on pouvait les reconnaitre. Enfin, pour compléter la faune de cette fouille, nous citerons des *Helix*, des Bulimes, des Cyclostomes, etc., coquilles terrestres qui continuent de vivre dans le voisinage, et dont les vives couleurs brillent encore. Bien que ces mollusques ne soient pas précisément contemporains des Celtes ou de leurs sépultures, leur présence au fond de la tranchée n'en est pas moins de la plus haute importance : semblables en cela au rôle que jouent les coquilles fossiles dans les terrains de sédiment dont elles font connaitre le mode de dépôt, celles-ci, par leur belle conservation, quelles qu'aient été les circonstances dans lesquelles elles se sont rencontrées, prouvent incontestablement qu'elles ont été également transportées par les eaux pluviales, déposées lentement et à plusieurs reprises; d'où nous tirerons la conséquence qu'il faut attribuer à la même cause le remplissage en grande partie des vides qui préexistaient sous les dolmens, aussi bien que le dérangement et la brisure des ossemens, excepté cependant aux deux bouts du monument, qui, plus relevés, se sont trouvés à l'abri de l'irruption boueuse. Ce n'est encore que de cette manière que l'on peut expliquer le remplissage des crânes renfermant des os de toutes espèces, jusqu'à un sternum parfaitement entier, lequel, par sa forme et sa position singulières, avait l'air d'un poignard plongé dans la tête; le tout associé à des coquilles terrestres, qui avaient pénétré sans se briser jusque dans le conduit auditif du temporal.

» Quant aux objets d'art ou d'industrie, découverts dans les mêmes circonstances, le nombre n'en est ni moins grand, ni moins varié; on possède : 1° une demi-douzaine de haches en pierre, les unes en silex pyromaque, provenant de

pouvons cependant leur accorder le premier rang, ni les adopter comme base principale de classification, puisque leur effet différentiel a cessé en grande partie, dès que la difformité est réalisée. Cet effet s'est, pour ainsi dire, alors effacé devant les circonstances matérielles persistantes qui constituent définitivement à elles seules le fait de la difformité, lui impriment leurs variations éclairent son étude, et gouvernent toute sa thérapeutique.

Les difformités arthralgiques, étiologiquement comme anatomiquement classées, se divisent donc en difformités *musculaires*, difformités *ligamenteuses* et difformités *osseuses*. Cependant lorsque nous poussâmes plus loin cette étude, nous ne tardâmes pas à voir que cette division, quoique l'expression exacte de la réalité, ne devait pas conserver une distinction aussi absolue. Nous rencontrions, en effet, à chaque instant dans chacun de ces ordres l'adjonction secondairement ou même primitivement réalisée de l'un ou des deux autres élémens. Ainsi la difformité ligamenteuse nous offrait des altérations et des ligamens et aussi des muscles; dans la difformité osseuse nous trouvions les trois systèmes simultanément affectés. Cependant, malgré cette fusion apparente des agens morbides, il ne nous a pas été difficile de reconnaître qu'il existe entr'eux une certaine hiérarchie, suivant leur importance ou l'époque de leur apparition, hiérarchie dont les lois dominent l'étude de ces difformités, et d'après laquelle on peut légitimement conserver la division en trois groupes, parce que, dans chacun d'eux, il est un élément dont la lésion est toujours la principale soit par sa gravité, soit par la précocité de sa manifestation, soit par l'indication principale du traitement. Cet élément mérite par conséquent de donner son nom au groupe dont la présence forme le caractère capital.

Cette distinction nous a principalement aidé pour établir les indications curatives. C'était ici surtout que la nécessité d'une *formule thérapeutique* complète et en harmonie avec les besoins si variés de la pratique se faisait vivement sentir. Le traitement de ces difformités n'étant que peu riche en notions déjà acquises, nous avons eu, pour ainsi dire, à créer de toutes pièces cette formule, et nous l'avons fait en variant les préceptes thérapeutiques suivant les divers groupes constitués parmi les difformités, de manière à mettre les différens moyens de traitement en rapport exact avec les circonstances symptomatiques les plus particulières qui en réclament l'application. Ce n'est pas ici le cas d'indiquer avec détail les conséquences de ce plan d'études. On verra plus loin les corollaires importans auxquels notre méthode a donné naissance. Faisons seulement remarquer ici qu'il n'y avait rien dans ce résultat qu'on ne pût facilement prévoir. Ainsi, la connaissance approfondie de la maladie conduisait directement à la connaissance de la difformité, et la détermination rationnelle du traitement devenait à son tour une conséquence forcée de ces données acquises : c'était la conclusion naturelle de l'ensemble de ces recherches, montrant leur utilité pratique et fournissant en même temps à leur principe le plus sûr contrôle, celui d'une application féconde en succès.

Les indications étant ainsi établies sur une notion exacte de la cause, de ses formes et combinaisons diverses, de ses effets primitifs ou secondaires, il a été facile de faire, pour les remplir, un choix entre les moyens déjà connus, en y ajoutant ceux dont l'expérience et l'induction étiologique nous ont suggéré la pensée. Sans entrer dans des développemens qui reviendront plus tard sous notre plume, qu'il nous suffise de citer, parmi les premiers, l'appréciation des cas où conviennent la myotomie et la syndesmotomie; les indications véritables à la rupture des ankyloses, opération tour à tour prônée et décriée bien au-delà de ce qu'elle mérite réellement, etc. Comme exemple des applications thérapeutiques qui nous appartiennent plus directement, nous nommerons seulement ici la section sous-cutanée des adhérences profondes entre les os, dans quelques cas de fausse ankylose, et la formation artificielle de nouvelles cavités osseuses dans les luxations anciennes, opérations que nous décrirons à leur place, et dont une expérience heureuse nous a déjà montré la parfaite convenance.

Telles sont les vues générales que nous avons cherché à introduire dans l'histoire des arthralgies et des difformités arthralgiques; l'on voit qu'elles sont également applicables aux deux ordres de faits, et qu'elles nous ont conduit à des résultats à peu près pareils pour l'étude et le traitement de la maladie, comme pour l'étude et le traitement d ela difformité.

Paris, le 1er septembre 1845 (1).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de janvier et mars 1845 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Cas de perte de la parole, suivi de remarques*; par M. Steele. 2° *Sur les propriétés physiques et médicinales du chanvre indien*; par M. Donovan. 3° *Cas d'excroissance volumineuse en forme de choufleur, enlevée heureusement avec la partie du col de l'utérus de laquelle elle naissait*; par M. Montgomery. (Sur une femme de 55 ans, l'opération avait été faite une première fois par la ligature, mais la tumeur s'était reproduite : M. Montgomery appliqua d'abord une ligature, puis il prit le parti de terminer en tirant sur la masse morbide. La malade guérit; revue au bout de huit mois, sa santé était redevenue parfaite.) 4° *Considérations sur un cas de perforation de l'appendice vermiforme du cæcum, suivie d'abcès et de péritonite mortelle*; par M. Paterson. 5° *Modification au couteau à tête sphérique pour l'excision des caries dentaires*; par M. Maclean. 6° *Observations pratiques sur l'ulcération phagédénique considérée dans ses formes primitive et secondaire*; par M. Egan, 7° *Sur le diagnostic et la pathologie des maladies de poitrine*; par M. Mac Donnell. 8° *Essai sur les vices de conformation et sur les maladies congéniales des organes de la vision*; par M. Wilde. (Premier article. Enumération des diverses malformations de l'œil et de ses annexes, avec quelques cas empruntés à différens auteurs.) 9° *Deux cas de renversement chronique de matrice, dont l'un fut traité avec succès*

(1) Ces conférences, rédigées et livrées à l'impression immédiatement après avoir été professées, c'est-à-dire dans le cours de 1842, ne sont cependant publiées que trois années plus tard. Des circonstances, sur lesquelles il est inutile d'insister, ont occasioné ce retard ; nous ne les rappellerons que pour expliquer la contradiction apparente qui existe entre la date de l'impression de ces recherches et celle de leur publication.

la craie qui perce sous le calcaire grossier au Bas-Meudon ; les autres en silex meulière tiré des hauteurs : l'une d'elles est simplement dégrossie ; 2° des silex taillés en forme de dards, destinés sans doute à des lances ou des javelots ; 3° des lames étroites, courbes et triangulaires de même nature, destinées peut-être à servir de couteaux, ou plutôt à être taillées en fer de flèche ; 4° de nombreux fragmens de vases en terre grossière, quartzeuse, généralement noirâtre et brun-rougeâtre, tachant les doigts lorsqu'on les frotte, et dont le bord ou la lèvre, d'un galbe assez variable et quelquefois élégant, a été, dans quelques cas, évidemment dentelé avec le bout de l'index, car on y voit encore l'empreinte de l'ongle ; 5° des instrumens aigus faits avec des esquilles d'os compactes, provenant sans doute du bœuf, et souvent dégrossies à la manière des haches en silex, c'est-à-dire à coups de marteau ; des os longs de même nature, usés à l'une de leurs extrémités, terminés en bec de flûte ; d'autres convertis en tige cannelée, en stylet, etc. ; 6° des dents canines de chien, percées à leur racine, ayant évidemment fait partie d'un collier semblable à ceux que portent encore les sauvages du nord de l'Amérique ; 7° un gros endouiller de cerf, percé de part en part d'un trou ovale d'une régularité parfaite, comme pour recevoir des tresses de cheveux ; 8° des fragmens de bracelets en pierre schisteuse étrangère au pays, taillée sous forme de rondelle, quelquefois percée de trous. Enfin, à tous ces objets que l'on peut considérer comme des témoignages irrécusables de l'origine celtique du monument qui nous occupe, il faut joindre un grand nombre de silex pyromaques, d'où l'on a détaché sur place des éclats qui ont servi à faire les instrumens de sacrifice, de guerre ou de chasse que nous venons de relater ; des pierres calcaires et meulières calcinées, de la grosseur généralement des deux poings réunis ; des tuiles rougeâtres très épaisses, à éperon et à large rebord, ainsi que des tuiles simplement courbes, ayant servi de couvre-joints aux autres. Si ces derniers objets, les briques, ne sont pas dues aux Romains, elles prouvent au moins qu'elles ont été faites à leur imitation, à l'époque où les Gaules ont été envahies par eux, et bien longtemps après la fondation du monument celtique. Nous en dirons autant d'une petite pièce de bronze, fruste, qui pourrait bien appartenir à la première monnaie dont se soient servis les Gaulois; des fragmens de poterie d'une pâte rougeâtre, assez fine (l'un d'eux semblait avoir appartenu à une urne funéraire), et d'autres de la même époque.

» En résumé, le monument découvert dans les premiers jours de juillet à Meudon, sur le penchant d'une colline très élevée, d'où la vue embrasse un espace immense, et vis-à-vis le cours tranquille d'un beau fleuve, est probablement un des plus remarquables qui existent aux environs de Paris. Il n'en est pas, que nous sachions, qui ait offert autant d'ossemens d'hommes et d'animaux aussi bien conservés que celui-ci. Il annonce tout d'abord que les Celtes se sont réunis en grand nombre sur ce point si avantageusement placé, sans doute pour mieux observer les mouvemens de leurs ennemis. Le nom du pays semble lui-même être une vieille tradition ; car, d'après l'étymologiste Bullet, Meudon serait composé de deux mots celtiques : de *moel* (pelée) et de *dun* (montagne). En effet, le cap élevé que forme l'entrée de la terrasse du château, d'où la vue plonge à droite dans le profond vallon de Fleury pour aller se perdre bien avant dans la forêt, et à gauche jusqu'à la gorge de Sèvres, devait être, dans l'origine, une colline de sable, nue et aride, bien tranchée au milieu de la végétation épaisse qui en couvrait les pentes. Maintenant considérerons-nous ce vaste

par la ligature; par M. M'Clintock. 10° *Quelques considérations sur l'action de l'aconit et sur son emploi à l'extérieur*; par M. Richard Eades. 11° *Cas rares, suivis de remarques*; par M. L. Byron.

CAS DE PERTE DE LA PAROLE, SUIVI D'OBSERVATIONS; par le docteur W. STEELE.

Le fait rapporté dans cette communication n'a d'importance que sous le point de vue de l'étude des facultés de l'intelligence, et tendrait à démontrer que, parmi ces facultés de l'esprit de l'homme, il y en aurait une qui serait tout à fait identique avec ce que les phrénologistes ont appelé *l'organe du langage*, mais que l'auteur croit plus convenable de désigner sous le nom de *faculté de l'expression*. Ce n'est point là une innovation dans la manière dont on considère habituellement l'esprit humain en le divisant en grandes facultés; ce n'est qu'une faculté de plus, et il sera réellement difficile de nier la réalité de cette distinction si on observe chez l'homme des cas où la parole est impossible, bien que l'intelligence des sujets et leur appareil vocal n'aient éprouvé aucune altération et que leurs sens puissent être considérés comme dans un état d'intégrité parfaite; la seule différence entre l'état de ces sujets et l'état normal n'étant que dans l'absence du contrôle des mouvemens nécessaires pour la parole. Or, c'est précisément ce qui a eu lieu chez le sujet de l'observation que nous allons analyser et dans quelques cas analogues observés par divers auteurs, mais qui pour la plupart les ont considérés comme des exemples de perte du langage due à la perte de la mémoire. Les docteurs Osborne et Cheyne seuls ont considéré ces cas sous un point de vue plus élevé, et ce dernier surtout a rapporté les phénomènes qui se présentent à la perte de la faculté de l'expression par la parole et l'écriture.

Les altérations fonctionnelles observées chez le sujet de l'observation suivante ont paru tellement prononcées à l'auteur qu'il refuse de les attribuer à une lésion, soit primitive, soit essentielle de la mémoire. Cette dernière étant, en effet, avec la perception, la conscience et l'abstraction, l'un des attributs essentiels à l'esprit humain, et agissant sur les facultés mentales individuelles à peu près comme le font les appareils nerveux, vasculaire et lymphatique sur les organes spéciaux, ce n'est point à une imperfection de la mémoire que l'on doit attribuer l'affaiblissement qu'elle semble éprouver dans certains cas sur quelques points de son étendue, et rarement dans toute son étendue, sinon par les progrès de l'âge, mais bien à l'altération des facultés secondaires qui sont chargées spécialement de la perception des objets et des événemens sur lesquels la mémoire paraît affaiblie. Ainsi, toutes les fois qu'à la suite d'une maladie du cerveau on observe une diminution dans la facilité de se rappeler les circonstances, les impressions ou les jugemens, on doit attribuer ce trouble à la faculté secondaire qu'influence la mémoire, et non point à une lésion de cet attribut essentiel de l'esprit et sans lequel on ne pourrait le concevoir.

OBS. — M. A., âgé de 25 ans, occupant une place très fatigante dans l'administration, éprouva, en 1842, une attaque d'apoplexie caractérisée par de la difficulté à prononcer, du trouble dans les idées et une paralysie du côté droit. Ces accidens disparurent promptement, et le malade avait complètement recouvré l'intégrité de ses fonctions quand, en juillet 1843, un certain embarras de la parole et quelques autres symptômes annoncèrent une nouvelle attaque qui fut détournée par un traitement convenable.

Le 14 novembre 1843, trouble subit dans les idées et impossibilité de prononcer une syllabe, sans paralysie et sans aucune autre souffrance qu'un léger mal de tête. Ne pouvant obtenir de lui aucune réponse aux questions qui lui sont adressées, on lui donna une plume et de l'encre pour qu'il écrivît, mais il fut obligé d'y renoncer après plusieurs tentatives infructueuses. Sous tous les autres rapports, l'amélioration marcha rapidement, et déjà le septième jour elle était presque complète lorsque dans la soirée il tomba dans un état d'assoupissement dont on eut beaucoup de peine à le tirer, les membres droits étant beaucoup plus faibles que ceux du côté gauche, la bouche déviée à gauche et la pointe de la langue tirée à droite lorsqu'elle était sortie de la bouche. Tous ces accidens disparurent promptement sous l'influence des mêmes moyens, l'intelligence revint en partie, mais non la prononciation; le côté droit était presque complètement paralysé. Cependant ces divers accidens disparurent aussi bientôt, à l'exception de la prononciation, qui ne produisait que des sons inarticulés et très rarement des mots entiers; de même encore le malade ne pouvait écrire même son nom, et il lui était impossible de calculer ni même de mettre en chiffres la moindre somme, et pendant quelque temps il ne put reconnaître personne, bien qu'il pût siffler ou bourdonner, lorsqu'on le lui demandait, un des airs qui lui étaient familiers auparavant.

Pendant les trois premiers mois qui suivirent cette attaque la santé du malade et son intelligence avaient été presque complètement rétablies, comme on le reconnaissait à sa conduite générale et par l'habileté avec laquelle il jouait aux échecs et au trictrac, jeux qui exigent une notable attention. En outre l'appareil vocal n'offrait point de traces de paralysie, car tous les mouvemens s'y faisaient comme dans la meilleure santé, et le malade pouvait siffler ou bourdonner un air sans difficulté

Quant aux différens moyens d'exprimer sa pensée, voici ce qui a été observé pendant les trois mois indiqués: dans les premiers temps de la maladie tous les signes que pouvait employer le malade pour traduire ce qui se passait dans son intérieur se réduisaient à la simple alternative du consentement ou de la négation. Souvent même on le vit à cette époque éprouvant évidemment le besoin de faire connaître quelque désir, après avoir tenté en vain de bégayer quelques paroles ou de les mettre en écrit, chercher à faire quelque signe qui pût le faire comprendre, ne pouvoir réussir et forcé d'y renoncer. Cependant les premières lueurs d'amélioration dans l'expression se sont manifestées dans cet ordre de signes.

Voyant qu'il ne pouvait arriver à faire aucun signe qui suppléât à la parole, on chercha à lui faire reproduire, par la peinture à la plume, l'image des objets qu'on lui indiquait, mais ce fut encore en vain; il en avait bien l'idée dans l'esprit, car lorsqu'on les mentionnait devant lui en les lui présentant, il les indiquait immédiatement. Lorsqu'il commença à quitter le lit, il ne pouvait encore écrire son nom; cependant au bout de quelque temps il parvenait, quand on le mettait devant ses yeux à le copier, mais d'une manière illisible; il arrivait même à copier des passages d'un livre ouvert devant lui, et avec assez de régularité, mais ne pouvait écrire à la dictée. Plus tard encore, et lorsqu'il ne pouvait pas prononcer un seul mot intelligible, il arrivait à faire des opérations d'arithmétique assez compliquées, faisant et posant parfaitement tous les chiffres; puis, le malade put répéter des vers de mémoire, puis il put parler.

L'auteur conclut, de ce fait et des considérations qui le précèdent, que 1° il y a une faculté de l'esprit qui préside à l'expression de la pensée par la parole, l'écriture et le geste; 2° que pour l'expression de nos pensées par ces divers moyens, il existe entre eux une différence considérable dans leur perfection et leur complexité considérées comme intermédiaires de communication et dans l'ordre suivant: la parole, l'écriture et les gestes: 3° que l'insuffisance de ces derniers dans le cas de maladie vient, non de l'insuffisance ou d'une altération de la mémoire, considérée en elle-même, puisque sur les autres points elle reste intègre, mais de la destruction de l'un des moyens qu'elle possède pour se manifester, ainsi que les autres facultés primitives, la perception, la conscience, etc.; car elle

---

monument comme une suite de dolmens, comme une allée couverte, ou plutôt comme un barrow ou tombelle; en d'autres termes, y verrons-nous un lieu de sacrifices ou un lieu de sépulture? Nous pencherons pour un lieu de sépulture dont la partie supérieure, en forme de tertre allongé de l'ouest à l'est, aurait été rasée de nos jours, peut-être bien à l'époque où l'avenue de Meudon a été faite.

» La tranchée au fond de laquelle gisaient les pierres, faite de main d'homme dans un sol qui ne paraît jamais avoir été remué par lui; les ossemens disséminés dans la terre végétale qui la remplissait jusqu'au niveau du chemin, ossemens d'autant plus anciens qu'on les a rencontrés plus profondément; les débris mélangés d'individus des deux sexes et de tous les âges; les coquilles terrestres qui y ont été entraînées à plusieurs reprises et sont venues se loger, non-seulement sous les pierres, mais jusque dans les crânes, après la décomposition et la disparition des substances molles; les fragmens de poterie de diverses époques, purement celtiques d'abord, puis gallo-romaines vers la partie supérieure de la fouille; tous ces faits, disons-nous, sont bien de nature à plaider en faveur d'une vaste tombelle remontant aux premiers temps des Celtes. Nous nous laisserons donc volontiers aller à voir, dans cette réunion imposante des grandes tables de grès, séparées par des supports de même nature, autant de chambres sépulcrales sous forme de dolmens, semblables, du reste, à celles qui se rencontrent, à la grosseur près des matériaux, dans les tombelles de la Scandinavie; mais avec cette différence remarquable, à signaler peut-être pour la première fois, qu'à Meudon les pierres ont été placées au fond d'une tranchée. Si l'on n'y a pas rencontré de vases entiers comme ailleurs, la raison en est toute simple: c'est qu'ils ont été brisés, aussi bien qu'une foule d'os, par les terres qui, à la longue, ont pénétré de toute part dans les cryptes, malgré les pierres plates qui paraissent avoir été dressées tout autour du monument pour prévenir cet accident. Au reste, même association de haches, de dards en silex, etc. Cependant nous ne voudrions pas nier que, tout à fait dans l'origine, ce monument n'ait pas servi à des sacrifices humains; nous sommes encore portés à le croire, en attendant qu'un examen plus approfondi de la surface des pierres vienne également résoudre cette question délicate. Quant aux nombreux ossemens d'animaux, notamment de bœuf et de porc, qui s'y sont rencontrés pêle-mêle, nous nous abstiendrons également de décider si ces animaux, et autres, ont été plutôt l'objet de sacrifices que celui de la nourriture des habitans. Cependant, si nous avions à émettre notre avis à ce sujet, nous inclinerions pour la seconde hypothèse, en ayant égard surtout au grand nombre de pierres calcinées en tous sens dont les Celtes ont bien pu faire usage pour cuire des animaux entiers, à la manière des sauvages de la mer du Sud. A moins enfin de considérer ces pierres comme des pierres votives, nous pourrions encore y avoir recours pour expliquer la présence de charbons, de cendres et la carbonisation, sans doute accidentelle, de quelques ossemens d'hommes et d'animaux. Quelle que soit, au reste, l'explication dont ce monument sera susceptible, les objets qui y ont été trouvés n'en seront pas moins du plus haut intérêt pour la science. »

D'après la description qui précède, nul doute, ce me semble, ne peut être élevé sur l'origine celtique du monument de Meudon, ni sur celle des ossemens humains qu'il recouvrait ou dont il était environné. L'anthropologie possède donc un champ de recherches aussi nouveau que fécond pour déterminer la constitution physique des anciens Gaulois, et la comparer à celle des habitans présens

se trouve alors dans les mêmes conditions que la rétine dans les cas de cataracte et d'opacité de la cornée, la faculté de voir persistant, bien que les moyens par lesquels elle se manifeste soient détruits.

RELATION D'UN CAS DE PERFORATION DE L'APPENDICE VERMIFORME DU CŒCUM, AVEC UN ABCÈS ET PÉRITONITE; par H. PATERSON.

Ce fait est un exemple fort remarquable de ces cas de perforation de l'appendice qui ont été signalés en si grand nombre depuis quelques années par la presse médicale et qui, malgré le soin avec lequel ils ont été le plus souvent rapportés, n'ont cependant pas encore suffisamment occupé l'attention des praticiens sur leur fréquence, sur les conditions dans lesquelles ils se présentent et spécialement sur le mécanisme de la perforation dans la plupart de ces cas. Le fait rapporté dans cette communication est celui d'une jeune fille qui, au milieu de la plus belle santé, fut prise d'une légère douleur dans l'hypochondre droit, laquelle augmenta en descendant dans la fosse iliaque droite, avec fièvre et sensation d'une tumeur circonscrite, puis distincte dans la région cœcale. Sous l'influence d'un vésicatoire appliqué sur ce point et d'un traitement par le mercure, elle allait beaucoup mieux et était regardée comme en complète convalescence, quand le douzième jour elle fut prise des symptômes les plus graves d'une péritonite par perforation terminée le lendemain par la mort. A l'autopsie, on trouva, outre une grande quantité de pus dans l'abdomen et des adhérences récentes entre les intestins, les traces circulaires d'une cavité placée entre le cœcum et la paroi antérieure de l'abdomen et qui semblait avoir contenu du pus depuis plusieurs jours. On rencontra aussi une petite concrétion, d'apparence terreuse, mais qui en réalité était composée de poils agglutinés et de mucus, près de l'appendice du cœcum qui lui-même offrait à son extrémité une petite ouverture par laquelle la pression sur le cœcum déterminait la sortie de bulles d'air. Tout le tissu cellulaire qui entoure le cœcum et l'appendice vermiforme était enflammé et infiltré. Cette communication est terminée par une intéressante discussion entre deux médecins qui avaient suivi la malade sur la cause première du développement de ces accidens mortels et dont l'un la trouverait dans l'abcès dont on a observé les traces en avant du cœcum lequel abcès en s'ouvrant dans l'abdomen aurait déterminé une péritonite générale; tandis que pour le second la cause première aurait été l'existence du corps étranger indiqué dans l'appendice vermiforme et dont la pression aurait amené successivement l'irritation, l'inflammation, l'ulcération, et enfin la perforation de la partie des tissus de l'appendice avec lesquels il était en contact, et par suite le passage du corps étranger dans l'abdomen avec le pus, puis la péritonite et la mort.

Cette dernière opinion nous paraît la plus probable; elle est d'accord avec un grand nombre de faits analogues. Nous dirons avant de terminer que l'on a appris depuis la mort de cette jeune fille qu'elle avait depuis deux ans l'habitude de se rendre chaque jour à la vacherie où elle prenait du lait chaud et non passé, et que c'est à cette dernière circonstance que l'on a attribué l'accumulation du poil qui constituait le corps étranger.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'ULCÉRATION PHAGÉDÉNIQUE, CONSIDÉRÉE DANS SES FORMES PRIMITIVE ET SECONDAIRE; par M. EGAN.

C'est de l'ulcération phagédénique vénérienne qu'il est ici question. Quoique les règles thérapeutiques que propose l'auteur n'offrent rien de bien absolument nouveau, nous les transcrivons cependant sans hésiter, d'abord parce qu'elles émanent d'un homme qui a vu des malades, multiplié les essais et qui n'a conclu que d'après l'expérience, puis parce que des usages contraires à ceux-ci et souvent pernicieux pour les praticiens sont encore en vigueur dans beaucoup de nos hôpitaux, et qu'on ne saurait trop multiplier les bons exemples dans une question qui touche de si près à la santé publique.

Le mercure est tout à fait nuisible dans les ulcérations phagédéniques. Voilà le premier principe que pose l'auteur, et quoiqu'il ne l'exprime qu'avec certaines restrictions commandées par la prudence, on reconnaît aisément à son langage que, pour lui, cette règle ne souffre que de bien rares exceptions. Quelques chirurgiens donnent cet agent quand il n'y a ni inflammation locale, ni troubles généraux; d'autres le réservent pour les cas où nul autre remède n'a pu arrêter les progrès de l'ulcération; quelques-uns enfin ne l'emploient que si l'ulcère prend un caractère indolent. Mais, ajoute M. Egan, les cas où il est réellement utile sont bien peu nombreux; et, pour moi, ce n'est jamais qu'en tremblant que j'ai recours au mercure, même après que tous les autres médicamens ont échoué.

Dans les ulcères phagédéniques il faut d'abord calmer l'irritation, ce qui s'obtient, selon l'état des forces, ou à l'aide des évacuations sanguines ou par l'administration du tartre stibié à doses réfractées. Souvent même la constitution des malades est tellement affaiblie qu'on ose à peine user de ce dernier moyen. On doit alors donner l'opium soit uni à l'émétique, soit sous forme de chlorhydrate de morphine en pilules.

Une pratique qui a constamment réussi à l'auteur (et nous joignons ici notre adhésion à ses conseils, sauf de bien rares exceptions), c'est la cautérisation répétée des ulcérations avec l'acide nitrique. On réitère ces attouchemens jusqu'à ce qu'on ait obtenu une surface nette et de bonne apparence. Après l'application du caustique, il recouvre les parties d'un cataplasme chaud. Ce topique soulage sur le moment les malades; continué ensuite, il favorise les granulations et provoque la cicatrisation.

Quant aux médicamens à donner à l'intérieur simultanément, c'est, dans le principe, une décoction de salsepareille additionnée d'acide nitrique dilué; plus tard, l'iodure de potassium qui paraît avoir une action marquée sur cette forme d'ulcération. Ceci, du reste, ne doit pas nous surprendre quand nous réfléchissons, d'une part, que ce médicament a pour effet ordinaire d'augmenter l'énergie vitale, de donner au pouls de la force et de la plénitude, de provoquer l'appétit et de faciliter la digestion, et, d'autre part, que les chancres phagédéniques s'observent de préférence chez les sujets affaiblis et irritables en même temps. M. Egan donne d'abord l'iodure de potassium en trois prises par jour, chacune de 25 centigr. Plus tard, il les porte jusqu'à 50 centigr., quantité qu'il est rarement obligé de dépasser. Ici encore nous ne pouvons que rendre hommage à la sagesse de ces vues; et nous pensons, comme lui, que ces doses modérées suffisent en général aux besoins de la pratique. Ce n'est pas que, dans l'occasion, nous craignions d'outre-passer cette mesure; mais nous ne le faisons que si la maladie oppose une ténacité invincible à

---

de la Gaule.

Pour le moment, je n'ai pu m'occuper au château de Meudon qu'à débrouiller cet amas d'ossemens. Dans les huit séances que j'y ai consacrées, secondé des deux aides de ma chaire au Muséum, MM. Jacquart et Biscard, ainsi que de M. Robert, j'ai pu constater les faits qui suivent:

1° J'ai reconnu que ces os ont appartenu aux deux types de la race gauloise, au type gall et au type kimry.

2° J'ai constaté sur la fouille du monument que ces deux types occupaient des rangs différens. Le type gall était situé plus profondément, tandis que le type kimry paraissait placé plus superficiellement. Cette remarque est générale; car on l'a apporté aucun ordre dans l'enlèvement des ossemens.

3° Mais ce qui est indépendant de la main des hommes, c'est la coloration différente que les os présentent. Les uns sont d'un gris ardoisé, dû peut-être à la combinaison d'une partie de manganèse; les autres sont d'un jaune paille, tirant un peu sur la terre d'Egypte.

4° Les os gris ardoisé appartiennent plus spécialement au type gall, qui est le plus nombreux. Les os colorés en jaune correspondent plus particulièrement au type kimry. Jusqu'à ce moment, je n'ai pas reconnu ce dernier type dans les os ardoisés.

5° Quelques fragmens de crâne ont une épaisseur bien supérieure à l'épaisseur ordinaire. Je rapporte tous ceux qui m'ont offert cette particularité au type gall; jusqu'à présent, le type kimry ne me l'a point offerte.

6° J'ai rencontré des os d'âges divers; les plus jeunes me paraissent avoir appartenu à des enfans de trois ou quatre ans. Plusieurs maxillaires plus âgés offrent les dents de la première et de la seconde dentition. Nous n'avons trouvé aucun os de fœtus à terme ou d'embryon, quoique nous en ayons fait une recherche spéciale.

7° Les os de femme sont nombreux; je n'ai rencontré de sacrum entiers que ceux qui appartiennent à ce sexe.

8° Il y a à Meudon cinq crânes bien conservés. Parmi eux sont deux crânes de femme du type gall, un d'homme; les deux autres appartiennent au type kimry; l'un a appartenu à un homme, l'autre à une femme.

9° J'ai dit, en commençant cette note, que j'avais l'espoir de pouvoir reconstruire en grande partie deux ou trois squelettes entiers. Voici où nous en sommes à ce sujet: il y a, 1° un crâne de femme gall avec son bassin assez bien conservé, ainsi que les vertèbres lombaires. Il y a, de plus, le sternum, des côtes et le fémur droit. Un examen plus attentif nous fera retrouver peut-être ce qui manque, soit dans les ossemens de Meudon, soit dans ceux que possèdent MM. Robert et Dupotet; 2° nous avons distingué du type kimry, un crâne d'homme à peu près complet, le plus grand nombre des vertèbres, la partie supérieure du sternum, les clavicules et une partie du scapulum, les os coxaux en fragmens avec des cavités cotyloïdes d'une grandeur peu commune, un fémur ayant 47 centimètres de longueur, un tibia correspondant; nous avons réuni les os des pieds moins les dernières phalanges qui, peut-être, ont appartenu à ce type. Nous croyons avoir reconnu le sacrum dans les ossemens que possède M. Robert; 3° nous avons retrouvé également un bassin de femme kimry dont l'étendue des diamètres surpasse de beaucoup l'étendue de ceux du bassin de la femme du type gall.

des doses moindres; et nous n'exposons jamais les malades, par trop de précipitation, à des accidens gastriques, lesquels n'ont ordinairement rien de grave, mais qui peuvent leur rendre ensuite impossible l'usage du seul médicament capable de les guérir.

RECHERCHES SUR LE DIAGNOSTIC ET LA PATHOLOGIE DES MALADIES THORACIQUES ET SPÉCIALEMENT DE L'EMPYÈME; par le docteur MAC DONNELL.

Déjà dans un article publié antérieurement dans le même journal, l'auteur a établi plusieurs faits importans relativement au diagnostic de l'empyème qui est si fréquemment confondu avec différentes affections chroniques de la poitrine et qui reposaient sur neuf observations, dont trois lui étaient propres, tandis que les six autres lui avaient été communiquées par d'autres praticiens. Parmi ces conclusions, l'une des plus importantes à notre avis et qui ne nous paraît telle que parce qu'elle avait rapport à une question pathologique trop souvent méconnue ou négligée depuis que la pathologie a disparu, pour un grand nombre d'entre nous, devant les sciences physico-chimiques, était la suivante. « L'expectoration purulente dans l'empyème, quoiqu'accompagnée de fréquence du pouls, de transpiration, d'amaigrissement et des autres symptômes d'étisie, n'est pas précédée d'un abcès suite de pneumonie ou de tubercule, à moins qu'elle ne soit accompagnée des signes physiques de ces lésions; dans le cas contraire, on doit la regarder comme le résultat d'un effort de la constitution pour se débarrasser d'une vaste collection de pus par l'un des émonctoires ordinaires. »

Cette proposition, qui reposait déjà sur l'historique détaillé de huit cas rapportés dans le premier mémoire, reçoit un nouvel appui d'un neuvième fait publié dans cette seconde communication et que nous allons analyser; car les observations de ce genre ont pour effet principal, en éclairant sur la vraie nature des phénomène observés, d'autoriser le praticien à employer des moyens qu'il repousserait bien loin s'il était assuré que l'expectoration purulente abondante se liât à la présence de produits tuberculeux.

OBS. — Anne M'Callogh, âgée de 15 ans, délicate, est admise à l'hôpital Meath le 5 mars 1844. Elle dit avoir joui d'une parfaite santé jusqu'à l'âge de 13 ans, époque où elle fut prise d'une fièvre dont elle ne se rétablit que lentement; elle était cependant assez bien lorsque trois mois avant son admission elle fut prise, après s'être exposée à un froid humide, de douleur dans le côté gauche, augmentant par l'inspiration, avec oppression, toux sèche et fatigante et impossibilité de se coucher dans une autre position que sur le côté gauche. D'abord la toux était suivie d'une expectoration peu abondante et spumeuse; mais quelques jours avant d'entrer à l'hôpital les crachats devinrent abondans, purulens et d'une fétidité extrême et tous ces symptômes persistaient au moment de son entrée, avec cette circonstance particulière qu'à la suite de chaque accès de toux la fétidité de la respiration était bien plus prononcée. La malade, couchée sur le côté gauche, éprouve peu d'oppression quoiqu'offrant 40 respirations par minute. Le pouls est à 112; les bruits du cœur sont normaux et cet organe est à sa place habituelle. Amaigrissement notable, insomnie avec sueurs nocturnes; continuation de l'appétit, mais avec des vomissemens provoqués par la toux et surtout par la fétidité des crachats. La poitrine est bien conformée; la région sous-claviculaire n'offre pas d'atrophie; les espaces intercostaux à égale distance des deux côtés n'offrent rien d'anormal; aucune différence dans la vibration de la voix des deux côtés où on l'entend très peu. Le côté gauche mesure a un quart de pouce de plus que le côté opposé. Dans tout le poumon droit le bruit respiratoire est pur, bruyant, sans râle; il en est de même de la partie supérieure du poumon gauche, à l'exception cependant d'une portion répondant au bord inférieur de la clavicule et à la fosse sus-épineuse où l'on trouve du râle muqueux, mais rien qui ressemble à la pectoriloquie, ni à la crépitation ni à l'absence du bruit respiratoire; les mêmes altérations s'étendaient sous l'aisselle; le foie ne paraît pas hypertrophié. La malade se plaint de la pression exercée. (Ventouses et vésicatoires sur le côté malade; à l'intérieur, combinaison de digitale et de muriate d'ammoniaque.)

Le 14 mars, la matité a notablement diminué et la respiration bronchique qui était survenue dans les premiers jours du traitement faisait déjà place au bruit vésiculaire; sur tout le reste du poumon, la respiration était forte et puérile. La toux continuait et s'accompagnait d'une expectoration purulente montant à environ 200 gram. en 24 heures. Le pouls était à 112; la respiration à 48; les sueurs nocturnes diminuaient; le poumon gauche offrait un demi-pouce de moins en circonférence que le droit, d'où résultait une diminution de trois quarts de pouce.

Le 30 mars, il y a une amélioration notable, bien que les sueurs continuent et que le pouls reste très fréquent. Les crachats continuent àprésenter les caractères de purulence et de fétidité, mais sont moins abondans et mêlés d'une plus grande quantité de mucus; la salivation est établie depuis le 24. Un seul jour l'expectoration fut extrêmement fétide et d'une couleur foncée due au mélange d'une certaine quantité de sang avec le pus; et à partir de ce moment, on entendit un bruit de frottement ou de cuir neuf vers la racine du poumon et qui ne dura que deux ou trois jours, sans aucune aggravation des autres phénomènes morbides. La matité a considérablement diminué, mais non disparu complètement, et on entend dans tout le poumon gauche le bruit respiratoire fort et sans mélange d'aucun râle. La malade reste encore plusieurs semaines à l'hôpital, et pendant ce temps le pouls et la respiration perdent toute fréquence extraordinaire; les sueurs, l'expectoration et la douleur de côté ont complètement disparu; elle a même repris des forces et de l'embonpoint, et elle sort guérie sans qu'on ait constaté, malgré un examen attentif et journalier, aucun signe de production tuberculeuse.

Forcée de se livrer aussitôt après sa sortie de l'hôpital à de rudes travaux, cette fille fut obligée à la fin de rentrer à l'hôpital où elle reprit immédiatement de la chair et des forces et est même conservée comme blanchisseuse à l'hôpital. Le 24 août 1844, examinée avec soin par toutes les méthodes, l'auscultation, la percussion et la mensuration, on ne trouve chez elle aucune trace de lésion, mais bien tous les indices d'une santé complètement rétablie.

Nous ne pouvons reproduire ici tous les développemens dans lesquels entre M. Mac Donnell sur cette intéressante observation. Mais l'analyse exacte, bien que rapide, que nous venons de présenter des faits principaux, suffira pour faire reconnaître l'exactitude du diagnostic et les différentes phases qu'a suivies cette longue maladie, surtout pendant le traitement. Citons cependant quelques réflexions de l'auteur qui nous semblent propres à jeter un nouveau jour sur cette question.

Dans ce cas, comme dans plusieurs de ceux du premier travail, l'auteur a remarqué que les râles à grosses bulles n'avaient été entendus que dans le poumon du côté malade, et se demande si on ne doit pas en induire que, dans ces cas, c'est la muqueuse bronchique du poumon malade qui est chargée de la sécrétion supplémentaire. De l'absence aussi de tout signe de phlogose de la muqueuse bronchique dans les mêmes cas, il fait encore remarquer que, quelle que soit l'influence qui fasse éliminer de la plèvre, par la sécrétion de la muqueuse des bronches, ces grandes collections de pus, l'inflammation n'en est point l'élément nécessaire; car, dans aucun des cas de ce genre qu'il a observés, il n'a remarqué les caractères de ce travail morbide, bien que, dans quelques-uns, le pus fût non seulement abondant, mais encore d'une fétidité excessive.

La fétidité de l'expectoration et même de l'air expiré est une circon-

---

10° Parmi les os dont se compose la main, nous avons retrouvé en grand nombre ceux des phalanges; ceux du carpe sont très rares, particulièrement ceux de la première rangée. Nous n'avons rencontré ni le pyramidal, ni le pisiforme, ni l'unciforme.

11° Les côtes sont en grand nombre, mais la plupart en fragmens; un examen attentif nous permettra cependant de distinguer celles qui ont appartenu à des hommes ou à des femmes.

12° Les maxillaires et les dents sont en grand nombre également, et dans un état de conservation qui pourra donner lieu à des inductions utiles sur les substances dont nos ancêtres se nourrissaient.

On sait que G. Zimmerman a attribué principalement à la nourriture animale la force des anciens Germains signalée par Pomponius, Tacite et César: l'usure des dents de nos Gaulois porterait à croire qu'ils se nourrissaient souvent de substances végétales, dures et difficiles à broyer. Les empreintes des insertions des muscles ptérigoïdiens appuient cette assertion; et ce qui lui donne une certaine valeur, c'est que ces maxillaires paraissent avoir appartenu à des hommes très vigoureux.

Nous bornerons là nos premières observations sur l'ostéographie des anciens Gaulois. Bien des aperçus d'un autre ordre se sont présentés à notre esprit à mesure que ces crânes, ces bassins, ces maxillaires, et les autres parties du squelette passaient dans nos mains; mais nous attendrons, avant de les émettre, que nous ayons pu en faire, dans nos laboratoires, au Muséum, une étude plus approfondie et comparative. »

— DE LA FOLIE CONSIDÉRÉE SOUS LE POINT DE VUE PATHOLOGIQUE, PHILOSOPHIQUE, HISTORIQUE ET JUDICIAIRE, DEPUIS LA RENAISSANCE DES SCIENCES EN EUROPE JUSQU'AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE; description des grandes épidémies de délire simple ou compliqué qui ont atteint les populations d'autrefois et régné dans les monastères; exposé des condamnations auxquelles la folie méconnue a souvent donné lieu; par le docteur L.-F. CALMEIL, médecin de la maison des aliénés de Charenton, membre de la Légion-d'Honneur. — 1845. 2 vol. in-8°. Prix: 14 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17;

Et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— DES CHANGEMENS DANS LE CLIMAT DE LA FRANCE, HISTOIRE DE SES RÉVOLUTIONS MÉTÉOROLOGIQUES; par le docteur FUSTER. — 1845. Prix: 8 f.

Paris, chez Capelle, libraire-éditeur, 10, rue des Grès-Sorbonne.

— ERRATUM. On a mis par erreur, dans le compte-rendu de l'Académie des sciences du dernier numéro, le titre: *Absorption des médicamens* en tête du rapport de M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire. Ce rapport doit avoir pour titre: *Instruction pour un voyage au Brésil.*

stance fort remarquable dans les cas d'empyème guérie après l'élimination supplémentaire du pus par le canal des bronches, et a dû faire craindre, dans certains cas, la complication de la gangrène pulmonaire. Mais, outre les conditions propres aux sujets affectés de cette dernière maladie et qu'on ne peut confondre avec celles des individus attaqués d'empyème, il y a encore d'autres différences entre la fétidité dans ces deux cas. Bien que très prononcée dans l'empyème, elle n'apparaît pas avec la même rapidité que dans la gangrène, et n'est ni précédée ni suivie de ces abondantes hémoptysies qui annoncent et accompagnent si fréquemment la gangrène des poumons. La production de cette fétidité qui ne peut plus être expliquée d'après le principe applicable à la gangrène du poumon tiendrait à ce qu'une certaine quantité de pus et d'air occupant les petites bronches et les cellules aériennes et n'ayant qu'une communication imparfaite avec l'air atmosphérique, en raison de l'affaissement des gros tuyaux bronchiques par la compression qu'exerce sur le poumon le fluide de l'empyème, cet air et ce pus agiraient chimiquement l'un sur l'autre et produiraient une décomposition qui donne lieu à l'odeur insupportable que présentent le pus et l'air expiré. Un fait observé chez le sujet de l'observation précédente et chez quelques autres malades affectés comme elle d'empyème vient à l'appui de cette explication, c'est que l'air expiré n'était pas fétide pendant la respiration ordinaire, mais le devenait aussitôt après la toux, probablement parce que, dans ces cas, l'air renfermé dans les tubes les plus éloignés, et le plus vicié, était chassé par la violence de la toux.

CAS DE RENVERSEMENT CHRONIQUE DE L'UTÉRUS TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LA LIGATURE; par M. M'CLINTOCK.

OBS. — Mary Byrne, âgée de 24 ans, entra à l'hôpital le 30 août 1844. Accouchée d'un second enfant cinq ans auparavant, elle sentit dix ou douze heures après la délivrance une tumeur sortir par le vagin. Elle la réduisit immédiatement. Pendant plusieurs semaines qu'elle passa ensuite au lit, le même accident survint souvent, et elle y remédia toujours aisément de la même manière. Quand elle put reprendre ses occupations, elle commença à éprouver des pertes de sang par le vagin. Depuis lors, et pendant près de cinq ans, ces pertes reparurent tous les quatre à cinq jours, quelquefois modérées, mais parfois très abondantes surtout quand elle avait fatigué ou lorsque l'époque de ses règles était arrivée.

Lorsque la malade entra à l'hôpital, elle était pâle, mais sans émaciation; le pouls faible et dépressible n'était toutefois pas beaucoup plus accéléré qu'à l'état normal. Quand elle faisait quelque effort, elle sentait dans le vagin la présence d'une tumeur. En examinant la partie, on découvrit une tumeur arrondie autour de laquelle le doigt pouvait librement être porté. Sa partie supérieure, moins volumineuse que l'inférieure, était entourée par le col utérin. Une sonde, passée entre le museau de tanche et le pédicule de la tumeur, était bientôt arrêtée sans pouvoir pénétrer plus avant. Cette tumeur était insensible à une pression douce; il n'y avait quelque douleur de produite que si on la pressait plus rudement. Sa surface était rouge foncée, avait un aspect rugueux, un peu villeux, et le sang suintait de points nombreux.

Cette femme avait été envoyée de son pays comme atteinte de procidence de matrice; mais d'après les symptômes indiqués plus haut, on conclut qu'il s'agissait d'un renversement partiel de l'utérus, et qu'il y avait lieu d'en faire l'extirpation.

Le 18 septembre, M. Johnson appliqua en ligature autour du col de la tumeur un fort fil de ligne à pêcher. Après qu'elle eut été serrée, la malade se plaignit de douleur dans le dos et il coula un peu de sang par le vagin. Dans l'après-midi, elle se plaignit tellement de mal d'estomac et de souffrance dans le dos et dans la région de la matrice qu'on dut relâcher la ligature, ce qui amena un grand soulagement.

Le lendemain soir, il fallut encore la relâcher parce que les nausées et les douleurs dans le bas-ventre avaient continué. L'écoulement devint fétide dès le lendemain de l'opération. Ce même jour, le pouls devint un peu fréquent, et, le soir, il y eut un léger frisson.

Depuis lors, le même état continua seulement à des degrés variables. Le pouls fut toujours entre 100 et 120, mais sans autre signe d'inflammation. La sensibilité à l'hypogastre continua, mais sans s'étendre au-delà du point qu'elle avait d'abord envahi : les plus fortes douleurs siégeaient aux lombes et au sacrum, et quelques jours avant la chute de la ligature, elles étaient devenues intolérables. L'écoulement était devenu âcre et irritant. Pour calmer ces symptômes, on enleva la canule le onzième jour, laissant le fil dans le sillon qu'il s'était creusé.

Le dix-huitième jour, on trouva que le pédicule de la tumeur était divisé plus d'à moitié.

Le vingt-huitième, M. Johnson coupa avec le bistouri la petite partie qui restait comprise dans la ligature. L'extraction de la tumeur présenta quelques difficultés soit en raison de son volume, soit à cause de la grande sensibilité du vagin. A partir du moment où elle fut terminée, les accidens diminuèrent rapidement. L'examen des parties, fait trois semaines après l'ablation de l'utérus, montra le col un peu ouvert et semblable à ce qu'il est huit jours après l'accouchement.

Vingt-six jours après la sortie de la tumeur, la malade voulut quitter l'hôpital.

Le 27 novembre, M. le docteur West qui l'avait vue chez elle écrivit qu'elle jouissait d'une santé parfaite, ne se plaignant plus que d'un peu de faiblesse dans le dos.

—L'opération dont ce cas offre un nouvel exemple a été jugée très sévèrement par la plupart de nos classiques. Boyer la repousse très catégoriquement (v. t. x, p. 510); M. Cazeaux semble aussi partager cet avis, quand il dit à propos des tentatives faites pour réduire le renversement de matrice : « Lorsqu'elles n'ont pas réussi, la malade est condamnée à garder toute sa vie cette dégoûtante infirmité. » (TRAITÉ DES ACCOUCH., p. 536.) Il est cependant positif que la ligature ne mérite pas, à la rigueur, une désapprobation aussi absolue. Pratiquée par Bardol, par Petit, elle l'a aussi été sans accidens par M. Portal dans un cas que nous avons rapporté nous-mêmes (voy. GAZ. MÉD., 1841, p. 267). Malgré ces motifs d'encouragement, nous ne saurions trop vivement blâmer le chirurgien d'avoir, dans le cas ci-dessus, décidé et pratiqué la ligature sans tenter préalablement la réduction. Les exemples de réduction heureusement obtenue au bout de six mois et de huit ans, par Delabarre et par Baudelocque, devraient être toujours présens à l'esprit des chirurgiens. Essayer d'abord la réduction est le premier devoir du praticien dans ces cas; devoir d'autant plus impérieux que l'unique danger de ces tentatives est leur non réussite, et qu'un échec n'aggrave pas plus l'état de la malade qu'il ne compromet le succès de la ligature, si celle-ci doit enfin être pratiquée en désespoir de cause.

OBSERVATIONS SUR L'ACTION ET L'EMPLOI EXTERNE DE L'ACONIT; par le docteur R. EADES.

Quelques expériences sur des animaux et deux cas de névralgie guéris par l'emploi de l'aconit à l'extérieur, tels sont les faits sur lesquels l'auteur de cette communication appuie les conclusions que nous allons reproduire, après avoir pourtant critiqué avec justesse l'idée vague qui se rattache à l'expression de *narcotique*, et l'insuffisance de la plupart des classifications des substances que l'on désigne sous ce nom. Il range, avec M. Pereira, parmi les médicamens *cérébro-spinaux*, c'est-à-dire parmi ceux qui ont pour effet primitif et spécifique de troubler les fonctions des nerfs cérébro-spinaux, classe à laquelle appartiennent tous les agens qui déterminent le sommeil, l'insensibilité, les perceptions, les jugemens, les positions erronées ou le délire, le coma, la stupeur, la paralysie, les convulsions, etc. Quant à l'action propre de l'aconit, elle se montrerait dans tous les cas comme paralysant les nerfs du sentiment sans amener ni stupeur, ni convulsions, et ses effets sur l'économie animale seraient les suivans : affaiblissement, incertitude de la station, insensibilité de la surface croissant graduellement, faiblesse des muscles volontaires augmentant lentement et finissant par la paralysie, ralentissement prononcé du pouls, diminution de la vue plus ou moins complète et quelques mouvemens convulsifs au moment de la mort seulement et non constamment, et dans les cas même où l'on observe ces derniers, ils ne paraissent être que le résultat de la cessation de la circulation cérébrale.

Employé à l'extérieur, l'aconit a réussi à l'auteur dans plusieurs cas de névralgie superficielle. Voici la formule qu'il prescrit :

Prenez : Teinture d'aconit...... 16 grammes.
Eau de rose........ 120 —
M. s.

Entretenir sur la partie douloureuse un linge imbibé du mélange.

Parmi les différentes préparations d'aconit, c'est à la teinture et à l'extrait alcoolique de racine que M. Eades donne la préférence, attribuant un grand nombre des insuccès dont se plaignent souvent les praticiens dans les cas où ils emploient l'aconit à l'infidélité de la plupart des autres préparations. On peut se former une opinion assez exacte de la force de cette préparation par le sentiment de picotement qu'elle produit sur les lèvres et par le degré et la durée de l'engourdissement qu'elle y détermine.

CAS RARES, SUIVIS DE RÉFLEXIONS; par le docteur BYRON.

OBSERVATIONS D'APOPLEXIE PULMONAIRE.

Ce travail d'un intérêt tout pratique, mais dans lequel cependant l'auteur fait preuve de connaissances bien avancées en anatomie pathologique, est d'un grand intérêt que nous regrettons de ne pouvoir reproduire complètement; car l'apoplexie pulmonaire, malgré que les cas en soient beaucoup moins rares qu'on ne le pense communément, est une des maladies dont on s'est le moins occupé depuis quelques années et paraîtrait, de l'avis de la plupart, n'avoir fait aucun progrès depuis les travaux Laënnec. Bien plus même la science aurait rétrogradé sur ce point si l'opinion d'un anatomiste contemporain sur la constance des rapports entre l'hémoptysie et la production tuberculeuse n'eût été démentie par des observations

plus exactes; car aujourd'hui on reconnaît que l'hémorragie pulmonaire dont l'hémoptysie et l'apoplexie pulmonaire ne sont que des variétés et fréquemment une seule variété peut exister et existe souvent sans se lier nécessairement à l'existence de tubercules ou d'autres lésions organiques de quelque organe thoracique et conséquemment doit être considérée par le praticien non plus comme un symptôme nécessaire, dépendant d'une cause au-dessus des ressources de l'art et qu'il serait presque inutile de combattre, mais bien comme une maladie réelle et que dans beaucoup de cas le vrai praticien peut combattre avec succès. Telle est aujourd'hui l'opinion des hommes les plus avancés; telle est aussi celle du docteur Byron, qui a recueilli dans sa pratique un nombre assez considérable de cas d'apoplexie pulmonaire pour pouvoir en tracer une histoire générale. Suivons-le dans cette étude toute pratique.

Les divers cas de cette maladie rencontrés par l'auteur n'ayant pu se ranger dans la classification proposée jusqu'ici, il les a distribués en quatre ordres différens qu'il désigne sous le nom d'apoplexie pulmonaire sthénique, asthénique, congestive simple et cataleptique. Le nom donné aux deux premières espèces suffit pour faire connaître les cas qu'elles comprennent. La première assez fréquente chez les jeunes sujets doit être traitée par les saignées, les purgatifs, les vésicatoires et peut-être aussi les émétiques. L'auteur, comme tous les médecins anglais, a une grande confiance dans l'emploi du mercure comme altérant dans le cas où, après l'emploi convenable du traitement actif, il reste encore sur un point du poumon de l'inflammation, ou de la congestion, ou de l'apoplexie. Le cas qu'il rapporte à cette occasion avec l'autopsie est un très bon exemple de cette forme et prouve, comme beaucoup d'autres, ce qui cependant a été nié que l'apoplexie pulmonaire est fréquemment précédée ou compliquée par l'hémoptysie.

L'*apoplexie asthénique* ne survient que chez les sujets affaiblis et offre un des nombreux exemples des cas où le sang, bien qu'en petite quantité dans toute l'économie, afflue cependant d'une manière remarquable sur un point particulier et où l'on voit en même temps deux états opposés, plénitude et débilité, condition féconde en accidens et dont le résultat, lorsqu'elle n'est pas combattu d'une manière convenable, est le plus souvent funeste. Au nombre des apoplexies de cette classe, l'auteur rapporte celle que l'on trouve dans les dernières périodes de la fièvre jaune, de la fièvre typhoïde, ce qui lui a valu si malencontreusement le nom de pneumonie typhoïde, et enfin toutes les congestions locales causées par l'inanition, les pertes de sang excessives et les autres pertes par les intestins, l'utérus et les bronches. L'auteur, avant de rapporter les cas particuliers de cette forme, emprunte au docteur Cheyne un exemple remarquable où la maladie, après avoir été sthénique, a passé à l'état asthénique, augmentant en intensité à mesure qu'elle avançait et offrant un cas remarquable de l'accroissement de la susceptibilité nerveuse qui, après avoir été la conséquence ou l'effet de la maladie sthénique, est devenue la cause de l'apoplexie asthénique. Dans cette forme sur laquelle il nous est inutile de nous étendre davantage, le traitement offre bien plus de difficultés, car il doit presque varier avec chaque cas, et l'auteur se bornant à critiquer les médications employées en Angleterre et qui diffèrent notablement de celles dont on use en France, nous nous bornerons à dire qu'il condamne tous les moyens évacuans et débilitans, qu'il doute de l'utilité des contro-stimulans vantés dans ces cas, même lorsqu'ils sont alliés à l'opium suivant la méthode anglaise, se bornant à recommander les lavemens opiacés combinés avec le traitement par les sels conseillés par le docteur Bright.

La troisième forme, *apoplexie pulmonaire congestive*, s'observe ordinairement chez les individus qui ont passé l'âge moyen de la vie, chez ceux qui ont été plus ou moins fatigués par le travail, l'intempérance ou l'inspiration d'un air humide ou mêlé de gaz nuisibles, et surtout chez ceux qui font succéder une vie de repos mal ordonnée à une vie très active et très occupée; le traitement doit varier nécessairement suivant les conditions; la maladie ne se liant jamais ni à une excitation générale prononcée, ni à une débilitation réelle, mais dans des conditions qui favorisent les congestions passives.

Apoplexie pulmonaire cataleptique. Les anciens nosographes avaient admis une *apoplexie cérébrale cataleptique*; mais personne n'avait encore probablement rattaché, comme le fait ici le docteur Byron, la catalepsie à l'apoplexie pulmonaire dans le rapport de cause à effet. Deux cas d'hémoptysie avec quelques-uns des signes de l'apoplexie pulmonaire survenus chez deux jeunes filles à la suite d'attaques de catalepsie sont cités ici à l'appui de cette opinion. La dernière des conclusions suivantes par lesquelles nous terminerons cette analyse fera connaître le point de vue physiologique d'où M. Byron a été amené à admettre cette ingénieuse hypothèse.

1° L'hémoptysie et l'apoplexie pulmonaire ou toutes les deux peuvent survenir indépendamment de toute autre lésion organique dans les poumons ou dans aucun organe, et bien que les exemples de guérison dans ces conditions soient rares, ils ne le sont cependant pas encore assez pour empêcher que l'on doive établir un système de médication particulière pour chacune des variétés.

2° L'hémoptysie complique rarement la forme asthénique de l'apoplexie pulmonaire, tandis que ce symptôme est très fréquent dans la forme sthénique.

3° Pendant que l'apoplexie sthénique paraît dépendre de la turgescence des troncs et des grosses branches de l'appareil sanguin pulmonaire, les capillaires sont, au contraire, seuls et le plus souvent compromis dans la variété asthénique.

4° La sensation de chaleur, de formication qui existe le plus souvent dans l'apoplexie pulmonaire sthénique, est aussi uniformément observée dans l'espèce asthénique.

5° Plus les conditions d'une apoplexie sont sthéniques, moins elle semble être sous l'influence du système nerveux, et *vice versâ*; la variété asthénique de cette maladie paraît, à l'exceptinn peut-être des cas de débilité extrême, être singulièrement modifiée par l'influence mystérieuse de ce système.

6° Il est difficile de limiter exactement la part d'influence qu'exerce le système nerveux sur la production de l'apoplexie pulmonaire cataleptique; mais il est certain que la force de l'habitude que prennent les désordres de ce genre et les accidens évidens auxquels cet état de congestion des vaisseaux expose l'estomac, le cerveau et les poumons ne permettent pas de méconnaître le danger qui menace des deux côtés et de négliger les congestions qui se forment dans les cas de catalepsie, d'hivernation ou d'extase mesmérique et qu'il est urgent de faire disparaître aussitôt qu'il est possible.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE.

COMPOSITION DU LAIT.

M. Dumas lit la première partie d'un important travail qu'il vient d'entreprendre sur la constitution chimique du lait. Ce savant chimiste a observé que le lait des animaux herbivores renferme toujours les quatre ordres de matières qui font partie de leurs alimens, savoir : les matières albuminoïdes représentées par le caséum, les matières grasses représentées par le beurre, les matières sucrées représentées par le sucre de lait; et enfin les sels de diverse nature qui existent dans tous les tissus de ces animaux.

Dans le lait des carnivores, l'un de ces principes disparaît complètement, c'est le sucre de lait, et il ne reste que les matières albuminoïdes grasses et salines qui forment la constitution générale de la viande. Toutefois, il suffit d'ajouter du pain à leurs alimens pour que le sucre de lait apparaisse en proportion plus ou moins grande, de telle sorte que la production de ce principe est entièrement liée à l'existence de la fécule dans les alimens.

M. Dumas a suivi les variations survenues dans les principes constituans du lait et dans leurs proportions relatives en expérimentant sur le lait d'un même animal soumis à des régimes d'alimentation différens, et qui l'auraient rapproché alternativement de l'herbivore et du carnivore. Il a fait ces expériences sur des chiennes.

L'examen comparé des analyses montre que la proportion de caséum, de même que la proportion de beurre diminue lorsqu'on fait succéder l'alimentation au pain à l'alimentation à la viande. Le sucre de lait, qui n'avait pu être mis en évidence lorsque l'animal ne recevait pas de fécule au nombre de ses alimens, apparaît au contraire nettement lorsque le principe amylacé prédomine dans l'alimentation.

Bien que les analyses auxquelles M. Dumas s'est livré ne lui aient jamais fait découvrir du sucre lorsque les alimens ingérés ne contenaient pas de fécule, il ne se croit pas néanmoins, à raison de la difficulté même de ces expériences, suffisamment autorisé à conclure d'une manière rigoureuse l'impossibilité de la formation du sucre de lait dans cette circonstance, et il se propose de reprendre une nouvelle série d'expériences dans cette direction; mais il croit pouvoir conclure avec certitude, de ses recherches, que le lait de chienne peut contenir du sucre de lait identique avec celui du lait des herbivores, quoique toujours en moindre proportion.

La présence du sucre de lait paraît liée à la présence du pain dans les alimens de l'animal.

L'alimentation à la viande pure donne un lait dans lequel l'analyse n'a pas permis jusqu'ici de découvrir le sucre de lait.

Si ces résultats sont confirmés par de nouvelles recherches, dit M. Dumas, on arrivera à reconnaître quelque différence importante dans la nature des principes du lait dans une femelle herbivore soumise à une alimentation insuffisante, circonstance où elle se rapproche d'une femelle carnivore.

Enfin, M. Dumas signale comme un des résultats nouveaux auxquels ont con-

duit ces analyses l'existence d'une membrane caséeuse autour des globules butyreux.

TRAITEMENT DU CANCER.

M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse un mémoire intitulé: De l'application de la méthode anaplastique au traitement du cancer. Il rapporte l'observation d'un cancer du genou, vainement combattu à sept reprises différentes par l'instrument tranchant combiné à divers modes de cautérisation, et dont il a obtenu la guérison en se servant d'un large lambeau anaplastique emprunté aux téguments de la jambe et mis en rapport avec la plaie résultant d'une dernière ablation du cancer. La relation de cette observation est accompagnée de considérations nouvelles sur la nature intime du cancer et sur les caractères microscopiques des globules cancéreux dont l'auteur a déjà fait l'objet d'un mémoire précédemment communiqué à l'Académie.

RESPIRATION DE L'HOMME.

M. Vierordt, médecin à Carlsruhe (duché de Bade), communique les résultats de recherches expérimentales qu'il a entreprises sur lui-même concernant la respiration de l'homme et principalement la quantité d'acide carbonique exhalé dans les diverses situations de l'état de santé de l'homme.

Voici quelques-uns des principaux résultats qu'il fait connaître:

Les fonctions respiratoires varient beaucoup dans les différens instans du jour, selon les divers états où l'homme se trouve. Ainsi, par exemple, on remarque une augmentation dans la fréquence des expirations après le repas; l'auteur évalue cette augmentation à 1,72 expirations par minute, le nombre moyen des expirations étant de 14.

La proportion de l'acide carbonique expiré diminue presque à l'instant, dès qu'on a bu quelque liqueur spiritueuse, et cette diminution dure environ deux heures.

Pendant les mouvemens modérés du corps, l'expiration de l'acide carbonique est au moins un tiers plus grande que dans l'état de repos.

La température croissante de l'air diminue le besoin de respirer d'une manière très frappante. Les effets de la pression atmosphérique sont moins grands que ceux de la température de l'air; cependant, l'influence de la pression sur la respiration est bien sensible. Ainsi, l'élévation du baromètre de 6 lignes augmente le nombre des expirations dans une minute de 0,74.

L'auteur insiste surtout sur l'influence que les mouvemens respiratoires exercent sur l'exhalation de l'acide carbonique, condition indispensable de la connaissance des lois d'après lesquelles s'effectue le changement des gaz entre le sang et l'air contenus dans les poumons. La grandeur des mouvemens respiratoires exerce, suivant lui, une influence très remarquable sur la quantité d'acide carbonique contenu dans l'air expiré, ce qu'il démontre par des chiffres représentant les moyennes d'un grand nombre d'expériences.

La conclusion la plus générale que l'auteur déduit de son travail, c'est que les phénomènes de la respiration doivent être réduits à l'équilibre entre les gaz contenus dans le tissu des organes, dans le sang, dans les poumons et dans l'atmosphère ambiante.

CONSERVATION DES SUBSTANCES ANIMALES.

M. A. Bobierre adresse une note relative à de nouveaux procédés de conservation des substances animales. Il présente ces procédés comme applicables à l'embaumement, à la préparation des pièces anatomiques et à la conservation des objets d'histoire naturelle. La substance principale dont se sert M. Bobierre est l'esprit de bois (hy-hydrate de méthylène) dans lequel il fait dissoudre une certaine quantité de camphre. Son procédé d'embaumement consiste: 1° à pousser une injection par la carotide au moyen de la liqueur indiquée; 2° à recouvrir le corps de deux rouches de vernis; 3° à l'entourer de bandelettes de plomb, de bandelettes agglutinatives, et enfin à le vernir une dernière fois; 4° à l'introduire dans un cercueil de plomb où l'on place un bocal imparfaitement bouché et contenant du sulfite de soude.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE, VICE-PRÉSIDENT.

CORRESPONDANCE.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

A l'occasion de la reproduction récente à l'Académie de l'hypothèse qui attribue au froid humide l'origine des fièvres paludéennes, M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles, adresse la communication suivante:

Lorsque l'on reproduit l'hypothèse qui attribue au froid humide, au froid, au chaud, l'origine des fièvres intermittentes, endémiques ou épidémiques, il est évident que l'on perd de vue plusieurs faits de géographie médicale, qui ne laissent aucune prise à cette opinion.

Ainsi, en suivant les maladies paludéennes dans le temps et dans l'espace, des pôles à l'équateur, des régions élevées au niveau de la mer, ou dans l'évolution annuelle, de l'hiver à l'été, on les voit revêtir successivement les types intermittent, rémittent et continu, ou échanger leur forme fébrile contre les formes larvée ou dysentérique, et *vice versâ*.

Cette évolution des types, métamorphose de formes, qui parlent si haut en faveur de l'identité d'origine et de nature, la théorie de l'*intoxication* que je crois avoir formulée, les explique tout naturellement; l'hypothèse du froid humide, du froid, du chaud, n'y comprend rien.

J'ai vu un grand nombre de militaires venant *en santé* des marais de la Corse, de la Morée, de l'Algérie, du Sénégal, présenter des fièvres pernicieuses trois mois, et des fièvres paludéennes simples dix-huit mois après leur débarquement à Marseille.

Le froid humide, le froid, le chaud qui étaient quelquefois l'occasion de ces manifestations paludéennes, insolites pour Marseille, produisaient chez l'habitant ou dans les régimens venus de Lyon ou d'Avignon, des maladies inflammatoires, des rhumatismes, devenaient même parfois l'*occasion* de fièvres typhoïdes; mais quant à produire chez ces derniers des accidens à cachet marécageux.... jamais!

En juillet 1834, 800 militaires embarqués sur trois navires quittent Bone en santé. Les passagers de deux des navires débarquent à Marseille sans un seul malade. Par contre, de 120 militaires embarqués sur le bâtiment sarde l'*Argo*, 13 hommes succombent et sont jetés à la mer; 98 arrivent au lazaret de Marseille avec des fièvres pernicieuses d'un caractère effrayant; enfin, 9 militaires qui avaient pu *acheter* de l'eau aux matelots sardes, ainsi que tous ces derniers, débarquent en pleine santé.

111 militaires avaient bu de l'eau puisée dans un marais près de Bone et embarquée avec précipitation au moment d'appareiller; 9 militaires et les matelots avaient bu de l'eau pure, composant la provision particulière de l'équipage.

Ce fait me rappelle l'épidémie de fièvre jaune qui, en 1778, au rapport de Rochard, médecin du roi à Pondichéry, atteignit en pleine mer les deux tiers des hommes de l'équipage *La Consolante*. Cette frégate avait fait relâche à San-Yago du cap Vert où elle n'avait pu remplir ses tonneaux que d'une eau saumâtre. « La preuve, dit Rochard, que l'eau fut la seule cause de la maladie, c'est que les personnes composant la table du capitaine, et qui avaient à elles des jarres remplies d'eau d'Europe, en furent préservées. » (Rochard, Programme d'un cours de mal. épidém.)

Tout récemment les eaux de Trou-Salé sont dirigées sur un des quartiers de Versailles, et une dysenterie grave avec paroxysmes périodiques s'y déclare. Les habitans des autres quartiers, les buveurs de vin ou d'eau de Seine sont épargnés. On court à Trou-Salé, et l'on trouve.... des pêcheurs qui, usant de leur droit, remuaient avec leurs filets les vases de l'étang. Défense leur est faite de continuer; l'eau des étangs d'ailleurs est remplacée par l'eau de Seine; la dysenterie cesse.

Je livre ces faits à la méditation de ceux qui, en opposition avec la théorie de l'intoxication, pourraient conserver quelque propension en faveur de l'hypothèse du froid humide. Inutile, je pense, de rappeler ici et la coïncidence des fièvres intermittentes avec la saison de l'année où le froid humide est le moins prononcé, et l'immunité des marins subissant l'influence isolée du froid humide de la pleine mer.

Ce n'est pas l'existence, c'est la nature du miasme qui reste entourée d'obscurité; toutefois, il faut bien reconnaître qu'en ce qui regarde cette dernière peut-être a-t-on jusqu'ici un peu trop négligé l'examen du règne organique spécial dont le sol à *Malaria* favorise le développement. A l'appui de mon opinion, je me bornerai à rappeler pour le moment ces animalcules infusoires *vivans*, découverts, à 20 pieds au-dessus du pavé de Berlin, par le professeur Ehrenberg, et retrouvés avec leur carapace siliceuse par ce savant dans la poussière que les vents transportent jusqu'aux îles du cap Vert. Enfin, si l'autorité d'un grand nom doit ajouter à la valeur d'une proposition, je suis heureux de pouvoir invoquer aujourd'hui le nom imposant de l'auteur du Kosmos (1).

—M. Velpeau annonce à l'Académie que le monstre de La Châtre dont il l'a entretenue il y a environ six semaines est en ce moment dans les bureaux de l'Académie, où les membres désireux de l'examiner pourront le voir. Il prie à cette occasion l'Académie d'accepter sa démission de membre de la commission, remplissant déjà cette fonction pour le même objet auprès de l'Académie des sciences. (La démission de M. Velpeau est acceptée.)

M. le Président propose de remplacer M. Velpeau par M. Castel.

M. Nacquart exprime le désir que la commission soit portée à cinq membres. (Appuyé.)

M. le Président: La proposition de M. Nacquart étant appuyée, le bureau prie MM. Laugier et Virey de se joindre à la commission.

LUXATION DES POIGNETS.

M. Bégin lit un rapport sur plusieurs observations relatives à divers sujets de chirurgie, communiquées à l'Académie par M. Bouygues. L'une de ces observations est relative à un cas de fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus, compliquant une luxation du coude. Les autres sont désignées sous le titre de: Luxation du poignet (il s'agit de luxations en arrière).

Le rapporteur, après avoir sommairement analysé le premier fait, s'étend longuement sur l'objet de la deuxième partie de ce travail, et se livre à cette occasion à un examen complet de la question des luxations du poignet en arrière dont il conteste l'existence. Il conclut de cet examen que les faits que M. Bouygues a présentés comme des cas de luxation étaient des cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Le rapporteur propose pour conclusion d'adresser une lettre de remerciment à l'auteur et de déposer son mémoire aux archives.

(1) A von Humboldt, Kosmos Entwurf einer physischen Weltbeschreibung. B. I. Stuttgart, 1845, p. 334. — Combien n'est-il pas à regretter que la traduction de cette grandiose et majestueuse production éprouve tant de retard!

M. Velpeau : Il me semble avoir entendu dire par M. Bégin que le diagnostic des fractures de l'apophyse coronoïde était impossible.

M. Bégin : Je n'ai pas dit que ce diagnostic fût impossible, mais difficile dans les conditions particulières que j'ai déterminées.

M. Velpeau : Je ne crois même pas que ce diagnostic soit très difficile. Il n'y a pas très longtemps, il est vrai, que l'attention des chirurgiens a été appelée sur ces sortes de fractures; elles ont été signalées et très bien étudiées, il y a environ une douzaine d'années, par M. Bérard, à qui nous devons les connaissances actuelles sur ce sujet. J'en ai vu deux exemples depuis; il en existe quelques autres dans la science; et j'ai pu me convaincre par moi-même qu'on pouvait les reconnaître assez facilement aux caractères que leur a assignés notre collègue.

Quant à ce qui concerne les observations présentées comme des exemples de luxations du poignet, je crois qu'il importe de fixer une bonne fois l'attention des praticiens sur ces prétendues luxations, qui ne sont en réalité autre chose que des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Ce serait d'autant plus important qu'il est très commun de voir commettre une erreur semblable. Ainsi, dans le cas cité par l'auteur du mémoire, tous les signes qu'il indique comme ceux d'une luxation sont justement ceux de la fracture. Je ne crois pas qu'il existe un seul cas authentique de luxation du poignet en arrière sans qu'il y eût en même temps fracture; je n'en connais pas du moins un seul exemple. Ainsi, il faut qu'il soit bien établi que tous les cas donnés comme des luxations du poignet sont des cas de fracture.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

—M. Dupuy termine la lecture qu'il avait commencée dans la dernière séance. Nous en avons fait connaître l'objet principal.

HYDARTHROSE SCAPULO-HUMÉRALE, TRAITÉE PAR L'INJECTION IODÉE.

Sous ce titre, M. le docteur Jules Roux, professeur d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine navale de Toulon, lit un mémoire dont voici le résumé.

L'histoire de l'hydarthrose paraît à l'auteur avoir été écrite sur l'ensemble des caractères fournis par l'hydropisie des articulations ginglymodales et coudyliennes, sans qu'on ait beaucoup tenu compte de ceux appartenant aux épanchements séreux des articulations orbiculaires ou arthrodiales; d'où il est résulté que quelques traits généraux manquent au tableau de cette affection. En preuve de sa proposition, il cite les ouvrages de pathologie et les mémoires spéciaux de Boyer, Dupuytren, Roche, Sanson, Brodie et de MM. Velpeau, Blandin, J. Cloquet, Bérard, Vidal (de Cassis), Lesauvage, Fabre, Bonnet (de Lyon), etc., etc., qui ont toujours pris pour type de leurs descriptions l'hydarthrose du genou, en ne faisant qu'indiquer celles de l'épaule et de la hanche. Celles-ci ont cependant des caractères spéciaux, tels que l'allongement extra-capsulaire, que les synoviales envoient aux tendons de certains muscles; la distension des muscles qui les recouvrent; leur flaccidité après l'évacuation du liquide épanché; l'action de ceux-ci sur la direction que prennent les membres; enfin leur inaptitude à se contracter régulièrement. Cette omission lui paraît si absolue dans les ouvrages de pathologie, que dans son Traité des maladies des articulations, publié en 1845, M. Bonnet ne dit rien de cet état des muscles et des phénomènes qui en dépendent. Omission comparable, aux yeux de M. Jules Roux, à celle que commettrait l'auteur qui, ayant à traiter de l'hydropisie ascite, garderait le silence sur l'état des muscles des parois abdominales, et sur tout ce qui se rattache à leur distension et à leur relâchement. L'auteur établit ensuite par des faits tirés de sa pratique et d'autres empruntés à divers mémoires, la réalité des phénomènes propres aux hydarthroses orbiculaires, et termine cette première partie de son travail par les conclusions suivantes : 1° dans les hydarthroses énarthrodiales le liquide épanché distend non seulement la séreuse articulaire, mais encore ses expansions extra-capsulaires; 2° dans l'hydarthrose coxo-fémorale, c'est à l'extérieur de l'articulation en haut et en dehors que la fluctuation doit être perçue d'abord avec le plus de facilité; 3° l'hydarthrose peut affecter isolément les expansions extra-articulaires des synoviales; 4° enfin, dans les hydarthroses énarthrodiales surtout, les muscles éprouvent des altérations d'où peuvent en partie dépendre l'allongement des expansions extra-capsulaires, la direction que prend le membre affecté et la difficulté ou l'impossibilité des mouvemens.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. le docteur Jules Roux passe en revue les moyens curatifs que la science possédait contre l'hydarthrose avant 1838 et ceux qui ont été proposés depuis cette époque. Il établit ensuite que par les saignées, les sangsues, les ventouses, les vésicatoires, les cautères, la cautérisation transcurrente, les bains, les douches, les purgatifs, les sudorifiques, la compression, etc., etc., les chirurgiens guérissaient autrefois certaines hydropisies articulaires comme on en guérit encore de nos jours, surtout par l'emploi de larges vésicatoires, comme le veut M. Velpeau; mais que l'écueil, c'est la cure des hydarthroses chroniques qui sont si souvent rebelles. M. le docteur Gimelle a proposé l'émétique et il a signalé de nombreux succès; méthode précieuse, si, comme l'indique son auteur, elle triomphe de toutes les hydropisies articulaires quels qu'en soient la cause, la nature et le siége.

M. Jules Guérin a proposé le premier la ponction par la méthode sous-cutanée, l'évacuation du liquide et les scarifications des surfaces séreuses. M. Goyrand, d'Aix, ponctionne la séreuse par la même méthode et laisse le liquide s'épancher dans le tissu cellulaire; il exerce ensuite la compression sur l'articulation malade. Dans ces derniers temps, M. Mueller a reproduit le séton et cite dix cas de succès par son emploi.

MM. Jobert, Velpeau, Bonnet, ont injecté divers liquides dans les cavités articulaires; M. Jobert, de l'eau d'orge alcoolisée, MM. Velpeau et Bonnet, de la teinture d'iode pure ou étendue d'eau; MM. Velpeau et Bonnet ont enregistré leurs opérations et leurs succès; le premier dans son beau travail sur les cavités closes; le second dans son Traité des maladies des articulations.

Cependant, bien que les injections iodées comptent des guérisons, M. Malgaigne ne partage pas, sur leur innocuité, le sentiment de M. Velpeau; il pense qu'elles peuvent produire l'inflammation des séreuses articulaires et la suppuration, surtout quand on laisse une certaine quantité de liquide dans l'articulation. L'observation qui termine le mémoire de M. Jules Roux, en faisant connaître un nouveau succès des injections iodées, donne cependant une nouvelle valeur aux assertions de M. Malgaigne.

Cette observation a trait à un cultivateur des environs de Toulon qui, sujet à des rhumatismes, a été atteint d'une hydarthrose scapulo-humérale très volumineuse qui avait résisté à tous les traitemens. M. J. Roux ayant reconnu que la maladie affectait non seulement la séreuse articulaire, mais encore les trois expansions extra-articulaires qu'elle envoie aux tendons de la longue portion du biceps brachial, du sous-épineux et du sous-scapulaire, fit, en présence de MM. Aubert et Levilaire, premier et second médecins en chef de la marine, une ponction sous-cutanée dans la fosse sous-épineuse gauche, avec l'instrument et par la méthode de M. J. Guérin, retira 500 grammes de synovie, et exerça une compression exacte durant quinze jours. Cette opération si simple ne produisit aucun accident, mais resta sans résultats heureux, car l'hydarthrose se reproduisit aussi volumineuse qu'avant. Alors M. Jules Roux pratiqua une seconde ponction sous-cutanée, évacua le liquide articulaire et injecta de l'eau iodée dans les proportions indiquées par M. Velpeau. Il y eut pendant trente-six heures de vives douleurs dans l'articulation malade, de l'insomnie, de l'agitation, de la fièvre. Des cataplasmes émolliens calment cet état. Mais les jours suivans une inflammation phlegmoneuse se développe dans la fosse sous-épineuse, dans le creux axillaire et au-dessus du tendon du muscle deltoïde. Trois incisions donnent issue à un fluide séreux mêlé de pus, de sang et de flocons albumineux. Après un mois, ces plaies se cicatrisèrent; mais bientôt une nouvelle inflammation survint dans les même points et nécessita encore trois incisions qui apportèrent toujours du soulagement au malade. Enfin, des sangsues et ensuite un vésicatoire furent appliqués sur le moignon de l'épaule. L'auteur fait remarquer que probablement l'inflammation suppurative n'a jamais atteint la séreuse articulaire, qu'elle est restée circonscrite dans ses trois expansions extra-capsulaires, qu'un fluide plastique avait séparé l'articulation de ses prolongemens. D'ailleurs le malade a fini par guérir, non seulement sans ankylose, mais en conservant presque tous les mouvemens du bras.

Nous aurons l'occasion de donner dans son entier ce travail intéressant qui nous paraît devoir ajouter une page à l'histoire de l'hydarthrose en général et un fait précieux à celle de l'hydarthrose scapulo-humérale en particulier.

(Commissaires : MM. Espiaud, Baffos et Velpeau.)

La séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR LES SONDES A COURBURE COURTE ET BRUSQUE, ET SUR LEUR UTILITÉ POUR EXPLORER LE COL DE LA VESSIE ET PRATIQUER LE CATHÉTÉRISME; par le docteur L.-Aug. Mercier.

Le sujet de ce travail n'est, à vrai dire, qu'un débat personnel; mais qu'on ne s'en effraie pas trop : il s'y rattache des questions scientifiques et pratiques aussi importantes que peu connues, et ce sont celles-là surtout qu'il appartient à la presse périodique d'élucider et de répandre.

Il y a plusieurs années déjà que j'adressais à M. Leroy-d'Etiolles quelques réclamations auxquelles il ne répondait pas. Comme il vient de rompre ce silence dans son livre Sur les angusties de l'urèthre d'abord, et ensuite dans la Gazette médicale du 30 août dernier, je puis enfin juger de la valeur de ses prétentions.

Je lui dois avant tout une amende honorable : il a véritablement le mérite d'avoir imaginé la sonde à double rotation. Toutefois, je crois avoir démontré qu'en l'appliquant à la mensuration du diamètre transversal des tumeurs prostatiques, il en faisait un emploi vicieux, par la raison que la même tumeur peut donner aux branches de cette sonde des degrés d'écartement très variables suivant qu'elle se trouve saisie près de leur extrémité ou près de leur jonction (Recher. sur les malad. urin., etc., p. 370.) L'instrument dont il est question dans ma lettre à l'Institut avait une destination toute différente : l'expérience dira s'il doit avoir un autre sort que le *requiescat* auquel M. Leroy le condamne. En tout cas, il reposera en nombreuse compagnie, grâce surtout à mon imaginatif confrère.

J'arrive au sujet principal des réclamations de M. Leroy.

Il commence par dire qu'il n'y a pas vingt ans que l'on a senti les avantages des sondes à courbure plus courte que celle des algalies ordinaires pour explorer la vessie, et il se partage cet honneur avec M. Heurteloup. A cet égard, il est dans l'erreur; car, vers la fin du dix-septième siècle, Tolet avait déjà signalé l'utilité de ces sondes (De la lithoto-

mie, ch. x), et ses remarques sur ce point de pratique ont été reproduites et appuyées par Deschamps (De la taille, t. i).

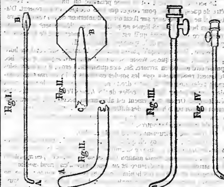
Je n'ai pas hésité, M. Leroy-d'Etiolles en convient lui-même, à parler de ce qu'il a appelé sa *sonde à courbure courte et brusque;* mais lui, de son côté, ne devrait pas oublier qu'il donnait un bec de cette sonde 17 ou 18 lignes de longueur et qu'il lui faisait faire un angle de 45° avec le prolongement idéal de la tige (voir son Traité de lithotripsie, p. 34, 1836); tandis que le bec de la mienne n'a que 6 à 8 lignes (1) et que son angle, mesuré comme le fait M. Leroy, est de 75°. Ainsi donc, n'est-il pas évident, comme je le lui ai déjà fait observer que sa sonde à courbure courte et brusque ressemble bien plus aux algalies ordinaires que la mienne ne ressemble à la sienne?

Admettons d'ailleurs pour un instant que ma sonde à petite courbure ressemble à celle de M. Leroy; s'en suivrait-il qu'il aurait le droit de l'appliquer au diagnostic des affections du col de la vessie *sans daigner me citer*, comme il l'a fait? nullement; car sa sonde, il ne l'a imaginée que pour favoriser la recherche des calculs vésicaux, ce en quoi il n'a fait ni plus ni moins que Tolet et Deschamps; tandis que moi j'ai imaginé la mienne pour reconnaître les déformations du col de la vessie. Or, si j'étais parvenu à ce but à l'aide des algalies évacuatoires dont l'inventeur se perd dans la nuit des temps, est-ce à cet auteur inconnu qu'il faudrait rapporter le mérite de ce diagnostic? est-ce à celui qui, le premier, a fait faire une pince à trois branches qu'on doit rapporter la découverte de la lithotritie?

Ainsi, même dans son hypothèse, les prétentions de M. Leroy ne seraient pas fondées.

« Mais, dit-il, avant que M. Mercier ne fût né scientifiquement, *avant tout autre*, j'avais conçu l'idée d'explorer le col de la vessie et les saillies de la prostate (Des angusties, etc., p. 286). »Voilà, il faut l'avouer, une singulière assurance. Est-ce que tous les chirurgiens qui ont précédé M. Leroy, est-ce qu'A. Ferri lui-même (De caruncula in collo vesicæ, etc., 1553), J.-L. Petit et tant d'autres n'ont pas eu la même idée? S'ils ne sont arrivés à rien de précis, c'est qu'ils employaient des moyens trop imparfaits. Que M. Leroy ait fait mieux qu'eux à l'aide de sa *sonde à inclinaison* (2), il ne m'a pas répugné de le dire, ainsi que le témoigne la phrase suivante: « M. Leroy imagina un instrument fort ingénieux qui remplissait plusieurs indications. » (Arch. de méd., juin 1839.) L'expression *fort ingénieux* ne paraîtra même pas tout à fait dénée de courtoisie, lorsqu'on saura que l'instrument en question ne peut être que d'une utilité fort restreinte et que sa construction repose sur le même principe que la sonde à redresser imaginée par MM. Meyrieu et Tanchou.

Il est vrai que M. Leroy prétend aujourd'hui n'avoir jamais conseillé et employé sa sonde à inclinaison *qu'exceptionnellement* pour reconnaître les tumeurs de la prostate, qu'il faisait ses premières explorations avec une sonde à petite courbure et qu'il n'emploie le plus souvent la sonde à inclinaison que comme sonde à petite courbure. Mais ce n'est là qu'une assertion dont je n'ai nulle part trouvé la preuve, ni dans les publications de M. Leroy-d'Etiolles, ni dans les comptes-rendus des Académies auxquelles il a présenté sa sonde à inclinaison. Il n'est pas probable cependant que les rédacteurs de ces comptes-rendus auraient passé la règle sous silence pour ne parler que de l'exception. Or M. Leroy-d'Etiolles a écrit lui-même quelque part que les titres imprimés peuvent seuls faire foi dans toute contestation de priorité, et il n'en présente aucun. Il assure (Des angusties, p. 287) que c'est avec une sonde à petite courbure qu'il explora le col de la vessie chez un sujet dont l'observation, recueillie par un certain M. M..., se trouve dans la Gazette médicale de 1832; mais, dans l'observation à laquelle ce passage se rapporte, il n'est question ni de sonde à petite courbure, ni même de sonde à inclinaison (3). Comme M. Leroy n'a pas reproduit, dans sa dernière publication, cette citation dont la date serait décisive si elle était exacte, j'aime à croire qu'il n'a commis ici qu'un acte d'inadvertance, et que c'est encore par la même raison qu'il m'a fait dire qu'il a modifié la courbure de sa sonde à inclinaison, tandis que je n'ai jamais parlé que de sa sonde à courbure courte et brusque. J'ai dit effectivement que de la sonde dont il donne la figure en 1840 diffère complètement de celle qu'il avait décrite et figurée en 1836, et il était d'autant plus difficile de se tromper sur le sens de mes paroles que j'ai reproduit ses deux dessins et les ai mis en regard (Recherches sur les mal. urin., etc., p. 368). Je vais les donner encore ici ainsi que ceux de ma sonde coudée.



La fig. I donne l'ensemble de ma sonde, et les fig. II représentent son bec et sa plaque, avec leur grandeur et leur forme réelles. L'invention de cette sonde date du commencement de 1836. La fig. III a été calquée sur le dessin donné par M. Leroy en 1836, et la fig. IV n'a été donnée par lui qu'en 1840. On voit que celle-ci ressemble plus à la mienne par le bec qu'à la sonde primitive; car, si son bec avait 17 ou 18 lignes, sa tige aurait au moins 18 pouces (1 mèt. 50 centim.).

Ainsi donc, il est constant: 1° que les avantages des sondes à petit bec ont été sentis et exposés bien avant MM. Heurtelonp et Leroy-d'Etiolles; 2° que leurs sondes ne ressemblent pas à la mienne; 3° enfin, qu'ils ne se servaient de la leur que pour reconnaître les calculs vésicaux, tandis que j'ai imaginé la mienne principalement pour le diagnostic des affections de la prostate et du col de la vessie.

Mais cessons cette discussion de priorité qui n'intéresse que nous, pour aborder les questions véritablement utiles, celles qui intéressent à la fois la science, les malades et les praticiens.

Quatre instrumens sont en ce moment proposés pour le diagnostic des déformations du col de la vessie. De ces quatre, quel est le meilleur? Voilà ce qu'il importe surtout de rechercher.

Le premier, la sonde à inclinaison, doit être mis de côté, pour cinq raisons principales: 1° il est trop compliqué; 2° si son bec n'est pas suffisamment recourbé, cette sonde éprouve les mêmes difficultés qu'une droite ou presque droite pour entrer dans la vessie, quand, ce qui arrive fréquemment, le bord postérieur de l'orifice vésico-uréthral fait une saillie en avant; et si, au contraire, son extrémité vésicale est suffisamment recourbée, elle forme une espèce de ∾ quand sa portion mobile a été renversée en arrière, et alors le bec devient non seulement inutile, mais encore nuisible. En effet, qu'on ait affaire à une vessie petite, contractée; que ce bec aille heurter contre quelques colonnes charnues qu'on rencontre si souvent alors; que, dans le bas-fond, se trouve un calcul qui l'occupe en entier, l'instrument ne pourra décrire les arcs de cercle nécessaires, ou du moins il donnera de fausses sensations au chirurgien et causera de vives souffrances au malade. C'est par inadvertance, sans aucun doute, que M. Leroy dit avoir imaginé la sonde à inclinaison pour les cas où la vessie est très resserrée; 3° cette sonde ne peut tout au plus que faire reconnaître les tumeurs du bord postérieur du col de la vessie, elle ne peut pas plus qu'une algalie ordinaire servir à diagnostiquer les valvules et les tumeurs du centre de la région prostatique; 4° sa portion renversée est trop longue pour que, tournée en avant, elle puisse descendre avec aisance jusqu'au bord antérieur du col. Elle ne peut, par conséquent, faire reconnaître les tumeurs qui avoisinent ce bord, ni permettre de comparer l'élévation de ce bord avec celle du bord postérieur;

(1) Je conserve ces expressions que nous avons employées en 1836 pour éviter toute chicane inutile. M. Leroy aurait mieux fait d'en agir ainsi que de traduire mes 6 à 8 lignes par 19 millim. et ses 17 ou 18 lignes par 34 millim. (Des angusties, etc., p. 288).

(2) Cet instrument ne diffère pas des algalies ordinaires; seulement son bec est un peu moins long, et, en deçà de sa courbure, se trouve une articulation qui permet de renverser sa portion vésicale en arrière lorsque celle-ci a pénétré dans la vessie.

(3) Dans son traité, M. Leroy a rapporté par erreur cette observation à 1835. Dans les réflexions qui l'accompagnent, il est à remarquer que le rédacteur dit que le diagnostic des tumeurs prostatiques est *d'ordinaire très obscur*, sans parler du procédé que M. Leroy prétend avoir mis en usage. Il n'en est pas plus question dans deux observations insérées dans la Gazette médicale de 1835.

5° enfin, que le col de la vessie soit ulcéré, fongueux, les inégalités inséparables d'une charnière dont les pièces ne sont plus en rapport exact quand on a opéré *l'inclinaison* ou renversement nécessaire, peuvent déterminer de la douleur ou une hémorrhagie pendant qu'on exécute des mouvemens de rotation. Ne se pourrait-il pas en outre que des graviers vinssent à s'introduire entre les pièces et à empêcher le jeu, de manière à ce qu'on ne pût plus retirer l'instrument sans blesser le malade?

Mais cette sonde donne-t-elle des notions que ma sonde condée ne puisse fournir? M. Leroy le dit; mais je regrette qu'il ne les ait pas exposées.

Le second intrument est la sonde primitive du même auteur. Peut-il être de quelque utilité pour l'objet qui nous occupe? très rarement. D'abord il ne peut éclairer sur l'état du bord antérieur du col vésical, parce que son bec de 17 à 18 lignes ne peut que très difficilement être amené près de ce bord, arrêté qu'il est par la paroi antérieure de la vessie et par la face postérieure de la symphyse pubienne (1).

Ensuite, il est rare qu'il puisse éclairer davantage sur l'état du bord postérieur, parce que la vessie est souvent trop étroite pour que ce bec puisse être tourné en arrière. Si, à ce que dit M. Leroy, il y a des vessies tellement resserrées « que les sondes courbées à 18 *millimètres* seulement d'élévation sur la partie droite ne peuvent exécuter de mouvement de rotation autour du col, » celles de 18 *lignes* l'exécuteront-elles plus facilement? Or ce mouvement est absolument nécessaire; car ce n'est qu'en comparant la hauteur des différens points de l'orifice vésico-urétral qu'on est en état de juger si un point quelconque de sa circonférence fait plus de saillie que les autres.

Le troisième instrument est ma sonde condée.

Et d'abord, M. Leroy dit qu'elle a un vice radical, celui de ne pouvoir être introduite à cause de sa courbure brusque (DES ANGUSTIES, etc., p. 289). Après une condamnation si brièvement motivée, j'en appellerai tout simplement à l'expérience et au témoignage d'un grand nombre de chirurgiens et d'élèves des hôpitaux qui ont essayé ma sonde: je ne me cite pas; car quoique je l'aie assurément employée, soit dans les hôpitaux, soit en ville, plus de 3000 fois depuis dix ans que je l'ai inventée, M. Leroy espère que je me convaincrai de l'impossibilité de l'introduire « lorsque les occasions de l'appliquer se présenteront à moi en plus grand nombre (GAZ. MÉD. 1825, p. 553). » Cependant, en attendant ces occasions, ces révélations d'une expérience moins restreinte, procédons par hypothèse et cherchons à apprécier l'importance des difficultés que M. Leroy paraît avoir si souvent éprouvées.

Il convient que quand la prostate n'est pas hypertrophiée, l'urèthre laisse cheminer la sonde coudée; ne parlons donc pas de ces cas. « Mais il n'en est plus de même, dit-il, quand la prostate est engorgée et que son tissu induré rend rigide toute la portion du canal qu'elle entoure (GAZ. MÉD., *ibid.*) » Je suis fâché que M. Leroy oublie ainsi les enseignemens des sa vaste expérience; car certainement elle doit lui avoir appris qu'à mesure que la prostate s'engorge, la portion de l'urèthre qui la traverse augmente de largeur précisément dans le sens antero-postérieur ou pubio-rectal, de telle sorte que ce diamètre arrive fréquemment à 20, 25 et même plus de 30 millimètres (voir mes RECH. SUR LES MAL. URIN. 1re part. ch. 1 et 2e part. ch. v). Rien de plus facile en conséquence que de comprendre la pénétration d'une sonde dont le bec n'excède jamais 16 ou 17 millim. de longueur. Bien plus, j'ai vu quelquefois des personnes peu expérimentées faire exécuter à ma sonde, sans grande difficulté, un tour complet dans la région prostatique, croyant être dans la vessie.

Mais ce n'est pas tout: M. Leroy semble croire que je ne pousse le bec de ma sonde vers la vessie que quand j'ai abaissé sa tige dans l'axe du tronc, de sorte que « la portion courbe se présente presque transversalement, écartant d'avant en arrière de toute la longueur de la partie condée, c'est-à-dire de 8 lignes, les parois du canal. » C'est là une grave erreur. « Si l'on se contentait, ai-je dit, d'abaisser le pavillon, le bec, qui est très court, irait immédiatement arcbouter contre la paroi pubienne de la portion membraneuse; si, au contraire, on se contentait de pousser suivant l'axe de la tige, le talon se trouverait arrêté par la paroi postérieure. C'est donc d'une habile combinaison du mouvement d'abaissement avec celui d'impulsion que dépend le succès... Dans quelques cas, au lieu de combiner ces mouvemens, je me suis bien trouvé de les exécuter alternativement (RECH. SUR LES MAL. URIN., p. 316). » Il est évident que tant que la tige de l'instrument sera oblique par rapport à l'axe du tronc, la portion recourbée sera oblique par rapport à la partie ascendante de l'urèthre, et que si nous supposons le bec et le talon compris entre deux lignes parallèles à l'axe du canal, celles-ci seront d'autant plus rapprochées que la portion recourbée sera plus oblique. C'est ce que j'avais, ce me semble, assez clairement expliqué (*Ibid.*, p. 365). L'objection de M. Leroy porte donc complètement à faux; nous verrons même plus loin qu'il est des cas nombreux où ma sonde vaut mieux que toute autre pour pénétrer dans la vessie; mais je ne la considère pour le moment que comme moyen de diagnostic.

Comme telle, elle fournit assurément toutes les indications désirables.

La facilité avec laquelle elle traverse la région prostatique nous donne jusqu'à un certain point la mesure de l'engorgement des lobes latéraux de la prostate, puisque le diamètre recto-pubien de cette région est d'autant plus grand que ces lobes sont plus volumineux.

Si, en traversant cette même région du périnée vers la vessie on de la vessie vers le périnée, on appuie le talon de l'instrument contre la paroi rectale de l'urèthre et que le pavillon s'incline soit à droite, soit à gauche, on en conclut que le lobe gauche de la prostate dans le premier cas, et le droit dans le second, forme une tumeur qui repousse le canal urinaire, et, par suite, le bec de la sonde du côté opposé.

Si, près d'entrer dans la vessie, le talon de l'instrument hute contre une résistance et qu'il faille porter fortement le bec vers la symphyse pubienne pour pénétrer, c'est qu'il y a sur le bord postérieur de l'orifice vesico-uréthral une tumeur de la portion susmontanale (moyenne) de la prostate ou une valvule soit prostatique, soit musculaire.

Si, lorsqu'on est arrivé dans la vessie, on attire le bec vers le bord antérieur du col, ce bec, en raison de sa brièveté, descend facilement, sans être arrêté par la paroi antérieure ou par les pubis. En lui faisant parcourir toute la circonférence du col (ce qui se peut à peu près constamment, quoiqu'en dise M. Leroy), on juge si l'obstacle que l'on a senti en entrant est une tumeur ou une valvule. Car si le bec rencontre une tumeur, il est arrêté par elle, et il faut, pour le faire passer par dessus, repousser l'instrument vers le sommet de la vessie d'une quantité proportionnelle à la hauteur de la tumeur. Si, au contraire, il s'agit d'une valvule, le bec parcourt toute la circonférence du col sans ascension, ou avec une ascension légère et graduelle.

Ainsi, bien que je néglige ici tous les détails, bien que je passe sous silence la supériorité de ma sonde coudée pour l'exploration de la vessie, des calculs, etc., on voit de suite quels immenses avantages on en peut retirer, surtout si l'on réfléchit qu'il s'agit de maladies regardées jusque dans ces derniers temps comme incurables, presque inévitablement mortelles, et qui peuvent être actuellement guéries, pour la plupart, plus facilement que les calculs de la vessie et même que beaucoup de rétrécissemens de l'urèthre.

Examinons maintenant le quatrième instrument proposé pour le diagnostic des déformations du col de la vessie, c'est-à-dire la sonde que M. Leroy a décrite et figurée pour la première fois en 1840.

Celle-ci ne diffère de la mienne, ai-je dit, que par sa courbure qui est moins prononcée: voyons si cette petite modification lui donne réellement les avantages que lui attribue son auteur.

En premier lieu, l'introduction en est-elle plus facile? un peu plus quand le canal est sain, beaucoup moins dans nombre de cas morbides.

Mais, ordinairement, ce n'est pas quand le canal est sain qu'on a besoin de ces instrumens; et d'ailleurs M. Leroy convient lui-même qu'alors l'élasticité des tissus facilite l'introduction de ma sonde coudée. Cet avantage se réduit donc à peu près à zéro.

D'un autre côté, qu'il y ait inflammation de la partie profonde du canal et spasmes des faisceaux musculaires ambiants, la portion membraneuse est tirée en avant par les muscles de Wilson qui s'insèrent derrière la symphyse pubienne (voir mes RECH. SUR LES RETRECISS. DE L'URÈTHRE, art. *ret. spasmod.*), la courbure de l'urèthre se trouve par conséquent augmentée et les sondes peu courbées éprouvent plus de difficulté que la mienne à s'engager dans la portion ascendante.

Qu'il y ait une tumeur ou une valvule derrière le col de la vessie; alors c'est par son bec qu'une sonde à faible courbure se présente à l'obstacle, et si cet obstacle résiste par suite de la pression que l'urine accumulée exerce sur sa face vésicale, l'instrument s'y enfoncera facilement et fera fausse route. Ma sonde coudée, au contraire, ne se présentera pas à l'obstacle par son bec, mais par le dos de sa portion recourbée: on pourra donc presser bien plus fortement avec elle, sans avoir à craindre le fâcheux accident que je viens de signaler.

Bien plus, qu'une fausse route ait été faite de la manière que je viens d'indiquer à la face uréthrale de l'opercule qui ferme le col de la vessie (et c'est ce qui n'arrive que trop souvent), il est certain que toute sonde à faible courbure s'engagera presque inévitablement dans le pertuis accidentel, et, de là, des difficultés quelquefois insurmontables: je conserve plusieurs pièces anatomiques où ce n'est qu'après avoir traversé l'obsta-

(1) Toutes les planches de M. Leroy donnent une idée fort inexacte des rapports de la paroi antérieure de la vessie avec l'orifice uréthral de cet organe, ainsi que de la distance de cet orifice à la symphyse pubienne.

de de part en part qu'on est parvenu dans la vessie. Eh bien, qu'on prenne ma sonde coudée : comme c'est moins par son bec que par le dos de sa portion recourbée qu'elle se présentera à l'opercule, elle tendra bien moins à s'engager dans la fausse route, et l'obstacle se trouvera par cela même réduit à l'état de simplicité que je supposais dans l'alinéa précédent.

Je vais prouver, en second lieu, que comme instrument de diagnostic, la sonde modifiée de M. Leroy est de beaucoup inférieure à la mienne.

Parmi les affections que ces sondes sont destinées à reconnaître, les plus communes assurément sont les valvules et les tumeurs qui se développent derrière le col de la vessie. On les reconnaît, ai-je dit, par la résistance qu'elles opposent au talon de l'instrument au moment de pénétrer dans la vessie. Or, si la sonde à faible courbure fait moins sentir cette résistance que celle dont l'angle est plus brusque, ne lui est-elle pas par cela même inférieure? l'instrument le meilleur n'est-il pas celui qui donne l'idée la plus distincte de l'obstacle à apprécier?

Remarquons qu'en définitive cet obstacle se trouve également refoulé en arrière par les deux instrumens, puisque, du moment qu'il a été franchi, le canal se trouve, dans les deux cas, traversé par une tige droite. Seulement, avec la sonde légèrement courbée, ce refoulement est graduel et presque insensible pour l'opérateur, tandis qu'avec la sonde coudée il devient très appréciable.

Ce n'est pas tout encore.

Lorsqu'arrivé dans la vessie, on fait circuler le bec de l'instrument tout autour du col, il faut, pour savoir si les bords de cet orifice présentent quelques inégalités, exercer constamment une traction légère sur le pavillon. Qu'arrive-t-il alors si la courbure est légère et graduelle? la sonde tend constamment à redescendre dans l'urèthre, même quand son bec est tourné en arrière. C'est un inconvénient que j'ai observé quelque fois avec ma sonde avant que je fusse prévenu de cette possibilité; à plus forte raison y est-on exposé avec celle de M. Leroy. En tout cas, on n'est jamais sûr du point par lequel celle-ci correspond au bord même du col de la vessie, et comment apprécier avec elle les différences de hauteur que les différens points de cet orifice peuvent présenter?

Voilà les résultats qui m'ont été fournis par une étude sérieuse des faits et par mon expérience, si j'osais parler de mon expérience à M. Leroy. Je suis vraiment étonné que la sienne ne les lui ait pas fait entrevoir, d'autant plus que ce n'est pas la première fois qu'il m'a mis dans la nécessité de les lui signaler.

Remarquons en terminant ce qui est relatif à ce sujet, combien M. Leroy a mauvaise grace à critiquer la courbure brusque de mon instrument : l'expression *sonde à courbure courte et brusque* par laquelle il désignait sa sonde primitive et qui faisait la base principale de ses réclamations, tourne aujourd'hui contre lui; car elle prouve que sa sonde actuelle n'est pas, quoiqu'il en dise, la même que celle de 1836, et qu'il s'est opéré dans ses idées et dans son instrument une modification profonde. Qu'on jette en effet les yeux sur ses nouvelles figures, par exemple sur la figure I de sa lettre à la GAZETTE MÉDICALE et XXXVIII de mon dernier ouvrage, et l'on verra si le mot *courbure brusque* convient à un pareil instrument. Il l'a si bien senti lui-même que, dans le titre même de sa lettre et partout, le mot *brusque* a disparu, quand il parle de sa sonde actuelle.

Ce que je disais tout à l'heure des avantages des cathéters à courbure courte et brusque pour pénétrer dans la vessie nous conduit à l'examen d'une autre réclamation de M. Leroy.

Ce chirurgien a préconisé dernièrement pour le cathétérisme des sondes tout à fait semblables à mes sondes coudées, excepté qu'elles sont en gomme élastique : le besoin d'un nouveau nom se faisant sentir, il les a appelées *crochues* (GAZ. MÉD. 1845, p...). Nonobstant, je ne trouvai pas dans ces instrumens le cachet d'une invention et j'en revendiquai l'idée, fondé sur ce que, d'une part, j'avais le premier fait sentir l'utilité d'une pareille courbure pour le cathétérisme dans les cas de tumeurs ou de valvules au col de la vessie, et sur ce que, d'autre part, j'avais écrit : « On pourrait avec beaucoup d'avantage leur imprimer (à des sondes élastiques droites) une courbure à l'aide d'un petit mandrin, tel que le fil d'argent dont on se sert pour désobstruer les algalies. La sonde ainsi courbée franchit plus facilement la valvule et n'a pas assez de raideur pour blesser ou froisser les parties (RECH. SUR UNE CAUSE, etc., p. 189). » Je croyais avoir ainsi émis les deux idées de *courbure courte et brusque* et de *flexibilité*; je croyais qu'il était naturel de penser que quand je courbe une sonde élastique, je lui donne instinctivement la courbure que je préfère pour le cas particulier où je l'emploie. D'ailleurs, j'avais dit, dès 1840, qu'avec une sonde élastique et un fil de fer, on peut faire une sonde coudée (RECH. SUR LES MAL. URIN. p. 366). Malgré cela, M. Leroy veut prouver que je n'ai jamais songé à donner qu'une grande courbure aux sondes élastiques, et voici comment il s'y prend : « M. Mercier, dit-il, dans un livre publié en 1844, avait écrit : *Quand on manque de sonde à* GRANDE *courbure naturelle, on peut y suppléer* PAR UN MANDRIN *très mince*; » et il ajoute « notre savant confrère entend, comme on le voit, d'une manière large et élastique le droit de réclamation. » Quand on lit cette phrase écrite partie en italique, partie en majuscules, on ne se douterait guère qu'elle est tout entière de la fabrique de M. Leroy, qu'elle n'est qu'un travestissement de celle que je viens d'extraire de mes RECHERCHES SUR UNE CAUSE PEU CONNUE DE RÉTENTION D'URINE, et que nulle part je n'ai parlé de GRANDE *courbure*. En comparant ces deux phrases, on ne peut s'empêcher de convenir que mon savant confrère entend d'une manière lâche et élastique le droit de citation.

Pour bien connaître la source d'un ruisseau, on doit remonter jusqu'à son origine. Or, si l'on remonte à l'origine du cathétérisme avec les sondes à bec très court et courbé brusquement, on trouve que depuis plusieurs années déjà je ne cesse de le préconiser, tandis que M. Leroy en a été, au contraire, le plus zélé détracteur. Je n'ai pas, il est vrai, fait fabriquer des sondes élastiques coudées; mais qu'avais-je besoin de le faire? un simple fil d'argent me permettait d'en faire à volonté. D'ailleurs, on ne peut, ou du moins on ne devrait faire usage de sondes ainsi courbées qu'autant qu'on est sûr que leur bec ne butera pas contre une tumeur prostatique située *au devant* du col de la vessie. Or j'ai dit qu'il n'existe jamais et qu'il ne peut même pas exister de tumeur semblable en ce point (RECH. SUR LES MAL, etc., p...) tandis que M. Leroy, non content d'en admettre la possibilité, en a fait représenter (EXPOSÉ DES OUVRAGES, etc. DU DOCTEUR LEROY D'ETIOLLES, fig. 44 et 47, 1840).

Quoique M. Leroy me traite avec une courtoisie dont je le remercie bien sincèrement, il n'en est pas moins clair qu'à ses yeux celles de mes idées qui ne me viennent pas de lui sont de nulle valeur. C'est ainsi que mes valvules musculaires du col de la vessie sont purement imaginaires. La preuve? *magister dixit*. Toutes mes valvules ne sont que des plis, bourrelets, etc., formés par du tissu prostatique... Mais si je demandais à M. Leroy quand et où il a décrit ces plis et bourrelets avant que j'eusse fixé particulièrement l'attention sur les valvules prostatiques, au commencement de 1836 (BULL. SOC. ANAT. p. 12), que me répondrait-il? je ne sache pas qu'il ait jamais décrit autre chose que les tumeurs prostatiques, et cependant les valvules sont plus communes et bien plus faciles à guérir.

Enfin, M. Leroy paraît vouloir encore mettre à profit l'expression ambiguë de *scarification* qu'il a émise je ne sais où (car il ne le dit pas), pour s'approprier ce que j'ai pu dire d'utile sur l'excision et l'incision de ces valvules, sujet que j'ai effleuré, suivant lui, bien qu'il n'occupe pas moins de quarante pages de mon dernier volume. Je désire vivement qu'il publie au plus tôt le mémoire qu'il promet sur ce sujet, car nous sommes en ce moment l'un et l'autre à l'état de compétiteurs et cette position ne lui permet pas de jeter des doutes dans l'esprit de nos juges sur l'origine et la valeur de mes travaux, sans appuyer immédiatement ce qu'il avance par des faits et par des preuves irrécusables.

RÉPONSE A LA PRÉCÉDENTE RÉPLIQUE; par LEROY-D'ETIOLLES.

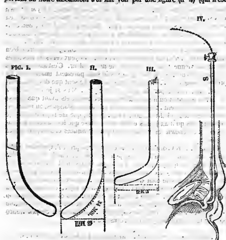
Dans le but de prévenir la prolongation d'une polémique à laquelle le public ne saurait prendre le même intérêt que nous, M. le rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE m'a donné communication du précédent mémoire afin d'y faire telle réponse que je croirais nécessaire, à la condition qu'elle clorait la discussion : je vais chercher à faire qu'il en soit ainsi.

Les pénibles efforts que fait M. Mercier pour *ne pas trouver* dans mes livres et mes divers mémoires aux académies l'indication de l'exploration du col de la vessie et de la prostate avec des sondes à petite courbure la difficulté qu'il éprouve à faire dire aux passages qu'il cite plus ou moins complètement, autre chose que leur signification propre; à prêter aux instrumens d'autre usage que leur usage véritable et naturel, ces efforts, ces difficultés ne sauraient échapper aux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE et me dispensent de revenir sur ce que j'ai dit dans le numéro du 30 août dernier. Je me bornerai à la reproduction de ce passage d'un des ouvrages de M. Mercier : « Avant 1836 personne ne con» naissait de M. Leroy-d'Etiolles pour le diagnostic des tuméfactions » de la prostate que la sonde à inclinaison. » Or, la sonde à inclinaison est-elle autre chose qu'une sonde *à courte courbure* ou *à petit bec*, que j'emploie *comme une sonde ordinaire* et avec sa forme naturelle dans le plus grand nombre des cas; susceptible d'un mouvement d'abaissement ou d'inclinaison du bec dont je fais usage *exceptionnellement* dans les cas qui nécessitent son intervention. Maintenant ce que j'entends par *petite courbure* je l'ai précisé dans mon TRAITÉ DE LITHOTRIPSIE de 1836. La longueur de la portion courbe, disais-je, *ne dépassera pas* 17 à 18

lignes (elle doit avoir cela chez certains malades comme je l'établirai tout à l'heure) et son angle doit être de 45 *au moins*. Eh bien! la sonde à inclinaison a encore moins de longueur de bec que la sonde d'un usage habituel pour la recherche des calculs dont je viens de reproduire les formes et dimensions; c'est ce que l'on peut voir dans le tracé fait par M. Pasquier de la sonde à inclinaison dont il se sert depuis quinze ans (v. fig. 1re) tout cela est de notoriété publique, tout cela est connu de M. Mercier comme de moi-même; je lui saurais donc bien bon gré s'il pouvait désormais me dispenser de le redire.

En voilà assez sur la question de priorité; passons à la question pratique. Bien que la sonde condée de M. Mercier ait seulement 18 millimètres de longueur (8 lignes), l'élévation de la partie courbe sur la partie droite ou tige est, à cause de l'angle, aussi grande que celle de ma sonde à inclinaison, qui a 33 millimètres de courbe (15 lignes). C'est ce que l'on peut voir par le rapprochement des fig. 2 et 3. Par conséquent, la rotation autour du col doit se faire avec la même facilité au moyen des deux instrumens.

Mais s'il y a parité entre eux quant à l'exploration, ai-je dit dans une note du 30 août, il n'en est plus de même de l'introduction; la sonde coudée de M. Mercier pénètre plus difficilement que les autres. Ce que j'ai dit, je le répète, et j'insiste sur ce point parce qu'il est le seul important de notre discussion. J'ai fait voir par une figure (n° 4) (qui n'est



pas une œuvre d'anatomie et n'a d'autre prétention que de faciliter l'intelligence d'une démonstration), j'ai fait voir, dis-je, et chacun le comprend de reste, que les sondes à petite courbure, après s'être engagées sous la symphyse pubienne, doivent parcourir les portions membraneuse et prostatique de l'urètre, non pas, comme les sondes à grande courbure, par le simple abaissement du pavillon, mais par une impulsion horizontale, la partie courbe cheminant par le travers du canal et *lui faisant éprouver un écartement d'autant plus grand qu'elle se rapproche davantage de l'angle droit*. A cela M. Mercier répond que, pour franchir les régions profondes de l'urètre, il n'abaisse pas le pavillon de sa sonde jusqu'à l'horizon, mais qu'il la tient dans une position oblique, le talon pressant sur la paroi postérieure. Veut-on se faire une idée exacte de la possibilité de cette manœuvre? Que l'on prenne une tige de fil de fer de la longueur d'une sonde, que l'on en coude à angle presque droit un bout long de 8 lignes; puis, la plaçant horizontalement sur une feuille de papier, que l'on note l'élévation du pavillon nécessaire pour donner à la partie coudée une inclinaison oblique de 2 lignes seulement; maintenant, que l'on trace sur le papier, près de cette partie coudée, une ligne verticale qui représentera le pubis et le ligament sous-pubien; qu'à partir du bas de cette première ligne on en tire une autre oblique suivant l'inclinaison actuelle de la tige de fil de fer; qu'on la prolonge de 2 pouces, longueur des régions membraneuse et prostatique de l'urètre, et l'on verra si, pour arriver dans la vessie, suivant cette direction oblique indiquée par M. Mercier, il ne faudrait pas abaisser le col jusqu'au niveau de l'excavation du sacrum.

Voilà pour la théorie; quant à l'application, j'ai dit et je maintiens qu'il y a un certain nombre d'hommes chez lesquels le cathétérisme avec des sondes à courbure courte et brusque est difficile ou impossible; ce sont principalement ceux dont l'embonpoint est considérable et dont la prostate, plus solidement fixée à sa place par son entourage adipeux, s'oppose à l'abaissement du col nécessaire pour permettre le passage de ces sortes de sonde. J'ai ajouté que M. Mercier reconnaîtrait lui-même la vérité de cette assertion lorsqu'il aurait en plus souvent l'occasion de pratiquer le cathétérisme sur des sujets semblables. Cette phrase, que je croyais bien inoffensive, paraît avoir blessé vivement mon honorable confrère: il me répond qu'il a pratiqué trois mille fois le cathétérisme sans rencontrer les difficultés que je signale. Certes, un tel chiffre est prépondérant, et je ne pourrais qu'admirer les caprices du hasard, qui répartit les cas pathologiques d'une manière aussi singulière, si les diverses classes de la société sur lesquelles des deux parts les applications ont été faites ne pouvaient en donner l'explication. La population des hôpitaux n'est pas en général douée de cet embonpoint si fréquent chez les hommes de cinquante ans qui se nourrissent bien, font peu d'exercice et sont plus disposés que d'autres, soit aux calculs, soit à l'hypertrophie de la prostate. J'ai beaucoup sondé de ceux-là, et je n'exagère pas en disant que, sur *le tiers* d'entre eux, le cathétérisme avec des sondes à petite courbure est difficile ou impossible: que les praticiens examinent et décident entre nous.

Dernière réplique de M. Aug. Mercier. — Je ne répondrai rien à la réplique de M. Leroy-d'Etiolles et je m'en remets avec confiance au jugement des lecteurs. Un mot seulement sur le dernier point qu'il a touché et qui intéresse véritablement la pratique.

Ce qu'il dit des difficultés qu'on éprouve chez quelques sujets très replets est vrai jusqu'à un certain point. Moi aussi je les ai rencontrées et je n'ai pas dit n'avoir jamais éprouvé d'échec. Mais M. Leroy se trompe sur l'origine de ces difficultés; elles proviennent non pas de la forte courbure de mon instrument, mais de la brièveté de son bec; aussi la sonde à petit bec qu'il emploie aujourd'hui, quoique moins courbée que la mienne, n'entre pas plus facilement. Cela tient à ce que, chez *quelques-uns* des sujets en question, il est impossible d'abaisser assez le pavillon de l'instrument pour que son petit bec parvienne dans la vessie. Une sonde à long bec n'a pas besoin pour cela de descendre jusque dans l'axe du tronc; mais alors il est impossible de lui imprimer les mouvemens de rotation et d'ascension nécessaires au diagnostic des déformations du col de la vessie. On se trouve donc ainsi entre deux impossibilités: heureusement que ces cas sont extrêmement rares.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur les maladies des organes urinaires, faites par Sir Benjamin Brodie; traduites de l'anglais sur la troisième édition, et enrichies de notes; par M. Patron. Un vol. in-8°. 1845. — Paris, chez Labé et J.-B. Baillière; Montpellier, chez Sévalle et Castel.

L'enseignement de la médecine ne s'asservit pas en Angleterre aux allures réglées, mais quelque peu uniformes qu'il affecte habituellement chez nous. Rarement on y entendra professer un cours complet de pathologie externe, de thérapeutique, d'accouchemens, etc. Mais pour embrasser un objet plus restreint, l'esprit britannique ne l'approfondit pas avec moins de succès. C'est en général sur un point spécial de la science médicale, sur telle maladie, sur tels groupes morbides particuliers aux enfans, aux femmes, etc., sur les lésions de tel appareil d'organes, que le professeur dirige l'étude des élèves. Ainsi, nous voyons successivement paraître dans les journaux anglais les leçons de Risby sur les maladies des femmes, de Corrigan sur les affections cutanées, de Murphy sur le mécanisme de l'accouchement, de Tamplin sur la nature et le traitement des difformités, etc., etc. En outre, ces séries de leçons se font pour la plupart à l'hôpital; de sorte que, soit par la circonscription du sujet, soit par la facilité qu'il trouve de présenter, à côté de sa description, le type vivant sur lequel celle-ci a été calquée, le professeur possède, pour persuader et instruire, des moyens que l'on pourrait très légitimement conseiller à quelques-uns de nos orateurs de la Faculté de ne point dédaigner.

Le livre que M. Patron vient de traduire n'a pas une autre origine; et, pour le juger sainement, comme pour décider à qui sa lecture peut surtout convenir, il importe de ne point perdre de vue cette circonstance. Dans ces quinze leçons sur les maladies des organes urinaires, sir Benj. Brodie n'a pas prétendu donner l'histoire complète de ces affections, encore moins analyser toutes les publications anciennes et contemporaines auxquelles leur étude a donné naissance. Ce n'est là, à proprement parler, qu'un recueil de souvenirs personnels, que le fruit de l'expérience de l'auteur; mais lorsqu'un homme s'est trouvé placé pour voir et organisé pour systématiser les résultats de son observation, comme l'est sir Benj. Brodie, on comprend que ses *mémoires* ont une valeur de qualité qui peut à juste titre remplacer celle de quantité. On doit comprendre aussi que des lacunes et des lacunes nombreuses entrent nécessairement dans le plan d'un semblable ouvrage, et qu'en faire ici le texte de réflexions critiques serait de notre part un travail bien facile, mais tout aussi illusoire que facile. Quand un praticien se décide à payer son tribut à la science, il peut nous arriver d'essayer si sa monnaie est de poids; jamais nous ne nous arrêterions à la compter.

L'ordonnance d'un tel livre est la chose du monde la plus simple. Sans division, sans *discours préliminaire*, sans *anatomie de la région*, sans *considérations historiques*, l'auteur entre directement en matière, et dès la seconde page il est au cœur de la question. Le premier sujet qu'il aborde et auquel il ne consacre pas moins de quatre leçons, est les rétrécissemens de l'urèthre. Nous avons surtout remarqué dans ce chapitre les conseils qu'il donne pour arriver à faire uriner les malades chez lesquels un rétrécissement déjà existant s'est compliqué de rétention d'urine. « Dans ces cas, dit-il, j'ai entendu recommander par des chirurgiens expérimentés de saigner le malade, de le faire mettre dans un bain chaud et d'employer quelques autres moyens avant que d'essayer de le soulager par l'introduction d'une bougie ou d'une sonde; mais cette recommandation ne s'accorde pas avec les résultats de mon expérience. La cause de la rétention étant locale, c'est par des moyens mécaniques que vous réussirez le plus souvent à vider la vessie du malade. » La question sans doute prête à la controverse; nous connaissons bon nombre de confrères, même spécialistes, qui se défendraient hautement de partager de telles doctrines. Le rétrécissement, disent-ils, n'est rien dans ces cas; c'est la turgescence inflammatoire survenue accidentellement autour de lui qui fait tout le mal; il n'y a donc à lutter que contre cette phlegmasie, et la médication antiphlogistique seule peut en triompher... Ce raisonnement a bien pour lui quelqu'apparence de vérité; mais heureusement il est ici un moyen de terminer la discussion, c'est de quitter la voie du raisonnement et d'en venir aux faits. Demandez à ces médecins, ou plutôt demandez à ceux qui suivent leur clinique, s'ils mettent habituellement en œuvre ces doctrines; posez plus catégoriquement la question pratique et informez-vous si, appelés auprès d'un malade à canal rétréci, qui éprouve une rétention d'urine, ils ont jamais songé à prescrire des sangsues avant d'avoir essayé d'introduire une bougie ou une sonde .... La réponse ne vous laissera pas longtemps dans le doute; et s'ils se sont montrés dans leur langage adversaires des principes que soutient ici Brodie, leurs malades pourraient au besoin témoigner que cette divergence d'opinion n'a pas mis à disparaître plus de temps qu'il ne leur en a fallu pour descendre de leur chaire de professeur.

Mais Brodie ne se borne pas à de vagues conseils. Après avoir posé en principe la nécessité du cathétérisme, il n'est pas homme à abandonner le praticien sans guide, en face de l'indication à remplir. C'est ici surtout que son expérience consommée se décèle par l'abondance des expédiens qu'il recommande pour atteindre le but si important et parfois si difficile d'évacuer la vessie. Servez-vous d'une sonde en gomme élastique, qui aura été maintenue pendant longtemps garnie d'un mandrin recourbé; en introduisant l'instrument, alongez la verge par des tractions aussi considérables que possible; vous réussirez souvent avec une corde à boyau, dont vous aurez eu soin de recourber un peu la pointe; introduisez d'abord la sonde jusqu'à l'obstacle sans mandrin, et ne l'armez de celui-ci que lorsque vous ne pourrez plus la faire avancer, etc. Voici une partie des règles de détail qui ressortent de sa longue habitude des malades. La science, nous le disons franchement, serait plus avancée, plus réellement riche (j'entends riche de choses dont on a besoin) si chaque médecin prenait ainsi le parti de dire, non pas d'après l'anatomie pathologique, non pas d'après telle ou telle donnée théorique, mais sincèrement et sur la foi seule de son expérience, ce qui lui a le mieux réussi à vaincre les mille difficultés à peine signalées, les innombrables écueils sans nom que la pratique offre à chaque instant sous nos pas.

Quant au traitement curatif, Brodie, avec la majorité des praticiens instruits, ne professe pas de préférence exclusive pour une seule méthode: « Si vous me demandiez, dit-il quelque part, quel est le traitement que j'emploie contre les rétrécissemens du bulbe, je vous répondrais que je n'ai pas de méthode particulière; et, suivant les circonstances, j'en adopte tantôt une, tantôt une autre; je vous décrirais les divers moyens que vous devez employer, m'efforçant en même temps d'en faire l'application aux cas particuliers qui les réclament. » Il décrit ensuite, soit dans leur appareil instrumental, soit dans leur mode d'application, la dilatation et la cautérisation, faisant seulement une part un peu trop mince, ce nous semble, à l'incision, laquelle se trouve en six lignes exposée et à peu près condamnée. Elle pourrait, à notre avis, en appeler de ce jugement; et l'insuffisance de ses rivales ne plaiderait pas moins éloquemment en sa faveur que ses propres succès.

Brodie est partisan des sondes à demeure pour opérer la dilatation de l'urèthre. Il recommande formellement de les laisser en place jour et nuit, pendant soixante-douze ou quatre-vingt seize heures. Ce n'est pas ici le lieu de revenir sur l'appréciation du procédé qui préconise au contraire le séjour presqu'instantané de la sonde; nous croyons avoir déjà fourni (voy. GAZ. MÉD., 1845, n° 5, p. 78) quelques élémens importans pour la solution de cette question; c'est aux praticiens à en compléter l'instruction par leurs dépositions empressées et consciencieuses, car ce sont eux-mêmes, ce sont leurs intérêts les plus chers qui sont ici en instance.

Après les lésions de l'urètre viennent celles de son réservoir. L'irritabilité, la paralysie, l'inflammation de la vessie, l'incontinence d'urine, les fongus de la vessie, l'inflammation de la prostate, le développement chronique de cette même glande sont successivement passés en revue. Nous citerons ici deux médications qu'il recommande plus particulièrement contre le catarrhe chronique de vessie. Le premier est la décoction de racine de *pareira-brava* préparée en faisant bouillir doucement une demi-once (16 grammes) de cette racine dans trois pintes d'eau, jusqu'à réduction d'une pinte. Le malade doit en boire 8 à 12 onces (240 à 360 gram. par jour). Si une aussi grande quantité de liquide le fatiguait, il pourrait le remplacer par l'extrait de cette plante, et 20 ou 30 grains (1 gramme à 15 décigrammes) équivaudraient à une demi-pinte de la décoction. L'effet de ce remède est surtout de diminuer la quantité du mucus filant que sécrète la vessie enflammée.

L'injection additionnée de substance caustique a aussi été employée par notre auteur. Lorsque la maladie a pris une forme tout à fait chronique et que le mucus n'offre aucun mélange de sang, il conseille d'injecter 2 onces (60 grammes) d'eau distillée avec *une* goutte d'acide nitrique concentré: par la suite, dit-il, on pourra en doubler la quantité. Sans prétendre qu'on ne doive jamais dépasser ces doses, il fait remarquer que les injections plus chargées d'acide sont réellement préjudiciables. Lorsqu'on a recours à ce mode de traitement, dit-il encore, il convient de nettoyer auparavant l'organe par des lotions d'eau tiède et de ne pousser l'injection que plus tard, sans lui permettre de rester dans la vessie plus de 30 secondes. Au commencement, on ne devrait répéter ces manœuvres qu'une fois tous les deux jours; plus tard, on y pourra revenir une fois chaque jour, mais jamais plus souvent. — Nous nous expliquons difficilement, quant à nous, la nécessité de ces précautions minutieuses ainsi que les appréhensions qu'elles semblent trahir, et nous comprendrions encore moins, il faut l'avouer, l'efficacité d'une méthode de traitement aussi *bénigne*, pour ne rien dire de plus.

Le *développement chronique* de la prostate n'est point pour M. Brodie un état qui mérite véritablement le nom de maladie. « Lorsque les cheveux, dit-il, deviennent gris et rares, que des plaques calcaires se forment entre les tuniques des artères et qu'un cercle blanchâtre entoure la circonférence de la cornée, ordinairement, je pourrais même dire constamment, le volume de la prostate augmente. Ce changement survient lentement et d'une manière presqu'insensible; aussi le mot de *développement chronique* lui convient à merveille pour le distinguer des inflammations auxquelles cette glande est sujette à un âge moins avancé. » Le reste de l'article est empreint de ce même esprit d'observation et de vérité. Dans le traitement de cette altération, l'auteur ne va pas jusqu'à nier absolument la puissance de l'art, mais il avertit sagement qu'au delà de certaines limites, ses efforts pour lutter contre ce qui n'est qu'une modification amenée par les progrès naturels de l'âge demeurent forcément stériles.

Les traités spéciaux d'urologie parlent en général fort peu de la lithotomie, et cela se comprend, puisque l'objet de leurs auteurs est de la remplacer par le broiement. Sir B. Brodie, qui n'est rien moins qu'un spécialiste, s'étend fort longuement sur cette opération; mais par contre, et tout naturellement aussi, il laisse un peu dans l'ombre la lithotritie, quoique d'ailleurs il sache apprécier d'une manière tout à fait impartiale ses indications et les services qu'elle peut rendre. Entre tous les procédés de taille périnéale, il adopte l'incision latéralisée, mais en se réservant de faire une seconde incision sur l'autre côté de la prostate, quand le calcul offre un volume considérable; modification qui rend son opération absolument analogue à la cystotomie bilatérale de Dupuytren. L'un des conseils

sur lesquels il insiste le plus expressément est celui de borner l'incision aux limites de la prostate. C'est là pour lui la condition fondamentale du succès, et il y tient tellement, qu'il répète à deux reprises le précepte, en soulignant ses paroles: « Tous les faits que j'ai observés jusqu'ici me confirment dans l'opinion qu'*une incision de la prostate, qui s'étend jusqu'au tissu cellulaire lâche qui enveloppe le col de la vessie, est très dangereuse pour le malade.* » L'autorité de M. Brodie est imposante: les faits qu'il cite pour l'appuyer ne nous paraissent pas moins péremptoires. L'un d'eux est tiré de sa propre pratique, et il confesse en toute candeur que la mort du malade tint à l'incision trop étendue de la prostate. Deux fois la réalité de cette cause a été vérifiée par lui à l'autopsie. C'est surtout lorsque l'extraction de la pierre s'est faite en un instant, à la suite de ces opérations exécutées, comme on le dit, *en deux temps*, que les accidens dont il s'agit se montrent plus fréquens et plus redoutables. Le *cito* est ici l'ennemi du *tuto*, et l'on peut, malheureusement sans jeu de mots, ajouter qu'il est son ennemi mortel. Nous assistâmes nous-même en 1836, à l'hôpital Beanjon, à l'une de ces opérations rapides et véritablement *enlevées*, que le chef de service avait laissé pratiquer par un chirurgien étranger à l'établissement. La pierre était sortie en moins de trois minutes; mais aussi trois jours après le malade était mort. L'autopsie montra, comme dans les cas de M. Brodie, les membranes de la vessie et son tissu cellulaire déchirés et infiltrés d'urine. Il y a bien dans ces faits de quoi répondre à l'assertion dogmatiquement avancée par un écrivain français « qu'une large incision de la prostate *au delà de ses limites* est le seul moyen de rendre la taille *moins dangereuse*. » Heureusement, cé précepte si pernicieusement paradoxal n'a été jusqu'ici mis en pratique par personne, que nous sachions, pas même par son auteur.

M. Brodie ne se borne pas à signaler la cause des accidens. Il décrit ceux-ci avec tous les détails nécessaires pour les faire reconnaître au lit du malade, et prend bien soin de donner aussi tous les moyens propres à les distinguer d'avec une inflammation péritonéale; diagnostic d'autant plus important que les émissions sanguines, indiquées dans le cas de phlegmasie, affaibliraient au contraire plus promptement le malade et ne feraient que hâter sa mort. Une nourriture de digestion facile, des lavemens pour entretenir le ventre libre, quelques stimulans diffusibles légers, voilà ce qui doit faire la base du traitement, lorsqu'on soupçonne une infiltration urineuse. Dans un cas, l'auteur a sauvé du danger le plus imminent un malade en proie à ces accidens, en ouvrant le foyer gangréneux par le rectum. Cette pratique hardie mérite d'être mûrement discutée, et nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs la méditation attentive de l'observation qui s'y rapporte.

Comme nous le disions en commençant, le livre de sir Brodie n'est certes pas un traité *ex professo;* mais comme ses matériaux sont tous puisés dans l'expérience personnelle de l'auteur, nous ne pensons point, en disant qu'il n'est *qu'à peu près* complet, en avoir donné une opinion aussi défavorable que si nous l'apprécions à la mesure de nos ouvrages dogmatiques usuels. Dans une narration sans prétentions et sans coordination scholastique les omissions sont nécessaires, mais elles choquent d'autant moins qu'on s'y attendait, et la critique qui les a fait entrer dans ses prévisions, aurait en quelque sorte bonte d'en faire un reproche à l'auteur qui n'a point prétendu les dissimuler. Un ouvrage ainsi conçu a sa destination spéciale comme il affecte son plan à lui: nous ne le conseillerions donc point aux élèves qui veulent prendre du sujet une idée élémentaire; mais nous sommes d'avis que nul praticien ne peut se dispenser de le lire, s'il vent approfondir la matière, et surtout s'il désire ne priver ses malades d'aucun des secours, d'aucune des lumières que, consciencieusement, il est dans l'obligation de rechercher partout à leur profit.

La science et l'art sont donc redevables à M. Patron pour l'heureuse idée qu'il a mise à exécution en nous faisant connaître les doctrines de l'un des premiers chirurgiens de la Grande-Bretagne sur une branche de la médecine où les principes ne sont encore rien moins que définitivement arrêtés. Dans cette traduction, œuvre de longue haleine, il a su conserver une clarté parfaite, tout en y répandant ce ton de simplicité naïve, gage de bonne foi et de véracité, que la pratique seule peut donner et auquel toute l'habileté littéraire ne saurait atteindre.

M. Patron ne s'est pas contenté du rôle de traducteur, A l'exemple de tant d'autres commentateurs, il a voulu *enrichir* de notes son auteur. (Le mot ne lui appartient pas, mais nous pouvons le répéter puisqu'il le prend pour son compte.) En général ses additions étendent le texte plutôt qu'elles ne le complètent; je veux dire que, prenant en cela modèle sur sir Brodie lui-même, il soulève de nouveaux aperçus, discute, contredit, confirme, raconte, au lieu de se livrer à un travail analytique capable de convertir ce livre en un traité classique. Cette méthode a ses avantages; et ce n'est pas après les avoir fait ressortir dans Brodie que nous viendrions les contester dans son annotateur.

Nous avons même à citer, parmi les idées qu'il a émises, quelques aperçus vraiment utiles, tels que par exemple le moyen de s'opposer à la hernie des intestins par la plaie périnéale après l'opération de la lithotomie, et un procédé particulier qu'il indique pour fixer dans la vessie les sondes à demeure, etc., etc. Peut-être, en étendant plus loin nos investigations, trouverions-nous aussi à exercer certaines critiques, non moins fondées, ce nous semble, contre certaines assertions, celle entr'autres qui lui échappe, au sujet de l'origine des rétrécissements urétraux, qu'il prétend être le plus souvent dus à la syphilis agissant sur l'économie sans intermédiaire de chancre urétral ni de blennorrhagie. Mais ce n'est pas ici le lieu de s'arrêter à des vues que l'auteur développe cependant avec une insistance marquée; et nous prendrons congé de lui en le priant seulement, à propos de ce dernier passage, de vouloir bien recueillir ses souvenirs et de se demander s'il a vu, dans nos hôpitaux, beaucoup de médecins instituer le traitement d'un rétrécissement de l'urètre par l'administration seule du mercure à l'intérieur.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Jarvis, des Etats-Unis, nous a fait l'honneur de nous communiquer l'appareil qu'il a imaginé pour réduire les luxations et les fractures. Nous l'avons examiné avec le plus grand intérêt et le plus grand soin. En attendant que nous puissions offrir à nos lecteurs une description détaillée de cet appareil, et que nous leur fassions connaître les principaux cas où il a été employé, il est de notre devoir de dire qu'il nous a paru extrêmement ingénieux, conçu d'après les meilleurs principes, et propre à des usages nombreux et variés.

MAISON DE SANTÉ DU DOCTEUR DESCHAMPS.

RUE DU CHEMIN DE VERSAILLES, 2 ET 4, AUX CHAMPS-ÉLYSÉES.

On y arrive par la Grande-Rue de Chaillot.

M. le docteur Deschamps vient d'ouvrir une maison de santé aux Champs-Elysées. Le but de notre confrère a été d'offrir aux médecins et aux chirurgiens un établissement où ils pourraient donner des soins eux-mêmes à leurs malades, tout en profitant du concours d'un confrère consciencieux et éclairé.

M. le docteur Deschamps, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté, est connu par de nombreux travaux sur une foule de questions scientifiques et pratiques. Les lecteurs de la Gazette Médicale ont eu souvent l'occasion d'apprécier l'étendue et la variété de ses connaissances. Les médecins trouveront donc en lui des lumières et une expérience capables de répondre à leur confiance et de les seconder sous tous les rapports.

La maison de santé de M. Deschamps est très convenablement située. Placée à 100 mètres environ de l'avenue de l'Etoile, loin du bruit, elle conserve tous les avantages de sa position, sans en avoir les inconvéniens. Son étendue, le nombre et la variété des logemens permettent d'y recevoir des malades de toute espèce, et de toutes les fortunes. Les aliénés seuls n'y sont point admis. Les appartemens sont décorés avec goût et meublés à neuf.

L'intelligence et l'activité des personnes qui veillent à l'administration matérielle garantissent l'ordre, la propreté et les soins les plus parfaits.

Il y a un très joli jardin.

— Hygiène oculaire, ou Conseils aux personnes dont les yeux sont faibles et d'une grande sensibilité, avec de nouvelles considérations sur les causes de la myopie ou vue basse; par J. H. Réveillé-Parise, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine. — Troisième édition. Un vol. in-18.

Paris, chez Mequignon-Marvis fils, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Oculus ad vitam nihil facit, ad vitam beatam, nihil magis. Boerh.

« L'œil ne fait rien pour la vie, mais pour la vie heureuse, il n'est rien au-dessus. »

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 14. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 11 OCTOBRE 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.— Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

DES PERFORATIONS INTESTINALES DUES A UNE CAUSE PATHOLOGIQUE, ET DES PÉRITONITES SOIT GÉNÉRALES, SOIT PARTIELLES AUXQUELLES ELLES DONNENT LIEU; par A. TOULMOUCHE, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

M. E. Ruz, dans quelques réflexions relatives à la pauvreté de la science sur l'histoire des perforations spontanées des intestins, dont il rapporte une seule observation dans le n° 42 de la Gazette médicale de l'année 1843, insiste sur l'utilité et l'importance dont serait pour les praticiens une synthèse des perforations qui en étudierait les causes, les différens points où elles peuvent se faire, leurs résultats, leur diagnostic, leur pronostic, leur histoire et qui relierait de la sorte une foule d'observations éparses.

Il ajoute qu'un certain nombre de faits de ce genre le porteraient à croire que la plupart ou un grand nombre de péritonites seraient la suite de la perforation intestinale, tant cet accident est fréquent.

Ces remarques, je les avais faites comme lui, et c'est après avoir reconnu qu'il y avait là une lacune à combler, que je conçus l'idée de porter mon attention sur ce genre de lésion et d'en faire l'objet d'un mémoire spécial. Je m'appliquai en conséquence à recueillir des matériaux et ce sont ceux-ci que je mets aujourd'hui en œuvre pour essayer de jeter les premières assises d'un travail que d'autres compléteront plus tard.

Les perforations intestinales sont, dans la majorité des cas, dues à une cause pathologique. Celle-ci consiste ordinairement en des ulcérations qui, après avoir détruit les tuniques muqueuse et musculeuse, finissent par perforer l'enveloppe péritonéale.

Ces perforations peuvent être la suite : 1° d'ulcères survenant durant la phthisie pulmonaire : ce sont les plus communes; 2° d'ulcérations succédant à la dysenterie; 3° d'érosions profondes succédant à la phlegmasie ulcérative des glandes de Peyer, dans la fièvre typhoïde et la dothinenterie; 4° et enfin de destruction qui sont le résultat d'une affection cancéreuse.

Les caractères anatomiques de ces diverses espèces d'ulcérations intestinales ayant été parfaitement décrits par les observateurs modernes qui en ont traité, le but de ce travail n'est pas d'en recommencer la description, les faits qui en sont la base suppléeront d'ailleurs par les détails très précis d'anatomie pathologique qu'on y rencontrera au silence que je dois m'imposer à cet égard.

Ces perforations, lorsqu'elles s'effectuent, donnent lieu à deux ordres

Feuilleton.

COMPTE GÉNÉRAL DE L'ADMINISTRATION DE LA JUSTICE CRIMINELLE EN FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1843.

C'est à la France qu'appartient l'honneur d'avoir donné l'exemple de ces publications de statistique judiciaire, également fécondes pour l'économie politique et pour l'hygiène sociale. Déjà les nations voisines commencent à suivre cet exemple, et récemment le gouvernement sarde a fait paraître le premier compte-rendu des résultats que l'administration de la justice a produits dans ses possessions de terre ferme. Le dernier document de ce genre a été publié en France au commencement de cette année (février 1845); le garde des sceaux a devancé l'époque habituelle de ses publications dans la pensée louable de fournir des matériaux à la discussion de la loi sur les prisons. Cet énorme in-quarto contient des enseignemens précieux non seulement pour l'homme d'état, le législateur et le magistrat, mais encore pour le philosophe et le médecin. L'influence que l'âge, le sexe, les saisons, les localités, les professions, etc., exercent sur les manifestations de l'homme dans l'ordre social et moral, ne saurait ne point intéresser le médecin vraiment digne de ce nom; telle est l'étroite solidarité de tous les élémens dont le moi humain représente la vivante combinaison, qu'il importe de les connaître tous pour en gouverner quelques-uns. Le malade qui palpite sous la main du médecin se compose d'os, de muscles, de nerfs, de tissu cellulaire, etc., plus, d'idées, de sentimens, de passions, d'intérêts, tous aussi multipliés, tout aussi compliqués, entrelacés et fondus que le sont les matériaux divers de la trame organique. Fut-il jamais médecine efficace sans psychologie, et quel autre qu'un médicastre stupide, espère trouver sous étiquette, dans les pharmacopoles, tous les modificateurs que réclame la cure des maladies de notre espèce pensante, sentante et turbulente ? Ce que les études psychologiques sont pour la médecine de l'homme-individu, les statistiques morales, politiques et économiques le sont pour la médecine sociale et pour l'hygiène des masses. Il est donné à l'observateur de plonger jusque dans le foyer psychique d'un malade et d'y surprendre les fugaces étincelles qui ont allumé l'incendie rapide ou lent d'un organe, d'un viscère. Le praticien des familles, fût-il médiocre, puise dans la connaissance de leurs tempéramens une chance de succès qui manquerait auprès des moins malades aux notabilités de l'art soudainement convoquées ; or cette habitude intime du tempérament, que les gens du monde apprécient avec raison dans leur Esculape familier, dépend autant de l'expérience du moral que de celle du physique. En présence des masses le simple procédé de l'observation n'a plus la même valeur, ni la même efficacité; il conduit à des inductions sur leur caractère, sur leurs mœurs, sur leurs degrés variables de régularité hygiénique ; il procure des évaluations lointaines sur l'action d'une foule de causes qui s'étendent sur les populations et qu'il importe de préciser ; mais avec ces données passibles de contradiction, avec ces

d'accidens, ou à une péritonite partielle, ou à une phlegmasie générale de la même membrane séreuse. Dans le premier cas, la mort n'en est pas le résultat; dans le second, l'inverse a lieu le plus souvent, l'inflammation étant d'autant plus meurtrière qu'elle s'étend à une plus grande étendue de surface ou à la totalité de celle-ci.

Lorsque la phlegmasie du péritoine est limitée, voici comment les choses se passent : la petite portion d'enveloppe séreuse de l'intestin qui correspond aux points ulcérés de ses tuniques muqueuse et musculeuse et même du tissu cellulaire sous-péritonéal, s'enflamme par contiguïté, et le résultat est une exsudation albumino puriforme qui ne tarde pas à devenir le moyen d'adhérence avec la portion de péritoine appartenant à l'organe le plus voisin en contact avec elle, probablement en y suscitant une phlegmasie et un produit morbide analogues qui servent alors d'agens protecteurs destinés à prévenir l'épanchement d'humidités ou de gaz stercoraux dans le reste de la cavité du péritoine.

Si, dans un grand nombre de cas, le but conservateur de la nature est accompli, il n'en est pas de même dans d'autres. En effet, l'ulcération intestinale, continuant à s'agrandir en largeur, dépasse les limites de ces adhérences, et après avoir perforé au-delà de celles-ci toute l'épaisseur des parois de l'intestin, elle donne lieu secondairement à un épanchement de matières ou de gaz qui détermine une péritonite le plus souvent mortelle.

Tantôt ces adhérences s'établissent entre l'intestin ulcéré et un point des parois abdominales (obs. 1, 2, 4) ou de l'excavation du bassin (obs. 7); tantôt entre le même et des circonvolutions des intestins voisins (obs. 1, 2, 3, 4, 7); ou entre lui et les organes voisins, tels que la vessie (obs. 3, 4), l'estomac (obs. 7), le foie et le mésentère (obs. 8), le grand épiploon (obs. 5), les ovaires, l'utérus et le rectum (obs. 9).

Alors, ou l'organe, dans ce cas, sert de paroi ou d'obturateur à l'ulcération (obs. 1, 2, 3, 4, 6, 7), où il est envahi dans le point en contact par l'ulcère lui-même, perforé, et de la sorte il s'établit entre les deux parties une communication insolite (obs. 6, 8); tantôt inutile (obs. 6, 7); tantôt en quelque sorte supplémentaire et seule capable de sauver l'existence ou de parer à un danger réel, comme l'obs. 8 en offre un exemple et comme la nature avait tenté de le faire dans la maladie de Talma, laquelle, comme l'on sait, consistait en un rétrécissement presque complet du rectum, à 6 pouces de hauteur. En effet, elle avait commencé à établir des adhérences entre un point de l'S iliaque du colon occupant toute la cavité du bassin, et la partie du rectum située au-dessous du rétrécissement, et au centre de cette adhérence existait un commencement d'ulcération de cet intestin qui aurait fini par rétablir la continuité du canal intestinal interrompue par le rétrécissement, tandis qu'une ouverture autre avait livré passage aux matières fécales qui s'étaient épanchées dans la cavité péritonéale.

Lorsqu'au contraire la perforation de l'intestin surprend en quelque sorte l'organisme, l'issue à travers l'ouverture qui est résultée de la destruction érosive de ces parois, de gaz ou de matières fécales plus ou moins liquides dans la cavité du péritoine, y développe une vaste inflammation qui se termine en peu de jours par la mort, ou qui donne lieu, dans les cas les plus rares, à des adhérences générales des circonvolutions intestinales, l'épanchement étant alors résorbé peu à peu on ayant été primitivement peu considérable (obs. 3, 6). Seulement il arrive que les malades succombent plus tard aux progrès des ulcérations intestinales et à la diarrhée ou à de nouvelles perforations se faisant dans d'autres points et donnant lieu à une seconde péritonite.

Cette terminaison par la mort est d'autant plus facile que la phlegmasie du péritoine survenant le plus souvent vers la fin de longues maladies (phthisie pulmonaire, épanchemens pleurétiques, œdème ou emphysème des poumons, anévrismes du cœur, ulcérations intestinales) trouve les sujets profondément débilités par la durée de ces lésions et dans l'impossibilité de résister.

Signes. Si le diagnostic des maladies était toujours aussi clair que les données fournies par l'anatomie pathologique sembleraient devoir le faire préjuger, la science pour certaines classes d'entre elles laisserait peu à désirer. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et souvent les lésions organiques les plus graves ne se décèlent pendant la vie que par des symptômes très obscurs ou tout à fait négatifs et ne sont même pas soupçonnées, mais seulement reconnues à l'autopsie des cadavres.

L'affection morbide si grave dont je m'occupe est souvent dans ce cas. En effet, si l'on vient à résumer les phénomènes observés pendant la durée de la maladie dans les dix observations de perforations intestinales qui font l'objet de ce mémoire, on voit :

1° Que, dans le plus grand nombre des cas de péritonites partielles, les symptômes ont été tantôt nuls (obs. 1, 2, 3, 6, 7, 8), tantôt ceux des ulcérations intestinales chroniques. Ainsi coliques, diarrhée, sécheresse et état terreux de la peau, fièvre, perte de l'appétit, faciès caractéristique des phlegmasies chroniques abdominales (obs. 1, 3, 4, 9), parfois ceux d'une gastro-entérite chronique avec ulcérations (obs. 2, 3, 6, 7), ou ceux d'une gastrite (obs. 2, 7), tantôt enfin ceux de la dernière période de la phthisie pulmonaire à marche aiguë (obs. 4).

2° Que, dans ceux de péritonite générale, les symptômes ont été tranchés : ainsi, rougeur vive du visage, douleurs de ventre, vomissemens, fièvre, délire (obs. 5, 6) ; ici, ceux d'une gastro entérite chronique : rougeur de la langue, douleur épigastrique, visage grippé, météorisme, sécheresse de la peau, fièvre, dévoiement continuel, anorexie (obs. 6, 8), tantôt enfin nuls (obs. 4).

Il faut donc reconnaître, d'après ce qui précède, qu'il n'existe point de signe univoque ou caractéristique de la plupart des perforations intestinales succédant à des ulcérations, et que les deux seuls qui pourraient mettre sur la voie seraient la considération de l'existence d'une diarrhée prolongée et la succession de l'ensemble des symptômes de la gastro-entérite s'accompagnant du faciès propre aux affections morbides chroniques de l'abdomen. C'est, en effet, ce que j'ai observé dans les neuf dixièmes des péritonites à marche peu aiguë ou devenues soit latentes, soit chroniques, qui ont succédé aux perforations d'un ou plusieurs points d'un intestin, et qui n'ont pas entraîné la mort. Ce fait clinique vient donc corroborer la justesse des mêmes résultats signalés par moi dans un mémoire qui a paru dans un numéro d'août 1842 de la Gazette Médicale, et qui avait pour titre : de la péritonite chronique et des causes de la difficulté de son diagnostic.

D'où la conséquence que les signes indiqués par les auteurs ne sont applicables qu'aux cas les moins fréquens, c'est-à-dire aux perforations qui résultent d'une déchirure traumatique, d'une blessure de l'intestin, d'une rupture à la suite d'ulcérations succédant à la dothinentérite ou à la fièvre typhoïde, et nullement à ceux bien plus communs qui font le sujet de ce mémoire. Outre qu'en groupant d'une manière arbitraire des symp-

---

vues qui manquent de rigueur et de contrôle, on n'arrive à aucune loi générale, on ne peut établir des points constans de vérification annuelle ni prétendre s'en élever à des applications pratiques. La statistique est le seul moyen d'analyser l'activité des nations, et de dégager par l'uniformité des résultats qu'elle donne à travers les années, la notion des influences qui interviennent plus ou moins fatalement dans la vie continue des sociétés. De même que l'analyse chimique et la statique de tous les produits qui s'échappent dans un temps donné du corps de l'homme sous forme solide, liquide et gazeuse, permettent d'apprécier la modalité des fonctions et de fixer l'état actuel de la santé, ainsi la statistique, interrogeant les registres de la justice et de l'administration, peut en déduire la formule actuelle de l'état social. Il n'y a rien de fortuit dans ces immenses colonnes de chiffres rangés en tableaux, pas plus que dans les produits que rejette l'économie vivante. Mais tandis que l'organisme individuel s'émeut au contact de causes minimes et fait obstacle aux recherches de la science par la complexité et la ténuité de ses phénomènes, l'organisme social semble fonctionner sous l'empire de lois moins nombreuses, plus saisissables, et livre plus aisément la solution de ses problèmes, grâce à l'accumulation des données numériques qui équivaut à une sorte de grossissement optique pour l'œil de l'observateur. Oui, c'est aux statistiques que doit s'attacher l'hygiéniste comme le clinicien à l'exploration directe du malade; s'il les suit avec attention, il y trouvera l'empreinte de toutes les grandes influences qui travaillent les populations et qui leur font leur santé aussi bien que leur moralité, deux choses plus étroitement liées qu'on ne pense; il y verra des chiffres que chaque année ramène avec la constance d'un phénomène naturel, d'autres qui oscillent en raison des épiphénomènes ou des intercurrences non prévues. Les passions politiques se sont-elles ranimées par une malencontreuse recrudescence, la somme d'un certain ordre de délits s'accroît. Si une littérature malsaine prodigue sur la scène et dans les romans le piment du scandale et le dévergondage irritant des appétits charnels, voici que s'élève d'une manière effrayante le nombre des attentats à la pudeur et celui des infanticides (p. ix). Si la démoralisation qu'amène le culte exclusif des intérêts matériels va creusant dans les âmes, si le véritable sentiment de la religion s'affaiblit, malgré le respect de ses formes extérieures et la vogue de la dévotion élégante, la foi du serment dépérit, et l'on voit augmenter le chiffre misérable des faux témoignages et des subornations de témoins. Voilà pour les causes morales. Améliorez la nourriture des classes inférieures par l'abaissement des tarifs d'octroi qui frappent outre mesure les denrées les plus nécessaires à la subsistance, élevez en proportion l'impôt qui pèse sur le débit des liqueurs alcooliques et les pénalités destinées à en réprimer les sophistications, et il deviendra possible de réduire l'épouvantable ravage des excès alcooliques qui ont trop souvent pour point de départ l'insuffisance de l'alimentation; avec l'ivrognerie diminueront les suicides, les aliénations, les attentats de toute espèce dont la pensée germe dans des cervelles imprégnées d'alcool et qui s'exécutent dans un paroxysme de fureur ébrieuse. Voilà pour les causes matérielles.

Arrivons à quelques résultats qui parlent au physiologiste, au médecin, quoique souvent vérifiés et bien connus ils se répètent avec un air de nouveauté et plus ils sont certains, plus ils prêtent à la méditation des esprits sérieux.

1° Age des accusés. La division des accusés suivant l'âge se reproduit tous

tômes dont on ne trouve souvent qu'un ou deux seulement ou même aucun au lit des malades, ils ont fait de la sorte un tableau conventionnel qu'on est loin de retrouver à l'examen clinique.

Il faudra donc envisager encore pendant bien longtemps cette affection morbide ou cet accident comme l'un des plus difficiles à diagnostiquer et à reconnaître pendant la vie des individus, se tenir sur ses gardes dans tous les cas de diarrhées chroniques survenant pendant la durée de la phthisie pulmonaire ou à la suite de phlegmasies intestinales, et soupçonner une perforation, soit imminente, soit s'effectuant toutes les fois que des symptômes aigus surviendront du côté de l'estomac ou du ventre. Dans l'état actuel de la science relatif à ce genre de lésion, c'est déjà éclairer le diagnostic que d'en signaler la fréquence et la facilité avec laquelle on peut la méconnaître.

Quant à la thérapeutique de cette affection morbide, on conçoit que la gravité, l'action incessante de la cause qui y donne lieu, la destruction de parties qu'elle entraîne, la diarrhée colliquative et rapidement débilitante qu'elle provoque, et la coexistence, la plupart du temps, de la phthisie pulmonaire ou d'autres lésions aussi graves, doivent la rendre tout à fait négative et inutile.

C'est donc seulement à combattre la phlegmasie, tantôt limitée, tantôt générale et alors beaucoup plus périlleuse du péritoine qui suit les perforations intestinales dues à des ulcérations, que doivent se borner les efforts de l'homme de l'art.

Ainsi, dans ces cas, il faudra prescrire, si les signes de péritonite sont négatifs (ce qui indique qu'elle est partielle ou limitée), le repos le plus absolu, des applications de sangsues sur les points douloureux du ventre, qu'on renouvellerait suivant l'état des forces du malade, les topiques émolliens, la diète, le moins de boissons possible, afin de donner au travail d'adhérences qui se fait au pourtour ou dans le voisinage des perforations le temps de s'effectuer. Plus tard, on cherchera à diminuer la diarrhée, ou, ce qui revient au même, à seconder l'espèce de cicatrisation qu'essaie quelquefois la nature, par l'administration de boissons gommeuses, soit simples, soit chlorurées, de préparations opiatiques variées, et à soutenir les forces générales par un régime alimentaire convenable.

Si, au contraire, les symptômes indiquaient une péritonite générale plus ou moins aiguë, les médications devraient être plus énergiques. Il faudrait alors recourir d'abord à la saignée générale renouvelée suivant les indications, puis à celles locales, aux bains entiers prolongés donnés avec certaines précautions et que je préférerais de beaucoup aux onctions mercurielles sur le ventre, et enfin à la diète la plus sévère. Malheureusement, dans ces cas, eu égard à la cause de cette vaste phlegmasie, souvent ce traitement, tout rationnel qu'il est, n'a d'autre résultat, ce qui est bien triste, que de hâter la mort ou au moins que de ne pas l'empêcher.

VASTES EXCAVATIONS TUBERCULEUSES, CELLE DU SOMMET DU POUMON GAUCHE ASSEZ LARGE POUR CONTENIR LE POING; NOMBREUSES ULCÉRATIONS INTESTINALES AVEC PERFORATIONS ET PHLEGMASIES PÉRITONÉALES GUÉRIES PAR ADHÉRENCES; FRACTURE OBLIQUE DU FÉMUR DROIT NON RÉDUITE; EXUBÉRANCE DU COL; MORT.

OBS. 1. — Berthault, âgée de 45 ans, était entrée à l'infirmerie dans le mois de février 1839, pour un embarras gastrique, et durant celui de mars pour une entérite.

Le 20 juin, elle y fut remontée. Elle avait la diarrhée, des coliques depuis plusieurs jours. (Application de 8 sangsues à l'anus; tiers de lavement narcotique; solution de 2 grammes et demi de chlorure d'oxide de sodium.) Diagnostic : entérite chronique.

25. Le dévoiement persistait. (3 pilules composées avec 2 centigrammes et demi d'acétate de plomb, et un centigramme d'extrait aqueux d'opium; décoction de sagou; diète.)

30. Les pilules furent supprimées, elles n'avaient produit aucune amélioration; en effet, les évacuations à l'anus continuaient, la peau était sèche, terreuse, la fièvre hectique, la langue rouge et assez lisse. Je fis appliquer sur le ventre un emplâtre de poix de Bourgogne, saupoudré de cantharides.

Les jours suivans, je fis remplacer la décoction de sagou par l'eau chlorurée, à laquelle on ajouta 18 gouttes de laudanum.

6 juillet. L'état de la malade était le même. Il était évident que la diarrhée était entretenue par de nombreuses ulcérations intestinales. Berthault était en outre pectoriloque. J'avais, par l'auscultation, reconnu l'existence de vastes excavations tuberculeuses au sommet des poumons, bien qu'elle toussât peu et que l'oppression fût à peu près nulle. Je voulus essayer le traitement des frères Mounard, bien qu'il n'ait été employé par eux en Afrique que dans la dysenterie. On sait qu'il consiste en pilules composées avec calomel, 30 centigr.; ipécacuanha, 6 décigr.; et opium, 10 centig. pour 9. Je les fis administrer dans la journée.

Le lendemain, on n'en donna que six, puis quatre. Le 10 juillet, on en donna six, et la même dose les deux jours suivans; mais ce traitement n'eut aucun résultat.

16. La diarrhée persistait, la maigreur augmentait, la fièvre était hectique. Je prescrivis 4 grammes de thériaque jusqu'au 24, un julep narcotique et de l'eau de riz.

25. L'état était le même. (Demi-quart de lait; deux pilules de 5 centigr. d'extrait gommeux d'opium; même tisane.)

28. Je fis appliquer de nouveau sur le ventre un large emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré de cantharides.

2 août. La langue était rouge, lisse, sèche, la peau terreuse, le faciès depuis longtemps celui des phlegmasies chroniques intestinales. (Même régime; œufs; deux pilules composées avec de l'acétate de plomb et de l'opium.)

4. La fièvre était la même, ainsi que les coliques. (Apposition de 4 sangsues à l'anus.)

8. Je fis recouvrir tout l'abdomen d'un large emplâtre de poix de Bourgogne simple.

13. L'amaigrissement était encore plus prononcé. La malade toussait peu, était triste, parlait d'une mort prochaine. La diarrhée persistait. (Eau de riz; gomme légèrement chlorurée; 7 centigr. et demi d'opium en pilules.)

19. La fièvre était la même, ainsi que la rougeur du visage, la langue sèche. Il y avait de l'oppression et un sentiment d'étouffement. (Sinapismes aux extrémités inférieures; limonade.)

24. La soif était très vive, le dévoiement persistait; le ventre n'était aucunement météorisé; il était au contraire rétracté et nullement douloureux; le pouls filiforme, l'affaissement extrême et la voix très faible. (Décoction blanche.)

Les jours suivans, la maigreur était effrayante. Berthault n'avait plus que le souffle; elle s'éteignit en effet le 30 août.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE faite vingt-quatre heures après la mort.

ÉTAT EXTÉRIEUR. La peau était sèche, rugueuse et collée aux os. Le membre abdominal, de 11 centimètres plus court que l'autre, et dont la pointe du pied était portée en dehors, présentait un raccourcissement qui dépendait d'une fracture oblique du corps du fémur, située à 5 centimètres et demi à peu près au dessous du gros trochanter. Les deux fragmens avaient fortement chevauché l'un sur l'autre, et il s'était formé entre eux un cal très volumineux et très irrégulier.

CRANE. La tête ne fut pas ouverte, aucun symptôme cérébral n'ayant eu lieu.

THORAX. Le poumon droit était assez fortement adhérent aux parois thoraciques, surtout à son sommet, qui, creusé de cavernes, se déchira et y laissa une

les ans d'une manière presque uniforme; les variations d'une année à l'autre sont à peine de quelques millièmes; c'est là un fait remarquable dont l'explication appartient autant au physiologiste qu'à l'homme d'état. Parmi les accusés de 1843, 66 avaient moins de 16 ans, 1,170 étaient âgés de 16 à 21 ans, 1,122 de 21 à 25 ans, 1,171 de 25 à 30 ans, 1,048 de 30 à 35 ans, 819 de 35 à 40 ans, 1,165 de 40 à 50 ans, 433 de 50 à 60 ans; 186 de 60 à 70 ans, 44 étaient septuagénaires et 2 octogénaires. Sur 100 accusés de crimes contre les personnes, on n'en compte que 13 âgés de moins de 21 ans; et il s'en trouve 19 sur 100 accusés de crimes contre les propriétés. Il y a toujours plus de vieillards parmi les accusés de crimes contre les personnes que parmi les accusés de crimes contre les propriétés. C'est donc après l'entière évolution de l'organisme que se manifeste la plus forte propension au crime; c'est pendant le règne des passions et dans la plénitude de sa vie physique que l'homme tend à déborder les limites du juste et de l'honnête. Avant l'établissement complet de la puberté, les crimes sont rares; ils vont augmentant jusqu'à la 50e année, c'est-à-dire jusqu'à l'époque où la puissance sexuelle commence à décliner sensiblement; il semble d'après cette coïncidence de progression que le crime est l'écume que rejette la vie dans son mouvement ascensionnel. La statistique criminelle démontre l'innocence réelle du premier âge et la tendance de la vieillesse à l'épuration morale, ou pour parler moins poétiquement, l'impuissance des deux périodes extrêmes de la vie pour le mal et peut-être pour le bien. L'enfance et la veillesse sont des non-valeurs sous tous les rapports. Une doctrine de périlleuse indulgence qui nous est venue d'outre-Rhin s'est efforcée d'assimiler les crimes à des maladies de l'ame et de transformer les lieux d'expiation judiciaire en hospices moraux. D'après la statistique il n'y a point de parallèle entre la pathologie de l'ame et celle du corps; c'est sur les âges extrêmes que pèse le maximum de maladivité et de mortalité; et ce sont eux que les comptes-rendus du département de la justice nous montrent le plus exempts de crimes et de délits. Triste leçon! c'est dans la plus florissante période de son libre arbitre que l'homme méconnaît le plus souvent les règles de la vie et subit le plus grand nombre d'entraînemens funestes; l'enfant, le vieillard, celui-ci mal guidé par les lueurs d'une raison défaillante, celui-là privé de directions spontanées, sont en meilleure et plus stable conformité avec les lois divines et humaines que l'un ne connaît point et que l'autre ne connaît plus.

2° SEXES. Là encore la statistique donne un résultat presque fixe et qui peut servir de base à une loi de physiologie sociale : depuis 1826 le nombre proportionnel des femmes accusées de crimes n'a pas dépassé 20 sur 100, et il n'est pas descendu au-dessous de 0,16. Cette proportion tomberait à un dixième quant aux crimes contre les personnes si l'on déduisait du nombre total des femmes accusées de crime de ce genre celles qui étaient poursuivies pour infanticide et pour suppression de part, crimes exclusivement propres au sexe féminin. Les crimes que les femmes ont commis le plus fréquemment sont l'infanticide, la suppression de part, l'avortement; vient ensuite l'empoisonnement. Dans les trois premiers genres de crimes les plus ordinaires des femmes, la responsabilité des hommes se trouve fortement engagée, de telle sorte que le sexe féminin se présente dans les statistiques judiciaires avec un avantage certain de moralité. Est-ce que la femme a moins de penchant au crime? Ses passions, sans être moins vives, moins aiguës, aboutissent-elles moins souvent aux déterminations violentes, aux paroxysmes

sorte de capuchon ou coque, lorsqu'on l'enleva. Tout son lobe supérieur était envahi par deux vastes excavations au tiers pleines de matière tuberculeuse ramollie, à parois inégales tapissées par cette dernière. On en rencontrait encore plusieurs autres, mais beaucoup plus petites. Le lobe moyen adhérait intimement au précédent. Il était infiltré de masses de tubercules. L'inférieur en renfermait également quelques-uns. Son tissu était rouge, engoué.

Le poumon gauche présentait également des adhérences. Son lobe supérieur ne formait plus qu'une vaste poche assez flasque. En effet, il était creusé d'une caverne tellement grande qu'on aurait pu y loger presque le poing. Elle contenait encore un peu de matière tuberculeuse liquide, rougeâtre. Ses parois étaient anfractueuses, et çà et là constituées par des espèce d'entreponts formés par un tissu gris-noirâtre, induré. Plusieurs gros tuyaux bronchiques dilatés y aboutissaient, offraient un orifice coupé net, à circonférence mousse.

La paroi inférieure de cette vaste excavation était creusée dans le tissu pulmonaire induré de la base du lobe supérieur, tandis que le reste n'était entouré que d'une lame noirâtre du même parenchyme et de la plèvre elle-même, revêtue d'une couche d'albumine organisée.

Le lobe inférieur était engoué de sérosité sanguinolente, spumeuse, qui en ruisselait abondamment à la section et à la pression.

La muqueuse des tuyaux bronchiques était rouge et tapissée par un mucus puriforme rougeâtre abondant.

La cavité du péricarde renfermait à peine 4 grammes de sérosité; le cœur était peu volumineux et dans l'état normal.

Abdomen. Sa cavité était sèche; le paquet des intestins grêles avait contracté des adhérences avec la portion droite de la paroi antérieure de l'excavation du petit bassin, par suite d'ulcérations intestinales qui avaient çà et là perforé ou enflammé par leur contiguité la tunique péritonéale et établi de la sorte, à l'aide d'une inflammation adhésive, des adhérences propres à s'opposer à l'épanchement des matières fécales. La même chose se remarquait entre les circonvolutions intestinales elles-mêmes, entre lesquelles existaient des perforations de forme ronde plus ou moins grandes, autour desquelles s'était organisé un tissu cellulaire de protection.

L'estomac était petit, vide; sa muqueuse pâle et fanée. Il en était de même de celle du duodenum. Le jéjunum contenait des matières d'un jaune blanchâtre. Sa muqueuse était épaisse et injectée finement par endroits. On y remarquait çà et là des ulcérations de forme à peu près ronde, à bords découpés, tomenteux, d'un rouge vif, et à fond formé par la tunique musculeuse épaissie. Dans l'iléon, elles se multipliaient, envahissaient transversalement toute la largeur de l'intestin. Leur surface était inégale, constituée par des débris de muqueuse rougeâtres, indurés; tandis que dans les intervalles leur fond était gris bleuâtre ou rougeâtre, tantôt formé de portions de la tunique musculeuse indurée blanchâtres, tantôt par le péritoine lui-même, ramolli, d'aspect noirâtre, ou même perforé dans plusieurs endroits. Telle de ces ulcérations avait 4 centimètres de largeur et avait envahi toute la circonférence de l'intestin.

En approchant du cœcum, on n'apercevait, dans une étendue de plus de 8 centimètres, qu'un vaste cloaque, avec destruction de la valvule iléo-cœcale à surface rugueuse. Dans tous les points ulcérés, un mucus jaunâtre ou brun puriforme tapissait leur surface.

L'intérieur du cœcum offrait çà et là des ulcérations rondes, à fond légèrement rougeâtre, à bords mousses et petits. Le reste de la muqueuse était d'une couleur rosée ou rouge par endroits. L'intestin colon était très contracté et ses parois épaissies. Sa muqueuse, plus rouge que de coutume, était érodée de distance en distance par les mêmes ulcérations. L'une d'elles, vers le milieu de l'arc transverse, en envahissait tout le pourtour dans une largeur d'environ 8 centimètres et présentait une surface rugueuse, formée de débris de la muqueuse, rouges, comme tomateux, faisant autant de saillies arrondies. On retrouvait, dans la portion descendante du même intestin, également très contractée, le même épaississement de la muqueuse et un certain nombre d'ulcérations. Celle du rectum n'en présentait aucune, mais elle était rougeâtre et tuméfiée.

La rate était petite et assez molle; le foie volumineux, d'une couleur jaunâtre, peu ferme. Sa vésicule contenait une assez grande quantité d'une bile filante, d'un très beau jaune, dans laquelle je rencontrai 22 calculs, de couleur brun jaunâtre de fer hydraté, de formes irrégulières, à surface hérissée de pointes mousses ou de facettes rugueuses inégales.

Les reins étaient petits; les deux substances peu distinctes, comme pointillées par endroits; la vessie très contractée, vide; les parois assez épaisses; la matrice était saine.

Dans le cas que je viens de citer, il n'exista pas, durant la vie, des signes ou symptômes propres à déceler qu'il se fût produit des perforations du tube intestinal ayant donné lieu à des péritonites partielles. Cependant les traces ou caractères anatomiques de cette dernière lésion furent rencontrés à l'ouverture du cadavre. C'est que la phlegmasie péritonéale occasionnée par le voisinage d'ulcérations profondes du cœcum, qui avaient probablement occasionné la perforation de cet intestin, s'était bornée à la paroi antérieure droite de l'excavation du petit bassin et avait établi de la sorte des adhérences protectrices propres à s'opposer à l'épanchement de nouveaux gaz ou de matières fécales; c'est que cette phlegmasie ne s'était pas propagée au reste du péritoine, n'avait pas pris un caractère de généralisation; c'est qu'elle s'était bornée, vis-à-vis des autres perforations trouvées à l'iléon, à agglutiner ensemble les circonvolutions intestinales voisines, en y déterminant une inflammation adhésive au pourtour des trouures de cet intestin. Cette disposition est un exemple remarquable des ressources infinies de la nature, lorsqu'il s'agit de jeter une barrière au-devant des causes de destruction si nombreuses qui peuvent atteindre l'organisme.

Les symptômes propres à dénoter ces péritonites limitées avaient été, pendant la vie, tout à fait négatifs. En effet, ils avaient consisté dans des coliques, un facies particulier aux phlegmasies chroniques abdominales, la rougeur et la sécheresse de la langue, la diarrhée, l'état terreux et la sécheresse de la peau, la fièvre hectique, l'absence de météorisme, de douleur ou de sensibilité maladive du ventre. Or, tous ces symptômes devaient de préférence être rapportés à l'existence des ulcérations intestinales observées si fréquemment dans la dernière période de la phthisie pulmonaire avancée dont était atteinte la malade.

Il faut donc rabattre beaucoup de la précision des signes indiqués dans les traités de pathologie interne, comme propres à faire reconnaître les accidens occasionnés par les perforations intestinales que les écrivains ont souvent groupés d'une manière artificielle ou traditionnelle, et qu'on ne retrouve qu'en minime partie ou manquant même complètement lorsqu'on les cherche au lit des malades. La nature, en effet, imprime aux maladies une physionomie tout aussi variable que celle qu'elle se plaît à diversifier dans la figure humaine.

C'est à l'observateur de savoir déchiffrer son langage souvent si obscur et démêler la vérité au milieu des causes incessantes d'erreur dont elle enveloppe ses œuvres, même dans la production des affections morbides.

VASTE EXCAVATION TUBERCULEUSE, AVEC DESTRUCTION DE PLUS DE LA MOITIÉ DU LOBE SUPÉRIEUR DU POUMON DROIT; ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE ANCIEN DU MÊME CÔTÉ, EN VOIE DE GUÉRISON; TUBERCULES DANS LE GAUCHE; ULCÉRATIONS DU COLON, L'UNE AVEC DEUX PERFORATIONS; ADHÉRENCES AVEC LA PAROI ABDOMINALE CORRESPONDANTE A LA SUITE DE PÉRITONITE PARTIELLE; MORT.

Obs. II. — Fontaine, âgée de 41 ans, entre le 9 janvier 1841, à l'infirmerie, pour une bronchite chronique qui fut combattue par des infusions chaudes et les aspirations de chlore.

---

de la force matérielle? A-t-elle moins de besoins à satisfaire aux dépens de la chose d'autrui? Sa nature est-elle ainsi faite que, parvenue au summum de l'exaltation, elle se détend tout aussitôt et retombe flasque et froide sur elle-même? Sa versatilité d'esprit, sa mobilité d'impression ne lui permet-elle point de méditer, de combiner le crime et d'en poursuivre avec persévérance la perpétration? Nous laissons toutes ces explications à qui veut s'en emparer; bornons-nous à constater que sous le rapport de la criminalité la femme se rapproche du premier âge, dont elle conserve et fixe en quelque sorte les formes organiques: elle a de l'enfant la rondeur organique, l'abondance du tissu cellulaire, l'impressionabilité du système nerveux, et de plus, comme vous le voyez, en une certaine mesure l'impuissance pour le crime. Nous aurions désiré, dans le rapport au roi, la comparaison numérique des crimes d'empoisonnement commis en 1843 et dans plusieurs séries d'années antérieures: c'est là une lacune à remplir; il serait intéressant de reconnaître jusqu'à quel point l'imitation, si puissante chez les femmes, a contribué à l'accroissement du chiffre annuel des empoisonnemens. On ne peut nier que la publicité donnée à certains procès et la curiosité presque flatteuse qui a entouré certaines héroïnes de cours d'assises, ont dû agir sur mainte imagination, exalter des passions secrètes, enfler d'une mauvaise inspiration quelques âmes mal résignées ou en travail de haine conjugale!... Qui sait l'histoire des épidémies de chorée ou l'électrique détonation qu'un accès d'hystérie produit dans une salle de femmes malades, ne refusera point créance au pouvoir pernicieux de l'imitation dans l'ordre moral.

Autre fait digne d'attention: c'est dans le pays où l'émancipation sociale de la femme est le moins avancée, que l'on compte le moins de femmes accusées de crimes: en Corse, où la femme ne s'assied pas sans permission à la table de son mari; où, livrée aux durs travaux des champs et du ménage, elle subit en vassale la loi de son époux et ne participe que de fort loin aux bienfaits de la civilisation; c'est en Corse tous les ans qu'il y a proportionnellement le moins de femmes traduites aux assises; sur 112 accusés on n'y a pas compté, en 1843, une seule femme. Il en est de même pour le Cantal. Nous n'avons pas visité ce dernier département; mais nous connaissons la Corse, et l'hommage que la statistique judiciaire décerne à ses femmes ne nous étonne point: résignation chrétienne aux souffrances de leur humble condition, durable pureté de l'ame, fierté de caractère, fidélité aux affections légitimes, sentiment profond du devoir, tels sont les traits qu'une plume impartiale ne peut refuser à la peinture de ces nobles femmes de Corse. Parmi les départemens qui brillent encore par le petit nombre de leurs femmes inscrites sur les tablettes infamantes de la justice criminelle, il faut mentionner les Pyrénées-Orientales, l'Aude et l'Ardèche, la Haute-Marne, Maine-et-Loire, le Puy-de-Dôme, tandis que les provinces qui figurent à la tête de la civilisation nationale, la Moselle, la Meurthe, les Vosges, etc., ont fourni plus de femmes criminelles. Dans la Seine, toutefois, on trouve 17 femmes sur 100 accusés, proportion moyenne de tout le royaume.

3° Mariage. Puisqu'il est prouvé que la femme commet moins de crimes que l'homme, on peut en induire *à priori* que la co-habitation régulière avec la femme, c'est-à-dire le mariage, doit exercer une influence favorable sur la moralité de l'homme. Cette opinion est confirmée par la statistique. Sur 100 accusés du sexe masculin, en 1843, il y avait 57 célibataires, 40 hommes mariés, 3 veufs. La femme à son tour s'améliore dans l'état d'union légitime: sur 100 femmes

17. La poitrine explorée de nouveau, je reconnus, outre cette lésion, un épanchement pleurétique ancien du côté droit, en voie de résorption. Je fis appliquer un large emplâtre épispastique sur cette partie et donner une décoction de pariétaire nitrée.

20. La toux était fréquente; l'amaigrissement augmentait. Il y avait de la fièvre. L'auscultation me fit reconnaître l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit. (Quart lait, aspirations de vapeurs de goudron, eau gommeuse.)

24. Les inspirations de chlore furent reprises, mais elles fatiguèrent; il fallut les suspendre. Trois jours après, un vésicatoire fut appliqué au bras et la suppuration entretenue.

30. Comme la toux était fréquente la nuit, je fis donner le soir 5 centigr. de poudre de belladone, une décoction de lierre terrestre. On recommença à faire respirer le chlore; mais il fallut encore le suspendre et le remplacer par des aspirations de vapeurs d'eau versée chaude sur des feuilles de jusquiame macérées dans une dissolution d'opium. Elles furent continuées jusqu'au 9 février.

Le 11, la malade sortit de l'infirmerie.

Elle y rentra le 1er mars. Elle avait maigri; elle était oppressée, toussait, avait de la fièvre. Un vésicatoire fut appliqué au bras et les fumigations de jusquiame ordonnées. Des signes d'embarras gastrique étant survenus, un vomitif fut prescrit.

4. L'expectoration était peu abondante, muqueuse, la toux fréquente, surtout la nuit. (5 centigr. de poudre de belladone; infusion de sauge.)

9. Pour diminuer l'oppression, je fis vomir la malade à l'aide d'ipécacuanha, et reprendre les fumigations de goudron, mais elles soulageaient moins que celles de jusquiame.

15. En auscultant la poitrine de nouveau, je constatai que la respiration ne s'entendait à droite qu'inférieurement, et, par la percussion, une matité de tout le tiers inférieur. Il existait donc là un épanchement pleurétique limité. Je fis appliquer sur ce point un large emplâtre épispastique et entretenir la suppuration; l'appétit avait de beaucoup diminué. Fontaine ne mangeait que le demi-quart.

21. Malgré son affaiblissement, je pratiquai une saignée de 500 grammes. Il n'y eut pas d'amélioration, en sorte que quatre jours après, je fis placer, sur un autre point du même côté droit, un second emplâtre épispastique.

27. Une nouvelle saignée aussi forte que la précédente fut faite, et un julep narcotique prescrit pour la nuit.

31. Il y eut un peu de mieux; l'appétit revint.

Pendant la première quinzaine de juillet, la malade continua à maigrir. Elle éprouvait des sueurs nocturnes qu'on combattait par une tasse de lichen donnée le soir. Je fis placer 12 sangsues sur le côté droit de la poitrine, et ensuite des cataplasmes pour diminuer la douleur qui s'y était développée, et, le surlendemain, un nouvel épispatique.

Fontami, en outre, avait de la diarrhée depuis près de trois mois. Cette dernière augmenta le 15 avril. (Cataplasmes anodinés sur le ventre; tiers de lavement opiacé; eau de riz.) J'ajoutai au diagnostic : Ulcérations intestinales.

23 avril. Le dévoiement persistait. (Diascordium, 8 grammes; eau ferrugineuse; décoction de riz.)

29. Nulle diminution n'avait été obtenue; la soif était vive, l'appétit un peu meilleur. (Demi-ration; limonade.)

5 mai. Dix sangsues furent appliquées à l'épigastre, mais sans effet sur les évacuations alvines. L'altération était la même, ainsi que l'amaigrissement. La patiente manifestait des craintes de mort, son caractère était devenu difficile et méchant. Elle se plaignait de coliques, qu'on diminuait par des applications de cataplasmes opiacés.

10. Elle présenta des signes de gastrite. Ils diminuèrent progressivement.

16 La malade était mieux; elle mangeait le quart; et quelques jours aprés, j'accordai la demi-ration. Elle était devenue tellement ingouvernable qu'il fallut punir de graves infractions à la discipline des infirmeries.

1er juin. La langue était rouge, sèche; le dévoiement le même. Le ventre cependant n'était nullement distendu et insensible à la pression. Je fis appliquer dix sangsues à l'épigastre et ensuite des cataplasmes simples d'abord, puis anodinés. Il y eut un peu de mieux, et le désir des alimens se fit de nouveau sentir.

11. La toux était sèche, et accompagnée ou suivie à chaque quinte de soulèvemens de cœur et d'efforts pour vomir. La matité du côté droit était la même, la diarrhée continuelle, l'amaigrissement plus prononcé. (Bouillie de farine de riz, 5 centigr. d'extrait aqueux d'opium, en trois pilules.) La même médication fut continuée jusqu'à la fin du mois.

28. Je fis appliquer sur l'épigastre un large emplâtre de thériaque, saupoudré avec 25 centigr. d'acétate de morphine.

1er juillet. L'état de Fontaine empirait : la maigreur faisait de rapides progrès, la toux persistait, ainsi que la fièvre et les évacuations diarrhéiques. En palpant le ventre, on le trouvait souple; elle n'y accusait pas plus de douleur dans un point que dans un autre. (Limonade gommeuse, mêmes pilules.) Elle s'affaiblit de plus en plus. Elle manifestait fréquemment ses craintes de mourir avant sa sortie de prison qui devait avoir lieu le 15 août. Les tégumens, vis-à-vis le sacrum, menaçant de s'excorier, je fis recouvrir cette partie d'un emplâtre de Nuremberg. La dose d'opium fut doublée. Enfin, cette malheureuse s'éteignit sans trouble intellectuel, le 25 juillet, à neuf heures du matin.

Autopsie cadavérique faite 42 heures après la mort.

État extérieur. Le corps était très amaigri; le ventre retiré vers le rachis.

Le crâne ne fut pas ouvert, la malade ayant conservé jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés mentales.

Thorax. La cavité gauche du thorax contenait une très petite quantité de sérosité limpide. Le poumon correspondant présentait un certain nombre de tubercules agglomérés formant au-dessous de la plèvre autant de petites tumeurs de la grosseur d'un pois. Cette membrane, à leur pourtour, était d'un rouge vif et finement injectée. On en rencontrait encore quelques autres dans le tissu pulmonaire qui était généralement assez crépitant et engoué de sérosité spumeuse dans toute la moitié postérieure de son lobe inférieur. Dans un point du sommet, deux à trois petites masses tuberculeuses étaient ramollies.

Le côté droit de la poitrine était occupé par un épanchement de sérosité albumineuse en voie de résorption. En effet, il était circonscrit à la partie inférieure externe et postérieure, et limité par des adhérences très fortes contractées sur toute la face externe du poumon recouverte d'une couche d'albumine blanche assez dense et épaisse. On trouvait en outre, accumulée à la partie inférieure, répondant à la face diaphragmatique, et, au milieu de la sérosité épanchée, une grande quantité du même produit morbide d'aspect gélatiniforme. Tout le lobe supérieur du poumon était en majeure partie détruit par une vaste excavation tuberculeuse, et ses détritus en formaient les parois, qui semblaient comme déchirées, étaient inégales et constituées par des lambeaux de tissu pulmonaire, tuberculeux. Le liquide puriforme, rougeâtre qu'elle contenait, avait une odeur infecte. Tout ce lobe, adhérant intimement au sommet de la poitrine, se déchira en partie en l'enlevant. Les deux autres présentaient également des tubercules.

La muqueuse brouchique était rouge et enduite d'un mucus rougeâtre puriforme.

Le péricarde renfermait 8 à 10 grammes de sérosité limpide; le cœur était dans l'état normal.

Abdomen. Le colon, presqu'immédiatement après son abouchement dans le cœcum, se recourbait pour former la portion horizontale. Dans ce point, il se portait au devant de cet intestin, avec la face antérieure duquel il avait contracté des adhérences albumineuses, de même qu'antérieurement avec le point correspondant du feuillet du péritoine qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen. Elles étaient le résultat de l'inflammation adhésive qui s'était développée autour d'une vaste ulcération de cet intestin, laquelle avait perforé en deux points très rapprochés toute sa paroi antérieure et sa partie inférieure. De ces deux ouvertures, l'une pouvait bien avoir 1 centimètre et quart, et l'autre un demi centim. de diamètre; leur forme était ronde. L'érosion s'était étendue à toute l'épaisseur du péritoine pariétal, l'avait transformé en un ulcère à fond

---

accusées on trouve 52 célibataires, 36 femmes mariées et 12 veuves. Nous avons démontré ailleurs (Traité d'Hygiène, t. II) que la classe des célibataires fournit plus de décès, de suicides et d'aliénations mentales que celle des hommes mariés: « Il est consolant de voir les résultats inflexibles de la statistique s'ajouter aux considérations de l'ordre religieux et aux exigences de la société pour nous montrer dans le mariage une école de perfectionnement moral, de modération et de longévité, le préservatif et le correctif des passions qui détruisent la santé, étouffent la conscience, bouleversent l'esprit ou précipitent au suicide ou vers la folie » (*l. c.*). C'est toujours dans les départemens où il existe des villes populeuses que le nombre proportionnel des accusés célibataires est le plus élevé (Seine, Maine-et-Loire, Haute-Garonne, Bouches-du-Rhône, Rhône, Loire-Inférieure, Gironde). La naissance semble peser fatalement sur les destinées ultérieures de la vie : les enfans naturels des deux sexes figurent pour une forte proportion parmi les accusés; il en est de même des individus qui ont eu des enfans naturels ou qui vivaient dans le désordre. C'est que l'éducation régulière et suivie de l'enfant n'est garantie que par la légitimité des unions; les médecins qui se sont occupés d'hygiène publique savent que la maladivité et la mortalité marchent encore ici sur la même ligne que la criminalité : les pauvres êtres qui sont nés en dehors du mariage sont aussi ceux qui alimentent en plus grand nombre le nécrologe épouvantable du premier âge : ceux que la mort ne moissonne point fournissent un contingent considérable à la sellette des cours d'assises et des tribunaux correctionnels. Dira-t-on qu'un Dieu vengeur châtie l'immoralité dans plusieurs générations? Non; l'enchaînement de la cause et des effets est logique, visible, inévitable. Conçu dans la débauche, abandonné à sa naissance, ou élevé dans l'atmosphère du vice, devenu cynique avant d'avoir connu la pudeur, l'enfant naturel est à la fois pour la société un fardeau et un danger; la religion peut seule alléger l'un et conjurer l'autre. C'est à elle de travailler à la régularisation des unions illégitimes, et c'est ce qu'elle a entrepris sous les auspices de saint Régis; à elle de recueillir avec les pieuses mains de saint Vincent les rejetons infortunés des mauvaises souches et de corriger la sève sordide qui circule en eux.

4° Instruction. Les 7,226 accusés jugés en 1843 se divisent ainsi qu'il suit : 3,719 étaient complètement illettrés; c'est plus de la moitié (0,51), 2,316 (0,32) savaient lire et écrire imparfaitement, 955 (0,13), possédaient ces connaissances de manière à pouvoir en tirer parti; enfin 236, un peu plus de 3 centièmes, avaient reçu une instruction supérieure. On voit déjà par les chiffres à combien peu se réduit la proportion des hommes vraiment instruits sur les listes de la justice criminelle. Une instruction supérieure agit donc préservativement, soit qu'elle multiplie pour l'homme les ressources d'existence et qu'elle lui rende inutile l'usage des moyens contraires à la loi, soit qu'elle élève la moralité avec le niveau des connaissances et détermine une salutaire réaction de l'intelligence sur la conscience. Que l'on cesse de blasphémer l'intelligence, d'accuser le résultat de la culture des esprits. Quand cette culture est complète, elle produit comme celle du sol d'excellens fruits. L'ignorance est plus voisine du crime et semble y pousser; car en comprenant dans une seule catégorie les illettrés et ceux qui n'avaient qu'une notion imparfaite de la lecture et de l'écriture, on trouve qu'elle représente à elle seule les 83/100 de la totalité des accusés. Mais en fût-il autrement, la grande majorité des accusés fût-elle en état de lire et d'écrire, qu'en pour-

grisâtre, de même que la portion correspondante de la même séreuse qui tapisse la face antérieure du cœcum.

Cette inflammation adhésive avait prévenu tout épanchement. Si plus tard il se fût développé un phlegmon vis-à-vis le point des adhérences aux parois abdominales, et que le pus eût pénétré dans cet intestin, il eût pu s'établir dans cette partie un anus contre nature.

L'estomac était au tiers rempli de tisane, sa muqueuse était saine; il en était de même de celle du duodénum, et en général de celle du jéjunum, quoiqu'on y rencontrât çà et là trois à quatre petites ulcérations rondes, à bords coupés à pic et néanmoins tomenteux. J'y remarquai un petit tubercule sous-muqueux blanc, ramolli; seulement la muqueuse qui l'enveloppait n'était pas encore érodée.

On rencontrait aussi au nombre de huit à neuf, et assez éloignés les uns des autres, dans l'iléon, de semblables ulcères. Ces deux intestins étaient extrêmement petits, renfermaient un mucus épais, d'un blanc jaunâtre, prenant vers la fin le caractère fécal. La muqueuse du cœcum offrait plusieurs ulcérations, à fond d'un gris bleuâtre, à bords épaissis, coupés nettement et en voie de cicatrisation. Tout le colon en était également criblé, seulement elles occupaient les deux tiers de sa circonférence. Leurs bords étaient irréguliers et leur fond creusé plus ou moins profondément, formé par le tissu cellulaire sous-musculeux épaissi et induré. On apercevait, vis-à-vis le cœcum, les deux perforations complètes qui avaient donné lieu aux adhérences décrites. On en trouvait encore d'autres, mais moins étendues et moins nombreuses dans l'S iliaque, et enfin une assez large dans le rectum, à 4 à 5 centimètres et demi de l'anus. Les matières fécales contenues dans le gros intestin étaient liquides et d'une odeur infecte.

La rate était volumineuse, son parenchyme d'un rouge sale et diffluent.

Le foie, de volume normal, présentait un tissu jaunâtre. Sa vésicule, très grande, était énormément distendue par une bile d'un vert noir, très filante, tachant fortement les doigts en jaune.

Les reins étaient sains, la vessie remplie d'urine d'un jaune foncé.

L'utérus était petit, d'un tissu très dense; son col offrait à sa lèvre antérieure une érosion granulée superficielle.

Le sujet de cette observation présenta encore un exemple d'une perforation du gros intestin n'ayant produit qu'une inflammation péritonéale locale d'une étendue trop limitée pour déterminer la mort. En effet, une vaste ulcération au commencement du colon détruisit toute l'épaisseur de ses parois en deux points, par suite d'une inflexion anormale qui le mettait en contact avec la face antérieure du cœcum, et détermina une inflammation adhésive au pourtour de l'ulcération avec la surface correspondante de cet intestin. En même temps, il vint en contracter en avant une semblable avec point le contigu de la portion du péritoine qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen, sur lequel s'était développée une ulcération identique qui avait intéressé toute l'épaisseur de cette membrane séreuse.

Dans tous les cas semblables à celui-ci, si la péritonite générale ne survient pas, c'est que les adhérences par l'exhalation d'une matière albumineuse, résultat de l'inflammation adhésive qui s'établit par voie de contiguité entre une portion d'intestin dont l'ulcération a pénétré jusqu'au tissu cellulaire sous péritonéal ou même jusqu'à la séreuse, et bientôt jusqu'à la surface d'enveloppe péritonéale de l'organe le plus voisin ou en contact, préviennent tout épanchement de gaz, d'humidités ou de matières stercorales, lorsque l'ulcération continuant à faire des progrès en profondeur finit enfin par perforer l'intestin.

Durant la vie, quelques symptômes particuliers ou spéciaux indiquèrent-ils l'époque à laquelle s'était effectuée la perforation? Pas plus que dans la plupart des autres cas identiques. Ainsi les seuls observés, tels que diarrhée invétérée, altération, vive douleur à l'épigastre, rougeur et sécheresse de la langue, absence de tout météorisme ou de toute sensibilité du ventre à la pression, sa souplesse, les craintes de la mort dénotaient une gastro-entérite chronique avec ulcérations dans les intestins, mais nullement une péritonite dans les points de l'abdomen où elle avait dû nécessairement se développer.

(La suite prochainement.)

PATHOLOGIE EXTERNE.

CONFÉRENCES SUR LES ARTHRALGIES ET LES DIFFORMITÉS ARTHRALGIQUES; par M. le docteur J. GUÉRIN.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

PREMIÈRE CONFÉRENCE.

Définition de la maladie. — Ce n'est pas une tumeur blanche — une luxation spontanée — une ulcération des cartilages — une affection tuberculeuse des jointures — une arthrite — une hydarthrose — une arthrocace — une arthropathie — une maladie articulaire proprement dite — mais une arthralgie, articulaire ou péri-articulaire. — Difformités arthralgiques. — Toutes les dénominations antérieures n'étaient que l'expression insuffisante, incomplète, erronée, arbitraire, de certaines particularités de la maladie ou de la difformité. — Etat de la science par rapport aux difformités arthralgiques. — Théorie des épanchements articulaires comme cause de ces difformités.

Depuis bientôt trois ans, j'ai eu occasion de vous montrer une série de difformités particulières qui avaient été jusqu'ici ou négligées, ou incomplètement décrites par les auteurs. Ce sont celles qui ont pour caractère commun de prendre naissance à la suite de certaines affections articulaires ou péri-articulaires sur la nature desquelles je m'expliquerai plus tard, mais qui, au point de vue purement empirique, sont principalement caractérisées par des douleurs dans le voisinage des articulations. A ceux qui ont suivi avec quelque assiduité mes conférences cliniques, cette simple indication doit suffire pour rappeler à l'instant et la physionomie particulière de ces difformités, et les diverses phases de leur développement; en sorte que, pour eux, les considérations qui vont suivre seront bien plutôt un résumé de notions acquises, une classification de phénomènes pathologiques déjà connus, qu'un exposé didactique de faits entièrement nouveaux.

J'ai choisi pour ces difformités le nom de *difformités arthralgiques* qui rappelle, par son symptôme le plus constant et le plus apparent, c'est-à-dire par la *douleur articulaire*, l'affection qui a leur donné naissance, et présente ainsi l'avantage d'une appellation dégagée de toute préoccupation théorique. Quant à l'affection elle-même, je l'appelle, pour le même motif, *arthralgie*, et non pas *arthropathie*, ou *arthrocace* (mots qui ont cependant cours dans la science), parce que je ne veux point donner à entendre qu'il y ait toujours maladie de l'articulation.

J'insiste dès le début sur la nécessité d'établir une distinction fondamentale entre la *maladie* d'où procède la difformité, et la *difformité* elle-même; il y a pour cela nécessité au point de vue historique, nécessité au

rait-on inférer contre la salubrité de l'instruction? La lecture et l'écriture ne sont que des instrumens pour le bien comme pour le mal; ne vous contentez pas de les mettre aux mains des classes inférieures, enseignez-leur en même temps l'art d'en user dans l'intérêt de leur amélioration; mettez des ouvrages d'instruction populaire à leur disposition; créez des bibliothèques de campagne, propagez à travers leurs masses compactes les rayons d'une civilisation dont l'aurore ne s'est pas encore levée sur leurs têtes, alors que vous criez à l'excès de la civilisation; faites que la religion parle à leurs âmes et à leur intelligence, au lieu de frapper seulement leurs oreilles et leurs yeux, et d'étouffer leur raison sous une triple couche de rites, de mystères et de pratiques: cette œuvre accomplie, nous retournerons aux statistiques judiciaires et nous peserons d'une main impartiale, vous et moi, les élémens diaboliques que l'instruction y introduit.

M. L.

(La suite au prochain numéro.)

— PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, ou Recherches cliniques, expérimentales et microscopiques sur l'inflammation, la tuberculisation, les tumeurs, la formation du cal, etc.; par le docteur H. LEBERT, membre de plusieurs sociétés savantes. 2 vol. in-8°, accompagnés d'un atlas de 22 planches gravées. Prix : 23 fr.

Cet important ouvrage est ainsi divisé :

Dans la première partie, l'auteur traite de l'inflammation dans tous les organes, avec les terminaisons diverses et les modifications que lui impriment les différentes parties dans lesquelles on l'observe.

Dans la deuxième partie, il examine la tuberculisation, il en fait connaître les caractères généraux, et dit quels sont les principaux phénomènes qu'elle présente suivant son siége.

Dans la troisième partie, qui forme presqu'en entier le second volume, sont consignées les recherches sur les tumeurs que l'auteur divise en deux grandes classes, selon les tissus qui les constituent : 1° homéomorphes, lorsqu'ils ne sont que le développement local d'un des élémens qui existent normalement dans l'organisme, soit à l'état permanent, soit pendant la période embryonnaire; 2° hétéromorphes, lorsqu'on ne les rencontre point dans l'état normal et qu'ils sont de formation tout à fait nouvelle. Il traite d'une manière particulière et avec détails de la nature et de la structure du cancer; c'est certainement là un des sujets qui avaient le plus besoin d'être élucidés.

L'ouvrage est terminé par quatre mémoire : 1° sur la formation du cal; 2° sur les productions végétales que l'on rencontre dans la teigne; 3° sur les hydatiques du foie renfermant des échinocoques; 4° sur la théorie cellulaire et la formation des parties élémentaires qui constituent nos organes à l'état normal et à l'état pathologique.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

point de vue pathologique, nécessité au point de vue étiologique, nécessité enfin au point de vue thérapeutique. Vous avez déjà pu vous convaincre, par l'histoire des difformités dues à la rétraction musculaire et de celles qu'engendre le rachitisme, combien il importe, dans les études de ce genre, d'avoir, pour l'observation et l'intelligence des altérations matérielles, une notion précise des phases diverses et des lois de leur évolution.

J'ai dit tout à l'heure que, jusqu'ici, on s'était peu occupé du sujet dont je veux vous entretenir. Je dois avant tout justifier cette allégation, sous je double rapport de l'affection articulaire et de la difformité.

1° Ouvrez les traités sur la matière, les dictionnaires, les recueils périodiques, et vous verrez que, sur la maladie articulaire appelée arthrocace, arthropathie, ou de quelqu'autre nom équivalent, l'on ne possède que des descriptions isolées, des faits incomplètement observés, et encore plus incomplètement expliqués. Que faut-il pour constituer véritablement la science à l'égard d'une affection quelconque? Il faut d'abord la connaissance empirique de tous les phénomènes qu'elle présente, puis la classification méthodique de ces phénomènes au point de vue de leurs rapports les plus naturels, puis enfin l'interprétation rationnelle de tous leurs caractères, c'est-à-dire la notion du fait primitif qui domine leur développement, de leur cause. Or, il s'en faut bien qu'il en soit ainsi pour l'arthralgie.

La liste seule des noms imposés aux affections de ce genre montre déjà quelle incertitude régnait sur leur nature. Ainsi, quelques-uns les ont appelées *tumeurs blanches*; désignation vicieuse en ce qu'elle s'applique également aux affections dynamiques et aux altérations organiques des mêmes parties, aux lésions qui ouvrent la scène et aux lésions qui la terminent, comme sont la dégénérescence et la désorganisation des tissus. Les phénomènes dont l'ensemble constitue ce que nous nommons *arthalgie* peuvent, dans quelques cas, conduire à la tumeur blanche, mais généralement ils sont tout autre chose que la tumeur blanche.

On a aussi décrit ces maladies sous le nom de *luxations spontanées*; et effectivement on trouve souvent à la suite de l'arthralgie des déplacemens articulaires qui ont quelque rapport avec les luxations. Mais vous allez voir qu'ici les auteurs ne se sont préoccupés que de l'un des phénomènes les plus avancés, d'un accident très exceptionnel, de la maladie. En effet, vous devez vous rappeler une foule de cas qui ont passé sous vos yeux et où il existait des directions vicieuses, telles que flexions et extensions exagérées, des déplacemens en profondeur, comme la pénétration de la tête du fémur à travers le fond de la cavité cotyloïde perforée, etc. Or, dans tous ces cas, pas de luxation véritable. Donc, même au point de vue matériel, auquel ils avaient circonscrit leur étude, les partisans du mot *luxation spontanée* ont méconnu le vrai théâtre de la maladie. En effet, quand la luxation existe réellement, elle est presque toujours compliquée, comme on peut s'en assurer sur le cadavre, d'altérations qui en sont tout à fait distinctes, et qui ont dû même la précéder, telles que l'agrandissement des cavités articulaires, l'érosion de leurs bords, les dépressions des têtes osseuses, etc. Le terme *luxation*, qui n'indique qu'une partie des phénomènes, ne peut par conséquent suffire pour caractériser ce genre d'affection, puisqu'il laisse en dehors une foule de complications qui appartiennent en propre à la maladie.

Quelques chirurgiens se sont contentés de désigner la maladie par la *position* ou direction des parties *vicieuses* qu'elle envahit; mais pour peu qu'on étudie ses caractères, on s'aperçoit bien vite qu'ils contiennent autre chose qu'une simple perversion d'attitude. Le mot d'*ankylose*, sous lequel on a décrit un certain nombre d'arthralgies, ne saurait non plus convenir; car il n'exprime qu'un des effets accidentels les plus éloignés de l'affection primitive.

D'autres personnes, prenant pour point de départ un ordre de considérations tout différent, et où se mêle déjà un commencement d'interprétation théorique, n'ont vu dans cette maladie articulaire qu'une altération de texture consistant dans l'*inflammation des synoviales*. Un seul coup-d'œil suffit pour faire rejeter cette manière de voir. Ainsi un sujet présente aujourd'hui une douleur fixée sur une articulation; au bout de deux ou trois heures de durée elle disparaît complètement; mais le lendemain elle revient à la même heure pour se dissiper encore avec la même rapidité. Chez un autre sujet, la douleur est en dehors de l'articulation; elle occupe simplement un ou plusieurs muscles. Ces faits-là se voient tous les jours, et plusieurs fois déjà vous avez eu l'occasion d'en observer ici de semblables. Or, que serait-ce qu'une inflammation qui suivrait une marche aussi franchement intermittente? Que serait-ce qu'une arthrite sans symptômes articulaires et qui siégerait dans les muscles? Ce n'est pas tout, la douleur se transporte souvent d'une jointure à l'autre, et change ainsi de place plusieurs fois en vingt-quatre heures. Cette mobilité ne répugne-t-elle pas à l'idée que nous nous faisons d'une inflammation, et d'une inflammation qui devrait être assez intense, si c'était à elle qu'on dût rapporter les effets matériels si graves, et les difformités dont nous nous occupons? Enfin nous avons vu, et vous avez pu constater par vous-mêmes des cas où, chez le même sujet, la douleur avait son siége, d'un côté, en dehors, et de l'autre, dans l'intérieur de l'articulation; enfin nous en avons vu d'autres où tous les mouvemens s'opéraient sans douleur et ne déterminaient de souffrances que lorsqu'on les exécutait dans un certain sens. Une inflammation a-t-elle cette allure bizarre et ces phénomènes capricieux? Mais il est encore des faits plus probans, et nous en possédons plusieurs exemples dont la plupart se sont passés devant vous; ce sont ceux où la douleur, tout à fait nulle au niveau de la jointure, ne se manifeste que dans certains nerfs et à l'occasion seulement de la pression qu'on exerce sur leur trajet.

On a encore invoqué, pour expliquer l'arthralgie, une *ulcération* ou un *ramollissement des cartilages articulaires*, et cela en vertu d'observations où l'on avait bien réellement trouvé des lésions de cet ordre, dans des articulations affectées de difformités. Mais les observations que je viens de développer au sujet de l'inflammation des synoviales peuvent également s'appliquer à cette doctrine, et suffisent pour la ruiner. Du moment que j'ai rappelé le caractère mobile et fugace des douleurs, leur siége fréquent dans un point plus ou moins éloigné de l'articulation et sur le trajet des nerfs ou des muscles, leur apparition sous l'influence des causes qui irritent ces derniers, et leur absence si ce n'est lors de mouvemens imprimés dans de certaines directions à l'articulation qu'on suppose affectée, j'ai suffisamment établi, ce me semble, qu'il existe une série de faits absolument en désaccord avec l'idée que ferait naître cette dénomination d'*ulcération des cartilages*, employée d'une manière générale.

Un autre genre de lésions a encore préoccupé les chirurgiens, et avec plus de fondement en apparence. Plusieurs d'entre eux, et surtout dans ces derniers temps, ont considéré la maladie et les difformités dont il s'agit comme l'effet d'une *affection tuberculeuse* des extrémités articulaires des os. Quoique cette appellation repose sur un plus grand nombre de faits que les précédentes, et sur des faits mieux observés, elle ne supporte guère mieux l'examen. En effet, nous avons fréquemment vu la douleur, indépendamment de la mobilité spontanée dont nous avons parlé, céder presque instantanément à une seule application de pommade stibiée. En serait-il ainsi, pourrait-il en être ainsi dans une maladie organique, profonde, matérielle, nécessairement tenace et à marche continue, comme l'affection tuberculeuse des os? Mais l'autopsie achève de lever tous les doutes; car j'ai souvent pu constater qu'une transformation lardacée des tissus fibreux, parfois une ulcération ou un ramollissement des cartilages, était la seule trace appréciable que présentassent les extrémités articulaires. Les tubercules, comme les autres lésions, ne sont donc, pour ainsi dire, qu'un épisode, qu'une forme ou variété de la maladie, un phénomène accidentel, et partant incapable de faire la base d'une définition rationnelle.

Dans quelques traités, on a éludé la difficulté d'une dénomination précise en appelant la maladie en question, *arthrocace*, *arthropathie*. Cette appellation, qui ne préjuge rien sur la nature du mal, me paraît bien supérieure aux précédentes; et cependant je ne puis non plus l'admettre, car elle a le tort de donner à entendre que la maladie réside dans l'articulation. Or, je l'ai montré tout à l'heure, l'affection n'envahit pas toujours les parties élémentaires et constituantes de l'articulation proprement dite, mais reste quelquefois bornée aux tissus voisins. Je vous citerai à cette occasion un malade chez lequel nous pûmes constater que la douleur était localisée exactement dans le moyen fessier; et ce qui le prouvait, c'est qu'elle augmentait lorsqu'on donnait au membre inférieur une situation telle, que ce muscle fût distendu, tandis que la même région demeurait parfaitement indolore dans les mouvemens en sens contraire, quelqu'étendus qu'ils fussent. Vous avez vu d'autres faits plus démonstratifs encore. Un enfant avait la tête fortement inclinée à gauche; le mouvement mécaniquement imprimé à la tête dans ce sens n'était pas douloureux; le mouvement d'inclinaison à droite l'était au contraire beaucoup. Une jeune personne, affectée de la même maladie, n'éprouvait de douleur que lorsqu'on lui faisait incliner fortement la tête sur la poitrine, et la douleur correspondait alors aux insertions inférieures du splénius et des complexus; le renversement de la tête en arrière s'accomplissait au contraire librement et sans nul obstacle.

Il est une réflexion qui s'applique à tous les essais de définition dont je viens de vous entretenir, c'est que ces dénominations si diverses ont surtout été proposées pour désigner des maladies différentes par leur siége ou leurs périodes. Ce n'est même que pour les avoir considérées isolément dans telle ou telle articulation, et indépendamment de toute pensée de généralisation, qu'on s'est laissé entraîné à leur donner des noms si défectueux; car, se bornant à les étudier d'une manière toute locale,

à la hanche, au genou, au cou, les appellations ont naturellement varié, suivant l'influence exercée par la localité sur la manifestation morbide, selon que le phénomène principal, le fait saillant de l'affection était une luxation, une maladie des cartilages, une affection tuberculeuse, etc.

Une méthode d'investigation, sans idée générale qui la dirige et la féconde, ne pouvait donc manquer d'amener des définitions sans caractère générique, et chaque essai de nomenclature, assez satisfaisant en lui-même pour la maladie qui en avait suggéré l'idée, était visiblement défectueux et insuffisant dès qu'on voulait l'étendre aux autres affections du même ordre. En cet état, la première chose à faire était donc d'abord de chercher une dénomination qui comprît toutes ces lésions, puis de montrer les rapports qui unissent entre eux tous ces groupes de symptômes dont trop souvent jusqu'ici on avait fait autant d'entités distinctes qu'elles occupaient de siéges topographiquement différens, qu'elles affectaient d'individus et qu'elles présentaient de formes. Les noms d'*arthrocace*, d'*arthropathie*, signalaient déjà un progrès dans la bonne voie. Ce progrès, quoique insuffisant, révélait dans les hommes de science un vague besoin de rassembler sous un même chef les diverses formes restées éparses d'une même affection. C'était le commencement d'une œuvre de classification systématique, que j'essaierai de compléter dans ces conférences.

Ainsi que je l'ai dit, j'ai pris pour base d'une nouvelle dénomination de la maladie articulaire un symptôme constant, la *douleur*. Par cela même, le mot *arthralgie* convient à toutes les formes de l'affection. Si je pensais que cette affection fût constamment une affection articulaire, je n'hésiterais pas à vous le dire et à la définir en conséquence; mais ma conviction est tout opposée; je dois donc, pour le moment, me borner à caractériser la lésion par les phénomènes qui l'accompagnent le plus communément, d'autant plus que, ainsi que nous le montrerons plus tard, cette appellation est surtout en rapport avec la nature essentiellement nerveuse de l'affection.

Examinons maintenant où en était la science par rapport à l'étude des difformités particulières qui nous occupent. Ici nous ne trouverons pas, à beaucoup près, autant à déblayer. Car jusqu'à présent on n'était pas entré fort avant dans ce genre de recherches, et l'on s'était généralement contenté de dire que la tumeur blanche, quand elle n'entraîne pas la mort des sujets ou ne se résout pas complètement, se termine de deux manières : par *luxation spontanée* ou par *ankylose*. Mais dans ces notions imparfaites, qui sont pourtant le dernier mot de la science contemporaine, trouvez-vous une indication précise de la *situation*, de la *direction* que prennent les os affectés, de leur *forme*, de leur *dimension*, de leur *texture* et des changemens que subissent les élémens propres et accessoires de l'articulation? En aucune manière. Et cependant ce sont là autant de faits qui, par leur complexité aussi bien que par leur constance, méritent un examen approfondi. Ainsi, je vous présente le moule en plâtre du membre supérieur d'un enfant affecté d'une difformité arthralgique du coude. Vous voyez qu'il ne s'agit pas seulement d'une tumeur blanche, ni seulement d'une ankylose, mais qu'il y a tout à la fois ankylose et *pronation forcée*. Sur une autre pièce, vous pouvez constater comme autant de produits de la même cause : 1° une *flexion* permanente du genou; 2° une *rotation* de la jambe en dehors, d'un quart de cercle environ; 3° *un déplacement latéral* du tibia sur le fémur; 4° enfin une *atrophie* de ce dernier os, qui se trouve réduit au tiers à peu près de la longueur que présente celui du côté opposé.

Cette simple énumération des élémens divers qui entrent dans la constitution de cet ordre de difformités montre qu'on n'en avait aperçu que les élémens les plus vulgaires, les plus superficiels. Cette indication suffit surtout pour renverser les théories qu'on en avait données précédemment. Ces théories ont, comme les définitions examinées plus haut, le tort de ne s'appliquer qu'à une partie des phénomènes. Ces derniers étant, de leur nature, évidens et parfaitement appréciables, on aurait dû, ne vous semble-t-il pas, commencer par les étudier attentivement, complètement, avant de chercher à déterminer leur cause. Mais cette marche n'est pas celle qu'on a suivie, et ce n'est pas la seule faute de ce genre dont l'histoire de la science nous offre l'exemple. Trop souvent on s'imagine saisir du premier coup la raison des faits qu'on observe, et, sautant par un enjambement hardi jusqu'à l'explication, on arrive ainsi à une théorie défectueuse, parce qu'elle est prématurée. C'est ainsi qu'après avoir observé seulement un certain nombre de difformités arthralgiques, on a dit qu'elles étaient tout simplement le résultat de la position que prennent les malades. Mais dans le dernier cas dont je vous ai parlé où il y avait en même temps *subluxation* du tibia en arrière, déplacement *latéral*, *rotation* en dehors et *atrophie* du fémur, qui pourrait soutenir que des lésions aussi nombreuses, aussi profondes, aussi variées, tenaient à une cause telle qu'une attitude vicieuse? Cette explication, par son insuffisance palpable, ne rappelle-t-elle pas celle qui prétendait rapporter les pieds-bots à la situation occupée par le fœtus dans la matrice? Je ne dis point cependant, veuillez le remarquer, que la position des malades reste sans influence dans la production de leurs difformités. Sans doute, cet élément mérite d'être pris en considération; mais enfin ce n'est là qu'un agent secondaire, qu'une puissance auxiliaire; et, en s'élevant à l'état de cause primitive, essentielle, les théoristes ont généralisé outre mesure des faits réels et utiles à prendre en considération, mais qui ne peuvent servir de base à une classification, parce qu'ils ne sont ni toute la maladie, ni même sa partie principale.

Un chirurgien très distingué de Lyon, M. Bonnet, a essayé une autre explication qui mérite d'être mentionnée à part. Mais il faut ici reprendre les choses d'un peu plus haut. J'ai établi expérimentalement, il y a près de trois ans (1), que les espaces articulaires sont susceptibles de diminuer ou d'augmenter de capacité, suivant qu'on fait prendre aux membres telles ou telles positions. M. Bonnet, le seul auteur à ma connaissance qui ait proposé une interprétation générale des difformités que j'appelle arthralgiques, a basé sur ce fait toute sa théorie. D'après lui, si les membres prennent dans ce cas une attitude anormale, c'est qu'un liquide s'épanche dans l'intérieur des articulations, et que les os se placent nécessairement alors dans la position qui permet à la cavité synoviale d'en contenir la plus grande quantité. Je n'aurai pas de peine à prouver que l'idée, d'ailleurs très ingénieuse, de M. Bonnet n'est pas admissible, du moins comme théorie générale, que son point de départ est vicieux et qu'elle repose sur une application défectueuse du principe que j'ai formulé. En effet, il n'est pas exact de dire que toutes les difformités arthralgiques succèdent à des collections intra-articulaires, séreuses ou purulentes. Les faits contraires s'observent tous les jours, et M. Bonnet lui-même a été forcé ultérieurement d'en convenir et de restreindre l'importance qu'il avait d'abord accordée à ce phénomène dans la production de la difformité. En second lieu, les situations nouvelles, les changemens d'attitude qui constituent la difformité ne sont pas seulement des positions normales exagérées. Il y a aussi des rotations et des déviations complexes qu'on ne rencontre jamais à l'état naturel. Or, M. Bonnet, qui dit avoir reproduit artificiellement les difformités articulaires en injectant, sur le cadavre, du liquide dans les cavités synoviales, n'a obtenu que des flexions, des extensions, des abductions, etc., des situations *normales* en un mot, mais jamais aucune de ces attitudes *composées* résultant de la combinaison de plusieurs mouvemens, et déterminées par l'action d'une foule d'élémens actifs aussi différens, et aussi variés que les modes et combinaisons d'actions de ces élémens, c'est-à-dire des muscles entourant l'articulation. L'exemple cité plus haut d'une *flexion* permanente de la jambe sur la cuisse, avec *rotation*, *subluxation* postérieure, tension du biceps et relâchement des demi-tendineux, demi-membraneux et droit interne du même côté, suffit à fixer la valeur des deux théories.

De tout ce qui précède, vous pouvez conclure que nous nous trouvons en présence des difformités arthralgiques comme sur un terrain encore vierge, et respecté de tous les partis; car on ne les connaissait jusqu'à présent que par rapport aux circonstances où elles se développent, mais personne n'avait encore cherché à généraliser leur histoire en expliquant leurs phénomènes, leurs variétés, leur évolution. C'est ce but que nous allons maintenant essayer de remplir.

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

(Suite.)

II. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les numéros de janvier et avril 1845 contiennent les communications originales suivantes : 1° *Recherches expérimentales sur la pathologie et le traitement de l'asphyxie*; par M. Ericbsen. 2° *Sur l'époque de la puberté chez les femmes des Esquimaux*; par M. J. Robertou. 3° *Observations de diabètes, suivies de considérations montrant l'influence d'un climat chaud sur la cure de cette maladie*; par M. Imray. 4° *Coup d'œil sur les progrès de la littérature médicale militaire dans ce pays*; par M. Irving. 5° *Quelques remarques sur la maladie tubercu-*

(1) Il y en a maintenant cinq.

leuse ou gypseuse des animaux inférieurs; par M. Craigie. 6° *Recherches sur le cerveau, la moelle et les ganglions; suivies de remarques sur le mode suivant lequel un flot continu de fluide nerveux est produit et se transmet dans ces organes*; par M. Stark. 7° *Description d'une nouvelle forme de fièvre qui règne dans Anstruther et dans le district oriental de Fife*; par M. Goodsir. 8° *Résultats des tables de mortalité d'après le recensement de l'Irlande pour l'année* 1841; par M. Wylde. 9° *Observations sur la formation de l'os par le périoste*; par M. Vatson. (Dans trois cas, l'amputation des membres ou la mort des sujets lui ayant permis d'examiner des os nécrosés à une période peu avancée, l'auteur a distinctement vu sur la face interne du périoste de petites parcelles osseuses adhérentes à cette membrane. Ces observations ruinent entièrement la théorie de Muller et de Ch. Bell, lesquels professent que l'os seul peut engendrer l'os, et que la production de l'os par le périoste n'est rien moins qu'un *barbarisme* en physiologie.) 10° *Sur les os*; par M. Stark. (Constitution physique des os chez les animaux vertébrés.) 11° *Cas particulier de maladie nerveuse ou de dérangement du système nerveux*; par M. Calvert Holland. 12° *Remarques sur la fièvre tierce intermittente*; par M. Stratton. 13° *Note sur une épidémie de fièvre scarlatine et d'angine scarlatineuse qui a régné en* 1843-44; par le même. 14° *Sur la constitution et sur les maladies des femmes*; par M. Ch. Bell. (Premier article.) 15° *Sur les propriétés médicinales de la Bebeerine*; par M. Maclagan. 16° *Tableaux statistiques de l'infirmerie royale de Glasgow, dressés d'après les registres de cet établissement en* 1844; par M. Orr. 17° *De la fréquente guérison spontanée de la consomption pulmonaire, et des indications fournies par la pathologie pour son traitement rationnel*; par M. Hughes Bennett.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA PATHOLOGIE ET LE TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE; par M. ERICHSEN.

La liaison qui existe dans l'organisme entre la respiration, l'action du cœur et les fonctions du centre nerveux est tellement intime et entourée de difficultés qu'on ne distingue pas sans peine, lorsque l'un des anneaux de cette chaîne vient à manquer ou à se déranger, le point exact d'où part ce dérangement, et c'est surtout dans l'étude de l'asphyxie que cette difficulté se fait le plus sentir. Aussi le comité général de l'association pour le progrès de la science réunie à Manchester en 1842 nomma-t-il une commission pour se livrer à cette étude et la compléter par de nouvelles expériences s'il était utile. M. Erichsen, qui faisait partie de cette commission, résume les recherches qu'elle a faites dans ce travail qui est trop long et où il y a trop de discussions historiques ou critiques pour que nous puissions en présenter une analyse. Nous contenterons-nous donc de faire connaître l'ordre qu'il y a suivi et les points principaux sur lesquels il nous a paru avoir jeté quelque lumière.

On peut réduire à trois les principales doctrines qui, aux différentes époques de la science, ont été avancées pour expliquer la cessation de la circulation dans l'asphyxie et qu'on peut ranger dans l'ordre suivant: la circulation cesse: 1° par le fait de la cessation des mouvemens respiratoires; 2° par la cessation de la force du cœur; 3° par un obstacle au passage du sang dans les capillaires pulmonaires. Or, suivant M. Erichsen, qui rapporte à l'appui de son opinion de nombreuses expériences faites sur les animaux et dont quelques-unes sont fort intéressantes, la cause de la cessation de la circulation serait fournie par ces trois doctrines différentes, c'est-à-dire que cette cessation dépendrait à la fois dans l'asphyxie et de la suspension des mouvemens respiratoires, et de l'affaiblissement de l'action du cœur et de l'obstacle opposé au sang (déjà ralenti dans son impulsion) par les veines pulmonaires et les dernières artères qui refusent de recevoir le sang veineux.

Le traitement de l'asphyxie devra, d'après ces faits, varier suivant les principales causes qui l'auront produite, et comme la plus importante de ces causes est l'obstacle opposé au passage du sang à travers les poumons par le défaut de l'artérialisation et l'absence des mouvemens respiratoires, comme aussi les fonctions du cerveau et des centres nerveux sont suspendues par l'effet même de la circulation dans les vaisseaux du sang non oxygéné et impropre à la stimulation, ainsi qu'à la nutrition, M. Erichsen en conclut qu'on doit avant tout chercher à artérialiser le sang; ensuite à rappeler ou à maintenir les battemens du cœur, afin de porter au cerveau du sang renouvelé et qui ranime les fonctions de la moelle épinière et des nerfs respiratoires. Il distingue donc les cas pour le traitement en deux séries: une où l'action du cœur continue mais faiblement et une où elle a cessé. Il serait bien important de savoir avec exactitude à quel instant le cœur a cessé de battre, ce qui varie suivant une foule de circonstance. Or si le sujet est frappé de syncope au moment de l'immersion, par suite de l'émotion morale ou toute autre cause, la submersion peut durer très longtemps, et cependant l'action du cœur ne pas cesser complètement et alors la personne serait sous l'influence de la syncope plutôt que de l'asphyxie, ce qui amène l'auteur à établir une curieuse comparaison entre ces deux divers états et de laquel'e il résulterait que dans la syncope la première impression se porterait sur le système nerveux, et ce n'est que consécutivement que le cœur et l'appareil circulatoire seraient affectés; les mouvemens du cœur notablement affaiblis continent cependant d'envoyer, bien qu'en très petite quantité, du sang aux poumons où il circule, consumant lentement le reste d'oxygène mêlé à l'air et qui suffit pour entretenir pendant longtemps cette vitalité si abaissée. Dans cet état, une personne ressemble à un animal dans l'état d'hivernation; dans l'asphyxie, au contraire, c'est sur les appareils de la respiration et de la circulation que frappent les premiers troubles, le cerveau et la moelle allongée n'étant affectés que secondairement. L'auteur entre sur la différence entre les cas de syncope et ceux d'asphyxie primitive dans des développemens que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, mais dont le plus important sous le point de vue pratique est que, dans les premiers cas, les contractions du cœur peuvent, quoique très affaiblies, continuer longtemps et presque indéfiniment, tandis que dans ceux du second ordre, elles cessent avec une très grande rapidité et en moins de quatre minutes. C'est en effet ce qui résulte du rapport de M. Woolley, chirurgien de l'établissement de secours fondé à Hyde-Park par la *Société humaine*, d'après lequel on n'a jamais sauvé aucun des cas où le noyé était resté plus de quatre minutes dans l'eau, tandis que le plus grand nombre de ceux qui y seraient restés moins de quatre minutes auraient été rappelés à la vie. Or comme les moyens employés par cette société pour rappeler les noyés à la vie n'agissent directement ni sur les vaisseaux des poumons ni sur le cœur, on conçoit qu'ils ne doivent réussir que dans les cas où cet organe bat encore et qu'ils échouent dans tous ceux où les contractions ont entièrement cessé ou bien sont tellement affaiblies qu'il leur faut une stimulation directe pour qu'elles soient excitées.

Il est donc nécessaire de distinguer avec soin le traitement qui convient à ces deux conditions différentes, en tenant compte toutefois que les cas où la submersion n'a pas dépassé quatre minutes sont de beaucoup les plus nombreux. Aussi, d'après le rapport déjà cité de la Société humaine pour l'année 1840 sur 185 cas recueillis pendant l'année précédente dans 168 les sujets étaient restés submergés pendant moins de quatre minutes et avaient tous été sauvés, tandis que sur les 17 autres dont la submersion avait dépassé ce chiffre un seul avait été rappelé à la vie.

Nous ne passerons pas en revue tous les moyens indiqués pour les cas de la première classe et qui, employés par la Société humaine et par tous les établissemens analogues, consistent dans l'administration des bains chauds, des frictions, de tous les moyens propres à exciter la respiration ou même à produire la respiration artificielle. Les mêmes indications se présenteront dans les cas du second ordre, mais par des moyens différens. Ainsi ce n'est pas dans un bain chaud, mais dans un air fortement échauffé, qu'on doit mettre l'asphyxié; car la peau, même chez l'homme, est un organe respiratoire, et est liée avec l'appareil propre à la respiration par des sympathies qui permettent d'agir par son intermédiaire sur les organes thoraciques. Le moyen le plus facile est celui qu'a déjà employé quelquefois la Société humaine et qui consiste à étendre le corps dans une chambre chauffée, sur un matelas que l'on remplit d'eau chaude, sur lequel on peut se livrer aisément à toutes les opérations nécessaires et où le malade est accessible à une grande masse d'eau.

Les physiologistes n'étant pas d'accord sur le degré d'utilité de la respiration artificielle dans les cas où le cœur paraît avoir cessé de battre, l'auteur a établi deux séries d'expériences relatives aux deux questions suivantes: la respiration artificielle peut-elle rétablir la circulation pulmonaire lorsqu'elle a complètement cessé; peut-elle exciter les contractions du cœur après qu'elles ont entièrement disparu? Les expériences relatives à la première question prouvent qu'elle doit être résolue d'une manière affirmative, jettent quelque lumière sur d'autres questions qu'on peut dire accessoires et ne permettent pas de douter que la respiration artificielle ne puisse encore oxigéner le sang longtemps après qu'il a commencé à stagner dans les poumons et probablement tant qu'il n'est pas coagulé. Quant à la seconde question les expériences de l'auteur, comme celles du docteur Roesler, ne démontrent pas d'une manière évidente que la respiration artificielle puisse rétablir les battemens du cœur lorsqu'ils ont complètement cessé, quand elle est pratiquée avec l'air atmosphérique; car si dans les expériences faites à cette occasion les oreillettes présentent des mouvemens qui se soutiennent quelquefois pendant un certain temps, il n'en est pas de même pour les ventricules; mais pour peu qu'il reste quelques mouvemens même très légers dans le cœur, la respiration artificielle pourra toujours les relever. La conclusion pratique de ces

divers faits, c'est que dans les cas où l'on doutera si le cœur fait encore quelques mouvemens, on ne devra pas attendre pour employer la respiration artificielle ; car elle est le moyen le plus énergique et n'empêche pas d'avoir recours aux autres en même temps.

Cependant si on remplace, dans ces expériences, l'air atmosphérique par de l'oxigène pur, on obtient des résultats différens, au moins dans la plupart des cas, et chez quatre chiens qui avaient été asphyxiés et qui furent soumis 10, 13 et 14 minutes, après la cessation de tous les mouvemens appréciables du cœur, à l'inspiration artificielle de l'oxigène, les battemens des ventricules recommencèrent et battirent régulièrement 14, 16, 22 et 24 fois par minute et régulièrement. Terminons en disant que l'auteur exprime le désir de voir appliquer ces résultats observés seulement sur les animaux dans les cas graves d'asphyxie par l'immersion chez l'homme. Or on sait que déjà le même moyen a été employé avec succès par divers praticiens dans des cas d'asphyxie par l'acide carbonique. Une planche présente le dessin et la description d'un mécanisme propre à pratiquer cette opération chez l'homme.

SUR L'ÉPOQUE DE LA PUBERTÉ CHEZ LES FEMMES DES ESQUIMAUX; par M. ROBERTSON, de Manchester.

Ce mémoire est la suite des autres mémoires publiés par le même auteur depuis quatorze ans sur le même sujet, c'est-à-dire sur l'âge auquel apparaît la puberté chez les femmes des différentes nations et sous les différens climats. C'est des femmes des Esquimaux seules qu'il s'occupe dans ce travail, des Esquimaux qui habitent sous le climat le plus dur où l'homme puisse exister, et c'est par les membres de la mission moravienne établie au milieu de ces populations pauvres qu'il a obtenu sur l'objet en question les renseignemens que nous allons reproduire et qui dès lors semblent offrir tous les caractères d'authenticité et de véracité désirables.

Les chiffres suivans indiquent l'âge de 21 femmes de ce pays, et l'époque de la puberté chez celles qui l'avaient éprouvée.

Femmes des Esquimaux.	Agées actuellement de	Age de la première menstruation.
1	16	16
2	21	17
3	43	14
4	14	Pas encore.
5	20	14
6	25	14
7	15	15
8	32	17
9	18	17
10	39	14
11	38	20
12	13	Pas encore.
13	24	15
14	17	16
15	31	20
16	12	Pas encore.
17	23	15
18	17	16
19	13	Pas encore.
20	14	Pas encore.
21	17	15

Le missionnaire moravien, auteur de ce tableau, que nous avons reproduit sans aucun changement, assure qu'il aurait pu joindre à cette liste plusieurs autres jeunes filles de 14 ans qui n'étaient pas encore réglées; nous transcrivons ensuite les renseignemens suivans fournis sur les femmes du même pays. L'âge le moins avancé où l'auteur ait vu une femme mettre un enfant au monde est celui de 15 ans 9 mois. L'âge le moins avancé où il ait vu une femme se marier est celui de 14 ans, et en général les Esquimaux ne se marient pas communément avant 17 ans. Avant l'introduction du Christianisme chez ce peuple, les filles se mariaient aussitôt que leur corps était développé, dès l'âge même de 10 ans, et sans aucun égard avec la menstruation. Les hommes prenaient autant de femmes qu'ils en pouvaient nourrir. L'âge le plus avancé auquel le missionnaire ait vu une femme avoir un enfant est celui de 44 ans, il en a connu plusieurs exemples à 41 ans.

Les femmes des Esquimaux ont perdu, depuis le Christianisme, la stérilité qu'on leur attribuait sous le Paganisme. Ainsi 21 femmes dont le missionnaire donne le nombre des enfans, et dont les deux tiers étaient encore réglées, ont eu en tout 135 enfans, ce qui porte pour chacune la moyenne des enfans à 6 1/2, non compris ceux qui ont pu naître depuis chez les 14 qui étaient encore menstruées. Sur 66 femmes connues du missionnaire, 2 seulement ont été stériles.

Nous terminons par l'observation suivante du missionnaire, dont nous ne voulons cependant pas exagérer l'importance. « Nous observons à regret que maintenant l'usage plus fréquent des provisions européennes, tels que le pain, la farine, les pois, etc., agit d'une manière défavorable sur la vigueur de la constitution des Esquimaux. Ils sont réellement plus faibles et deviennent sujets à différentes maladies qui autrefois étaient tout à fait inconnues au Labrador. C'est aussi la cause d'un plus grand nombre d'accouchemens difficiles. »

CAS DE DIABÈTE SUIVIS D'OBSERVATIONS SUR L'INFLUENCE DES CLIMATS CHAUDS DANS LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE; par le docteur KEITH IMRAY.

On en est encore réduit à compter les cas de guérison du diabète, peut-être même n'a-t-on pas encore un seul cas bien authentique de cette guérison complète et définitive; aussi, malgré les assez longs développemens présentés par l'auteur de cette note sur l'historique des divers traitemens employés contre le diabète ne présente-t-elle qu'une seule chose qui nous intéresse, l'histoire de six cas de guérison attribuée dans tous à l'action bienfaisante de l'habitation dans un climat où la température est élevée. Aussi allons-nous nous borner à examiner attentivement l'historique de ces six cas, afin de savoir si la guérison qui leur est attribuée peut être regardée comme ayant été réellement définitive; mais avant, notons que l'auteur prétend expliquer l'action des climats chauds sur le diabète par leur influence sur les fonctions de la peau et par le fait à peu près démontré que cette maladie y est très rare ou même n'y existe pas; tandis qu'elle est comparativement fréquente dans les pays froids, admettant néanmoins que l'abaissement de température ne suffit pas pour expliquer le diabète, et qu'il faut encore croire à quelques dispositions particulières et jusqu'ici inconnues.

Sur ces six cas, il en est en effet à peine un seul qui puisse passer pour une guérison complète et définitive. C'est le second des cas rapportés par M. Imray, et dont le sujet était un jeune homme de 25 ans qui, après avoir lutté inutilement pendant plusieurs mois contre une affection diabétique grave, consentit à se rendre à la Jamaïque, où, au bout de trois mois, il était complètement rétabli. Les sujets des cinq autres observations, après avoir passé quelque temps dans des pays chauds, ou en sont revenus et n'ont pas donné de leurs nouvelles, ou sont morts depuis leur retour, ou ont succombé dans les pays chauds à des affections différentes du diabète, mais à une époque assez peu éloignée de leur guérison pour que l'on ne pût être certain que cette dernière était définitive. Malgré ces circonstances, qu'une critique sévère ne peut se dispenser de signaler, il ne résulte pas moins, de l'amélioration complète (au moins en apparence) qu'éprouvèrent ces cinq sujets aussitôt qu'ils eurent été transportés dans un climat chaud, que l'influence de ce dernier contre le diabète est réelle et plus efficace qu'aucune des médications employées dans nos climats.

OBSERVATIONS SUR LA MALADIE TUBERCULEUSE OU CALCAIRE DES ANIMAUX INFÉRIEURS; par le docteur CRAIGIE.

L'auteur de cette communication ayant, dans des poumons de bœufs qu'il avait fait prendre chez un boucher pour quelques dissections, trouvé un exemple remarquable d'un dépôt calcaire à la surface de la plupart des bronches, qui du reste étaient en outre profondément ulcérées, en tire quelques conclusions critiques sur une opinion exprimée par M. Dupuy, en 1817, et dans laquelle ce savant avait rattaché à tort cette affection à la morve, et termine par quelques rapprochemens entre cette affection et une analogue qu'il dit avoir souvent observée chez l'homme et surtout chez l'enfant. Mais ces considérations sont trop générales pour que nous les reproduisions ici; et d'ailleurs, si nous ne nous trompons, la maladie de l'enfance dont il parle ici n'étant autre que celle décrite par les auteurs modernes sous le nom de phthisie ganglionnaire thoracique, et qu'on ne peut confondre avec les dépôts calcaires trouvés chez les animaux, à la surface même des bronches, le rapprochement n'est réellement que d'un médiocre intérêt.

RECHERCHES SUR LE CERVEAU, LA MOELLE ÉPINIÈRE ET LES GANGLIONS, AVEC DES REMARQUES SUR LA MANIÈRE DONT EST EXCITÉE ET TRANSMISE L'IMPULSION DE L'AGENT NERVEUX, PARTIE DE CES ORGANES; par le docteur JAMES STARK.

Ce travail n'étant que la suite d'un autre travail dont il a déjà été question (GAZ. MÉD., 1845, p. 89), et n'offrant aucune preuve à l'appui de l'hypothèse si peu satisfaisante à laquelle l'auteur a attribué l'action du système nerveux, nous ne pouvons que renvoyer à la première mention qui en a déjà été faite.

DESCRIPTION D'UNE NOUVELLE ESPÈCE DE FIÈVRE TELLE QU'ON L'A OBSERVÉE A AMSTRUTHER ET DANS LE DISTRICT ORIENTAL DE FISE; par MM. HARRY et GOODSIR.

Cette nouvelle fièvre n'est qu'une variété de la fièvre qui a régné en 1843 et 1844 sur une partie de l'Ecosse, et qui a été caractérisée par des phénomènes tout à fait anomaux et offrant quelques différences dans les principales villes, par exemple à Glascow et à Edimbourg. Il paraîtrait que celle qui a régné à Amstruthen aurait offert également quelques différences. Du reste, voyez, pour la description de cette fièvre, divers articles de revue des journaux anglais en 1843 et 1844.

OBSERVATION D'UNE AFFECTION NERVEUSE OU D'UN TROUBLE DU SYSTÈME NERVEUX CAUSÉ PAR LA PRÉSENCE DE VERS LOMBRICS DANS L'INTESTIN; par le docteur CALVERT HOLLAND.

Bien que le fait ne nous paraisse pas aussi insolite qu'à l'auteur anglais, et qu'il nous reste encore quelques doutes sur la réalité de la cause à laquelle il l'attribue, à cause de l'absence des détails suffisans, cependant nous croyons devoir le reproduire ici.

OBS. — Blackburne, âgée de 20 ans, entra le 23 septembre 1843 à l'infirmerie de Sheffield, ayant perdu l'usage des extrémités inférieures et en partie des bras. Ces extrémités, et surtout les premières, sont complètement insensibles à la piqûre superficielle de la peau. C'est à peine si elle éprouve une légère sensation lorsqu'on lui introduit une aiguille profondément dans les chairs. Cette fille, qui avait toute l'apparence d'une bonne santé, qui était bien réglée, avait commencé à éprouver, sans cause appréciable, trois semaines environ auparavant, un engourdissement dans le bras et dans les jambes, qui ensuite était allé en augmentant jusqu'à ce qu'enfin elle perdit complètement la faculté de mouvoir ces dernières. Un médecin appelé avait prescrit immédiatement pour tout traitement actif vingt sangsues sur la région lombaire. Du reste, au moment de son entrée, elle ne présente aucune autre trace de maladie que sa paralysie, et il n'y a chez elle ni sensibilité à l'épine, ni embarras ou douleur à la tête, ni enfin aucune altération des traits; elle avait été modérément purgée. (Forte saignée du bras, vésicatoire au col, dix centigrammes de calomel deux fois par jour, un bain chaud chaque soir.)

Ce traitement, continué du 24 septembre au 4 octobre, n'ayant amené aucune amélioration, on prescrit une friction pratiquée soir et matin sur l'épine avec la pommade émétisée, le calomel et la poudre de Dover à prendre le soir, une potion purgative chaque matin; on cesse l'usage des bains.

Le 9 octobre, léger retour de la sensibilité, sans aucun changement dans la motilité. On prescrit 24 grammes d'essence de térébenthine avec 8 grammes d'huile de ricin dans de l'eau de menthe.

Le lendemain, la malade rend par le fondement le ver commun *ascaris lombricoïdes*, et aussitôt éprouve à la fois le retour de la sensibilité et du mouvement dans les membres, et qui, au bout de deux jours, avaient recouvré toute leur intégrité première. On continue les purgatifs, qui n'amènent pas de nouveaux vers; cependant la malade se plaignit pendant quelques jours de douleur dans l'abdomen, qui cédèrent à l'emploi de quelques sangsues et d'un vésicatoire, et elle sortit guérie le 20 octobre.

Nous regrettons que l'auteur, au lieu d'indiquer si vaguement le ver *ascaris lombricoïdes*, n'ait pas dit explicitement s'il n'y en avait qu'un seul ou s'il y en avait un plus grand nombre.

REMARQUES SUR LA FIÈVRE INTERMITTENTE TIERCE OBSERVÉE SUR LES BORDS DU LAC ERIÉ, EN 1842; par le docteur STRATTON.

Ce travail n'offre d'intérêt pour les lecteurs européens que sous le point de vue de l'identité des formes et du mode de traitement de ces affections sur tous les points du globe et par le grand nombre de ces fièvres qui frappèrent, en 1842, les habitans, les marins et la milice, dans ces contrées récemment habitées; car le tiers au moins de ces différentes classes en a été atteint dans cette seule année. On voit même que, sur 1,300 ouvriers qui travaillaient à la construction d'un canal à travers une forêt marécageuse et jusqu'alors inexplorée, on n'en compta jamais moins de 600 atteints de fièvre, et dont plus de la moitié gardaient le lit. Un grand nombre d'entre eux succombèrent même, mais plutôt par le défaut d'alimens et d'habitations convenables que par l'effet de la maladie elle-même.

L'auteur s'est proposé aussi, en écrivant cette notice, de faire connaître les maladies qui ont frappé les premiers habitans de ces contrées, et de fournir un moyen de constater les modifications qu'apporteront la culture et le dessèchement des terres à la pathologie de ces lieux.

DES PROPRIÉTÉS MÉDICALES DE LA BEBEERINE; par le docteur DOUGLAS MACLAGAN.

La bebeerine est un alcali végétal fourni par le bebeern, arbre de la Guiane anglaise, appartenant à la famille des rosacées, du genre *nectandra*, et auquel on a donné le nom spécifique de Rodiei, du nom du docteur Rodie, qui paraît avoir signalé ses propriétés médicales. Cet alcali végétal auquel plusieurs médecins ont attribué des propriétés antipériodiques et toniques qui le rapprocheraient de très près de la quinine, ne posséderait cependant pas l'action stimulante qu'exerce cette dernière sur la circulation. L'auteur de ce mémoire, qui déjà avait publié, un an ou deux auparavant, une courte notice sur ce sujet, réunit ici les documens obtenus de plusieurs médecins qui se sont livrés à des essais sur l'emploi de cet alcali comme succédané de la quinine, rapportant non seulement leur témoignage, mais même les observations sur lesquelles ils se sont appuyés. Il paraîtrait d'abord que déjà on aurait notablement amélioré depuis peu de temps la fabrication des sels formés avec cette base, non seulement sous le point de vue de la conservation, mais aussi sous celui du bon marché, puisqu'on pouvait déjà obtenir le sulfate de bebeerine à 7 f. 50 les 34 grammes, ce qui est moins que la moitié du prix actuel du sulfate de quinine.

Il résulte des cas assez nombreux de fièvres intermittentes et d'autres affections périodiques traitées par la bebeerine que cet alcali jouit de propriétés thérapeutiques assez actives contre ces maladies, mais qu'il n'agit qu'à doses plus élevées et presque doubles de celles auxquelles on administre avec avantage le sulfate de quinine dans les mêmes cas. Il paraîtrait aussi ressortir des mêmes faits, mais d'une manière moins évidente, que l'action du nouvel antipériodique serait non seulement moins rapide que celle du sulfate de quinine, mais encore qu'à dose un peu élevée elle ne déterminerait aucun des accidens graves que produit ce dernier. Ces doubles résultats demandent encore à être confirmés par de nouveaux faits.

STATISTIQUE DE LIGATURES DES GROSSES ARTÈRES ET DE HERNIOTOMIES; par M. INMAN.

Le JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE D'EDIMBOURG (numéro d'avril) reproduit la statistique suivante, extraite d'un autre journal anglais (THE LANCET, octobre 1844) et dressée par M. Inman d'après des observations puisées dans divers auteurs.

1° LIGATURES DE GROSSES ARTÈRES.

A. Cas recueillis par Phillips dans les ouvrages de Boyer, Lancisi, Scarpa, Pelletan, etc., où la méthode ancienne a été appliquée.

Noms des artères.	Nombre des cas.	Morts.	Proportion.
Ligature de la fémorale..................	22	6	1 sur 3 3/4
— de la brachiale..................	7	1	1 sur 7

B. Opérations selon la méthode de Hunter.

Artère inominée..................	6	6	tous morts.
— sous-clavière..................	40	18	1 sur 2
— carotide..................	40	11	1 sur 4
— aorte abdominale..................	3	3	tous morts.
— iliaque primitive..................	8	3	1 sur 2 2/3
— iliaque interne..................	4	2	1 sur 2
— iliaque externe..................	27	9	1 sur 3
— fémorale..................	42	7	1 sur 6

2° OPÉRATIONS DE HERNIOTOMIE.

Le tableau suivant nous paraît encore plus instructif, surtout parce que nous n'aurions guère d'oubli à signaler et que, d'ailleurs, le compte portant ici sur des unités de même espèce, quelques omissions n'altéreraient en rien la valeur des résultats que l'on voudrait tirer de leur rapprochement.

Noms des auteurs ou des sources.	Nombre des cas.	Morts.	Proportion.
Ouvrages d'A. Cooper sur les hernies....	77	36	1 sur 2
Travers..................	14	8	1 sur 1 1/2
Derkar de Dunfermline..................	17	4	1 sur 4
Scarpa..................	16	5	1 sur 3
Clément..................	8	3	1 sur 2 2/3
Hey..................	12	6	1 sur 2
Wurtzbourg, de 1816 à 1842..........	56	24	1 sur 2 1,2
Cas isolés tirés de différens ouvrages....	88	30	1 sur 3
Malgaigne (hôpitaux français)..........	183	114	1 sur 1 1/3
Hôpital de Guy, de septembre 1841 à décembre 1842..................	19	10	1 sur 2
Hôpitaux d'Ecosse, en 1843..........	11	3	1 sur 3 2/3
Cas observés par l'auteur..........	6	3	1 sur 2
Infirmerie de Liverpool pendant 2 ans...	4	1	1 sur 4
Hôpital du Nord de Liverpool pour 9 ans.	12	6	1 sur 2
Lawrence..................	22	7	1 sur 3
Total..........	545	260	1 sur 2 1/10

DE LA FRÉQUENCE DES CAS DE GUÉRISON SPONTANÉE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ET DES INDICATIONS QUE FOURNIT POUR SON TRAITEMENT LA PATHOLOGIE DE CETTE MALADIE; par le docteur J.-H. BENNETT.

S'appuyant sur les cas nombreux où l'on a trouvé à l'autopsie des personnes arrivées à un certain âge et ayant succombé à des affections diverses, un froncement des tissus avec dépression le plus souvent au sommet du poumon et généralement considéré comme le résultat d'anciennes cicatrices, M. Bennett se livre à une discussion sérieuse des divers élémens de la curation de la phthisie pulmonaire. Suivons-le rapidement dans le développement de ce sujet important. Aux cas de cicatrice du poumon, signalés par MM. Rogée et Boudet, il en ajoute 28 autres trouvés par lui-même dans 73 autopsies faites en quelques mois à l'infirmerie royale d'Edimbourg et induit de ces chiffres récens qu'à Paris, comme à Edimbourg, on trouve à l'autopsie des preuves de guérison spontanée de la phthisie pulmonaire chez le tiers sinon chez la moitié des individus morts après l'âge de 40 ans. Cette assertion si opposée à l'opinion commune et qui repose sur des faits qu'il est à peu près impossible d'attribuer à une autre cause, n'est point en contradiction avec ce que nous savons de la composition chimique ou organique des tubercules on avec ce que nous a appris l'étude de leur développement. En effet, tout ce que nous savons de plus positif sur la composition chimique du tubercule se réduit presque à ce fait certain qu'il ne diffère de la lymphe pendant la première période de son développement que parce qu'il contient plus d'albumine et dans ses dernières périodes plus de sels terreux.

Quant à son organisation intime, il est certain qu'elle n'est point celle des tissus de mauvaise nature (cancéreuse), et que, malgré l'assertion opposée de MM. Gulliver et Vogel, on ne peut y distinguer les traces de l'organisation celluleuse, mais bien de nombreuses granulations, des corpuscules de formes diverses difficiles à décrire, mais que l'on reconnaît facilement lorsqu'une fois on les a bien observés.

La manière dont se forme le tubercule, dans les deux opinions qui existent sur ce point et qui s'attribuent, l'une à l'inflammation, l'autre à une affection constitutionnelle ne répugne nullement à la guérison spontanée. Il n'y a, en effet, d'autre différence entre les produits de l'inflammation ordinaire et le tubercule que l'absence de toute disposition à l'organisation dans le dernier; le tubercule présentant des granulations et des cellules imparfaites, tandis que dans les produits de l'inflammation normale les élémens sont parfaits. Or comme ces deux produits différens sont formés par l'exsudation du *plasma* du sang, la distinction essentielle qui les sépare doit donc se trouver dans une différence de composition (chimique et vitale) du plasma du sang qui entre dans leur composition. Jusqu'ici la chimie ne nous a rien appris sur la nature de cette différence, mais elle-même a déjà rendu probable que cette différence tient à la présence d'un élément (protéine) moins disposé à l'organisation que la fibrine, et il n'est pas douteux que quand la matière tuberculeuse est réduite à l'état moléculaire par la désintégration, elle peut être absorbée tout aussi bien que le produit de l'inflammation normale. Si donc il n'y a dans la nature du tubercule lui-même aucun obstacle à ce que les élémens soient absorbés, on ne peut repousser l'explication donnée aux froncemens des tissus, aux cicatrices que l'on observe sur le cadavre des individus âgés dans les points mêmes du poumon où l'on rencontre le plus fréquemment les tubercules.

Passant ensuite au traitement de l'affection tuberculeuse, M. Bennett fait voir que jusqu'ici il n'a été pour ainsi dire dirigé que d'après les principes de l'empirisme, dont aucun n'a encore fourni de résultats réellement utiles, et cependant peut-être eût-il été plus rationnel d'étudier la marche qu'a suivie la nature dans les cas nombreux de guérisons spontanées. Ici nous ne pouvons suivre l'auteur dans la description des différentes phases que présente le tubercule depuis son développement jusqu'à la formation de la cicatrice, suivant exactement la même marche que les abcès causés par l'inflammation simple dans les autres lésions parenchymateuses; mais nous dirons qu'il réduit à deux conditions dominantes celles que le médecin doit chercher à combattre lorsqu'il veut imiter la nature et qui sont 1° un état morbide du sang résultant d'une nutrition imparfaite; 2° l'inflammation locale qui provoque une sécrétion anormale celle des élémens du tubercule.

Tous les faits fournis par la chimie, la morphologie et la physiologie démontrent que la première de ces conditions doit être attribuée d'abord à un excès d'oxygène dans l'économie, lequel se combinant avec les tissus amène leur destruction et détermine l'acidité du canal alimentaire et ensuite à un excès des matières azotées on albumineuses, en même temps qu'à l'absence du carbone et des matières oléagineuses dans le chyle, le sang et les autres tissus, à l'exception du foie, le grand émonctoire de matières grasses et carbonées. Le traitement comportera donc trois indications principales: 1° combattre la dyspepsie et l'acidité du canal alimentaire; 2° administrer les matériaux nécessaires à la formation d'un chime convenable; 3° combattre l'inflammation locale. La première sera remplie par les moyens convenables, et parmi ces derniers l'auteur cite surtout la naphte qui lui a parfaitement réussi dans quelques cas et avec laquelle il a arrêté, plusieurs fois, des vomissemens qui avaient résisté à tous les traitemens employés; la seconde par le régime convenable: les alimens légers, le lait, les alimens riches en principe oléagineux et albumineux et l'action d'un climat égal qui tendront à diminuer l'excès de l'oxygène; parmi ces divers moyens M. Bennett recommande surtout l'huile de foie de morue. Quant à la troisième indication, elle sera remplie par l'emploi des saignées locales surtout par les ventouses. L'auteur recommande encore, avec le docteur Graves, le mercure employé à la méthode anglaise et comme altérant pour exciter l'absorption des produits sécrétés.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE.

ZOOLOGIE.

M. AGASSIS adresse des livraisons complétant une série de mémoires de zoologie et de paléontologie, dont la première partie a été communiquée depuis longtemps à l'Académie. Ces livraisons contiennent: 1° une nomenclature zoologique des divers genres d'animaux tant vivans que fossiles; 2° des études critiques sur les mollusques fossiles; 3° la suite d'une monographie des poissons fossiles du vieux grès rouge; 4° l'introduction à cette monographie; 5° l'histoire naturelle des poissons d'eau douce de l'Europe centrale (suite); 6° la suite et fin d'une monographie des poissons fossiles du système Devonien; 7° enfin, l'anatomie des salmones (poissons d'eau douce) entreprise de concert avec M. Vogt.

Ces divers mémoires se rattachent à un grand travail par lequel l'auteur se propose de combler par l'histoire des espèces fossiles les nombreuses lacunes des systèmes actuels de classification zoologique.

— M. VOGT adresse en même temps une lettre contenant les résultats de nouvelles recherches zoologiques qu'il vient d'entreprendre à St-Malo. Il s'est occupé particulièrement, dans ces recherches, de l'embryologie des actéons.

MALADIE ENDÉMIQUE EN ALGÉRIE.

M. GUYON, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, communique de nouveaux documens sur une maladie endémique des régions tropicales et plus particulièrement de l'Amérique et de l'Afrique méridionale, dont il a le premier signalé l'existence en Algérie, par des communications faites à l'Académie en 1840 et 1842; il s'agit de la maladie connue au Brésil sous le nom de *maculo*, et dont le phénomène principal consiste dans l'expulsion d'une portion plus ou moins considérable de la muqueuse du gros intestin, sous forme d'un tube, et dans une étendue qui va quelquefois jusqu'à 40 centimètres et plus.

La lettre de M. Guyon a principalement pour objet d'établir ses droits à la priorité sur la découverte de ce fait, dont un recueil de médecine militaire, le considérant comme entièrement inédit, vient de publier de nouveaux exemples.

LARYNX DES OISEAUX CHANTEURS.

M. MULLER adresse l'extrait d'un mémoire sur des différences fondamentales qu'il a trouvées dans la structure du larynx de divers genres et familles d'oiseaux de l'ordre des passereaux, ou oiseaux chanteurs. La classification des passerines n'étant pas encore basée sur la connaissance des familles naturelles et des caractères anatomiques des genres, l'auteur pense que les différences typiques de l'organe de la voix, dont il donne connaissance dans son mémoire, pourront servir à fonder une nouvelle classification méthodique.

RÉSINE DU BOUCAGE.

M. MATHIEU, médecin à Vitri-le-Brûlé (Marne), communique un mémoire sur le grand boucage et ses produits. Le grand boucage est une plante indigène de la famille des ombellifères. Il est peu de plantes qui renferment ou produisent autant de corps aussi différens et en proportion aussi considérable. Ces produits sont de la gomme, du sucre cristallisable, de la mannite, de l'huile essentielle et de la résine (boucagine). M. Mathieu pense que la résine du grand boucage, qu'il propose de nommer boucagine, peut être utilisée dans les arts, et surtout en médecine, où il peut rendre des services à titre d'excitant et de diurétique.

RÉACTION DES BI-CARBONATES ALCALINS.

M. OPPERMANN, candidat à la chaire de pharmacie de Strasbourg, lit quelques observations sur la réaction des bi-carbonates alcalins sur les bases végétales en présence de l'acide tartrique. Le but principal que s'est proposé l'auteur dans ce

travail est d'établir des différences toxicologiques entre ces corps, qui sont pour la plupart des poisons énergiques.

CANDIDATURE.

M. Brachet (de Lyon) annonce qu'il se porte candidat pour la place de correspondant, vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite de la nomination récente de M. Lallemand comme titulaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE, VICE-PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANS ÉTRANGERS.

M. Pariset lit, au nom de la commission des correspondans étrangers, un rapport ayant pour objet de fixer le nombre de candidats qui devra être porté sur la liste de présentation pour la prochaine élection.
La commission propose de fixer ce nombre à 40.
L'Académie adopte sans discussion.

POLICE SANITAIRE.

M. Kéraudren lit un mémoire sur l'importation des maladies dans les ports et sur l'utilité des mesures sanitaires adoptées pour en préserver les populations. L'auteur s'est proposé dans ce mémoire de répondre à la question suivante: Quelles sont les maladies contre lesquelles il peut être utile de prendre des précautions? Après une longue et savante dissertation sur l'objet de cette question, il conclut en disant que la peste et le typhus sont les deux seules maladies dont l'importation est à craindre et contre lesquelles il est nécessaire d'employer des mesures préservatrices. Ces mesures sont inutiles à l'égard de la fièvre jaune et du choléra.

Dans une note additionnelle à son mémoire, M. Kéraudren propose un moyen de résoudre cette question: concilier la libre circulation des bateaux à vapeur avec l'intérêt de la santé publique. — Nous regrettons vivement que la faiblesse de la voix de l'orateur ne nous ait pas permis d'entendre les développemens qu'il a donnés à ces deux importantes questions.

M. le Président propose de renvoyer le mémoire de M. Kéraudren à la commission de la peste, à titre de renseignement.

M. Kéraudren déclare que son intention est de donner immédiatement de la publicité à ce document; le renvoi à la commission ne remplirait par conséquent pas son but.

M. Rochoux: En ce cas, je demande qu'on ouvre la discussion.

M. Kéraudren s'en défend et déclare qu'il ne soutiendra pas la discussion.

M. Renauldin: Je propose qu'on imprime d'abord le mémoire de M. Kéraudren et on ouvrira la discussion après l'impression, si l'Académie le trouve convenable. (De toutes parts: oui, oui.)

MM. Rochoux et Londe insistent pour que la discussion ouvre immédiatement.

M. Dubois (d'Amiens) s'oppose à ce que la discussion ait lieu, ce travail se rattachant à la question des quarantaines, à l'égard de laquelle l'Académie a déclaré qu'elle s'abstiendrait jusqu'au rapport général de la commission. Il propose le renvoi au comité de publication.
Plusieurs voix: Le renvoi au comité de publication.
Le renvoi au comité de publication est mis aux voix et adopté.

DE LA PARALYSIE CONSÉCUTIVE A LA NÉVRALGIE.

M. Marchal (de Calvi) lit un mémoire intitulé: De la paralysie de la troisième paire de nerfs craniens consécutive a une paralysie de la cinquième. Ce travail est fondé sur cinq observations dans lesquelles la paralysie du nerf moteur oculaire commun a eu lieu consécutivement à une névralgie trifaciale. Le sujet de la première observation a présenté un phénomène singulier: une diplopie indépendante d'une déviation du globe oculaire, et qui cessait par la compression du nerf frontal externe vis à vis l'échancrure susorbitaire. Le second cas, outre le point essentiel, la succession de la paralysie à la névralgie, offre ceci de particulier, que cette dernière était traumatique et liée à une cicatrice adhérente de la région frontale. Le cinquième cas est également un exemple de névralgie traumatique.

Les observations contenues dans ce mémoire révèlent un fait nouveau et remarquable, à savoir, la possibilité de la déviation de l'œil *en dedans*, en même temps que la paupière supérieure tombe ou est tombée: ce qui revient à dire que l'un des filets de la troisième paire peut être surexcité tandis que l'autre est paralysé, de même que, dans un nerf sensible, un rameau peut être douloureux tandis que l'autre est insensible.

M. Marchal (de Calvi) explique la production de la paralysie consécutivement à la névralgie par la transmission réflexe de l'action morbide des rameaux de la cinquième paire ou ganglion ophthalmique, et de celui-ci, par sa racine motrice, à la troisième paire. Il donne cette explication comme une hypothèse, mais comme une hypothèse extrêmement plausible, et il pense qu'appliquée à tous les ganglions elle rendrait compte d'une foule de phénomènes morbides jusqu'à ce jour impénétrables. Cette explication s'adapte parfaitement au mécanisme des ganglions nerveux: par exemple, le ganglion ophthalmique présiderait aux rapports entre la rétine et l'iris: averti des vicissitudes de la sensibilité dans la première de ces membranes par les filets qu'il lui envoie, il réagirait sur les filets moteurs iriens pour accommoder la pupille au degré de sensibilité de la rétine, et sur le nerf oculo moteur commun par sa racine motrice. Ce nerf à son tour réglerait en conséquence l'action des trois muscles droits qu'il anime.

— M. Constant (de Naples) lit une note sur les rétrécissemens de l'urètre.
La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Parmi les sujets de prix que l'Académie a proposés pour le concours de 1845 se trouvent les deux questions suivantes:

« Faites connaître l'influence que les marais et les polders exercent, spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie; indiquez les moyens de neutraliser cette influence, en tout ou en partie, par des mesures d'hygiène tant publiques que privées. »

Prix: une médaille d'or de 1,200 francs.

« Faites l'histoire de la chlorose et de l'anémie; établissez par des faits cliniques, et, autant que possible, par des expériences et des analyses chimiques, les caractères pathognomoniques et différentiels de ces maladies, ainsi que les symptômes qui les distinguent des affections organiques ou dynamiques qui peuvent les simuler. »

Prix: une médaille d'or de 800 fr.

La Compagnie a reçu trois mémoires en réponse à la première question; mais comme aucun de ces travaux ne répond entièrement au but qu'elle se propose, elle a décidé:

1° Que le prix ne sera pas décerné;
2° Que la même question sera proposée de nouveau pour 1847;
3° Que, pour récompenser les travaux et les recherches des auteurs des mémoires inscrits sous les numéros 2 et 3, elle accorde à chacun d'eux une médaille d'or de 300 fr.

Ces mémoires ont pour devises, savoir:

Le n° 2:

« Le marais paresseux tranquillement sommeille
» Sur le limon fangeux qui nourrit ses roseaux. »
Delille.

Le n° 3:

« La nature t'appelle, apprends à l'observer;
» La Caule a ses déserts, ose les cultiver;
» Elle a des malheureux, etc. »
Voltaire.

« .... sur ce rivage,
» Tout appartient à l'homme et tout est son ouvrage, etc. »
Thomas.

Six mémoires ont été adressés à l'Académie en réponse à la deuxième question, mais l'un d'eux a dû être écarté comme ayant été reçu après la clôture du concours. Ce dernier travail ayant pour épigraphe: « Je n'ai point tiré mes principes de mes préjugés, mais bien de la nature des choses, » a été renvoyé à l'examen d'une commission spéciale.

Quant aux autres mémoires, la Compagnie a décidé:

1° Que le prix ne sera pas décerné, aucun des concurrens n'ayant pleinement satisfait aux termes de la question;

2° Que l'auteur du mémoire portant pour devise: « *Si desint vires, tamen laudanda est voluntas*, » est digne d'une récompense, et qu'il recevra, à ce titre, une médaille d'or de 200 francs;

3° Qu'une mention honorable est accordée à l'auteur du mémoire ayant cette épigraphe: « Pour moi, découvrir quelqu'une des choses qui n'ont pas été découvertes, et qui, découverte, vaut mieux que si elle ne l'était pas, comme aussi de porter à son dernier terme une découverte qui n'est qu'ébauchée, me semble un but et une œuvre d'intelligence. »

Les auteurs des travaux que l'Académie a distingués sont libres de demander l'ouverture des billets annexés à leurs mémoires. Leurs demandes doivent être faites par lettres à adresser au secrétariat de la Compagnie, rue des Sables, 13, à Bruxelles.

Bruxelles, le 2 octobre 1845.

Le secrétaire de l'Académie, D. Sauveur.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Recueil d'observations pratiques sur les bons effets du sucre dans le traitement des hydropisies et de l'atrophie mésentérique; par M. Bagot. — Brochure in-8°. Chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Il existe dans la science, depuis près d'un siècle, une observation qui, par une singularité digne de remarque, a vivement excité dans son temps la curiosité des médecins sans éveiller chez aucun d'eux l'esprit d'investi-

gation. C'est celle d'un praticien de la Guadeloupe, le docteur Garnier, qui, devenu hydropique à la suite d'une fièvre putride, fut radicalement guéri par l'emploi d'une très grande quantité de sucre. Cette observation a été d'abord rapportée par Lecamus, docteur-régent de la Faculté de médecine de Paris, dans sa MÉDECINE PRATIQUE (1769-72) : « Dans cinq ponctions, dit-il, que subit M. Garnier, on lui tira soixante pintes d'eau environ. Après tant de rechutes, il se regarda comme perdu et n'attendait plus que la mort, lorsqu'il lui prit une envie désordonnée de manger du sucre. Il se livra à sa passion ou plutôt à cette impulsion naturelle, de sorte qu'il en mangeait comme du pain et que, dans l'espace d'un mois, il en dévora plus d'un quintal. Les eaux s'écoulèrent peu à peu; il guérit radicalement, et je l'ai vu quelques années après jouissant d'une bonne santé. C'est de lui-même que je tiens le fait et il l'a rapporté à plusieurs de mes confrères. Ce qu'il y trouvait de plus remarquable, c'est que la guérison étant complète, son appétit pour le sucre cessa. » Dans le deuxième volume des ÉLÉMENS DE MATIÈRE MÉDICALE, Desbois (de Rochefort) raconte avec quelques variantes le même fait, qu'il dit tenir aussi de la bouche du malade. « Il avait eu, dit-il, une hydropisie de poitrine, de bas-ventre, et une leucophlegmasie générale qui l'avait réduit à la dernière extrémité. Alors il se mit, *pour tout aliment*, à l'usage de la moscouade (on appelle ainsi, aux Antilles, le sucre brut ou cassonade), qui est vraiment nourrissante plus que le sucre raffiné, et en mangea plusieurs livres par jour; ce qu'ayant continué pendant quelques mois, il fut parfaitement guéri. Par la suite, il est repassé à la Guadeloupe, où il est mort, parce que la cause de l'hydropisie était un squirrhe irrésoluble au foie. » On trouve encore ce fait rapporté dans plusieurs ouvrages, tels que le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE de Pougens, article *Anasarque*, les OBSERVATIONS SUR L'HYDROPISIE, par Portal, etc. Ce dernier raconte même avoir vu, lui aussi, une jeune fille de 15 ans, guérie d'une anasarque très considérable, *suite d'un catorrhe violent*, par un usage copieux du sucre. Enfin, il paraît, et des créoles nous ont donné là-dessus des renseignemens positifs, qu'aux Etats-Unis l'exemple du docteur Garnier n'a pas été perdu, et que la moscouade à haute dose y est souvent employée avec succès contre l'hydropisie.

C'est cette médication que le docteur Bagot a voulu soumettre à une nouvelle investigation; et, pour arriver plus promptement à un résultat quelconque, il a engagé quelques confrères à expérimenter de leur côté; il a invoqué les souvenirs des vieux praticiens, il a compulsé les ouvrages de médecine, et de cet ensemble de recherches sont sorties vingt observations, toutes rapportées dans son opuscule.

Ces observations manquent en général de détails; mais, telles qu'elles sont, elles suffisent et au delà pour mettre hors de doute l'efficacité du sucre. Nous les avons toutes lues avec le plus grand soin, et nous avons été frappé d'une chose : c'est que l'action du remède n'a pas été sensiblement modifiée par la forme, le siége ou la cause de l'hydropisie. Tantôt l'hydropisie était générale, tantôt elle était limitée à la cavité pleurale ou péritonéale; une fois même, il s'agissait d'une hydropisie enkystée de l'ovaire. Et quant à l'origine du mal, nous avons compté que neuf fois il était lié à une fièvre intermittente ancienne, quatre fois à une pleuropneumonie ou une bronchite mal résolue, une fois à la scarlatine, une fois à une suppression brusque de la transpiration, une fois à une affection organique du parenchyme hépatique, une fois enfin à cet état qu'on désigne assez heureusement aujourd'hui sous le nom d'hydrémie. Dans tous les autres cas, la cause de l'hydropisie est restée douteuse. On ne peut se défendre d'un certain étonnement en voyant une collection de liquide limitée à une cavité circonscrite et directement liée à une lésion organique d'un viscère, en voyant, disons-nous, une ascite consécutive à une lésion du foie, disparaître par le seul emploi du sucre à haute dose, sans que l'altération viscérale ait paru modifiée; et cela, après un emploi inutile et prolongé des moyens les plus rationnels, après que la ponction eut été pratiquée un grand nombre de fois, après enfin que l'économie eut paru depuis longtemps habituée à cette hypersécrétion de la membrane séreuse. Ainsi, M. Garnier avait épuisé toutes les ressources de la thérapeutique; il avait été ponctionné cinq fois, et le liquide se reproduisait avec rapidité. Cependant, il a guéri de son ascite, et non seulement la maladie du foie n'a pas été diminuée, mais elle a fait de nouveaux progrès et a fini par conduire le malade au tombeau, sans que l'ascite se soit reproduite; comme si l'action spéciale, nous n'osons dire spécifique, du sucre, s'adressait purement et uniquement à l'hydropisie. Un autre sujet d'étonnement, en lisant les observations de M. Bagot, c'est qu'on n'y trouve aucun cas d'insuccès, et l'auteur ne dit même pas qu'il en ait jamais rencontré dans sa pratique. Il est à croire que, se proposant seulement de démontrer les bons effets du sucre, il aura jugé inutile de s'occuper des cas où ce médicament a échoué; et, s'il en est ainsi, on peut blâmer l'auteur d'avoir rétréci, de cette manière, le champ de l'expérience, et d'avoir, sans bonne raison, privé le lecteur de la moitié des documens dont il aurait besoin pour apprécier au juste la valeur du nouveau moyen thérapeutique et pour poser avec quelque certitude les indications de son emploi.

Quoi qu'il en soit, nous le répétons, le sucre a réussi entre les mains de M. Bagot et de quelques autres praticiens, dans des cas en apparence désespérés. Un des plus remarquables, et que, pour exemple, nous rapporterons brièvement, est le suivant : Un jeune homme de 24 ans et d'une assez forte complexion, fut apporté à l'hôpital militaire d'Aarau (en 1799) le quatrième jour d'une pneumonie. Toux sèche, point de côté violent; hémoptysie depuis trois jours; délire; mouvemens convulsifs. *Deux saignées*, de 8 onces chacune, à vingt-quatre heures d'intervalle. *Large emplâtre vésicant sur le point douloureux; tisane gommeuse; émulsion d'amandes douces avec* 6 *gouttes de laudanum*. Les jours suivans, un peu d'amélioration : l'hémoptysie cesse; le point de côté se modère. *Un grain d'émétique* amène un vomissement et quelques garderobes. On essaie successivement les *sudorifiques*, les *hydragogues*, les *pilules scillitiques*, *l'opium uni au tartre stibié*. La respiration reste embarrassée, et peu à peu se forme un hydrothorax. Le vingt-septième jour, on note les symptômes suivans : pouls misérable, irrégulier, avec redoublement fébrile le soir. Dilatation du thorax très marquée à la hauteur des fausses côtes. Respiration précipitée, toux fatigante, étouffemens. Sueurs partielles à la tête, au cou, aux épaules; partout ailleurs sécheresse de la peau. Peu d'urines. Ascite prononcée. Infiltration des deux bras, des extrémités inférieures et du scrotum dont le volume était décuplé. Sommeil inquiet, avec délire et soubresauts. Le malade ne pouvait plus respirer qu'assis. « Le pronostic étant la mort, ajoute M. Bagot, il m'était permis de tout oser. Je donnai d'abord quatre onces de cassonade, sous forme sèche, à la cuillère, avec addition d'une once tous les deux jours. Le huitième jour, cette dose excita dans l'estomac une météorisation passagère. Limonade au vin blanc, légèrement nitrée; quelques bouillons. Le lendemain, la peau me sembla moins sèche et les urines passèrent mieux. Le dixième jour d'usage de la cassonade, le malade eut quatre heures d'un sommeil paisible et une moiteur copieuse. La respiration devint plus libre. Le onzième jour, les crachats parurent, le scrotum et les tégumens des pieds se ridèrent. Frappé de cette lueur de succès, je poussai la dose à douze onces. Le treizième jour, les moiteurs redoublèrent et devinrent continuelles; l'enflure des bras disparut. Le dix-septième, les crachats étaient abondans, l'abdomen se détendait; la dose du sucre fut portée à une livre. Le vingt-quatrième, les cuisses et les jambes avaient repris leur dimension habituelle. Le vingt-sixième, le malade marchait un peu, avait de l'appétit, digérait bien; la poitrine était tout à fait débarrassée, mais le ventre offrait encore de la plénitude. Quelques lavemens savonneux l'ayant dissipée, je diminuai peu à peu la dose de cassonade, en augmentant chaque jour celle des alimens...... Enfin, au bout de trente-quatre jours d'usage du sucre, la convalescence était parfaite et le malade sortait guéri de l'hôpital d'Aarau. Il avait mangé à peu près vingt-sept livres de cassonade. »

On se demandera par quel procédé l'économie, soumise à l'action du sucre à haute dose, se débarrasse du liquide qui remplit les cavités séreuses et les mailles du tissu cellulaire. C'est, en général, au moyen de la transpiration cutanée, et l'observation qu'on vient de lire offre le type de ce mode de guérison. Les moiteurs précèdent habituellement de quelques jours l'amélioration, et continuent tout le temps que le mouvement de résolution met à s'opérer. Dans trois observations, la sécrétion urinaire a été notablement augmentée, la sueur était peu prononcée. Enfin, dans deux cas, il y eut de la diarrhée, mais déjà les sueurs étaient abondantes et l'amélioration avait commencé. Comment le sucre peut-il provoquer un mouvement critique du côté de la peau ou des reins? M. Bagot essaie de l'expliquer. Le sucre étant, dit-il, parmi les substances alimentaires connues, une de celles qui, sous un volume donné, possède la plus grande quantité de principe nutritif, son usage est propre à remettre en jeu les restes de la puissance d'assimilation dont jouit l'organisme animal. « Et c'est, ajoute-t-il, par cette restauration quotidienne de l'énergie assimilatrice qu'on *peut expliquer* comment les moiteurs suffisent pour dissiper des amas considérables de liquide épanché.... Elles annoncent le rétablissement simultané de l'absorption intestinale et de l'exhalation cutanée. » Sans compter les doutes qu'on peut élever sur les qualités alibiles de la cassonade, du moins au degré qu'indique l'auteur, nous ne serions pas étonné, quant à nous, que toute cette explication tombât un jour devant une simple expérience chimique découvrant, dans quelque décomposition du principe mucoso-sucré, tout le secret de l'hypersécrétion cutanée et urinaire. Dès à présent, M. Bagot constate lui-même que la cassonade, avec son principe muqueux, est plus efficace que le sucre raffiné; et il conseille même, pour les cas où ce dernier seul peut être supporté, d'y joindre de la gomme arabique en poudre, « cette substance ayant de l'analogie avec le principe muqueux détruit ou altéré par le raffinage. »

Nous ne terminerons pas sans signaler deux observations de *carreau* rapportées par l'auteur, et dans lesquelles le même moyen a paru produire les meilleurs effets. Les enfans ont été radicalement guéris, l'un en moins d'un mois, l'autre en six semaines. Ce sont des expériences à poursuivre.

DE L'EMPLOI MÉTHODIQUE DES EAUX MINÉRALES DANS LE TRAITEMENT RATIONNEL DES AFFECTIONS CUTANÉES DARTREUSES; par M. J. Héreau. Brochure in-8°. — Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine.

Il est un fait que la pratique journalière met à même de constater, c'est que l'efficacité des moyens thérapeutiques est souvent compromise par un défaut d'énergie ou de persévérance dans leur emploi. Les purgatifs, par exemple. Combien de médecins s'imaginent en avoir tiré tout le fruit possible quand ils les ont employés deux ou trois fois en quelques jours et qu'ils ont provoqué sept ou huit évacuations, sans songer que la plupart des malades qui se mettent entre les mains du médecin ont déjà subi dans leur économie des modifications profondes qui ne peuvent plus céder qu'à une forte action thérapeutique! Combien même reculent, dès le début de l'emploi des purgatifs, devant quelques symptômes insignifians, comme un malaise général, de la lassitude, un léger mouvement fébrile, des coliques un peu vives, faisant ainsi céder l'indication générale et essentielle à des considérations secondaires, oubliant d'ailleurs que cette sorte d'émotion organique soulevée par certaines médications prépare souvent la solution de la maladie.

Ce que nous disons de l'emploi trop timide des purgatifs, M. Héreau le dit des eaux minérales, mais à un tout autre point de vue. Pour lui, et cela résume toute la théorie et toute la pratique de son travail, les eaux minérales sont impuissantes contre les affections cutanées dartreuses, d'un côté, parce qu'elles ne contiennent pas des principes minéralisateurs assez abondans ou assez actifs pour tuer les animalcules qui sont la cause constante de ces affections; de l'autre, parce que leur mode d'emploi est généralement vicieux. Ces eaux ne peuvent donc devenir efficaces qu'à la condition d'augmenter leurs principes actifs et d'en rationaliser l'emploi. Ce n'est pas le lieu de discuter la question d'entomogénésie soulevée par la première partie de cette proposition, d'autant plus que l'auteur n'y insiste nullement et renvoie sur ce point à un ouvrage antérieurement publié *sur les parasites cutanés de l'homme*, ainsi qu'à un travail encore inédit *sur les entomogénoses cutanées dans les végétaux et les animaux*. Mais que l'action des eaux minérales naturelles contre les dartres, quelle que soit la nature intime de celles-ci, ait fréquemment besoin, pour être efficace, d'être fortifiée par l'addition de principes minéraux, c'est ce que nous sommes disposé à croire; comme aussi nous admettons volontiers que l'usage de ces eaux, soit en bains généraux ou locaux, soit en lotions, pourrait souvent n'avoir qu'un effet insuffisant si l'on n'y joignait certaines pratiques propres à favoriser ou à compléter leur action.

Suivons, dans cette double voie, les développemens auxquels l'auteur s'est livré.

Et d'abord, nous serons sans doute agréable au lecteur en puisant dans l'ouvrage de M. Héreau des renseignemens relatifs aux thermes antiques et bien propres à montrer la sagacité avec laquelle les anciens savaient ordonner tout ce qui avait trait à l'art de conserver la santé. On verra combien nous sommes loin de cette perfection, nous autres modernes qui croyons avoir atteint les limites du *comfort* et de l'hygiène, quand nous sommes restés immobiles, pendant une demi-heure, dans un bain d'eau tiède et que nous nous sommes doucement enveloppés dans un peignoir. Un bain complet, chez les anciens, se composait de *l'apodytère*, où l'on déposait les vêtemens; de *l'onctuaire*, où se conservaient les huiles et où se faisaient les frictions; du *sphéristère*, lieu des exercices; des *bains d'eau chaude*; de *l'étuve sèche*; du *tépidaire* ou étuve humide et du *frigidaire* ou bain froid. Il y avait aussi la *fournaise* ou *hypocaustum* et différentes salles destinées aux festins et à la conversation. C'est dans l'apodytère qu'entrait d'abord la personne qui se rendait au bain. Elle y déposait ses vêtemens et passait dans l'onctuaire. Là, elle s'oignait elle-même avec une huile grossière ou se faisait frotter par des esclaves appelés *aleptes* ou *unctuarii*. Cette salle de l'onctuaire était construite de manière à recevoir la chaleur de *l'hypocaustum*. Le corps oint d'huile, la personne passait dans la salle des exercices, espèce de jeu de paume où elle jouait à différens jeux et surtout à la balle. La température de cette salle était très élevée. Après l'exercice, on se rendait à la salle du bain chaud qui était contiguë au sphéristère. Là, était une immense baignoire pouvant contenir au moins une douzaine de baigneurs et dans laquelle on s'asseyait et on se lavait. Le banc étant placé au-dessous de la surface de l'eau, les esclaves versaient de l'eau chaude sur la tête et sur les épaules; on se frictionnait avec la *strigile*, espèce d'étrille ou de frottoir en fer, en airain, en ivoire, en corne. Auprès de la baignoire, mais au dessous, se trouvait un autre bassin encore plus grand, entouré d'une balustrade, où sans doute se rendaient les baigneurs au sortir du bain chaud. Tout à côté se trouvait l'étuve sèche, grande salle voûtée, recevant la lumière par en haut. Ses dimensions étaient égales dans tous les sens, pour qu'elle fût également chauffée par la vapeur qui tournait et se répandait dans toute sa capacité; à l'ouverture située au sommet de la voûte, était suspendu un bouclier d'airain qui, se haussant ou se baissant à volonté, permettait d'augmenter ou de diminuer l'intensité de la chaleur. De l'étuve sèche, on passait dans l'étuve humide, dont la température était modérée, ou la traversait à pas lents pour arriver au frigidaire. Le bain froid se composait d'un immense bassin, la *piscine*, assez grand pour qu'on pût s'y livrer à l'exercice de la natation. A côté de ce bassin était une grande baignoire d'airain ou de marbre, où sans doute les baigneurs se soumettaient à de nouvelles frictions. Au sortir du bain, d'autres aleptes, appelés *reunctores*, les frottaient de nouveau avec de l'huile ou une essence parfumée; après quoi ils rentraient dans l'apodytère où ils reprenaient leurs vêtemens. D'après Siccus de Crémone, chaque fois que le baigneur sortait de l'eau, on l'enveloppait d'une couverture nommée *sindon*; on commençait par faire sécher la tête et l'on essuyait ensuite le reste du corps avec des éponges et du linge; puis une couche d'huile douce ou de beurre était étendue sur la peau qu'on frictionnait encore une fois avec la strigile.

Certes, M. Héreau n'a pas la prétention de vouloir ressusciter toutes les pratiques de l'antiquité; mais il indique un certain nombre de modifications à introduire dans l'art d'administrer les bains minéraux, soit par immersion, soit par ablution, contre les affections cutanées.

Le *bain par immersion*, suivant la méthode de l'auteur, se prend de la manière suivante. On verse, dans 300 litres environ, d'eau minérale, *quelle qu'elle soit*, le premier jour, gr. 122,38 de solution saturée de soude; puis successivement gr. 244,75, jusqu'à gr. 367,13, suivant la sensibilité de la peau et les effets obtenus. Après un quart d'heure au plus d'immersion, l'on frictionne tout le corps dressé hors de l'eau, les pieds dans la baignoire, au moyen d'une brosse douce ou d'une éponge imprégnée du limon ou savon argilo-salin saturé de soude; après quoi le malade se replonge dans l'eau pendant un quart d'heure au plus. Au sortir de la baignoire, il s'essuie avec du linge rude, comme après un bain ordinaire.

Le bain *par ablution* ou à *l'orientale* ne diffère du précédent qu'en ce que toutes les opérations accessoires qui tendent à nettoyer la peau et à l'imprégner de sels alcalins se font hors de l'eau, le corps assis ou debout, comme autrefois chez les anciens ou comme cela se pratique encore en Asie. Ce bain, comme on le voit, n'est qu'un simple, mais très minutieux lavage, sans immersion. Les doses de la solution alcaline qu'on y emploie doivent toujours être subordonnées à la susceptibilité de la peau et à l'étendue des lésions dont elle peut être le siége; on dépasse rarement 5 grammes de solution saturée par litre d'eau. Que si la maladie est limitée à de très petites surfaces, l'auteur se borne quelquefois à des lotions sur chaque ulcération et assez largement sur leur pourtour, avec une solution alcaline contenant 5 grammes de solution saturée par deux litres d'eau. Chaque lotion est suivie d'une embrocation faite avec une éponge fine ou un pinceau imprégné du même savon ou limon qui est employé pour les bains.

M. Héreau emploie aussi en injections l'eau minérale naturelle additionnée dans les cas où l'affection dartreuse siége à l'orifice ou dans l'intérieur des conduits naturels, comme dans les cavités olfactives ou auriculaires, dans le rectum, dans l'urètre, dans le vagin. Un ou deux grammes de solution saturée de soude, pour un litre d'eau minérale, sont des doses qu'on peut toujours employer sans danger, mais qu'on ne peut cependant dépasser de beaucoup. Enfin, quand les dartres sont anciennes, qu'elles ont envahi la peau à une grande profondeur, les eaux minérales employées sous forme de douches ont paru plus efficaces que sous forme de bains ou de lotions, sans doute en pénétrant violemment la peau des principes minéralisateurs.

Telle est, en abrégé, la manière dont l'auteur manie l'emploi des eaux minérales dans le traitement des affections cutanées. Tout en la décrivant comme on vient de le voir, nous nous faisions cette réflexion bien simple. Si c'est *aux sels alcalins seuls* qu'il faut attribuer la qualité antiherpétique des eaux minérales (p. 8), et s'il est nécessaire, pour les rendre suffisamment efficaces, d'y ajouter une certaine quantité de ces sels, qu'a-t-on besoin d'aller chercher si loin des eaux insuffisantes qu'il faudra ensuite aiguiser, quand on peut chez soi et du premier coup composer une solution alcaline à dose convenable? Mais nous avons trouvé un peu plus

loin la réponse à cette question, réponse très acceptable, et qui ne l'est pas seulement en ce qui concerne le traitement des affections de la peau, mais qui s'applique encore au traitement de la plupart des maladies pour lesquelles on se rend aux eaux. « C'est là seulement, dit M. Héreau, que les malades, dégagés de toute préoccupation d'affaires, libres de soins, se soumettent avec une sorte de résignation religieuse aux pratiques qui leur sont imposées, et se trouvent placés dans des conditions vraiment favorables à l'entier succès d'un traitement duquel ils attendent une sorte de purification. »

Maintenant, et c'est ici que devrait porter tout l'intérêt de cette analyse, quel a été le résultat de ce mode d'emploi des eaux minérales? Malheureusement, nous ne trouvons ici que de vagues indications faciles à résumer en quelques lignes, et qui, par leur généralité même, ne se prêtent que difficilement à l'examen. Ainsi, suivant l'auteur, de toutes les affections cutanées, celles qui cèdent le plus facilement au traitement par les eaux minérales sont les affections *vésiculeuses* et *bulleuses*. L'*eczéma*, l'*herpès*, la *gale*, sont ordinairement guéries par l'emploi de quelques bains. Une saison (vingt à vingt-cinq jours) de traitement, soit par les bains généraux ou partiels, soit simplement par les lotions, suffit presque toujours à la guérison du *pemphygus* et du *rupia*. L'*ecthyma*, l'*impetigo*, l'*acné*, la *mentagre*, le *porrigo*, toutes les affections pustuleuses enfin, sont radicalement guéries en deux saisons consécutives. Il en est de même des affections papuleuses, soit *lichens*, soit *prurigos*. Quant aux affections squammeuses, *lèpres* et *psoriasis*, elles sont, on le sait, plus rebelles. Deux saisons successives devront être entièrement consacrées à étudier les effets, soit des doses, soit des différens moyens d'application de l'agent thérapeutique. Une saison supplémentaire (de septembre à octobre) décidera souvent une guérison que les deux premières auront peut-être laissée incertaine.

Nous le reconnaissons volontiers: l'emploi des alcalis à haute dose, soit en bains, soit en lotions, nous paraît un des meilleurs moyens à opposer aux affections cutanées. Mais il faut avouer aussi que ces simples affirmations de l'auteur ne peuvent pas porter dans tous les esprits une conviction solide. On voudra savoir sur quelle échelle approximative ont été faites les expériences qui leur servent de fondement; comment se classaient pour l'étendue, pour le degré, pour l'ancienneté, etc., les différentes affections signalées plus haut; comment se classaient aussi les individus pour l'âge, la constitution, la santé générale, etc. Nous ne voulons pas dire que les résultats annoncés par M. Héreau doivent être, jusqu'à plus ample informé, considérés comme nuls et non avenus; nous les croyons, au contraire, de nature à appeler sérieusement l'attention; mais c'est cela même qui excite naturellement notre curiosité et nous fait regretter une absence aussi complète de détails.

Cet ouvrage intéressant se termine par des considérations sur le traitement général des maladies de la peau, sur les précautions à prendre avant, pendant et après le traitement, et par des vues judicieuses sur les établissemens de bains publics. Nous craindrions, en le suivant dans cette voie, de nous laisser entraîner trop loin, et nous préférons renvoyer le lecteur au livre lui-même, qui le dédommagera fort avantageusement de notre silence.

RECHERCHES SUR L'EMPLOI D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE SUTURE CONTRE LES DIVISIONS DE L'INTESTIN ET SUR LA POSSIBILITÉ DE L'ADOSSEMENT DE CET ORGANE AVEC LUI-MÊME DANS CERTAINES BLESSURES; par M. GÉLY. In-8° de 84 pages, avec 3 planches; 1844. — Paris, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine.

Après tous les procédés si nombreux de suture intestinale introduits successivement dans la science, on ne devait guère s'attendre à voir paraître une méthode nouvelle d'entéroraphie; aussi la première impression qu'on est porté à ressentir à la lecture d'une annonce de ce genre est-elle peu favorable à la prétention du nouveau venu; on ne peut se défendre d'un sentiment d'incrédulité, et le doute alors engendre souvent plus que de l'indifférence. Toutefois, il faut se méfier de ce mouvement irréfléchi qui, dans l'espèce, pourrait donner lieu à une injustice.

Nous croyons donc devoir revenir sur l'entéroraphie, malgré la défaveur qu'a pu récemment attirer sur ce sujet l'argumentation passionnée d'un autre chirurgien connu par la tenace âpreté de sa verve réclamante. Le travail de M. Gély ne ressemble à celui de ce confrère ni pour le fond, ni pour la forme. Le chirurgien de Nantes a réellement inventé et appliqué avec succès un nouveau procédé de suture intestinale. On peut diviser son opuscule en quatre parties. Dans la première, il expose l'état de la science, indique son nouveau mode opératoire et l'applique aux divisions simples de l'intestin. — Dans la deuxième, il traite de l'emploi de la suture contre les pertes de substance par gangrène. — La troisième est consacrée à étudier l'application de la nouvelle suture aux plaies par armes à feu. — Enfin, il expose, dans la quatrième, le résultat des diverses expériences qu'il a tentées sur les animaux.

Ce travail a pour origine et pour but un fait de pratique; c'est l'observation d'une double plaie intestinale faite en 1841 à un marin par un coup de couteau dans le flanc gauche, qui a donné à M. Gély l'occasion et peut-être l'idée d'essayer un nouveau procédé d'entéroraphie.

L'auteur, après avoir discuté les avantages et les inconvéniens des méthodes connues, expose les conditions nécessaires à réaliser pour un procédé destiné à remplir toutes les indications fondamentales que présente le traitement des plaies intestinales: 1° adossement des séreuses pour une prompte réunion; 2° adossement par un demi-renversement des lèvres de la plaie; 3° occlusion exacte de la blessure pour prévenir tout épanchement; 4° disposition telle des fils qu'aucun nœud ne reste visible du côté du péritoine; 5° possibilité de fermer immédiatement la plaie de l'abdomen après la réduction de l'indestin.

Voici la description du procédé employé dans le cas que cite l'auteur: une aiguille ordinaire armée d'un fil ciré fut enfoncée d'arrière en avant au niveau d'un des angles de la plaie et à 4 millim. en dehors pour ressortir, après avoir traversé la cavité intestinale, au point correspondant de la même lèvre, vers l'angle opposé. L'aiguille fut ensuite portée d'avant en arrière sur l'autre lèvre, de manière à parcourir le même trajet. Les quatre piqûres faites par l'aiguille formaient ainsi les quatre angles d'un rectangle dont la plaie occupait la partie moyenne dans le sens de sa plus grande longueur. La portion du fil représentant les côtés du rectangle parallèles à la plaie était située dans la cavité intestinale. En serrant les fils ainsi croisés, chacune des lèvres de la plaie exécuta un mouvement de rotation de quart de cercle du côté du canal digestif, et le rapprochement exact fut maintenu par un nœud double. Alors, les fils ne représentèrent plus qu'une simple boutonnière dont les côtés étaient situés dans l'intestin. Le malade était guéri vingt jours après l'opération.

L'auteur appelle ce mode d'entéroraphie *procédé de suture en piqué*. Il pense qu'on ne peut pas lui reprocher d'exiger des piqûres trop multipliées, ni d'exposer à la formation de coarctation de l'intestin, ni enfin de laisser des chances à l'épanchement. Ce dernier inconvénient est le danger principal, et malheureusement il est l'écueil des procédés les plus vantés. On voit en effet que M. Pétrequin, qui a fidèlement rapporté, dans son TRAITÉ D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE (1844, p. 323 à 333), des expériences tentées à l'école vétérinaire de Lyon avec divers modes de sutures, a cité des cas où la mort des animaux avait été due à des épanchemens, même après la suture à surjet que M. Reybard a beaucoup préconisée dans ces derniers temps. M. Gély insiste sur ce que son procédé de suture en piqué n'y expose point. On ne peut nier que ce mode opératoire ne soit ingénieux. L'inconvénient que, d'après le raisonnement, on serait le plus porté à craindre par suite de son application, est le rétrécissement consécutif de l'intestin. Voici, du reste, comment l'auteur a généralisé le manuel opératoire, que 3 planches et 21 figures annexées à l'ouvrage rendent très intelligible.

Prenez un fil armé de deux aiguilles. Piquez de chaque côté de la plaie vers un de ses angles et un peu en arrière. Faites ressortir la pointe parallèlement à la plaie, à 4 ou 5 millim. Portez l'aiguille de droite à gauche, et celle de gauche à droite, et renouvelez le même point, et ainsi de suite jusqu'à ce que vous soyez au bout. Si alors on serre les deux chefs du fil, les échelons se raccourcissent, les anses latérales se rapprochent, et les portions de péritoine comprises entre les anses des bords de la plaie s'adossent en se renversant de manière à produire dans la cavité de l'intestin un raphé artificiel.

Nous renvoyons au livre même pour les détails et les précautions à prendre; nous ne suivrons pas non plus l'auteur dans les diverses applications qu'il propose de sa méthode, comme nous l'avons indiqué plus haut. Les détails précédens suffisent pour initier le lecteur à l'idée-mère de son travail et pour faire sentir l'intérêt qui s'y attache.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 42. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 18 OCTOBRE 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

DES PERFORATIONS INTESTINALES DUES A UNE CAUSE PATHOLOGIQUE, ET DES PÉRITONITES SOIT GÉNÉRALES, SOIT PARTIELLES AUXQUELLES ELLES DONNENT LIEU; par A. TOULMOUCHE, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

ANCIEN ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE A DROITE EN MAJEURE PARTIE RÉSORBÉ; VASTES EXCAVATIONS TUBERCULEUSES AU SOMMET DES POUMONS; DILATATION DES BRONCHES; NOMBREUSES ULCÉRATIONS DU LARYNX AVEC DESTRUCTION DE CERCEAUX TRACHÉAUX; PÉRITONITE PAR PERFORATION D'UN INTESTIN; ULCÉRATIONS MULTIPLIÉES DANS LES AUTRES; MORT.

Obs. III. — Deraison, âgé de 40 ans, entra le 4 mars 1838 à l'infirmerie. Il toussait et éprouvait de l'oppression. Sa poitrine percutée et auscultée, je reconnus du côté droit un ancien épanchement pleurétique et une légère hypertrophie du ventricule gauche du cœur. (Saignée de 500 grammes; demi-quart; infusion de capillaire; julep narcotique.)

5. Large emplâtre épispastique sur le côté malade.

Le 7 juin, après quelques jours de sortie qui lui avaient été accordés, le malade rentra dans les salles de médecine, présentant les mêmes phénomènes; plus un peu de râle muqueux. L'appétit était bon; néanmoins le malade avait maigri, toussait sans cesse, avait des sueurs nocturnes. Je fis commencer les aspirations de chlore et appliquer deux cautères sur le côté droit de la poitrine.

24. Il survint des symptômes d'embarras gastrique qui nécessitèrent une potion vomitive et la diminution de la quantité des alimens. Deraison finit, à force d'obsessions, par m'arracher sa sortie.

Il fut remonté à l'infirmerie le 2 juillet. Il toussait toujours, était oppressé,

Feuilleton.

COMPTE GÉNÉRAL DE L'ADMINISTRATION DE LA JUSTICE CRIMINELLE EN FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1843.

(Deuxième et dernier article.)

5° Professions. La statistique que nous avons sous les yeux indique jusqu'à un certain point l'influence moralisatrice du travail, mais ne la fait point ressortir autant qu'on l'aurait espéré *à priori*; sur le chiffre total de 7,226 accusés, 6,102 exerçaient habituellement une profession ou vivaient de leur revenu. Il y a dans ce résultat statistique un enseignement grave pour ceux qui circonscrivent leurs idées de réforme et d'amélioration des masses dans le soin de leur bien-être matériel. Leur assurer le pain quotidien ne suffit donc pas; la certitude même du lendemain ne semble pas intervenir comme un élément prépondérant dans les manifestations morales de l'homme; en d'autres termes, on ne devient pas meilleur parce qu'on est assuré de la subsistance, car les 5/6 des accusés de crimes appartiennent à la catégorie des travailleurs qui vivent de leur profession ou même à celle des heureux qui sont dispensés du labeur professionnel par leur situation de fortune. Ce n'est point que l'oisiveté ou le défaut de moyens d'existence assurés soient des conditions favorables au développement de la vertu; la méthode numérique, quand elle fonctionne dans l'ordre des faits administratifs et sur des bases étendues, ne saurait aboutir au paradoxe. Nous voyons en effet que sur les 7,226 accusés en question, 1,124 croupissaient dans l'oisiveté, sans posséder des ressources certaines d'existence et sans en chercher dans l'exercice des professions qu'ils avaient presque tous apprises. Toutes les fois que l'homme laisse sans emploi les forces que la nature lui a départies pour son utilité et celle de ses semblables, il dévie des lois de sa destination et chemine entre le vice et le crime; voilà une vérité que chaque conscience porte en soi; la statistique judiciaire la sanctionne perpétuellement; mais appuyé sur ses données officielles, signalons aussi cette conséquence que le compte-rendu ne met point en lumière, savoir, que le travail seul et la possession de moyens d'existence ne garantissent point la moralité des hommes, et que ces deux avantages justement appréciés ne sont qu'une portion de la civilisation, et peut-être la portion la moins essentielle, car mieux vaut encore un peuple pauvre et vertueux qu'une nation de Crésus dévorés par la peste de tous les vices et voués aux gémonies de l'histoire.

La nature du travail a-t-elle quelques rapports avec le degré de moralité des hommes? La solution de cette question ne comporte aucun doute, et les chiffres sont aussi péremptoires qu'imprévus. Les occupations ou professions ont servi à diviser les accusés en 51 catégories, groupées en 9 classes d'après l'analogie des travaux. Les 2e, 3e et 4e classes, formées des accusés qui appartiennent à l'industrie, fournissent 33 centièmes sur le chiffre total des accusés; le négoce (achat, vente et transport des marchandises) 0,12; les classes réunies des auber-

avait de la fièvre. (Huit sangsues à l'anus; un bain entier; infusion de capillaire.)

Au bout de quelques jours, il survint du mieux, l'appétit augmenta. J'accordai les trois quarts. Importuné de nouveau par ses demandes de retourner à son travail, je le lui accordai le 10, avec la certitude que ce serait pour peu de temps. En effet, il revint dans mon service le 12. L'amaigrissement avait continué à faire des progrès. J'auscultai de nouveau la poitrine et je reconnus de vastes excavations tuberculeuses dans les poumons.

17. Le malade se trouvait un peu mieux; nouvelle sortie; rentré de nouveau le 11 septembre dans l'état suivant : aphonie complète que j'attribuai à l'existence d'ulcérations dans le larynx; facies caractéristique de celui des péritonites chroniques ou des ulcérations intestinales. Je diagnostiquai ces dernières, le ventre n'étant ni tendu, ni douloureux à la pression, la peau étant sèche et terreuse, et de la diarrhée existant depuis quelque temps.

14. Selles liquides, langue sèche et recouverte à sa base d'un enduit muqueux; oppression et maigreur extrêmes; l'œdème autour des malléoles, sueurs nocturnes, peu de sommeil. (Bouillie de froment; julep narcotique; sinapismes volans aux extrémités inférieures.)

17. Même état; maigreur croissante; crachats puriformes.

19. Perte de l'appétit; le patient buvait deux litres de lait par jour; il se plaignait de douleurs au larynx.

20. Sueur visqueuse, respiration râlante. Ce malheureux lutta encore sept jours contre la mort et s'éteignit enfin le 28 septembre.

Autopsie cadavérique faite vingt heures après le décès.

Etat extérieur. La maigreur était squelettique. Le crâne ne fut pas ouvert, le malade ayant conservé jusqu'à la fin l'intégrité de son intelligence.

Thorax. Le côté droit renfermait encore une petite quantité de sérosité, reste d'un ancien épanchement en majeure partie résorbé.

La surface du poumon offrait de fortes et nombreuses adhérences. Le lobe supérieur était creusé d'une vaste caverne anfractueuse, de même que le lobe moyen dans sa partie postérieure. Les tuyaux bronchiques étaient dilatés.

Le poumon gauche était également adhérent dans plusieurs points, et son lobe supérieur détruit par une très grande excavation tuberculeuse.

Plusieurs ulcérations furent rencontrées dans le larynx. Elles avaient détruit quelques cerceaux de la trachée et nécrosé l'arc postérieur du cartilage cricoïde.

Le cœur était normal.

Abdomen. Sa cavité renfermait une certaine quantité de sérosité jaune. Le grand épiploon avait un aspect gris bleuâtre. Il avait, dans un point, contracté des adhérences avec la partie inférieure de l'excavation du petit bassin. La portion de péritoine qui tapisse les hypocondres et la paroi antérieure de l'abdomen présentaient un grand nombre de taches rondes ou ovales, de matière noire ou mélanique, déposée dans son épaisseur. La surface du foie offrait des adhérences celluleuses (traces d'une ancienne péritonite). Tout un paquet intestinal formé des portions inférieures de l'iléon adhérentes entre elles plongeait au fond et à gauche de l'excavation du petit bassin où il avait contracté, de même qu'avec la partie correspondante de la vessie, de très fortes adhérences, à l'aide d'un tissu d'apparence fibro-cartilagineuse, criant sous le scalpel et tellement résistant qu'on déchirait les portions d'intestin adhérentes. Il est probable que, dans ce point, il s'était effectué plusieurs perforations intestinales qui avaient provoqué anciennement une péritonite partielle à leur pourtour, laquelle avait constitué les adhérences et laissé un tissu induré comme moyen de protection.

L'estomac était sain, ainsi que le duodénum. Le jéjunum présentait un grand nombre d'ulcérations transversales, à bords irréguliers, tomenteux, boursouflés, comme carminés par endroits, à fond granulé, formé par le tissu cellulaire sous-péritonéal induré, d'aspect grisâtre ou légèrement rougeâtre, ou, dans celles plus vastes et plus profondes, par la seule tunique du péritoine, tantôt simplement épaissie, tantôt tuberculeuse.

Dans l'iléon, elles étaient bien plus nombreuses et plus étendues, puisque beaucoup l'envahissaient en forme d'anneau dans toute sa circonférence. On remarquait que, dans ces points, les matières fécales étaient plus liquides et plus infectes. Dans les sept à huit derniers décimètres, ces ulcérations étaient si grandes qu'elles n'en formaient plus qu'une ou un cloaque dans lequel toutes les tuniques étaient détruites, et autour duquel des adhérences multipliées de toutes les circonvolutions intestinales voisines s'étaient établies à la suite des perforations qui avaient donné lieu à l'ancienne péritonite, dont on retrouvait les traces, et à d'autres semblables au fond de l'excavation du petit bassin, et avec la partie gauche de la vessie. La valvule iléo-cœcale était détruite, la face interne du cœcum criblée d'ulcères à fond gris bleuâtre ou noirâtre. La muqueuse du colon et celle du rectum étaient saines.

Les autres organes étaient dans l'état normal.

Dans cette observation, le facies grippé remarqué durant la longue maladie qui en fait le sujet aurait pu donner l'éveil sur la complication d'une péritonite, si le ventre eût été tendu, douloureux; tandis qu'on l'attribua, en égard à la diarrhée chronique, à l'existence d'une entérite avec ulcérations. Cependant, à l'ouverture du cadavre, on rencontra les traces d'une ancienne péritonite probablement due au voisinage trop immédiat de vastes ulcères intestinaux, ou à la perforation de quelques points par ceux-ci, dernier fait rendu indubitable, puisque je trouvai presque tout le dernier pied de l'intestin iléon détruit.

Il faut donc fixer spécialement son attention sur ce signe et être sur ses gardes toutes les fois qu'on le voit apparaître pendant ou vers la fin des longues diarrhées; car, dans le plus grand nombre des cas, on a constaté à l'autopsie des corps les caractères anatomiques de péritonites ayant coïncidé avec son apparition.

DOUBLE HYDRO-THORAX NE S'ÉTANT MANIFESTÉ PAR AUCUNS SYMPTÔMES; TUBERCULES GRIS AU SOMMET DES POUMONS, AVEC OEDÈME; HYDRO-PÉRICARDITE ANCIENNE; PÉRITONITE SUITE DE PERFORATION PROBABLE D'UN POINT DE L'INTESTIN GUÉRIE PAR ADHÉRENCES ET MÉCONNUE; VASTES ULCÉRATIONS DANS LE COLON; OEDÈME DU REIN GAUCHE; MORT.

Obs. IV. — Avouis, détenu, âgé de 29 ans, ayant fait de fréquens séjours dans les prisons, ressentit un profond chagrin de sa dernière condamnation.

Il avait beaucoup maigri à la suite d'un dévoiement chronique qui l'avait retenu longtemps à l'infirmerie de la prison, lorsqu'il fut transféré à la maison centrale de détention de Rennes. Il fut immédiatement admis dans les salles de médecine le 5 avril 1839. Son état était le suivant : maigreur squelettique, peau sale, terreuse et sèche; langue rouge, mais humide. Point de toux ni d'oppression, mais de la diarrhée; le pouls était fréquent et l'appétit encore assez prononcé.

17. Le dévoiement continuait. (Eau de riz, trois pilules faites avec extrait gommeux d'opium 2 centigr. 1/2, et acétate de plomb 1,1/2, qui furent continués le lendemain; le quart.)

19. La diarrhée avait cessé; mais l'état général était le même. (Demi-quart, œuf frais, une seule pilule, décoction de sagou, suppression des pilules.)

Le lendemain et jours suivans, le quart.

Avouis fut gardé dans les salles, afin de prévenir les écarts de régime auxquels il se serait livré dans les ateliers.

1er mai. Le malade demandait incessamment à manger, ce qui est fréquent dans les ulcérations chroniques du gros intestin.

Cet homme, qui avait été très probablement atteint d'ulcérations intestinales, présentait bien le facies caractéristique des phlegmasies chroniques du bas-ventre. On lui accorda la demi-ration et eau gommeuse.

8. La maigreur était la même. L'appétit se maintenait. On remarquait un léger œdème autour des malléoles. (Trois quarts, même tisane.)

Le 19, cédant aux obsessions d'Avouis, je lui accordai la sortie, en lui prédi-

---

gistes, cafetiers, logeurs et domestiques personnels, 0,10. Jusqu'ici les professions industrielles proéminent dans ce tableau de criminalité; mais elles vont être surpassées, le croirait-on? par la classe des individus livrés aux travaux de la terre: oui, la population agricole est de toutes la plus familiarisée avec le crime, la plus assidue sur la sellette des accusés (0,35), et c'est ainsi que la statistique frappe d'un irrémédiable discrédit l'innocence tant vantée des champs; ainsi s'en vont sous les verges des licteurs les églogues et les idylles. Autre sujet d'étonnement et de tristesse: les hommes de loisir opulent et les beaux-esprits des professions libérales fournissent aux annales de l'accusation publique un contingent un peu plus fort que la classe des gens sans aveu (un peu plus de cinq centièmes): le cercle annuel des crimes est soudé en un point où s'assemblent l'extrême civilisation et l'extrême barbarie, la richesse et la misère, l'être intelligent par excellence et la brute des carrefours. Hâtons-nous d'observer, ce qui du reste exigerait la démonstration d'une statistique, que le nombre des riches et des personnes adonnées aux professions libérales l'emportant probablement sur celui des gens sans aveu, la petite proportion de ces derniers explique la modicité de leur contingent criminel; la forte proportion des autres ne laisse au résultat précité de la statistique judiciaire que l'intérêt d'une coïncidence fortuite et bizarre.

6o Saisons. L'organisme social subit comme celui de l'individu l'empire de la périodicité. Qui ne connaît la régularité, nous dirons presque la fatalité du mouvement annuel des naissances et des décès? Toujours apte aux fonctions de la reproduction, mû par un attrait sexuel qui se complique des élémens les plus intimes de son individualité, l'homme ne semble jouir que d'une liberté illusoire là même où tout semble appartenir à sa spontanéité : passions, orages du cœur, déterminations d'un sexe vers l'autre, héroïsme du célibat religieux, fraudes inutiles d'une sensualité avare, orgies de la procréation imprévoyante, tout cela ne peut empêcher que le maximum des naissances ne corresponde tous les ans à la même époque ni forcer les limites providentielles de la population. Phénomène plus remarquable encore! Les crimes suivent aussi un certain ordre dans leur répartition sur l'année : en hiver et en automne, ils se multiplient contre les propriétés; dans les mois du printemps et de l'été contre les personnes; durant la période de concentration organique, c'est des besoins de la vie plastique que naît l'idée du crime; l'existence de l'homme est alors plus difficile et nécessite une dépense plus grande : la rigueur de la température oblige l'homme de rechercher une habitation chauffée, un vêtement plus épais, une nourriture plus substantielle : *malesuada fames*; la criminalité procède alors des instincts de la vie végétative. En été, les besoins diminuent; sous les rayons d'un bon soleil, qu'importent la maison, le couchage, le vêtement? l'atmosphère est moins agressive, partant moins de frais de défense, c'est-à-dire d'alimentation; en revanche, les sens s'aiguisent, le cerveau s'exalte, les passions s'allument : c'est contre les personnes que se dirigent les mauvais desseins, les entreprises néfastes; la criminalité procède alors de la vie de relation; elle est centrifuge comme le mouvement de l'organisme : partout deux phases alternatives, expansion et concentration, dans l'économie animale comme dans le monde extérieur, dans la vie organique comme dans l'activité de l'esprit, dans la santé comme dans la maladie, dans la procréation comme dans le crime [1]...

sant une rechute et une mort inévitable. Onze jours après il fut en effet remonté à l'infirmerie. C'était un spectre tant sa maigreur était effrayante. Ses forces étaient anéanties. Il se plaignait de douleur à la gorge et avait la diarrhée. (Demi-quart, bouillie de sagou, pilules avec l'acétate de morphine, eau de riz.)

1er juin. Le ventre était ballonné. Il survint plusieurs hémorragies intestinales. Je fis donner la décoction blanche et continuer deux pilules chaque jour. Avonis était mourant. Cependant il conservait l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Il expira le 3 juin, à six heures du matin, sans souffrir et en parlant.

Autopsie cadavérique faite 24 heures après la mort.

État extérieur. L'amaigrissement était porté à ses limites extrêmes; la peau était terreuse, sèche. Il y avait de l'œdème autour des malléoles.

La tête ne fut pas ouverte, aucun trouble n'étant survenu dans l'intelligence.

Thorax. La cavité gauche était remplie de sérosité, dans laquelle nageait le poumon, adhérent seulement par son sommet; point de débris albumineux. Tout le sommet de l'organe était dur, farci de tubercules gris agglomérés. La partie inférieure du lobe supérieur était atteinte d'un œdème considérable, de même que l'inférieur, mais ce dernier à un moindre degré. La partie inférieure et externe était splénifiée. La muqueuse bronchique était peu rouge.

Le côté droit du thorax était également occupé par de la sérosité limpide en moindre quantité. Le poumon renfermait à son sommet également adhérent une masse de tubercules gris agglomérés. Le tissu du lobe moyen était légèrement œdémateux et celui de l'inférieur en partie splénifié. Les tuyaux bronchiques qui s'y distribuaient étaient généralement dilatés; leurs parois épaissies et la muqueuse qui les tapisse rouge et hypertrophiée.

La cavité du péricarde renfermait une assez grande quantité de sérosité limpide.

Abdomen. Les intestins étaient distendus par des gaz. Ils étaient agglomérés en paquet par d'anciennes adhérences celluleuses; en sorte qu'il était difficile d'en suivre les diverses circonvolutions. Ils avaient contracté des adhérences avec le fond de l'excavation du petit bassin qui ne contenait point de sérosité. Le grand épiploon était également adhérent à la partie inférieure de la paroi antérieure du ventre et dans l'excavation pelvienne. Il en était de même de toute la surface convexe du foie, de sa face concave gauche avec l'estomac, et de la face externe de la rate avec la paroi correspondante. L'estomac et le duodénum étaient sains; il en était de même du jéjunum et de l'iléon. Le dernier présentait seulement, à 14 centim. à peu près du cœcum, une ancienne ulcération cicatrisée, à fond comme fibro-cartilagineux, à fibres transverses, à bords souillés de matière noire, ainsi que divers points de la circonférence du fond.

Le cœcum offrait de la rougeur à sa face interne; mais la portion ascendante du colon, immédiatement au dessus et dans une étendue de près de 15 centim., était épaissie et se déchirait à la moindre traction. Toute sa surface interne ne constituait qu'un vaste cloaque noirâtre formé de débris de la muqueuse épaissie, dont les lambeaux flottans, noirâtres, indurés, constituaient des tumeurs frangées, irrégulières. Les intervalles étaient plus ou moins souillés de matière noire et d'un tissu rugueux, inégal, comme cartilagineux. Le tissu cellulaire extérieur à l'intestin était hypertrophié, jaunâtre, analogue à un épiploon épaissi et induré.

Toute cette portion de l'intestin était occupée par des matières fécales brunâtres, adhérentes et d'une odeur infecte, lesquelles liquides dans l'arc transverse du colon en tapissaient la muqueuse. Celle de l'S iliaque offrait çà et là d'anciennes ulcérations en majeure partie cicatrisées, à bords irréguliers, coupés à pic, mousses, noirâtres, et à fond fibro-cartilagineux induré.

Le rectum était sain; les glandes du mésentère tuméfiées, d'un tissu blanc, opaque, tacheté par endroits de matière noire.

La rate était assez volumineuse, adhérente par tous les points de sa surface, à l'aide d'un tissu celluleux ancien, solide.

Le foie très gras se laissait déchirer à une certaine pression; sa substance était jaune, homogène, compacte.

Le rein gauche, plus volumineux qu'à l'ordinaire, était comme distendu et légèrement bosselé le long de son bord convexe. Son tissu était homogène, d'un jaune faiblement rougeâtre, d'une dureté très grande, imbibé de sérosité qui en suintait à la pression, surtout dans la couche corticale qui se confondait avec la substance tubuleuse. En pressant la première avec le doigt comme pour l'y enfoncer, on en faisait sauter autant de portions qui se séparaient réellement et étaient projetées au loin comme un morceau de rave qu'on rompt. Le rein droit était sain.

Dans cette observation, il y eut indubitablement perforation du commencement de la portion ascendante du colon rencontré si largement et si profondément ulcéré; épanchement d'humidité ou de gaz stercoraux dans la cavité du péritoine, lesquels auront donné lieu à la péritonite dont on retrouva les traces dans les adhérences de toutes les circonvolutions intestinales entr'elles. En effet, il y eut exsudation plastique ou albumineuse et secondairement adhérence au pourtour de la perforation intestinale, lesquelles seront devenues le moyen employé par la nature pour rétablir la continuité du tube de l'intestin et s'opposer à une nouvelle issue des fluides contenus dans sa cavité.

Dans ce cas, comme je l'ai déjà signalé pour les trois quarts des autres, la péritonite ne se traduire par les symptômes d'une gastro-entérite chronique. Et s'il n'en fut pas ainsi à l'époque où j'observais le malade, s'il n'exista que les signes d'une entérite chronique, on doit l'attribuer à ce que la péritonite était alors guérie, tandis que les vastes ulcérations intestinales entretenaient seules une diarrhée colliquative qui, jointe aux lésions si graves rencontrées dans la poitrine, dut rapidement mettre fin à l'existence.

Ce cas est, en outre, un exemple de phlegmasie péritonéale déterminée presque constamment, comme on le verra dans les histoires qui vont suivre, par les perforations intestinales ou même souvent par le simple voisinage d'ulcérations n'ayant détruit que la tunique muqueuse, musculeuse et celluleuse sous-péritonéale et s'effectuant alors par voie de contiguité. Ici il faut bien admettre l'une ou l'autre de ces causes.

Quant au double hydro-thorax qui fut trouvé à l'ouverture du cadavre et méconnu pendant la vie faute d'exploration, tout porte à croire qu'il se sera développé durant les derniers temps de la maladie, de même que la collection de sérosité qui existait dans la cavité du péricarde; car on n'avait remarqué ni toux, ni oppression pendant le séjour du patient dans les infirmeries.

Ancien épanchement pleurétique à droite; poumons creusés de vastes excavations tuberculeuses; épanchement de sérosité provenant d'une péritonite chronique due à une perforation intestinale; nombreuses ulcérations dans les intestins; mort.

Obs. V. — Hamaumoux, âgée de 47 ans, entra le 25 août 1838 à l'infirmerie. Elle toussait beaucoup, était oppressée. Les crachats étaient abondans, blancs, jaunâtres, nageant dans un liquide trouble et filant. La poitrine résonnait bien. On entendait de chaque côté un râle muqueux bruyant. Je constatai, dans plusieurs points et dans les fosses sus-épineuses, une forte résonnance de la voix et de la pectoriloquie. Je diagnostiquai: vastes excavations tuberculeuses et dilatation des bronches. (Le quart; julep narcotique; aspirations de chlore; eau gommeuse.) Le même traitement fut continué jusqu'au 30.

31. Amaigrissement prononcé, crachats muco-puriformes et abondans; des vomissemens par suite des quintes de toux qui étaient continuelles; tristesse; la malade passait les nuits assise dans son lit. (Le quart, décoction de lichen.)

7° Localités. Et cette loi que nous indiquons est si vraie, elle s'applique si exactement à l'être moral comme à l'être physique que la voici vérifiée dans l'espace: c'est dans les départemens du midi (Corse, Drôme, Aveyron, Pyrénées Orientales, Lozère, Hautes-Alpes, Lot, Basses-Alpes, etc.), que prédominent les crimes contre les personnes; dans les départemens du centre, de l'est, de l'ouest, etc., les crimes contre les propriétés l'emportent. On voit ici les formes de la criminalité sous la dépendance de la climatologie, comme on les voyait plus haut sous l'empire de la succession des saisons. Il en est de même des phénomènes de l'atmosphère, de la végétation et de l'économie animale: ils obéissent à la loi d'expansion et de concentration, et par leur parallélisme, ils témoignent de l'action d'une cause unique qui se manifeste dans le temps par les saisons et dans l'espace par l'échelle des climats projetés de l'équateur au pôle: marées mystérieuses de la phénoménalité cosmique! Qui aurait dit que l'activité morale de l'homme n'échappe point à leur influence et que les élémens de la statistique judiciaire ont de visibles liaisons avec la périodicité saisonnière et les climats!

Il serait téméraire d'évaluer le degré de la moralité publique dans les départemens d'après le nombre annuel d'accusés que chacun d'eux fournit; d'ailleurs ce nombre varie beaucoup, d'une année à l'autre, dans la plupart d'entre eux, et tandis que pour tout le royaume la différence entre les totaux des années 1842 et 1843 est à peine de 4 pour 100, dans les deux cinquièmes des départemens elle s'élève à plus de 20 pour 100 et atteint même 50 pour 100 dans quelques-uns. Deux départemens toutefois occupent constamment le sommet de la triste échelle: la Corse et la Seine; mais dans la première il y a 90 accusés de crimes contre les personnes et 10 contre les propriétés sur 100, tandis que le rapport est presque inverse dans le département de la Seine (89 et 11). Le respect de la vie humaine est sans contredit la meilleure mesure de la civilisation d'un pays: si les propriétés sont en Corse l'objet d'un petit nombre d'attaques, c'est que le sol y est fertile, la population rare et sobre, le paupérisme presque inconnu, les besoins bornés, les goûts simples, le luxe restreint aux villes du littoral; mais les passions inférieures telles que la haine, la vengeance, agitent les natures ardentes, et cette île, qui semble receler en ses flancs une semence de génies et de héros, boit misérablement le sang de ses enfans qui s'entretuent moitié par habitude, moitié par un faux sentiment d'honneur. La fâcheuse prééminence de Paris dans les listes judiciaires est un fait mal apprécié, et si l'on peut ainsi dire factice: il est prouvé en effet que sur 100 accusés traduits devant les tribunaux de la Seine, 26 seulement y étaient nés; sur 100 habitans de Paris, 50 y ont pris naissance; les 50 autres sont nés ailleurs. Ces chiffres modifient profondément la valeur du rang assigné à la capitale dans le rapport au roi, et confirment aux parisiens de Paris l'antique réputation de débonnaireté qui leur est acquise. Pour la France en général les deux tiers des accusés étaient nés dans le département où ils ont été jugés. Dans les communes rurales il se commet plus de crimes contre les personnes que dans les communes urbaines: ce qui vient à l'appui de notre manière d'apprécier la nature des crimes sous le rapport de la civilisation. Décidément la statistique est désolante pour les communes rurales: on a trouvé en 1843, 98 de leurs habitans sur 100 accusés de rébellion, 85 sur 100 accusés d'incendie, 82 sur 100 accusés d'empoisonnement, de faux témoignage; 81 sur 100 accusés d'infanticide, 80 sur 100 accusés de vol

11 septembre, l'état était aussi grave ; le chlore fatiguant, on fut obligé de le remplacer par des fumigations de goudron.

18. Etat aggravé; maigreur et altération du visage extrêmes, sueurs nocturnes très fortes; fièvre continuelle, de même que la toux et l'oppression. Expectoration assez copieuse. (Le quart, décoction de lierre terrestre; julep narcotique; aspiration de chlore.)

25. Râle bruyant; expectoration supprimée; pouls faible, mais fébrile. Un peu d'œdème à la main droite; langue sèche; la figure couverte d'une sueur gluante était pâle; position assise. (Infusion de melisse; potion avec 3 décigr. de kermès.)

27. Elle mourut dans la journée, à trois heures de l'après-midi.

Autopsie cadavérique faite vingt-trois heures après la mort.

Etat extérieur. Corps amaigri.

Thorax. Epanchement de sérosité sanguinolente à droite; vaste caverne au sommet du poumon droit; excavations plus petites dans le même lobe; vaste caverne à recevoir les deux poings dans le poumon gauche, qui était partout adhérent. Ce poumon était presque réduit à une coque.

Abdomen. Il y existait à peu près un demi-kilogramme de sérosité d'un jaune blanchâtre, trouble et d'aspect puriforme. La surface des intestins grêles était d'un rouge vif piqueté, surtout inférieurement.

Le cœcum était tiraillé par suite d'une adhérence intime contractée avec la partie supérieure droite de la vessie, qui était un peu de ce côté. Cette adhérence avait été le résultat du voisinage d'une vaste ulcération de l'intestin, qui avait donné lieu, ou à une perforation, ou à une phlegmasie par contiguité; mais la première opinion est plus probable, à cause de la péritonite générale qui aura indubitablement été occasionnée par le contact de gaz stercoraux se faisant jour à travers une petite crevasse ou érosion perforative intestinale.

L'estomac, très vaste, était en partie rempli par une pâte chymeuse dans laquelle on reconnaissait du lait coagulé. Sa muqueuse était blanche et tapissée de mucosités tenaces. Celle du duodénum offrait, en arrière, une grande plaque blanchâtre. Le jéjunum contient un liquide d'un blanc jaunâtre. Ses parois étaient épaissies, par suite d'un peu d'œdème sous-muqueux.

L'iléon offrit plusieurs ulcérations transversales, à bords tomenteux, renversés, tantôt pâles, tantôt bordés çà et là d'une couleur rouge carminée faisant liseré; leur fond gris noirâtre n'était formé que par la couche de tissu cellulaire située au dessous de la tunique musculeuse, qui était indurée, et même, dans quelques-unes, par le péritoine seulement. A l'endroit où il se joint au cœcum, il était envahi par une vaste ulcération avec épaississement, occupant toute sa circonférence, à fond noirâtre, à bords épais, laquelle avait détruit la valvule iléo-cœcale, et s'était étendue à la face interne du cœcum. Ce dernier était rempli de matières stercorales liquides ou très molles, ainsi que le reste du gros intestin. Toute la muqueuse du colon était criblée d'une multitude de petits ulcères de forme ronde, irrégulière, à bords très mous. On en retrouvait, mais plus petits et moins nombreux, jusque dans la partie supérieure du rectum.

Les glandes mésentériques étaient tuméfiées et quelques-unes tuberculeuses.

Le foie était volumineux, son tissu jaune, granulé, facile à écraser et comme gras.

La rate, ainsi que les reins et la vessie, étaient dans l'état normal.

Cette observation a la plus grande analogie avec la précédente, sous le rapport de la lésion intestinale. En effet, la vaste ulcération du cœcum aura donné lieu à une phlegmasie péritonéale partielle par contiguïté, laquelle lui aura fait contracter des adhérences avec la portion correspondante de la vessie, ou, ce qui est plus probable, aura donné lieu à une perforation par laquelle se sera effectuée l'émission d'humidités ou de gaz stercoraux qui auront développé la péritonite parfaitement caractérisée à l'ouverture du cadavre par l'existence, dans la cavité abdominale, d'à peu près 500 grammes de sérosité blanchâtre, trouble, d'aspect puriforme et le ponctué d'un rouge vif de la surface externe des intestins grêles.

Les nombreuses ulcérations rencontrées en outre dans l'iléon et ayant détruit toutes les tuniques, moins celle du péritoine, auront concouru, simultanément avec les précédentes, à développer l'inflammation de cette membrane séreuse.

Du reste, j'ai souvent rencontré, dans le grand nombre de phthisiques atteints d'ulcérations intestinales profondes que j'ai ouverts, de ces phlegmasies péritonéales, tantôt limitées, tantôt ayant pris plus d'extension ou même un caractère de généralité, sans qu'il y eût de perforation bien réelle à l'intestin, mais seulement imminence.

Y eut-il, pendant l'existence, des symptômes qui eussent pu traduire cette lésion des intestins et du péritoine? Aucun; car la maladie ne présenta que la série de ceux qui caractérisent la dernière période d'une phthisie pulmonaire à marche aiguë ayant creusé le parenchyme de vastes cavernes.

VASTES EXCAVATIONS TUBERCULEUSES DANS LES POUMONS; ULCÉRATIONS INTESTINALES; PÉRITONITE A LA SUITE DE LA PERFORATION D'UN POINT DE L'ILÉON PRODUITE PAR CELLES-CI; MÊMES ULCÈRES DANS LE COECUM ET LE COLON; MORT.

Obs. VI. — Cogan, détenue, âgée de 43 ans, entra le 2 mai 1837 à l'infirmerie présentant tous les signes d'une pneumonie latente du lobe inférieur du poumon droit, et ayant en outre de la diarrhée. La première lésion fut combattue par une saignée de 500 grammes et l'application d'un large emplâtre épispastique sur le côté; et la seconde, par des tiers de lavement opiacés et la diète.

5. La fièvre était continue et le dévoiement persistait. La peau était chaude, sèche, la toux peu fréquente. Je diagnostiquai une gastro-entérite chronique. (Bouillon; tiers de clystère anodin; pour tisane, une dissolution de 4 grammes de chlorure d'oxide de sodium pour un litre d'eau.)

9. Les évacuations alvines continuaient. Je suspendis la solution et je fis appliquer des cataplasmes laudanisés sur le ventre.

14. Des sangsues furent placées à l'anus et n'amenèrent aucun changement. Cogan maigrissait, était minée par une fièvre hectique et des sueurs nocturnes. L'abdomen n'était pas tendu; le facies était celui des phlegmasies chroniques des organes digestifs.

20. Il était survenu un peu d'amélioration; l'appétit était un peu plus prononcé, mais la diarrhée était la même et l'émaciation augmentait.

26. J'essayai la thériaque, malgré que je fusse depuis longtemps convaincu de l'existence de nombreuses ulcérations dans les intestins. La malade mangeait le quart et même la demi-ration; le mieux continuait, elle demanda sa sortie le 4 juin.

Elle rentra à l'infirmerie le 16; le dévoiement était revenu, de même que la fièvre. Je prescrivis des tiers de lavement avec 2 grammes de chlorure d'oxide de sodium, et pour boisson une solution de 2 grammes du même sel et une application de 8 sangsues à l'anus. Mais cette médication ne put être supportée, il fallut revenir à l'eau gommeuse et aux pilules d'opium.

22. Même état, sueurs abondantes, peau sèche, terreuse, le ventre nullement tuméfié et insensible à la pression. (Une tasse de décoction de lichen le matin et le soir; eau de riz gommée; pilules d'opium.)

4 juillet. La pneumonie semblait devenir plus aiguë. J'auscultai et je reconnus qu'elle occupait la partie déclive et antérieure du lobe inférieur du poumon droit. En outre, la matité était prononcée dans ce côté.

Le lendemain, je fis appliquer deux cautères sur cette partie du thorax.

10. Le dévoiement continuait; crachats muqueux. (Eau de riz laudanisée; tiers de lavement opiacé.) L'appétit semblait augmenter. J'accordai le demi-

---

avec violence sur les chemins publics.

8° Récidives. La question des récidives est peut-être la plus importante de toutes celles que fait naître le travail publié par M. le garde des sceaux. En 1843, comme en 1842, un quart des accusés jugés par les cours d'assises était en récidive : 166 avaient été précédemment condamnés aux travaux forcés, 90 à la réclusion, 607 à un an et plus d'emprisonnement, 911 à moins d'un an, et 40 à l'amende seulement. Le nombre des récidives s'est accru progressivement de 1826 à 1843 : de 11 sur 100 il s'est élevé à 25 sur 100. Les femmes ne figurent que pour 8 sur 100 parmi les accusés en récidive. Les crimes contre les propriétés sont toujours suivis d'un plus grand nombre de récidives que les crimes contre les personnes. Devant les tribunaux correctionnels ont comparu, en 1843, 15,471 prévenus en récidive. Le nombre le plus élevé des récidives se trouve toujours parmi les mendians et les vagabonds (37 sur 100). Il était important de préciser l'influence de la détention dans les maisons centrales et dans les bagnes sur le nombre des récidives, et c'est ce qui a été fait à l'aide de plusieurs tableaux d'une construction minutieuse. Il en résulte que sur 6,851 forçats sortis pendant 10 ans (de 1830 à 1839) des trois bagnes, de Toulon, Brest et Rochefort, 1,753 (26 sur 100) ont été poursuivis et jugés de nouveau dans les cinq ans qui ont suivi leur libération, et que sur 54,192 libérés des maisons centrales, 15,881, plus de 29 sur 100, ont été repris dans le même délai. Ainsi les libérés des maisons centrales présentent plus de récidives que ceux des bagnes, et parmi les uns et les autres la proportion des récidives s'est accrue d'année en année. Le bagne de Toulon qui, durant la période décennale de 1830 à 1839, recevait les condamnés à moins de 10 années de travaux forcés, a fourni plus de récidives que les bagnes de Brest et de Rochefort, où l'on n'envoyait en général que les condamnés à 10 ans et plus. Parmi les maisons centrales, celles qui ont offert plus de rédivistes sont Poissy (66 sur 100) et Melun (près de 50 sur 100). Deux faits signalés dans le rapport nous paraissent juger péremptoirement l'influence des maisons centrales sur les détenus : 1° plus des trois quarts des récidives ont lieu dans les deux premières années de la libération; même observation pour les bagnes; 2° les récidives sont un peu plus fréquentes parmi les libérés des maisons centrales, qui avaient reçu des masses excédant 200 francs, que parmi les libérés qui avaient reçu moins de 20 francs. Si les récidives se manifestaient à une époque plus éloignée de la libération, on pourrait croire à l'affaiblissement progressif de la bonne influence que le séjour dans les maisons centrales aurait exercée sur les détenus, on pourrait admettre l'intervention de causes nouvelles assez puissantes pour détruire l'œuvre de rédemption morale qui aurait été tentée sur eux avec plus ou moins de succès; mais la rapidité des récidives témoigne non seulement de l'inutilité de leur détention, mais d'une augmentation de leur perversité; renforcée par la contagion, impatiente du joug pénitentiaire, elle n'attend que l'occasion pour éclater en crimes nouveaux; c'est ainsi que l'accumulation de malades atteints d'une affection contagieuse sature l'atmosphère de germes morbides et redouble en chacun d'eux l'activité funeste du fléau. Aussi le pécule de sortie, qui devrait leur être un instrument de travail et de réhabilitation sociale, glisse de leurs mains dans les orgies, par lesquelles ils préludent à de nouveaux attentats. Rien n'est donc mieux prouvé que l'endémie pestilentielle des maisons centrales et des bagnes; ils n'ont évidemment d'autre effet que de priver de leur liberté et de séquestrer les criminels. Le but

quart et plus tard le quart, mais il fallut bientôt revenir au bouillon avec le sagou.

Pendant le reste du mois, l'émaciation fit encore des progrès. Alors, je cessai tout remède, ayant reconnu dès longtemps de vastes excavations tuberculeuses au sommet des poumons. Je me bornai à soutenir les forces et à me régler sur les péripéties de la maladie, pour prescrire, tantôt les opiatiques, tantôt les toniques.

29. Le ventre rendait un son tympanique à la percussion; il était un peu plus tendu que de coutume; le faciès était celui de la péritonite chronique. Peau sèche et écailleuse, langue naturelle, pouls fréquent; météorisme plus prononcé, mais sans douleurs plus vives. (Julep; eau très légèrement chlorurée pour tisane.)

Ces remèdes furent continués sans succès.

Depuis cette époque jusqu'au 10 où la mort eut lieu, la toux et l'expectoration puriforme augmentèrent; l'état indolent du ventre persista; le faciès caractéristique de la péritonite se dessina d'une manière plus tranchée. Durant cette longue maladie, jamais il ne survint de signes propres à faire reconnaître cette dernière lésion, bien qu'elle ent dû se développer lors de la déchirure des deux points de l'intestin.

Autopsie cadavérique faite 26 heures après le décès.

État extérieur. La maigreur était excessive. On apercevait près de l'anus un abcès qui s'était ouvert spontanément.

Thorax. Poumon gauche creusé d'une vaste caverne et infiltré dans son lobe inférieur de nombreux tubercules miliaires.

Poumon droit si intimement adhérent qu'on le déchira dans les tractions exercées pour l'enlever. Ses trois lobes réunis par des pseudo-membranes anciennes; le supérieur occupé par plusieurs excavations et les deux autres engoués de sang et parsemés de tubercules. On remarquait plusieurs petites ulcérations de la membrane muqueuse des bronches à leur bifurcation. La cavité du péricarde contenait une assez grande quantité de sérosité. Le cœur était sain.

Abdomen. Il renfermait deux à trois litres d'un liquide trouble, tenant en suspension de l'albumine blanchâtre. L'épiploon était épaissi, adhérent à la surface des intestins qui étaient agglomérés et tapissés de pseudo-membranes à leur surface.

On découvrit vers le milieu de l'iléon une perforation assez large, autour de laquelle il s'était établi de nombreuses adhérences.

L'estomac était sain; le jéjunum avait ses parois épaissies et œdématiées; sa muqueuse ulcérée dans une foule de points. Ces ulcères offraient un fond rouge, des bords irréguliers, comme tomenteux, taillés à pic, et, en général, ils s'arrêtaient à la tunique musculeuse.

Dans l'iléon, dont les circonvolutions étaient encore bien plus adhérentes entre elles, de même qu'avec divers points de l'excavation du petit bassin, les ulcérations y étaient également plus nombreuses; l'une d'elles, qui répondait à cette dernière région, avait occasionné une perforation de 4 millim. de diamètre, après avoir détruit les trois tuniques de l'intestin.

Tout le cœcum ne présentait qu'un vaste ulcère dans sa membrane interne, dont quelques portions épaissies et indurées s'étaient cicatrisées. Le colon ascendant et même sa portion horizontale étaient atteints çà et là d'ulcérations rondes, isolées, peu nombreuses. La muqueuse dans l'S iliaque était blanche, comme ridée, et celle du rectum saine; les glandes du mésentère étaient tuberculeuses; les autres organes étaient dans l'état normal.

Cette observation est encore un exemple à ajouter à tant d'autres de la difficulté qu'on éprouve à reconnaître les péritonites à marche peu aiguë, survenant pendant la durée ou la dernière période des phlegmasies chroniques avec ulcération des intestins, chez des sujets épuisés par ces dernières ou par d'autres maladies. En effet, dans ces cas, l'inflammation de la séreuse péritonéale se développant graduellement par contiguïté, lorsque la perforation intestinale survient, ou bien il s'est déjà établi des adhérences qui s'opposent à l'épanchement dans la cavité abdominale soit des matières fécales, soit des gaz intestinaux, et alors la phlegmasie ne commence pas d'une manière aiguë ou tranchée, mais elle se limite ne s'accompagne pas de signes propres à la caractériser suffisamment, et reste méconnue la plupart du temps; ou bien les choses se passent différemment, avec plus de soudaineté, la crevasse aux parois intestinales se faisant au delà des adhérences protectrices ou en l'absence de celles-ci, et alors la phlegmasie du péritoine, par suite de l'issue plus considérable des liquides ou des gaz stercoraux, se développe immédiatement dans une vaste étendue et s'accompagne aussitôt des signes qui caractérisent sa forme aiguë, bien que ce résultat puisse parfois souffrir des exceptions, comme plusieurs exemples de ce travail semblent le prouver.

Il est présumable que, dans le cas actuel, des adhérences anciennes avaient précédé ou prévenu la rupture de l'intestin, vis-à-vis les points ulcérés qui menaçaient de se perforer, et que ce ne fut que le 29 août que cet accident eut lieu dans un point voisin et provoqua la péritonite générale dont on constata l'existence à l'ouverture du cadavre; car ce ne fut qu'à cette époque que le ventre se météorisa, devint plus tendu, que le faciès propre à cette affection morbide devint plus prononcé, la peau plus sèche, la fièvre plus intense, et la malade beaucoup plus mal, bien qu'elle n'accusât pas de douleurs plus vives dans l'abdomen.

ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE HÉMORRHAGIQUE ANCIEN A GAUCHE; EXCAVATIONS TUBERCULEUSES DANS LES POUMONS; BRONCHITE CHRONIQUE; PÉRITONITE RÉCENTE A LA SUITE DE PERFORATIONS DE L'INTESTIN ILÉON SANS AUCUNS SYMPTÔMES DU CÔTÉ DU VENTRE; LÉGÈRE ARACHNITIS SURTOUT A LA BASE; CANCER DU TESTICULE; MORT.

Obs. VII. — Barbier, âgé de 44 ans, fut admis à l'infirmerie le 10 mai 1842. Il était d'une maigreur extrême, toussait et avait de l'oppression. Sa poitrine explorée, je reconnus qu'il existait un épanchement pleurétique ancien du côté gauche. Le traitement fut dirigé en conséquence.

1er juin. Le malade étant toujours dans le même état, la poitrine fut percutée et auscultée de nouveau, et tous les signes d'un épanchement pleurétique à gauche furent constatés.

Barbier allait d'ailleurs régulièrement à la selle, n'avait nulle diarrhée, nulle douleur abdominale, mangeait la demi-ration.

12. Il se manifesta tout à coup à dix heures du matin une rougeur assez vive au visage, une agitation extrême dans le reste de la journée, des vomissements, des douleurs dans le ventre et deux heures avant sa mort qui eut lieu à trois heures de la nuit du délire.

Autopsie cadavérique faite 12 heures après le décès.

État extérieur. Le corps était très amaigri. On voyait sur le scrotum, dans un point répondant à la réunion des deux tiers supérieurs du testicule gauche avec l'inférieur, deux petits trajets fistuleux perforant la peau adhérente à l'organe et amincie, aboutissant à un foyer qui contenait une matière puriforme, et qui étaient tapissés par une membrane rougeâtre, d'apparence muqueuse, se continuant le long de la base de l'épididyme.

En incisant le testicule, suivant sa longueur, on le trouva transformé en une substance squirreuse, en apparence homogène, mais mamelonnée et séparée çà et là par les canaux séminifères encore reconnaissables et criant sous le scalpel. Le volume de cet organe était le double de celui du côté opposé, et sa dureté assez considérable. Le cordon n'était engorgé qu'au sortir de l'épidydime et encore à une très faible hauteur.

Crane. Les téguments offraient postérieurement des sugillations. Les sinus

---

de la répression doit-il se borner là? Ne s'agit-il que d'assurer l'expiation extérieure et apparente du crime? La société n'a-t-elle d'autre intérêt que de frapper sans corriger? Loin de nous d'ériger purement et simplement les lieux d'expiation légale en écoles d'instruction, de morale et de travail, où l'on prodiguerait à l'éducation des scélérats plus de soins et de sollicitude qu'à celle des pauvres enfans du peuple; où, nourris, hébergés, vêtus, chauffés, munis de livres, entourés de maîtres et de consolateurs, ils n'auraient qu'à prendre en patience la durée de leur séquestration. Ni l'un, ni l'autre : le châtiment seul ne répond pas aux besoins de la société; le besoin de moralisation seule changerait le caractère nécessaire des prisons et émousserait la vindicte des lois. Réunissez ces deux conditions : que la vengeance légale n'achève point d'étouffer l'être moral dans le détenu : instruisez, améliorez cet homme qui a violé les lois humaines et divines; mais qu'il ne puisse oublier jamais d'où il vient, et qu'à chaque heure du jour l'idée de l'expiation qui lui est infligée assiège sa conscience et se dresse devant lui comme l'inexorable destin!

9° Morts violentes. On a enregistré, dans l'année 1843, 7,767 morts accidentelles, chiffre vraiment effrayant et qui se décompose, quant aux causes productrices, comme il suit : 3,506 individus se sont noyés; 349 ont été écrasés ou tués par des éboulemens de terrains ou de construction; 227 par des corps durs tombant sur eux; 131 par des roues de moulins mécaniques ou par des explosions de mines; 15 par l'explosion de machines à vapeur ou par des accidens sur les chemins de fer; 657 par des voitures, des charrettes et des chevaux; 116 ont péri en tombant des carrières ou des précipices; 631 en tombant d'un lieu élevé, tel que des échafaudages; les armes à feu ont fait 98 victimes. On compte encore 300 individus asphyxiés par le feu ou brûlés, 48 par la foudre, 85 asphyxiés de toute autre manière. 175 décès sont imputés à la faim, au froid, à la fatigue...; 283 à l'usage immodéré du vin et de liqueurs alcooliques; 101 cas de mort accidentelle n'ont pu être qualifiés; enfin chez 992 individus la mort est survenue subitement dans le cours de maladies naturelles. Cette dernière donnée est intéressante pour la clinique; encore est-elle loin d'être complète; c'est ainsi que les morts subites qui, dans les hôpitaux militaires et civils, foudroient des malades en travail de chronicité ou porteurs de lésions aiguës, sont enregistrées dans les nécrologes sous la dénomination nosologique qu'a suggérée leur examen initial; il en est de même d'un certain nombre de morts subites qui arrivent dans la pratique privée. Le chiffre indiqué dans le rapport au roi se compose seulement des cas qui ont été notifiés aux officiers judiciaires de différens degrés. Il suffit pour témoigner de la fréquence des catastrophes qui tranchent brusquement la vie dans le cours des maladies aiguës et lentes; on peut dire que toutes les morts qui terminent la marche de ces affections sont violentes, puisqu'elles ne sont point naturelles; même en ne réservant cette épithète qu'aux morts qui surviennent dans un moment non prévu et s'accomplissent dans le plus bref délai, on trouvera qu'elles se présentent en forte proportion. Toutefois tel décès est violent aux yeux des gens du monde (y compris les magistrats) qui n'emporte point ce caractère pour le médecin : une poche anévrismale, parvenue à un certain point de dilatation et d'amincissement, rend inévitable par sa rupture une catastrophe qui, survenant dans les rues, dans un salon, sera réputée mort violente; elle n'est pour l'homme de l'art que la terminaison nécessaire et de loin prévue d'un état morbide dont il a suivi les phases. Revenons sur les totaux

étaient gorgés de sang de même que les vaisseaux de la dure-mère. Il existait une assez grande quantité de sérosité limpide dans la cavité de l'arachnoïde. Cette dernière, de même que la pie-mère, était rouge, admirablement injectée jusqu'entre les circonvolutions, surtout à la base du cerveau. La substance blanche de ce dernier était très sablée ; les ventricules renfermaient peu de sérosité ; le cervelet était sain.

THORAX. Adhérence du poumon droit aux parois de la poitrine par un tissu cellulaire assez serré, surtout vers son sommet. Traces d'une ancienne caverne cicatrisée. Tubercules miliaires agglomérés en masses dans tout ce lobe.

Les tuyaux bronchiques étaient presqu'ossifiés ou fibro-cartilagineux, leur muqueuse rouge et recouverte d'un mucus sanguinolent.

La cavité gauche de la poitrine contenait un litre et quart de sérosité fortement colorée par le sang, rendue trouble par de l'albumine blanche plus ou moins concrète.

Le poumon correspondant adhérant par son sommet n'offrait aucune ligne de séparation entre ses lobes. Le supérieur renfermait deux à trois très petites cavernes presque vides au milieu des masses tuberculeuses miliaires qui l'infiltraient.

La muqueuse bronchique était rouge, hypérémiée, et les glandes, autour de la bifurcation, tuberculeuses.

Adhérence du péricarde au cœur. Traces d'une ancienne péricardite guérie par adhérence.

Cœur dans l'état normal.

ABDOMEN. Sa cavité pouvait contenir deux litres d'une sérosité jaune, trouble, tenant en suspension une grande quantité d'albumine jaunâtre, puriforme. Toutes les circonvolutions intestinales étaient très faiblement agglomérées dans leurs points de contact par une couche d'albumine presque molle, peu épaisse, et la portion de péritoine qui les recouvre piquetée très finement d'un rouge vif ou enflammée. La surface pariétale et toute celle du foie était également tapissée d'une pareille couche d'albumine, s'enlevant avec la plus grande facilité. En soulevant les intestins, on apercevait une portion de grand épiploon qui, passant au dessous du paquet des grêles, était venue sous la forme d'une longue bride contracter des adhérences un peu au dessous de l'insertion de l'iléon au cœcum ; au dessous et en contact avec une ulcération de ce dernier qui l'avait perforé, on découvrit encore deux autres perforations du même intestin, à peu de distance au dessus, communiquant avec la cavité du péritoine, ayant probablement donné issue à des gaz stercoraux ou même à des matières liquides, peu de temps avant la mort et occasioné la péritonite observée.

L'estomac et le duodénum étaient sains. Le jéjunum avait ses parois assez épaisses. On y remarquait deux à trois petites ulcérations, à direction transversale, à bords irréguliers, tuméfiés, coupés à pic, à fond d'un rouge noirâtre, rugueux, formé par le tissu cellulaire sous-musculeux. L'iléon en offrait aussi un certain nombre seulement, dans ses six derniers décimètres; elles étaient tellement étendues qu'elles occupaient la moitié de sa circonférence et même sa totalité. Dans les six derniers centimètres, elles avaient détruit toutes les tuniques, même celle péritonéale dans trois d'entre elles, en sorte qu'il s'y était formé de petites perforations rondes, qui avaient donné issue à des gaz ou matières liquides stercorales ; leurs bords étaient irréguliers, découpés, épais, leur fond noirâtre formé de détritus ou lambeaux de muqueuse.

Toute la valvule iléo-cœcale avait été détruite par une vaste ulcération. Les matières contenues étaient d'un jaune brun et liquides. Le colon était très contracté, ses parois épaisses, sa membrane interne d'un gris bleuâtre, à plis multipliés et irréguliers. On y rencontrait çà et là quelques petites ulcérations en voie de cicatrisation, et des fèces peu molles.

La rate était très volumineuse, d'une couleur bleuâtre, fissurée dans son bord antérieur. Son parenchyme, assez ferme, était d'un rouge peu foncé.

Le foie était dans l'état normal.

Le rein droit renfermait, dans sa substance corticale, deux kystes ronds, contenant une sérosité limpides ; le gauche était sain, la vessie très contractée et à parois épaisses.

Dans cette observation, comme dans les précédentes, les perforations survenues à l'iléon donnèrent lieu à une péritonite à marche plus aiguë et plus promptement mortelle, chez un sujet profondément affaibli par des lésions aussi graves que celles d'un épanchement pleurétique avec exhalation sanguine, d'une phthisie pulmonaire et d'un cancer du testicule.

Seulement si, dans ce cas, la phlegmasie fut plus intense, suraiguë et si rapidement funeste, on doit l'attribuer à la multiplicité des perforations de l'iléon qui auront permis aux matières fécales liquides elles-mêmes ou au moins à des gaz de s'épancher dans le ventre en plus grande quantité que dans les deux exemples précédens. On remarquera, à l'appui de cette opinion, que la cavité péritonéale contenait beaucoup de sérosité trouble tenant en suspension de l'albumine jaune puriforme, que les circonvolutions intestinales n'étaient que très faiblement agglutinées dans leurs points de contact par une couche d'albumine très molle, très mince, et que le péritoine piqueté d'un rouge vif était recouvert, dans ses portions pariétales, de la même couche albumineuse puriforme en quelque sorte pelliculaire et très facile à enlever, tous caractères anatomiques qui dénotaient une péritonite de courte durée et promptement mortelle.

Si l'on compare, avec ces lésions, les symptômes qui, pendant la vie, avaient pu indiquer l'époque de développement de cette lésion, on verra qu'ils avaient été des plus tranchés. Ainsi, tandis que pendant toute la durée de la maladie les fonctions du ventre avaient été régulières, l'appétit persistant malgré un épanchement pleurétique, puisque cet homme mangeait la demi-ration, qu'on n'avait jamais noté la moindre douleur abdominale ou diarrhée, Barbier fut pris tout à coup, dix-sept heures avant sa mort, d'agitation extrême avec rougeur vive du visage, de vomissemens, de souffrances très vives dans le ventre, et enfin de délire deux heures avant d'expirer. On put donc, d'après ces seuls symptômes, pressentir la cause réelle de ces accidens.

L'existence de la longue bride épiploïque qui avait contracté des adhérences avec le cœcum indiquait qu'une phlegmasie tout à fait locale et très limitée, probablement due au voisinage de nombreuses ulcérations, s'était, bien antérieurement à la mort, développée dans cette partie du péritoine et propagée à la portion d'épiploon en contact. Seulement on doit s'étonner que d'aussi vastes ulcères n'eussent pas occasioné de diarrhée pendant la vie. Mais ce n'est pas la première fois que j'ai eu occasion de noter cette bizarre singularité.

PHTHISIE TUBERCULEUSE MILIAIRE ; ÉPANCHEMENT DE SÉROSITÉ DANS LE PÉRICARDE ; PÉRITONITE CHRONIQUE SANS ÉPANCHEMENT AVEC ÉRUPTION TUBERCULEUSE ; NOMBREUSES ULCÉRATIONS DANS LES INTESTINS, AVEC PERFORATION ; MORT.

OBS. VIII. — Bridier, détenu, âgé de 21 ans, d'une maigreur squelettique, fut dirigé sur la maison centrale de Rennes, après avoir longtemps séjourné dans les prisons de Vitré. Il fut reçu dans le service médical le 28 juin 1841. Il raconta que depuis longtemps il était souffrant, qu'il avait la diarrhée, que sa maladie avait d'abord commencé par un point de côté à droite accompagné de toux et d'oppression. A cette époque, il était très amaigri, sa peau était collée aux os et sèche ; il avait un dévoiement habituel et chronique. La concentration des traits vers la ligne médiane indiquait au moins une phlegmasie ulcérative ancienne des intestins, puisque le ventre n'était nullement volumineux et presqu'insensible à la pression. La langue était un peu rouge et sèche.

L'examen de la poitrine, joint aux commémoratifs, me porta à croire qu'il existait un ancien épanchement pleurétique du côté droit, mais en voie de ré-

---

partiels du tableau CLXV : on est frappé de l'énormité de celui des noyés (3506); les chutes et les éboulemens viennent ensuite dans l'ordre de fréquence des causes de morts violentes; en quatrième ligne, les excès de boissons alcooliques. Ce dernier genre de cause s'élèverait probablement au premier rang, si on ajoutait aux 283 individus, que la mort a surpris en état de flagrante ivrognerie, tous ceux qui meurent obscurément sous l'étiquette atténuante d'ascite, d'hépatite chronique, de congestion et d'apoplexie cérébrales, etc., mais qui, en réalité, ont consommé avec plus ou moins de rapidité cette forme de suicide qui peut s'appeler intoxication alcoolique. Ils sont immenses et profonds les ravages que l'alcool exerce dans plusieurs classes si nombreuses de la société. Si l'on considère en grand la mortalité de notre espèce, on remarque qu'elle se partage en deux sommes très inégales ; une très petite quantité de décès se rapporte à des causes personnelles, incidentes ; c'est le détail individuel de la mort ; la masse des décès provient de quelques influences majeures qui sévissent au large : miasme des marais, alcool, mercure, plomb, insuffisance du vêtement et de la nourriture, insuffisance de l'air respirable et du mouvement, ou, si vous voulez substituer l'effet à la cause, tubercule, scrofule, quand ces causes agissent lentement ; fièvre typhoïde, scorbut aigu, phthisie galopante, quand la réaction de l'organisme est moins efficace et se trouve entravée par une prédisposition. Il y a peu de maladies et beaucoup de formes morbides ; la mort est quelque chose de plus simple qu'on ne pense.

10° SUICIDES. Leur nombre augmente d'année en année; en 1843, il a dépassé de 154 celui de 1842, de 206 celui de 1841, etc. Le département de la Seine a fourni presque à lui seul le cinquième du nombre total des suicides (551) ; viennent ensuite les départemens de Seine-et-Oise, Seine-Inférieure, Marne, Nord, Aisne, Seine-et-Marne, Oise ; il y en a beaucoup moins dans les départemens méridionaux (Hérault, Haute-Garonne, Gard, Gironde, etc.). Là où s'accumulent les intérêts et les passions, la proportion des suicides s'élève ; le suicide n'est pas un mal de la civilisation ; mais celle-ci multipliant les intérêts et agrandissant le champ des passions, un plus grand nombre d'existences retombent violemment sur elles-mêmes et se brisent par un choc spontané. Aussi les motifs présumés de suicide se répètent à peu près tous les ans et forment comme autant de séries parallèles : contrariétés d'amour, jalousie, suites de la débauche, misère et revers de fortune, chagrins domestiques, désir de se soustraire à des souffrances physiques, telle est cette lugubre gamme de motifs ; il n'en est aucun qui ne témoigne tout à la fois et de l'essence spirituelle de l'homme et de sa liberté morale. Il n'y a peut-être point de plus péremptoire démonstration de l'existence de l'ame et de Dieu que l'histoire si dramatique des suicides. Les animaux ne se tuent point ; ils ne sont susceptibles d'aucune des impulsions ci-dessus énumérées que subissent les suicides. Folie, dira-t-on, que cette destruction de l'homme par lui-même, et il est judiciairement prouvé que le quart des suicidés en 1843 ne jouissaient pas de la plénitude de leurs facultés intellectuelles. Mais cette altération de l'intellect n'était-elle point la phase ultime, la dernière période d'une longue série d'idées, de sentimens, d'actes et de faits où la volonté s'est librement engagée à une certaine heure, à un moment donné : remontons cette chaîne dont le dernier anneau est brisé par la démence, et vous trouverez celui où la raison s'est nouée librement ; j'écarte, cela va sans dire, les suicides en délire de maladie aiguë, ceux notoirement affectés d'imperfection in-

sorption. Je diagnostiquai, en outre, une gastro-entérite chronique avec ulcérations et des tubercules dans les poumons.

Après quatorze jours de séjour à l'infirmerie, le malade se disant mieux, bien que la diarrhée persistât, demanda et obtint sa sortie le 12 juillet, mais il ne tarda pas à revenir. En effet, il rentra le 29, dans le même état, si ce n'est que le dévoiement était plus fréquent et l'amaigrissement plus considérable. (Régime particulier, larges cataplasmes sur le ventre, eau de riz, 5 centigr. d'extrait aqueux d'opium en pilules.)

3 août. Il survint à la marge de l'anus un phlegmon qui fut ouvert et guérit au bout de dix-sept jours.

A cette époque, la maigreur était effrayante ; le visage conservait le faciès caractéristique des phlegmasies chroniques du ventre. Ce dernier n'était nullement tendu, mais douloureux à la moindre pression, la diarrhée était la même, la peau chaude et sèche, la langue rouge, l'appétit nul, la toux peu fréquente. (Régime particulier, pruneaux, infusion de capillaire.)

29. Bridier ne pouvait plus rien prendre. Il était affaissé, restait couché sur le dos dans une prostration extrême. La mort semblait très prochaine ; elle eut lieu en effet le surlendemain, à onze heures du soir. Ce malheureux s'éteignit sans souffrir et sans le moindre trouble dans ses facultés intellectuelles.

Autopsie cadavérique faite 17 heures après la mort.

Habitude extérieure. Le corps était très amaigri ; le ventre nullement volumineux. Le côté droit de la poitrine rendait un son mat dans sa moitié inférieure.

Thorax. 40 grammes environ de sérosité dans le côté droit. Poumon farci de tubercules miliaires bien que généralement crépitant. Point de sérosité à gauche. Le poumon de ce côté était emphysémateux et infiltré comme l'autre de tubercules miliaires. Engouement sanguin dans le lobe inférieur. Le sang contenu dans les vaisseaux était très liquide et laissait voir à sa surface un grand nombre de bulles d'air.

Le péricarde contenait au moins 90 grammes de sérosité. Le cœur était d'un petit volume. Les vaisseaux coronaires renfermaient du sang liquide mêlé de bulles d'air ; ses cavités droites, surtout l'oreillette, étaient remplies en partie par une concrétion albumino-fibrineuse d'un blanc jaunâtre.

Abdomen. Point de sérosité ; mais on rencontrait à gauche et au-dessous du nombril une adhérence entre la paroi antérieure du ventre et deux circonvolutions d'un intestin, laquelle s'était établie autour de perforations de celui-ci dues à des ulcérations dont les bords étaient irréguliers, renversés et découpés.

Toute la masse intestinale était agglomérée par de fausses membranes anciennes, et en enlevant la paroi abdominale antérieure, on déchirait des milliers de fils celluleux secs, rouges, très fins. (Ancienne péritonite.) Toute la surface de péritoine pariétal, celle de la portion viscérale et intestinale étaient couvertes de tubercules de forme ronde ou ovale, de grandeur variable depuis celle d'une canule jusqu'à celle d'un grain de chenevis, d'un blanc éclatant qui se détachait vivement sur la couleur rouge de la séreuse et formant des saillies d'épaisseur variable. Cette éruption tuberculeuse ou cartilaginiforme s'était également effectuée au-dessous de la membrane muqueuse des intestins qu'elle avait détruite lors de sa période de ramollissement.

Il était très difficile de découvrir les divers viscères, à cause des adhérences générales et de l'agglutination de toute la masse intestinale. Néanmoins, après avoir dégagé l'estomac et l'avoir ouvert, on reconnut que sa face interne était tapissée de mucosités rougeâtres très visqueuses et très adhérentes, et présentait une multitude de replis losangiques irréguliers de la muqueuse, qui était tuméfiée, ramollie, piquetée d'un rouge vif au dessus de sa petite courbure et dans tout le grand cul-de-sac. Dans ce dernier point et en avant, on remarquait une ulcération de la largeur d'un centimètre, trouée, à sa circonférence, de quatre petits ulcères plus profonds, et, au centre, d'un plus grand, qui avait perforé toute l'épaisseur des tuniques, en sorte que, dans cette partie, l'estomac avait contracté des adhérences intimes et courtes avec les viscères voisins.

Le duodénum était sain. Le jéjunum et l'iléon étaient si confusément et si étroitement adhérens l'un à l'autre, qu'il était impossible de les séparer et de les déployer. Tout ce qu'on pouvait constater, c'est que, dans une multitude de points de contact, ils étaient troués par des ulcérations profondes qui faisaient communiquer ensemble des circonvolutions appartenant à des intestins différens. Leurs bords étaient rougeâtres, tomenteux, renversés ; on reconnaissait, dans le pourtour de quelques-uns, des portions de matière tuberculeuse ramollie, assez volumineuses ; qu'on retrouvait ailleurs, ayant envahi toute l'épaisseur des tuniques des intestins, et formant dans leur intérieur des saillies de près d'un centimètre.

Les gros intestins étaient également criblés d'ulcérations, mais moins nombreuses. Ils renfermaient des matières fécales liquides ; leurs adhérences étaient aussi intimes, soit avec les grêles, soit avec les parois abdominales ou la vessie.

La rate, qu'on eut beaucoup de peine à dégager, présentait son parenchyme rougeâtre et assez ferme.

Le foie, intimement adhérent par ses faces aux portions de péritoine en rapport avec elles, offrait un tissu d'un rouge assez intense, qui rappelait celui de certaines rates hypertrophiées ; la vésicule était très petite et occupée par une très petite quantité d'une bile d'un jaune foncé et très visqueuse.

Les reins étaient dans l'état normal, leurs deux substances peu distinctes et congestionnées légèrement.

La vessie, dont les parois étaient un peu hypertrophiées, était si petite, que sa cavité aurait tout au plus logé une noix avec son brou. Elle ne renfermait que quelques gouttes d'urine trouble.

Dans cette observation, les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre traduisent deux résultats morbides bien tranchés et bien différens dus à la même lésion intestinale, c'est-à-dire à ses perforations. En effet, si l'on remonte au commémoratif, tout porte à croire que la maladie si grave dont Bridier avait été atteint dans les prisons de Vitré, à laquelle il me dit avoir failli succomber, et qui fut suivie d'une diarrhée chronique, fut une péritonite générale due à une ou plusieurs perforations intestinales (ce que démontra l'agglomération générale des intestins en une masse par des pseudo-membranes parfaitement organisées et anciennes), laquelle avait guéri par adhérences et eût été mortelle sans la jeunesse du malade, qui lui en avait fait surmonter les dangers ; tandis que l'adhérence qui s'était établie à gauche et au dessous du nombril, entre la paroi antérieure du ventre et les perforations de deux circonvolutions intestinales occasionées par des ulcères à bords renversés, découpés, irréguliers, de même que les ulcérations profondes qui avaient fait communiquer ensemble des circonvolutions en contact, mais appartenant à des intestins différens, et enfin celle de la partie antérieure du grand cul-de-sac de l'estomac, qui avait perforé toute l'épaisseur de ses tuniques et dont la circonférence avait contracté des adhérences étroites avec les viscères voisins, avaient dû survenir postérieurement à la péritonite générale à laquelle le sujet avait résisté. Eh bien ! tout ce travail secondaire d'inflammations partielles ne s'était traduit pendant la vie, que par des douleurs abdominales à la moindre pression, sans que le ventre eût été aucunement météorisé, et par le faciès propre à la péritonite. Mais on sait combien ces deux signes sont incertains. Si l'on considère surtout qu'il y avait en même temps une diarrhée chronique que rien n'avait pu diminuer et coexistence de tous les symptômes d'une gastrite aiguë, on conviendra qu'on devait être bien plus porté à les regarder comme l'expression d'une gastro-entérite chronique ou d'une péritonite latente ou ancienne que de toute autre lésion intestinale.

Cette observation établit donc en quelque sorte une espèce de transition ou de fusion entre la péritonite générale et celle particlle, comme

---

tellectuelle ; j'écarte encore, si vous le voulez, ces femmes, qui sont au nombre de 24 sur 100 suicidés, et à coup sûr j'écarte ces 15 enfans de moins de 16 ans qui, chose lamentable à dire, ont brisé de leurs petites mains la coupe de vie à peine offerte à leurs lèvres ; mais, pour l'honneur de Caton, ne disons pas que le suicide est constamment un acte d'aliénation mentale. Il y a plus : faites une loi qui attache la note d'infamie à la mémoire du suicidé et frappe de nullité les derniers actes de sa vie, et vous verrez si cette nudité honteuse de la mort ne les effraiera point autant que les vierges de Milet. Telle est certes notre conviction que l'épidémie croissante des suicides, jusqu'à présent étudiée seulement presqu'à titre de curiosité, peut être modérée, réprimée par des mesures de législation qui s'adressent à ce qu'il y a de noble et d'élevé dans l'homme. On a beau le nier, la plupart des hommes ont un secret souci du lendemain de leur mort et se plaisent à soigner leur tombe : il y a dans ce sentiment des ressources d'action sociale que le législateur n'a pas encore mises à profit.

M. L.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES. — PROGRAMME DES QUESTIONS PROPOSÉES AU CONCOURS POUR 1846.

Première question. « Faire connaître la topographie médicale d'un des districts de la province de la Flandre-Occidentale. »

Le prix est de 300 francs.

Deuxième question. « Faire connaître l'influence qu'exercent sur la santé les travaux de l'industrie linière. »

Le prix est de 100 francs.

Prix institué par M. le Dr Meyer, président de la Société. — Ce prix, consistant en une médaille de vermeil, sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur une question relative à la pratique des accouchemens.

Les mémoires manuscrits seront seuls admis au concours ; ils devront être écrits en français ou en flamand et adressés, francs de port, à M. le docteur Wemaer, secrétaire de la Société, avant le 1er mai 1846.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise, qu'ils répéteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après le terme fixé ci-dessus, ne seront pas admis à concourir.

Bruges, le 15 juin 1845.

Le secrétaire de la Société, E. Wemaer.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS PARTICULIERS FAITS A L'ÉCOLE-PRATIQUE.

(Premier semestre. — Année scolaire 1845-46.)

MM. les docteurs qui font des cours à l'Ecole-Pratique sont prévenus que la réunion pour prendre les jours et les heures est fixée au vendredi 31 octobre, à midi précis, à la Faculté.

effets variables des perforations intestinales, et est un exemple curieux de la coexistence d'un spécimen bien tranché de chacune d'elles. Elle prouve encore les ressources admirables et les efforts conservateurs de la nature pour prévenir les dangers attachés à l'épanchement inévitable des liquides incessamment ingérés dans l'appareil digestif, lorsqu'elle organise au pourtour d'un point menacé des adhérences qui deviennent le moyen de salut, dans le cas où l'ulcération, continuant à faire des progrès, vient enfin à perforer l'organe; de même qu'elle cimente les mêmes adhérences d'une manière encore plus forte dans les points où la matière tuberculeuse ramollie, ayant détruit largement la substance pulmonaire pour y creuser de vastes cavernes, aurait fini par perforer la couche si mince du tissu organique on la seule enveloppe pleurale qui en forme en quelque sorte la coque, et donner lieu à un épanchement très dangereux ou le plus souvent mortel de matière tuberculeuse ramollie on d'air dans la cavité de la plèvre.

(La fin prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Observations de tumeurs blanches articulaires;* par M. Chaumet. 2° *Existe-t-il une apoplexie nerveuse ;* par M. Gintrac. (Homme de 46 ans; perte subite de connaissance; immobilité et raideur des quatre membres. Mort le sixième jour. A l'*autopsie*, infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Pas de foyer hémorrhagique, ni de ramollissement.) 3° *Observations sur la pellagre;* par M. Roussilhe. 4° *Ostéosarcôme du maxillaire inférieur; amputation de cet os; guérison;* observation recueillie par M. Azam dans le service de M. Rey. (Amputation de la partie moyenne du condyle de l'os.) 5° *Fracture du crâne avec perte de substance; perforation de la dure-mère; attrition et hernie de la pulpe cérébrale;* observation recueillie par M. Dupuy dans le service de M. Rey. (Accident survenu à la suite d'un coup de fusil chargé à petit plomb, tiré à bout portant; mort au bout de trois jours et demi.) 6° *Considérations sur le cathétérisme et description de modifications appliquées à l'algalie, afin de faciliter l'emploi de la sonde de gomme élastique;* par M. Pichansel. 7° *Observation d'hydro-pneumothorax, suite de pleurésie chronique, avec coïncidence de tubercules pulmonaires;* par M. Gintrac.

OBSERVATIONS SUR LA PELLAGRE; par le docteur ROUSSILHE.

Il a été plusieurs fois question de ces observations dans les débats récemment soulevés à l'Académie de médecine sur la question de la pellagre; et elles viennent à l'appui de l'opinion généralement adoptée sur l'étiologie de cette funeste maladie ; on plutôt, elles sont de celles qui ont contribué à établir cette opinion. On s'accorde, en effet, à reconnaître à la pellagre deux causes principales : l'alimentation à peu près exclusive avec le maïs, et la misère avec le genre de vie débilitant qu'elle entraîne. Or, voici les conditions dans lesquelles se trouvaient les 21 pellagreux observés en 1844 par M. Roussilhe, dans l'arrondissement de Castelnaudary. Tous habitaient la campagne, à l'exception d'une femme, qui résidait à Castelnaudary même, mais qui allait tous les jours aux champs. Presque tous étaient agriculteurs et très pauvres, et se nourrissaient toute l'année de bouillie de maïs, de pain de seigle ou de froment mêlé avec du maïs, de vesce, de pommes de terre. Ils mangeaient des légumes préparés avec de la graisse rance, très rarement de la viande, buvaient le plus souvent de l'eau malsaine, s'habillaient mal, habitaient des lieux bas, humides, mal aérés, entourés d'eau et de fumier, enfin travaillant beaucoup pour gagner de 75 c. à 1 fr. par jour.

Ce nombre de 21 cas de pellagre observés dans le seul hôpital de Castelnaudary suppose une grande fréquence de la maladie dans cet arrondissement; et nous croyons bien que les circonstances hygiéniques dont il vient d'être parlé peuvent en rendre compte. Dans son intéressante thèse inaugurale, M. Th. Roussel a montré qu'en Espagne, en Italie, en France, le développement de la pellagre a suivi les progrès de la culture du maïs; et aujourd'hui encore, elle se montre où le maïs est devenu presque exclusivement la nourriture des pauvres paysans des campagnes. Cependant, une réflexion se présente tout naturellement à l'esprit. S'il est vrai que le premier cas de pellagre n'ait été observé en France qu'en 1818, à une époque où le maïs avait déjà passé dans l'alimentation du paysan, il est vrai qu'elle était inconnue dans les Landes avant 1829 (voyez le travail de M. Hamean dans le JOURN. DE MÉD. PRAT. DE BORDEAUX, 1829); que le premier cas observé dans l'arrondissement de Castelnaudary, où la maladie paraît maintenant comme endémique, l'a été en 1823 ; et qu'avant ces époques le maïs était pourtant en pleine culture dans ces contrées. Le pauvre s'en nourrissait-il avec plus de réserve? on bien, en mangeant une égale quantité, se trouvait-il dans d'autres conditions hygiéniques ? Voilà des questions que nous voudrions voir traiter par les médecins des localités où sévit la pellagre. Comme aussi, les travaux jusqu'ici publiés sur cette question ne nous paraissent pas démontrer explicitement que l'usage excessif du maïs, *en tant que maïs*, constitue une cause en quelque sorte spécifique de cette affection. Dire, d'une manière générale, qu'elle se montre là où la nourriture se compose en grande partie de blé de Turquie, ce n'est pas assez; il faudrait voir si tous les pellagreux sont dans le même cas, ou si, au contraire, l'usage presque exclusif du seigle ou seulement d'une nourriture trop végétale ne peut pas, avec l'aide de la misère, de la malpropreté, d'un travail excessif, suffire au développement de la maladie.

Quant aux symptômes observés par M. Roussilhe, ils n'offrent rien de particulier. Dans un seul cas, la maladie était encore au premier degré, circonstance qui tient à ce que les pellagreux ne se regardent comme malades que du moment où les vertiges les forcent à interrompre leurs travaux. Sur les 20 cas restans, 14 étaient au deuxième degré et 6 au troisième; 3 malades étaient atteints de folie, 5 d'affections gastro-intestinales avec diarrhée rebelle, 3 d'héméralopie, 1 d'ophthalmie chronique, 4 d'œdème des extrémités inférieures. Presque tous se plaignaient de céphalalgie, de vertiges, de douleurs le long de l'épine dorsale avec faiblesse des jambes. Dans un cas, il y a eu coïncidence d'une maladie grave de la luette et de la partie supérieure du larynx à laquelle a succédé une extinction de voix. Deux malades sont morts avec des symptômes d'affection cérébrale aiguë.

Les observations de l'auteur ne sont pas de nature à éclairer beaucoup la thérapeutique de la pellagre. Il dit bien, sans entrer dans aucun détail expérimental, que l'étude du sang lui ayant démontré *la même absence* de globules que dans la chlorose, les préparations ferrugineuses unies au quinquina se trouvent par cela même indiquées. Cette médication a en effet produit quelque amélioration chez la plupart des malades; mais comme ils quittaient presque tous l'hôpital avant qu'on eût obtenu un résultat décisif, bon ou mauvais, ces faits-là ne peuvent avoir une grande valeur. Disons seulement que deux malades qui sont restés à l'hôpital ont entièrement guéri.

DESCRIPTION DE MODIFICATIONS APPORTÉES A L'ALGALIE, AFIN DE FACILITER L'EMPLOI DE LA SONDE DE GOMME ÉLASTIQUE; par M. PICHANSEL.

Il est peu de praticiens qui, se trouvant dans le cas d'avoir à changer une sonde à demeure, n'aient désiré posséder un système de conducteurs tel que la nouvelle sonde pût être guidée à sa place par l'ancienne, sans avoir à redouter les longueurs, l'incertitude et les dangers d'un cathétérisme, qu'on doit quelquefois renouveler tous les deux ou trois jours. Les modifications proposées par M. Pichansel répondent assez exactement à cette indication.

J'ai fait, dit l'auteur, forer circulairement le bec d'une algalie dans le sens de la longueur de l'instrument; l'ouverture, qui avait moins de 2 millimètres de diamètre, fut ensuite taillée en biseau aux dépens de sa circonférence externe.

A l'une des extrémités d'un fil d'argent très grêle et très flexible fut soudé un bouton de forme conique. Ce stylet, que je nomme *conducteur*, est long d'environ 65 centimètres.

Pour disposer cette sonde à la pratique du cathétérisme, j'introduis par l'ouverture du bec l'extrémité du conducteur opposée au bouton; je la fais sortir par le pavillon de la sonde, et je la tire de manière à loger le bouton dans le biseau dont il a été parlé.

Ainsi appliqué, ce bouton semble ne faire qu'un seul et même corps avec la sonde; ensuite, pour l'assujétir dans cette situation, j'enfonce une cheville ou fosset de bois mou dans le pavillon de l'algalie pour exercer sur le stylet une pression latérale suffisante, afin d'assurer l'immobilité du bouton.

Ma sonde à conducteur étant ainsi disposée, puis introduite suivant les principes et les précautions prescrites pour cette opération, l'on dégage le fosset, et l'on pousse de quelques millimètres vers la vessie le conducteur, afin de s'assurer par quelques gouttes d'urine qui coulent par le pavillon que l'on a pénétré dans cet organe. Après en avoir acquis la certitude, on saisit d'une main le conducteur au-dessus du pavillon de cette

sonde et on le maintient dans la poche vésicale, le laissant plutôt pénétrer que sortir, pendant que de l'autre main on en extrait la sonde.

Ensuite, muni d'une sonde élastique ouverte aux deux bouts, on la pousse sur le conducteur jusqu'au méat urinaire, et puis sans crainte comme sans danger jusque dans la vessie, ayant la précaution de maintenir le conducteur fixé avec les doigts d'une main par son extrémité, sans le tirer à soi, pendant qu'avec l'autre main l'on pousse la sonde en faisant tenir le pénis légèrement tendu par un aide ou par le malade. Lorsque la sonde est entrée dans la vessie, ce qu'annonce l'issue de quelques gouttes d'urine, on l'assujétit à demeure avant ou après en avoir extrait le conducteur.

Pour substituer une sonde à celle qui est en place, l'on introduit l'extrémité à bouton du conducteur par le pavillon jusque dans la vessie; on juge qu'il y est parvenu à une résistance molle, à la conscience qu'en éprouve le malade et à la longueur de cet instrument qui sera entré; puis l'on prendra la précaution dont il vient d'être parlé et, dans tous les cas, il faut extraire le conducteur.

OBSERVATION D'HYDRO-PNEUMO-THORAX, SUITE DE PNEUMONIE CHRONIQUE AVEC COÏNCIDENCE DE TUBERCULES PULMONAIRES; par M. HENRI GINTRAC.

Cette observation est surtout remarquable au point de vue du diagnostic physique. Un son très clair, comme tympanique, se faisait entendre à la partie moyenne et antérieure du côté droit du thorax; en bas, il y avait de la matité; du même côté, en haut et en avant, respiration amphorique bien caractérisée, constatée par le chef de service (M. Gintrac père) et par plusieurs élèves; en bas et en arrière, égophonie; à gauche, sonorité presque normale; quelques râles muqueux; dilatation évidente de la moitié droite du thorax; bombement des espaces intercostaux, etc. Tous ces caractères furent constatés plusieurs fois; il s'y joignit, pendant un jour seulement, quatre jours avant la mort, un léger tintement métallique qui ne s'entendait que pendant la toux. A *l'autopsie*, la plèvre mise à nu parut distendue; divisée, on vit immédiatement un espace vide, assez considérable, qui la séparait du poumon. Celui-ci était refoulé contre la colonne vertébrale. La plèvre, dans presque toute son étendue, était tapissée par des couches de fausses membranes qui se détachaient avec facilité. Celles-ci étaient blanchâtres, plus épaisses à la face interne du poumon. Vers sa partie la plus déclive, la plèvre contenait un demi-litre de sérosité verdâtre, sans flocons albumineux ni matière purulente. *Ce liquide ne paraissait avoir subi aucune décomposition. Les poumons insufflés ne laissaient pas échapper à leur surface une seule bulle de gaz.* A la partie moyenne du bord externe du poumon droit existaient quatre légères saillies formées par autant de tubercules du volume d'un pois, logés dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire, mais en contact avec la plèvre viscérale *un peu altérée en cet endroit*. La matière tuberculeuse était légèrement ramollie. Après l'avoir enlevée, on s'assura que les quatre petites cavités *n'avoient aucune communication avec les rameaux bronchiques : une nouvelle insufflation pulmonaire en donna la preuve positive*, etc.

Ainsi, en admettant avec l'auteur que le gaz trouvé dans la plèvre n'y était pas venu par les voies respiratoires, en ne tirant contre cette opinion aucun avantage de la *légère altération* de la plèvre pariétale au niveau de tubercules ramollis, voilà un fait qui renverse l'explication généralement donnée du bruit amphorique. Une perforation de la plèvre et une communication des voies bronchiques avec la cavité pleurale sont les conditions assignées depuis Laënnec à la production de ce bruit. Nous venons de parcourir à dessein, dans quelques auteurs classiques, plusieurs observations de pneumo-thorax simple sans perforation de la plèvre, et nous n'avons trouvé dans aucune d'elles le *souffle* ni le *bourdonnement* amphoriques. On avait seulement constaté une absence plus ou moins complète du murmure respiratoire coïncidant avec une sonorité tympanique. Maintenant, la difficulté est celle-ci : du défaut de communication entre les bronches et la cavité pleurale, à *l'autopsie*, faut-il en conclure avec l'auteur que cette communication n'est pas nécessaire, dans le pneumo-thorax, à la production du bruit amphorique? ou bien, de la présence du bruit amphorique, faut-il inférer qu'il a existé pendant la vie une étroite communication qu'un peu de matière tuberculeuse, une adhérence, ou toute autre cause, aura oblitérée peu de temps avant la mort? On est d'autant plus en droit de faire cette dernière supposition, que l'auscultation ne paraît pas avoir été pratiquée dans les trois derniers jours. Toutefois, nous l'avouerons, la possibilité d'une insufflation des poumons, sans fuite de gaz, après l'évacuation de plusieurs petits foyers tuberculeux, donne une plus grande force à la dernière supposition. C'est à des observations ultérieures à résoudre cette difficulté.

Il est presqu'inutile de faire remarquer que toutes ces considérations relatives au bruit amphorique pourraient s'appliquer, si l'on s'en tenait aux doctrines de Laënnec, au tintement métallique qui, une fois, a été entendu chez le malade en question; car, pour Laënnec, pas de tintement métallique sans communication des bronches avec la plèvre. Mais on sait que, suivant des théories plus récentes que ce n'est pas ici le lieu d'examiner, l'existence de ce dernier bruit n'est pas incompatible avec celle d'un hydro-pneumo-thorax idiopathique.

II. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 renferment les travaux originaux suivants : 1° *De la fièvre typhoïde;* par M. Andrien. 2° *Fracture du crâne par un instrument contondant; plaie pénétrante du bas-ventre par un instrument piquant et tranchant; lésions du rein droit, du foie, du diaphragme, du péricarde, du cœur, observées sur le même sujet; mort cinq heures après l'accident;* par M. Mutrec. (Ces cinq dernières solutions de continuité avaient toutes été produites par un seul coup de sabre.) 3° *Application générale de la doctrine de l'Ecole de Montpellier à la pathologie chirurgicale;* discours prononcé par M. Alquié à l'ouverture du cours de pathologie externe. 4° *Résection de la mâchoire inférieure, comprenant la moitié de la branche verticale droite et la totalité du corps de l'os; extraction de l'os hyoïde;* par M. Levicaire. 5° *Quelques remarques sur le choléra-morbus;* par M. Gérard.

RÉSECTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, COMPRENANT LA MOITIÉ DE LA BRANCHE VERTICALE DROITE ET LA TOTALITÉ DU CORPS DE L'OS; EXTRACTION DE L'OS HYOÏDE; par M. LEVICAIRE.

Un certain vague dans les détails et l'obscurité, parfois presqu'impénétrable, du texte de cette observation, nous empêchent, à notre grand regret, d'en pouvoir donner ici autre chose qu'un résumé très succinct.

OBS.—Une femme, âgée de 45 ans, avait déjà eu, il y a dix-huit mois, une nécrose limitée de la mâchoire inférieure. Sept mois après, il y eut récidive dans la partie correspondante à la première petite molaire inférieure droite. Cette fois le séquestre comprit toute la hauteur de l'os, à tel point que, après son ablation, il en résulta une solution de continuité complète dans cette portion de la branche horizontale. On reconnut bientôt après que le mal s'étendait dans tout le corps de la mâchoire. Une fistule, située au côté droit du cou, s'agrandit de telle manière que la langue sortait par cette ouverture; un pus fétide s'en écoulait en abondance, ainsi que la salive et les boissons. La malade n'avait pu avaler de liquide depuis cinq jours lorsqu'on prit le parti de l'opérer.

Après avoir fait porter deux traits de scie sur le maxillaire, on procéda à l'extraction des fragmens nécrosés qui étaient au fond de la plaie. Parmi ces esquilles, on reconnut le corps de l'os hyoïde, dont la grande corne droite fut extraite isolément. Après avoir abstergé la plaie, on procéda au pansement; et la malade fut nourrie au biberon à l'aide duquel elle put prendre du bouillon. Le quatrième jour, un érysipèle se déclara, devint phlegmoneux, et la mort eut lieu le sixième jour.

III. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 comprennent les mémoires originaux suivants : 1° *Rapport sur la suette miliaire qui a régné dans quelques localités de l'arrondissement de Milhau (Aveyron), précédé de considérations historiques et médicales sur cette affection;* par M. Trinquier. 2° *De la contagion considérée chez l'homme et chez les animaux;* par M. Auglada. (Travail non terminé.) 3° *Clinique des maladies vénériennes (service de M. Delmas)*; par M. Comhal. 4° *Tumeur particulière du diploé vers les régions orbitaire, frontale et temporale droites; ligature de l'artère carotide primitive; mort;* observation recueillie dans le service de M. Pétrequin par M. Bos. (L'opération fut simple. Sept jours après, la mensuration de la circonférence de la tête donna, au lieu de 58 millimètres, 55 centimètres. Mais de la suppuration se développa dans la tumeur; puis il survint une série d'accidens n'ayant toutefois rien de commun avec les symptômes du côté de l'encéphale qu'amène parfois la ligature de la carotide. Mort le quinzième jour, quatre jours après une hémorrhagie très abondante qui se fit par la plaie du cou. A l'autopsie, on trouva l'artère ouverte à 1 centim. 1/2 au dessus de la ligature, et communiquant avec un vaste foyer purulent qui se prolongeait vers la base du crâne jusqu'au trou carotidien. La tumeur était séparée par des cloisons fibreuses en cellules remplies de matière hui-

leuse, semblable à du blanc d'œuf.) 5° *Observation d'ablation de la matrice pratiquée avec succès;* par M. Michalowski. 6° *De la lymphe et de ses altérations morbides;* par M. Bouisson. (Travail non terminé.) 7° *Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement des affections utérines;* par M. Cassin. (Généralités sur la thérapeutique de ces maladies, et sur la nécessité d'explorer les organes génitaux chez toutes les femmes où l'on trouve des symptômes pouvant à la rigueur être rapportés à l'utérus. L'auteur désapprouve les applications de sangsues sur le col. Il préconise les petites saignées révulsives de M. Lisfranc et les cautérisations par le nitrate acide de mercure ou le nitrate d'argent.) 8° *Luxation complète de la jambe en avant;* par M. Jacquot. (Voy. cette observation dans la GAZ. MÉD., 1845, p. 505.) 9° *Essai général sur la nosologie chirurgicale;* par M. Alquié.

CLINIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES (SERVICE DE M. DELMAS); par M. COMBAL.

OBSERVATION DE CHANCRE VIRULENT DANS LA CAVITÉ DU COL UTÉRIN.

Les préceptes généraux qu'il nous paraît utile d'extraire de cette revue clinique ne sont pas très nombreux. La pratique de M. Delmas est, en général, prudente et modérée, n'offrant ni excentricités ni idées surannées. Il administre un traitement mercuriel pour le chancre primitif simple; en cela seulement nous ne saurions l'approuver. D'un autre côté, il préfère ordinairement, et avec beaucoup de raison à notre avis, la liqueur de Van-Swieten à toutes les autres préparations hydrargyriques connues. Nous citons enfin avec plaisir la proscription qu'il lance contre l'emploi du mercure dans les ulcérations consécutives profondes, et le conseil qu'il donne de recourir dans ces cas aux ferrugineux, si la constitution, comme on l'observe fréquemment, a été débilitée soit par la longue durée de l'affection, soit par les traitements irrationnels mis en usage précédemment.

L'observation qui suit, rapportée par M. Delmas, mérite d'être reproduite en entier non moins pour l'importance scientifique du fait qu'elle met en évidence qu'en raison de l'authenticité que lui donne l'autorité de ce savant professeur.

OBS. — Vers la fin de mars 1840, dit M. Delmas, la nommée J. B., des environs d'Arles, âgée de 22 ans, d'une taille et d'une beauté remarquables, avec apparence d'une très belle santé, fut visitée par le professeur Lallemand, et cela par tous les moyens d'investigation connus. Rien ne décela chez elle aucun symptôme syphilitique. Cependant cette visite avait été faite sur l'invitation d'un officier qui se plaignait d'avoir été infecté par cette femme. Plusieurs plaintes analogues ayant été portées, cette personne fut dirigée sur le dépôt de police, et en présence d'un assez grand nombre d'élèves assistant à la visite, je la soumis à un examen très exact. L'extérieur des organes générateurs, ainsi que la marge de l'anus étaient à l'état normal; le *speculum utérin* placé, et la femme convenablement disposée dans la salle sur le lit spécial d'exploration, je n'aperçus rien d'anormal dans le vagin; le museau de tanche et le col de l'utérus ne différaient pas de ce que l'on remarque sur une femme qui n'a pas fait d'enfants; en un mot, rien n'indiquait une phlogose ni un état syphilitique. En pressant sur le col utérin, et cela dans plusieurs sens, comme je le fais toujours, pour reconnaître par la pression la sensibilité de ces parties et la nature du liquide qui sort par l'ouverture du col, je vis paraître une matière albumineuse, presque transparente, mêlée d'un liquide blanchâtre et dont l'aspect me parut douteux. Je ramenai cette matière au dehors au moyen d'une curette, j'en imprégnai une lancette, et je fis quatre piqûres à la partie supérieure antéro-externe de la cuisse droite. Le quatrième jour, les nouvelles plaies revêtirent la forme de quatre chancres bien caractérisés, et huit jours après presque tout le corps, sans en excepter la face, fut recouvert de pustules plates, dont les unes étaient sèches et les autres coulantes. Cette éruption rendit cette femme presque hideuse; et ce ne fut qu'après trois ou quatre mois d'un traitement mercuriel, surtout fait avec les bains de sublimé à haute dose, qu'elle fut débarrassée de cette affection. M. Lallemand revit cette femme dans cet état si fâcheux.

OBSERVATION D'ABLATION DE LA MATRICE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS; par M. MICHALOWSKI.

OBS. — Une femme de 22 ans a accouché pour la première fois il y a treize mois; la délivrance fut suivie de douleurs très vives et d'une hémorrhagie considérable. A partir de ce moment, la perte ne s'arrêta jamais complètement; accompagnée de souffrances continuelles, rebelle à tout traitement, elle épuisait la malade.

M. Michalowski, consulté, trouvant dans le vagin une tumeur pyriforme assez sensible à la pression, la prit d'abord pour un polype, et il employa contre elle des astringents et la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Mais une exploration plus attentive lui fit enfin comprendre que c'était bien un utérus renversé. La tumeur étant isolée dans un grand spéculum en verre, il remarqua que le sang suintait particulièrement à travers deux petites ouvertures régulières, opposées l'une à l'autre et se rapportant exactement à la situation des trompes dans l'hypothèse du renversement. (Ce signe pourrait être utilisé pour le diagnostic dans un cas semblable.)

L'affaiblissement était extrême, la mort imminente. Il fut résolu d'enlever la tumeur. L'opération fut pratiquée le 11 mai. Quelques heures après une petite saignée faite pour brider la fluxion vers l'utérus, la malade fut couchée comme pour l'application du forceps. Une pince de Museux fut implantée dans la tumeur, des tractions modérées sur celle-ci en déterminèrent la sortie hors de la vulve, où la section fut rapidement exécutée au moyen de ciseaux courbes. Douleur insignifiante; presque pas d'hémorrhagie. Le pouls, auparavant à 120, a baissé de moitié en peu d'heures. Sentiment de froid au bas-ventre, qu'on a peine à faire cesser avec des applications chaudes. Il ne disparut que le surlendemain, quand le pouls s'éleva de nouveau pour redescendre peu à peu au rhythme habituel vers le huitième jour, époque à laquelle on put accorder de la nourriture et la permission de changer le lit.

Quinze jours après, la malade partit pour la campagne. L'auteur l'a revue en décembre, parfaitement bien portante, à part quelques douleurs vagues dans les reins et aux seins. Au toucher, il trouva le fragment du col si bien cicatrisé qu'il fallait être prévenu pour reconnaître la trace de l'instrument tranchant.

La pièce pathologique, divisée longitudinalement après l'opération, présenta, dans sa ravité anormale remarquablement petite, les replis de la séreuse ramassée comme ceux d'une bourse fermée à coulisses, épaissis, durcis et d'apparence fibreuse.

Pour raisons propres à justifier le parti qu'il a pris, M. Michalowski dit: 1° que l'excision devant ici porter sur le parenchyme même du col qui formait le pédicule de la tumeur, serait peu douloureuse vu le peu de sensibilité de cette partie aux irritans extérieurs; 2° que le renversement et l'étranglement de l'utérus devaient avoir comprimé les vaisseaux de manière à prévenir toute hémorrhagie dangereuse, en même temps que le volume des parties à retrancher se trouvait ainsi diminué; 3° que, quant aux insuccès presque constans des opérations pratiquées sur la matrice, ils tiennent en général à la métrite, mais que, *l'utérus enlevé, il n'y a plus de métrite à craindre.*

— En présence de ces arguments, dont quelques-uns ne nous semblent point avoir été avancés dans le but de provoquer une discussion sérieuse, nous ne ferons que rappeler notre propre jugement au sujet de l'observation de ligature de la matrice renversée, tout récemment publiée par M. M'Clintock. Pourquoi n'avoir pas essayé préalablement d'obtenir la réduction dont les annales de la science offrent des exemples heureux dans des cas bien autrement graves et invétérés que l'était celui-ci? La brièveté du texte, quant à ce qui regarde le diagnostic, nous autoriserait peut-être aussi à demander si M. Michalowski n'a pas eu ici affaire à un polype; il a, à la vérité, trouvé ensuite une cavité séreuse dans la tumeur extirpée; mais cette circonstance ne suffirait point pour justifier le diagnostic d'un renversement, puisqu'on sait que Richerand et M. J. Cloquet, ayant rencontré une cavité de ce genre au milieu d'un polype qu'ils venaient d'exciser, crurent avoir excisé la matrice. Quoi qu'il en soit, et quelqu'encourageant que ce fait paraisse à son auteur, nous exprimons, nous, au contraire, l'espoir bien positif que personne ne voudra, dans des conditions pareilles, imiter cet exemple avant d'avoir acquis la certitude que la guérison serait impossible sans opération; et même, l'opération décidée, la ligature, à notre avis, devrait être préférée à l'excision.

IV. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Les neuvième et dixième livraisons (vingtième volume) contiennent les articles originaux suivans: 1° *Observations diverses de fièvres intermittentes compliquées de pneumonies et de congestions pneumoniques;* par M. Marcé. 2° *Rapport du comité de vaccine pour les années 1841, 1842, 1843;* par M. Sallion; 3° *Rapport sur un fœtus monstre;* par M. Mahot.

OBSERVATIONS DE FIÈVRES INTERMITTENTES COMPLIQUÉES DE PNEUMONIES; par M. MARCÉ.

Ce travail, quoique fondé seulement sur quatre observations, n'en est pas moins digne de toute l'attention des praticiens. Bien pensé, bien écrit, il révèle un esprit judicieux et réfléchi. Après avoir fait suivre chacun de ces faits de remarques toujours intéressantes, il les rapproche d'autres faits déjà communiqués par lui en 1842, à la section de médecine de la Société académique, et, de cet ensemble d'observations, il tire un certain nombre de conclusions dont nous citons ici les plus importantes.

La coïncidence de la fièvre intermittente et de la pneumonie peut se présenter de trois manières différentes. Ou bien la fièvre intermittente, après avoir existé à l'état simple pendant un certain temps, se complique

incidemment de pneumonie ou de congestion pneumonique; ou bien la fièvre intermittente et la pneumonie sont contemporaines l'une de l'autre; leur apparition est simultanée et leur marche à peu près parallèle; ou bien enfin, l'antériorité d'existence appartient à la pneumonie, et c'est dans son cours qu'elle se complique d'accès fébriles réguliers.

Les fièvres périodiques compliquées de pneumonie peuvent affecter tous les types possibles. Cependant, cette maladie complexe étant donnée, la fièvre présente beaucoup plus souvent, dans son cours, des rémissions que des intermittences complètes.

La pneumonie est, jusqu'à un certain point, assujétie aux oscillations et variations périodiques de la fièvre. Bien qu'en général persistant, elle s'exaspère avec le paroxisme et s'amoindrit avec la rémittence. Toutefois, dans l'immense majorité des cas, la pneumonie ne disparaît jamais totalement, quelque complète que soit d'ailleurs la rémission ou même la rémittence de la fièvre.

Rarement la rate a été engorgée; mais très habituellement la région splénique était le siége d'un endolorissement marqué, que la pneumonie siégeât à gauche ou à droite. Dans plusieurs cas, cette douleur a acquis une intensité extraordinaire et a constitué, pendant le paroxisme, le phénomène essentiellement pernicieux.

La pratique a mis hors de doute, dans tous ces cas, l'insuffisance du traitement antiphlogistique et contro-stimulant, et la nécessité d'y joindre le sulfate de quinine. Mais ce dernier médicament seul était lui-même, en général, insuffisant contre l'élément inflammatoire local, c'est-à-dire la pneumonie.

— A la lecture des quatre observations qui accompagnent ce travail, il est impossible de méconnaître qu'il s'agit ici d'autre chose que de pneumonies simples avec réaction fébrile. Cependant la fièvre, dans aucune d'elles, n'offre le chiffre franchement intermittent. N'ayant pas sous les yeux les autres faits communiqués par l'auteur à la même Société, en 1842, nous ne pouvons nous assurer si ceux-là présentaient ce type d'une manière bien formelle. M. Marcé l'affirme et nous l'en croyons volontiers. Nous sommes bien convaincu que les *fièvres pernicieuses pneumoniques* décrites par les anciens ne sont pas des chimères, et que l'espèce n'en est pas perdue depuis Morton et Torti. C'est ce dont ne doutent pas surtout les praticiens qui, comme ceux de la Loire-Inférieure, observent dans les localités ravagées par les fièvres intermittentes.

V. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Fragmens de statistique et de météorologie de l'année 1843*; par M. Th. Bœckel. 2° *De l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement des maladies syphilitiques, et principalement dans la forme primitive*; par M. Mistler. 3° *Résumé de la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, du 1er juillet 1842 au 1er juillet 1844*; par M. Forget. 4° *Nouveau caustique formé d'un mélange de safran et d'acide sulfurique*; par M. Velpeau. (Découverte revendiquée par les ARCHIVES MÉDICALES DE STRASBOURG au bénéfice de feu le professeur Rust, de Berlin.) 5° *Des caractères du cancer*; par M. Sédillot. (Premier article. Extrait d'une communication adressée à l'Académie des sciences.)

DE L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES, ET PRINCIPALEMENT DANS LA FORME PRIMITIVE; par M. MISTLER.

L'auteur propose d'administrer l'iodure de potassium à la dose de 25 centigr. à 1 gramme. par jour à tous les sujets porteurs de chancre, et de le continuer non seulement jusqu'à ce que les symptômes locaux aient complètement disparu, mais encore quelque temps après jusqu'à ce que l'infection secondaire ne paraisse plus être à craindre. Voici, textuellement, les considérations sur lesquelles il appuie ce conseil: « Tout chancre local et primitif, quelque petit et benin qu'il soit, une fois développé, se révèle presque toujours au bout d'un certain laps de temps par le développement de symptômes consécutifs, tels que les bubons, ulcérations de la gorge, etc., quoique vous ayez employé tous vos efforts pour prévenir l'absorption du virus. Ni les antiphlogistiques, ni les sudorifiques, ainsi que les mercuriaux, ne sont assez puissans, dans la plupart des cas, pour empêcher son passage dans l'économie animale. »

« Fort souvent, lorsque les symptômes locaux ont disparu, le malade se croit suffisamment guéri, et le médecin partage cette fausse sécurité; mais peu de temps après la cessation du traitement, l'illusion tombe, des symptômes consécutifs se déclarent et de nouvelles médications deviennent nécessaires. La même chose n'a point lieu lorsque l'iodure de potassium est employé dès le début de l'affection et conjointement avec le traitement local. Dans ces cas l'infection consécutive est aussi rare qu'elle est commune par les méthodes ordinaires; et cependant, il faut le dire, le traitement iodé n'influe pas d'une manière bien sensible, ni en bien ni en mal, sur les symptômes locaux, mais il s'oppose au développement des symptômes consécutifs en préservant l'économie de l'infection virulente. »

M. Mistler fait ensuite ressortir les avantages de ce traitement sur l'administration des mercuriaux. Il n'irrite ni l'estomac ni les glandes salivaires, n'empêche le malade ni de vaquer à ses occupations, ni de continuer son alimentation ordinaire.

38 malades atteints de chancre ont été soumis par l'auteur à ce traitement, depuis huit ans qu'il l'emploie. 32 ont été préservés de l'infection secondaire, tandis que chez les 6 autres des symptômes consécutifs se sont déclarés.

— Sous une apparence progressiste, ces conclusions contiennent, ce nous semble, la rétrogradation la plus manifeste vers les anciennes doctrines syphilographiques qu'il soit possible de constater. Sans doute l'iodure de potassium est un médicament nouveau et un bon médicament; mais encore faudrait-il accepter pour son action des limites quelconques, et ne pas risquer sans profit de compromettre sa juste réputation en lui imposant le rôle, un peu difficile à jouer au 19e siècle, d'une panacée presque universelle. La proposition de M. Mistler justifie surabondamment ces craintes. Quoi! le mercure *qui guérit les accidens secondaires* est presque partout regardé aujourd'hui comme incapable de les prévenir et partant abandonné comme moyen prophylactique, et vous venez nous vanter, pour le remplacer dans cet office, l'iodure de potassium, *lequel ne guérit point ces mêmes accidens secondaires*!... Il y a, convenez-en du moins, besoin urgent d'en appeler aux faits, car ce n'est pas en votre faveur que le raisonnement semblerait décider la question.

M. Mistler prétend que 32 malades chancreux sur 38 ont été, par le traitement iodé, préservés de l'infection secondaire. Avancée sans autres détails, cette assertion signifie vraisemblablement que de 38 sujets traités, 6 seulement seront revenus vers lui accuser une syphilis consécutive. Mais admettons le résultat complet; supposons qu'il ait bien réellement pu constater la santé parfaite de ces 32 malades depuis huit ans, la proportion n'en serait pas plus encourageante pour cela. Un sixième des malades infecté! En vérité, le traitement purement local ne serait point embarrassé pour apporter des relevés aussi satisfaisans, et ce n'est guère la peine de faire, pour si peu, médicamenter des sujets bien portans pendant des semaines et des mois entiers.

A parler franchement toutefois, l'innovation de M. Mistler réalise à nos yeux un progrès, et un progrès important, c'est la suppression de tout traitement général prophylactique dans le cas de chancre simple. C'est là en effet ce qui ressort matériellement des conseils qu'il donne; car, pour tout praticien judicieux, l'administration de l'iodure dans cette circonstance équivaut pleinement à l'absence de traitement. A ce point de vue, nous applaudirions très volontiers aux efforts de l'auteur; et nous verrions avec plaisir qu'au lieu du mercure, pernicieux et inutile, on donnât toujours dans ces cas l'iodure de potassium qui lui du moins n'est qu'inutile. Avis aux médecins qui, par excès de prudence, ou pour céder aux préjugés de la famille ou aux désirs du malade, se croiraient obligés d'instituer un traitement préservatif quelconque. L'exemple et l'autorité de M. Mistler leur rendront du moins le service de les autoriser à se contenter alors d'un simple traitement par l'iodure.

NOUVEAU CAUSTIQUE FORMÉ D'UN MÉLANGE DE SAFRAN ET D'ACIDE SULFURIQUE; par M. VELPEAU; DÉCOUVERTE REVENDIQUÉE PAR LES ARCHIVES MÉDICALES DE STRASBOURG, AU BÉNÉFICE DE FEU LE PROFESSEUR RUST, DE BERLIN.

Ce caustique, que le chirurgien de Paris dit avoir découvert *après une série d'expériences*, avait déjà été porté à la connaissance du public médical français, il y a dix ans, par les ARCHIVES MÉDICALES DE STRASBOURG (voy. t. 1, p. 204). Auparavant même le professeur Rust, de Berlin, l'avait appliqué et recommandé à sa clinique, et publié dans son DICTIONNAIRE DE CHIRURGIE en 17 volumes. Nous lisons même dans un autre de ses ouvrages (voy. MÉMOIRES ET TRAITÉS DE CHIRURGIE, 1834, t. 1, p. 265) qu'il tenait d'une autre personne la composition de ce remède. Après cette rectification, nous allons indiquer la manière de préparer la pâte caustique.

On incorpore aisément le safran à l'acide sulfurique en quantité suffisante pour faire une pommade un peu consistante. (Les proportions désignées par Rust sont: dix grains de safran pour deux gros d'acide sulfu-

rique (poids de Berlin). Le safran étant carbonisé par l'acide, il en résulte une pâte d'un beau noir qui rappelle l'encre de Chine ou plutôt le cirage dont se servent certains bottiers. Cette pâte est servie dans un petit pot de fayence; le chirurgien l'étale avec une spatule sur la région malade; il en fait une couche épaisse de 2 à 4 millim., en arrondit les bords, en circonscrit les limites sur les limites même de la maladie, et la laisse ainsi quelque temps à l'air jusqu'à ce qu'elle se sèche. Une croûte se forme bientôt; on la couvre alors d'une compresse et d'une bande. Le caustique restant dans le pot ne peut servir longtemps, l'acide sulfurique s'altérant avec avidité par l'humidité de l'air atmosphérique; mais celui qu'on a appliqué sur les chairs y forme une croûte dure, parfaitement sèche et propre, bornée dans les limites de l'application et d'une profondeur égale à l'épaisseur de la couche appliquée.

Les rédacteurs du journal ajoutent que l'acide sulfurique employé doit être bien concentré; dès qu'il est affaibli par l'humidité de l'atmosphère ou par des additions frauduleuses, la pâte caustique reste sans effet. C'est pour cela qu'il faut absolument en faire préparer une nouvelle dose pour chaque application.

On a pu remarquer avec satisfaction dans l'emploi de ce caustique : 1° la circonscription exacte de son action sur la limite même où on l'a placé; 2° le prompt détachement de l'escarre; 3° l'absence de toute résorption sérieuse; 4° l'extinction, à partir du moment de l'application, de la fétidité qui émane parfois de certaines surfaces cancéreuses.

VI. JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 renferment les travaux originaux suivans : 1° *Essai sur l'histoire chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, depuis sa fondation* (542) *jusqu'à nos jours*; par M. Pétrequin. (Fin de l'intéressant travail dont la forme et l'étendue ont, à notre grand regret, privé les lecteurs de prendre une idée. L'auteur se décidera vraisemblablement à publier séparément ces études qui, par la méthode d'exposition autant que par l'importance du sujet, se rattachent de la manière la plus étroite à l'histoire même de la chirurgie.) 2° *Mémoire sur les éthérolés ou teintures éthérées*; par M. Mouchon. 3° *De l'asthénie utérine considérée comme cause de stérilité*; par M. Olivier. 4° *Expériences physico-chimiques et physiologiques sur le tatouage de la peau*; par M. Gabillot. 5° *Observation de chloro-anémie métrorrhagique, compliquée d'hystérie, guérie par les préparations ferrugineuses; cas suivi de réflexions*; par M. Fassot. 6° *Observation sur l'utilité de l'ergot de seigle dans un cas de rétention du placenta*; par le même. 7° *Observations de paralysie des troisième, septième et cinquième paires de nerfs du cerveau*; par M. Brunache. (Chacune de ces trois lésions a été observée sur un individu différent. La paralysie de la cinquième paire tenait à une tumeur cancéreuse intra-crânienne. Les deux autres étaient de nature rhumatismale et avaient succédé à un refroidissement.) 8° *Myélite suivie de paraplégie, avec perte complète de l'irritabilité et de la sensibilité; guérison après un traitement assez long*; par M. Levrat aîné. 9° *Des matières albuminoïdes, des transformations qu'elles subissent dans l'économie*; par M. Ville. 10° *Forceps modifié*; par M. Imbert. 11° *Empoisonnement par le gaz d'éclairage, bi-carbure d'hydrogène*; par M. Candy. 12° *Scarlatine suivie d'angine gangréneuse*; par M. Olivier. 13° *Ergotisme gangréneux produit par le seigle ergoté sur deux enfans mâles; amputation des deux jambes chez l'un; mort. Chute d'une jambe chez l'autre; guérison*; par M. Bonjean. 14° *Observation sur un cas de monstruosité*; par M. Ygoin. 15° *Rapport sur divers mémoires de M. Gorgone*; par M. Brachet. (Nous trouvons, dans ce travail, deux observations intéressantes, quelque succinct qu'en soit le narré : l'une d'extirpation de la carotide squirrheuse (où la nature de la glande fut constatée par l'examen de la tumeur); l'autre d'extirpation du muscle masséter gauche devenu le siége d'une dégénération encéphaloïde. L'opéré guérit en un mois.) 16° *Note sur les maladies observées pendant l'hiver de 1844-45, à Lyon*; par M. Levrat aîné. 17° *Observation d'un cas de croup*; par M. Levrat-Perrotton.

DE L'ASTHÉNIE UTÉRINE CONSIDÉRÉE COMME CAUSE DE STÉRILITÉ; par M. OLIVIER.

L'observation suivante, à laquelle nous conserverons sa rédaction textuelle, fait entendre ce que l'auteur appelle asthénie utérine, en même temps qu'elle en indique, par un exemple bien constaté de réussite, le traitement le plus efficace.

OBS. — Une jeune personne de 18 ans avait passé son enfance et son adolescence au sein des conditions débilitantes de tout genre que subit la classe ouvrière dans les quartiers populeux et malsains de Paris. Sa constitution était devenue lymphatique. Epousée à cette époque par un jeune homme riche, sa santé se raffermit; cependant elle n'était pas encore devenue enceinte au bout de deux ans de mariage. Questionné à ce sujet par son mari, le docteur Olivier répondit que cette infécondité tenait à la constitution de sa femme, qu'il fallait changer son mode habituel de vie, raviver chez elle les fonctions de l'économie, stimuler l'utérus; et il proposa dans ce double but un traitement tout à la fois hygiénique et pharmaceutique, général et direct, dont les conséquences devaient se faire sentir sur toute l'organisation et sur l'utérus en particulier.

Le traitement hygiénique consista dans les moyens qui suivent : fréquentation du monde, des bals, des spectacles, recherche de tout ce qui peut émouvoir les sens, équitation, promenades en voiture, bains parfumés et excitans.

La nourriture fut tirée du règne animal et rendue le plus aphrodisiaque que possible; elle se composa d'alimens analeptiques les plus riches, les plus propres à développer une bonne hématose : viandes rôties, gibier, poissons, chocolat à la vanille, vins d'Espagne et du midi, café, liqueurs fines.

Le traitement thérapeutique ou direct, celui dont l'action devait se porter sur l'utérus même, réveiller sa vitalité, rétablir ses fonctions, se composa d'abord de tous les moyens d'un époux jeune et ardent, de tous ceux que comprend la sensualité la plus exquise, l'amour le plus dévoué.

Cette jeune femme fut mise ensuite à l'usage du safran en infusion ; elle prit à plusieurs reprises la potion suivante :

Eau d'armoise	120	grammes.
Eau de fleurs d'oranger	15	—
Sirop de sucre	30	—
Huile essentielle de suc de sabine gutt. iv.		

Pendant longtemps on eut recours aux pastilles martiales, aux pilules de lactate de fer, aux demi-bains avec l'armoise.

Au bout de quinze mois, un changement notable s'était manifesté dans la constitution de cette jeune femme; elle était devenue vive, enjouée; elle recherchait avec empressement les plaisirs du monde, pour lesquels elle s'était toujours montrée très indifférente; son teint s'était animé, les règles coulaient plus abondantes.

Six mois se passèrent encore lorsque, à la suite d'un voyage en Italie, elle devint mère. Deux couches très heureuses eurent lieu; mais, à la suite d'une troisième, une péritonite survint qui détermina la mort.

FORCEPS MODIFIÉ; par M. IMBERT.

On se sert généralement aujourd'hui, en France et à l'étranger, du forceps courbé sur ses bords. M. Imbert propose le forceps droit. Les considérations suivantes lui paraissent justifier cette innovation.

Le bassin osseux n'est pas un canal courbe, c'est un canal droit. Ce qui trompe les accoucheurs, c'est qu'ils confondent l'axe du plan avec l'axe du canal et qu'ils prennent la courbure du sacrum pour la courbure du canal tout entier. Le plan ou l'inclinaison du détroit supérieur du bassin n'a aucune influence sur la direction du canal qu'il représente. Le bassin revêtu de ses parties molles représente à la vérité une courbe, mais l'élasticité de ces mêmes parties permet d'effacer la courbure; il n'était donc pas indifférent de rechercher si elle appartenait aux os ou aux parties molles.

Maintenant, peut-on, dans la pratique, remplacer le forceps courbe par le forceps droit?.... On a à appliquer cet instrument au détroit supérieur, dans l'excavation ou au détroit inférieur. Or, au détroit inférieur, il est évident que la courbure est inutile. Dans l'excavation, elle faciliterait, il est vrai, l'introduction si l'on devait placer les cuillères sur les côtés du bassin. Mais en France, du moins, on les place toujours sur les côtés de la tête de l'enfant, et, comme cette tête est diagonale depuis son entrée dans le détroit supérieur jusqu'à son mouvement de rotation au détroit inférieur, il en résulte que la courbure du forceps ne peut correspondre à la courbure du bassin que quand la tête est sous le pubis; et nous venons de voir qu'alors elle est inutile. Enfin, au détroit supérieur, Baudelocque et son école veulent qu'on applique les branches sur les côtés de la tête; ils ne font à cette règle qu'une exception, c'est quand cette tête est enclavée dans le détroit antéro-postérieur. Eh bien! alors la courbure de Levret ne correspond plus aux axes du bassin, et dès lors elle est inutile et dangereuse.

Le forceps droit parviendra d'ailleurs sans difficulté au détroit supérieur; car les crochets qui pénètrent dans l'utérus ne sont-ils pas droits? Dans la version, quand la main va chercher les pieds de l'enfant à la hauteur de l'épigastre, l'avant-bras qui remplit le bassin n'est-il pas une ligne droite?

M. Imbert préfère aussi au forceps croisé le forceps à levier interposant ou de Thenance, moins cependant les ouvertures que celui-ci présentait sur la partie moyenne de ses branches. Il conseille enfin d'avoir deux forceps de dimensions différentes, l'un pour saisir la tête dans l'utérus, l'autre quand on veut la prendre à la vulve.

— Peu de mots doivent suffire pour expliquer la méprise où M. Imbert

a été conduit par un raisonnement qui est cependant juste en quelques-uns de ses points. D'abord, il n'est pas indifférent, comme il le pense, à l'axe du bassin, que le plan du détroit supérieur soit plus ou moins incliné; car la courbure du canal dépend tout entière de l'angle que forment l'un par rapport à l'autre le plan du détroit supérieur et celui du détroit inférieur. L'inclinaison absolue de l'un ou de l'autre est donc un élément matériellement indispensable dans la question. — Quant à la courbure du sacrum, personne, que nous sachions, ne s'est avisé de la prendre pour celle du canal lui-même : on a seulement fait remarquer, et avec raison, que l'axe courbe de l'excavation est ordinairement à peu près parallèle à la face antérieure de cet os; et il n'y a là ni erreur, ni donnée sur laquelle la modification de M. Imbert puisse s'appuyer avec avantage.

M. Imbert préfère l'instrument primitif du dix-septième siècle, le forceps de Chamberleyne à celui que tous les accoucheurs emploient aujourd'hui. Nous voulons croire qu'il peut en effet lui suffire an détroit inférieur ou dans quelques cas exceptionnels. Mais nous ne pouvons néanmoins nous rendre à l'argumentation par laquelle il prétendrait généraliser son usage et le faire prévaloir quand il s'agit de saisir la tête dans l'excavation. Si M. Imbert veut bien réfléchir : 1° que la tête, au détroit supérieur, n'est pas placée transversalement, mais diagonalement; 2° que son diamètre antéro-postérieur se rapproche alors plus du diamètre sacro-pubien du bassin que du transverse; 3° qu'il s'en rapproche d'autant plus que la tête descend plus avant dans l'excavation; 4° qu'à ce moment son mouvement naturel et celui que le forceps doit lui imprimer tendent de plus en plus à mettre son grand diamètre en rapport avec l'antéro-postérieur du bassin, il reconnaîtra, nous l'espérons, qu'un instrument courbé sur ses bords est seul apte à favoriser ou à imiter, en cas de besoin, cette évolution naturelle.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE.

ANATOMIE DE LA GIRAFE.

M. Isid. Geoffroy St-Hilaire fait en son nom et celui de MM. Serres et Flourens un rapport sur un ouvrage intitulé: Recherches historiques, zoologiques, anatomiques et paléontologiques sur la girafe, par MM. Joly, professeur à la faculté des sciences de Toulouse, et Lavocat, chef des travaux anatomiques à l'école vétérinaire de la même ville. Cet ouvrage, composé de plusieurs mémoires, dont les uns sont relatifs à l'histoire, les autres aux recherches zoologiques et anatomiques, constitue une monographie complète de la girafe. Dans la partie zoologique, les auteurs ont décrit avec soin toutes les parties extérieures, particulièrement les organes sensitifs. La partie anatomique est la plus complète. Ils ont non seulement confirmé les résultats déjà acquis à la science par les recherches précédentes, et en particulier par celles de M. Owen, mais ils ont, en outre, fait connaître quelques faits nouveaux relatifs à l'appareil digestif. Ils ont surtout décrit beaucoup plus complètement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici les parties molles. Le rapporteur cite surtout comme dignes d'éloges les recherches de MM. Joly et Lavocat sur un système d'organes jusqu'alors à peine étudié chez la girafe, les ligamens. La partie myologique surtout peut être mise, dit M. le rapporteur, à côté des meilleurs travaux que la science possède en ce genre. En résumé, la commission pense que le travail de MM. Joly et Lavocat mérite l'approbation de l'Académie.

INSECTES ET HELMINTHES DE LA POMME DE TERRE.

M. Guérin Méneville adresse une note sur les acariens, les myriapodes, les insectes et les helminthes observés jusqu'ici dans les pommes de terre malades.

Les petits animaux qui font le sujet de ce travail appartiennent à quatre grandes divisions zoologiques et font partie de ces êtres si nombreux destinés à concourir avec d'autres forces de la nature à la transformation incessante de la matière.

M. Guérin Méneville pense que la présence de ces animaux n'est que la conséquence de l'altération des pommes de terre, et non sa cause; on ne devra donc pas s'empresser d'attribuer la maladie de ces tubercules à la présence de ces petits êtres.

Parmi les acarides, on a observé deux espèces nouvelles appartenant à deux genres distincts, auxquels l'auteur propose de donner les noms de *glyciphagus feculorum* et de *tyroglyphus feculæ*.

Parmi les *myriapodes* on a remarqué une petite espèce du genre *iule*, l'*iulus guttulatus*.

Les insectes observés jusqu'ici dans les pommes de terre malades font partie de l'ordre des coléoptères et de celui des diptères. Plusieurs n'ont été trouvés qu'à l'état de larves. La plupart de ces larves ou des insectes parfaits appartiennent aux groupes si nombreux dont les diverses espèces se nourrissent de champignons, de moisissures et d'autres cryptogames, afin d'en hâter la décomposition.

Les helminthes trouvés dans les pommes de terre malades appartiennent à une nouvelle espèce de *rhabditis*, genre qui comprend les vibrions du blé, de la colle et du vinaigre. Cette espèce se distingue par plusieurs caractères faciles à saisir. L'auteur leur a donné le nom de *rhabditis feculorum*.

NOUVELLE ESPÈCE DE SANGSUE.

M. Joseph Martin adresse un individu du genre *sanguisuga*, appartenant à une espèce différente de celles dont il a été fait mention dans les auteurs.

L'auteur le désigne sous le nom de *medio obscura*. Voici, en quelques mots, sa description :

Corps déprimé, vert, feuille morte. Dos parcouru de cinq bandes longitudinales d'un vert très obscur.

Les bords n'offrent aucune coloration différente du fond.

Ventre de la couleur du fond et parfaitement homogène; le rétrécissement anal est une sorte de col allongé.

La ventouse orale est relativement beaucoup plus petite que la ventouse anale.

NOUVEAU PROCÉDÉ ENDIOMÉTRIQUE.

M. Lassaigne communique un nouveau procédé endiométrique pour estimer en volume le rapport des élémens de l'air atmosphérique. Ce procédé endiométrique est fondé sur la propriété que présente le cuivre d'absorber rapidement l'oxigène de l'air et de former un ammoniure bleu, qu'un excès de métal ramène à l'état d'ammoniure de protoxide, qui est incolore.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Capuron lit un rapport sur un travail de M. Senn relatif à un moyen de prévenir les hémorrhagies utérines.

Le bruit des conversations particulières nous empêche d'entendre l'exposé de ce moyen.

M. le rapporteur, tout en critiquant les idées de l'auteur, propose pour conclusion de lui adresser une lettre de remercîmens et de renvoyer son travail au comité de publication, pour l'insérer par fragmens dans le Bulletin.

M. Moreau fait remarquer que les conclusions que propose M. Capuron ne sont pas en rapport avec la critique qu'il fait du mémoire. Le moyen que propose l'auteur n'a rien de nouveau. Quant aux résultats qu'il dit en avoir obtenus, ils n'auraient de valeur qu'autant qu'on eût donné le chiffre total des cas traités.

M. Capuron défend ses conclusions, qui sont mises aux voix et adoptées.

THÉORIE DE L'ALIÉNATION MENTALE.

M. Collineau fait en son nom, et au nom de MM. Ferrus et Falret, un rapport sur un mémoire de M. Delasiauve, ayant pour titre : Considérations théoriques sur l'aliénation mentale.

Quelle est la nature de la folie? Telle est la question que M. Delasiauve se propose d'examiner dans ce mémoire. Il fait d'abord observer que le mot *folie* est un terme abstrait, qui s'applique à un grand nombre d'affections ou de formes, qui bien souvent n'ont de commun entre elles que le trouble ou l'altération de l'intelligence. Aussi, après avoir écarté de la discussion l'idiotie, la démence et le délire des maladies aiguës, qui correspondent à des arrêts de développement ou à des modifications sensibles de l'organe encéphalique, ne s'arrête-t-il qu'aux affections mentales dont les symptômes se manifestent sans paraître influer sur la santé générale, et ne s'accompagnent que de lésions physiques contestables et contestées.

Trois élémens, dit l'auteur, sont nécessaires à l'accomplissement des fonctions en général : des organes, une vie à ces organes, des agens qui donnent l'impulsion aux organes vivans. Qu'un de ces élémens vienne à faillir ou à s'altérer, les fonctions elles-mêmes manquent ou sont troublées dans leur exercice. Il résulte de ceci une conséquence, c'est que le principe des maladies n'est pas toujours le même, et que, si parfois il réside dans les organes, il peut aussi se trouver en dehors d'eux, soit dans les agens qui les stimulent, ou dans ce je ne sais quoi que fait les organes des parties vivantes. Aussi c'est tantôt dans la matière cérébrale et tantôt en dehors d'elle que doit se rencontrer l'origine des modifications de l'intelligence : absence de stimulans, action nulle; déviation des stimulans, action vicieuse; destruction du cerveau, cessation de la fonction; altération de cet organe, désordre dans son exercice. Comment maintenant, dans chacun de ces faits soumis à notre observation, déterminer le siége du principe de la maladie? C'est là, selon moi, le point difficultueux, le véritable nœud de la question.

Quant aux dispositions particulières, après avoir reconnu que dans l'ordre purement physique et organique le cerveau ne régit les autres systèmes qu'après avoir reçu le sang qui le nourrit et favorise son exercice, M. Delasiauve fait observer que, dans l'ordre intellectuel et moral, cet organe semble avoir parfois en lui-même la source de son activité, et que, d'un autre côté, il est mis en rapport avec tout l'organisme par les agens nerveux ordinaires, et avec le monde extérieur par des organes sensitifs spéciaux; que de ces rapports divers résultent des impressions qui le modifient, impressions qu'il élabore et d'où naissent par

seile les désirs, la volonté, les passions et les actes; que, dans ce dernier cas, le cerveau, pour la formation de la pensée, obéit à un ordre d'agens distinct et spécial, à des agens moraux, qui se composent d'idées et de souvenirs.

Quelle pourrait donc être sur le cerveau, poursuit M. le rapporteur, l'action matérielle de ces agens qui n'ont rien de matériel en eux-mêmes? De quelle manière des idées basées sur la mémoire et qui se manifestent par la joie, la haine ou la colère, peuvent-elles exciter des mouvemens dans la substance cérébrale homogène qui, jusqu'à présent, malgré nos investigations les plus subtiles, n'a présenté que des modifications de couleur ou de consistance et des traces fibrillaires inappréciables? S'opère-t-il un ébranlement, un déplacement des molécules cérébrales? Quel est ce déplacement et quel mobile le produit?

.... L'état des idées, dit plus loin l'auteur, ne change pas d'une manière sensible les conditions physiques de l'organe cérébral; il en résulte que dans les affections mentales, non seulement les changemens matériels, s'il en existe, peuvent n'être que de simples variations d'arrangement moléculaire, susceptibles d'échapper aux investigations de l'anatomiste, mais encore que ces changemens moléculaires ne sont pas absolument indispensables à invoquer.

En résumé, les opinions de M. Delasiauve peuvent être formulées dans les propositions suivantes, savoir: que l'état morbide peut avoir sa cause dans l'organe lui-même, dans ses altérations de texture, dans sa vitalité ou dans les agens qui le font mouvoir, qui déterminent ses fonctions normales, et que, les idées étant le stimulant naturel pour le cerveau, leur exaltation ou leur altération peut troubler primitivement les fonctions de cet organe sans léser sensiblement sa texture, de même que des changemens, des modifications, des altérations de tissus ou de vitalité peuvent déterminer des affections mentales par défaut de rapports et d'équilibre: mais toujours avec cette condition, toute d'observation et de pratique, que, dans tous les cas, les états morbides présentent des caractères divers et relatifs aux causes qui les ont fait naître.

La Commission, dit en terminant M. le rapporteur, a cru devoir s'abstenir de toute discussion sur les parties systématiques de ce travail. Elle propose, pour conclusions, le dépôt des mémoires de M. Delasiauve dans les archives, son insertion par extraits dans le Bulletin et des remercîmens à l'auteur.

M. Rochoux regrette que M. Ferrus ne soit point présent pour défendre ses idées qui sont diatrémalement opposées à celles de l'auteur du mémoire. Quant à lui, il considère la théorie de M. Delasiauve comme entièrement contredictoire aux faits et il combat la distinction que l'auteur et le rapporteur cherchent à faire prévaloir entre l'esprit et la matière, les faits physiques et les faits moraux qui ne sont qu'une seule et même chose. M. Rochoux reproduit ici les opinions qu'il a si souvent émises sur ce sujet. Puisque le cerveau dans l'état sain produit la pensée, dit-il, c'est à une altération du cerveau qu'il faut attribuer l'aliénation, sans qu'on sache comment. C'est là un fait empirique contre lequel viennent échouer tous les raisonnemens.

M. Collineau: Je n'ai pas prétendu, comme voudrait me le faire dire M. Rochoux, qu'il y ait une barrière infranchissable entre le moral et le physique; je crois au contraire à une action réciproque de l'un sur l'autre, mais il est impossible de saisir la transition des faits physiques aux faits moraux.

M. Castel: La question soulevée par le travail de M. Delasiauve est trop importante pour être discutée ainsi en passant. Il devra être fait prochainement un rapport sur le mémoire de M. Belhomme qui soutient une thèse entièrement opposée à celle de M. Delasiauve, et ce sera alors le moment de discuter. Je me réserve de démontrer à cette occasion qu'il y a ignorance complete des attributs du cerveau à soutenir que tous les genres de folie ne sont que des produits d'altérations matérielles.

Les conclusions du repport sont mises aux voix et adoptées.

M. Voisin lit le discours qu'il a prononcé lors de la distribution des prix de la division des enfans idiots à Bicêtre.

La séance est levée à 5 heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIIQUE.

MANUEL DE PHYSIOLOGIE; par J. MULLER; traduit de l'allemand sur la quatrième édition (1844), avec des annotations, par M. JOURDAN; accompagné de planches intercalées dans le texte. — 2 forts volumes grand in-8°. Paris, 1845, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le nom de MANUEL, choisi par Muller pour son ouvrage, ne doit point effrayer ceux qui aiment la science clairement exposée et solidement approfondie. Ces deux volumes contiennent en réalité un traité de physiologie aussi complet qu'on le puisse désirer, soit pour la largeur des discussions, soit pour l'abondance des documens d'érudition. C'est le recueil de tous les travaux de Muller sur cette branche de la médecine, travaux dont une partie avait déjà été traduite et publiée séparément par M. Jourdan en 1840, sous le titre de PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX, et dont beaucoup de fragmens avaient aussi paru isolément dans la grande physiologie de Burdach. Le livre que nous annonçons n'est point toutefois uniquement une réimpression. Il est vrai que la physiologie du système nerveux y est nécessairement comprise. Mais, outre les changemens apportés par l'auteur lui-même à ce chapitre dans cette nouvelle édition, outre de nombreuses gravures ajoutées au texte primitif, la traduction actuelle est enrichie d'un morceau capital, *la physiologie des facultés intellectuelles*, laquelle n'avait pas encore paru lors de la publication du livre de 1840; enfin, à part ce qui concerne le système nerveux, tout le reste est inédit, du moins comme œuvre d'ensemble et systématique.

En disant que l'ouvrage de Muller est un traité complet de physiologie, nous sommes par cela seul dispensé d'insister sur le plan dans lequel il a été conçu; car, ce qu'il importe le plus au lecteur de connaître ici, ce n'est pas comment le cadre a été tracé, mais comment il se trouve rempli et surtout s'il embrasse tous les points utiles à étudier. L'ordre suivi est donc en lui-même à peu près indifférent. L'auteur expose d'abord la composition chimique et les formes de la matière organique, puis sa production et son aptitude à vivre; il traite ensuite de l'organisme, de son essence, de sa caducité ou *périssabilité*, de ses sources, des conditions extérieures de la vie. Viennent après cela d'intéressans chapitres sur les analogies et les différences des animaux et des végétaux, sur les systèmes organiques, sur l'irritabilité des animaux, le développement d'électricité, la production de chaleur et le dégagement de lumière spécialement étudiés dans le règne animal.

Après ces prolégomènes, qui ne comprennent pas moins de quatre-vingt-cinq pages, Muller décrit successivement le sang et la circulation, la lymphe et le système lymphatique, la respiration, la nutrition, la sécrétion et la digestion. Ici se trouve placée l'histoire du système nerveux, à laquelle est joint un chapitre sur les mouvemens, la voix et la parole, et que complètent les recherches sur les organes des sens si remarquables surtout pour ce qui concerne l'ouïe et la vision. Un livre entier est consacré à l'examen analytique des facultés intellectuelles; en fin, la fonction de la reproduction fait l'objet des dernières pages.

Par cette énumération rapide des matières que contient l'ouvrage de Muller, nous n'avons pas eu la pensée de faire juger de sa valeur; nous avons voulu montrer seulement qu'aucun point n'y est négligé, et que la prédilection toute germanique de l'auteur pour les questions générales ne l'a pas empêché de suivre le plan généralement adopté parmi nous pour l'exposition de la science de la vie. Maintenant, il nous reste à apprécier la manière dont il s'est acquitté de sa tâche.

Une différence profonde, sensible au premier coup d'œil et reconnaissable à chaque page, sépare la PHYSIOLOGIE de Muller de nos traités classiques les plus répandus. En France, on pose la question, on n'épargne rien pour en élucider l'énoncé, puis on la subdivise en ses principaux chefs. Une fois ce premier travail accompli, on reprend chaque division, et, en faisant jaillir tour à tour sur le point en litige les lumières de l'anatomie humaine et comparée, normale et pathologique, de la tératologie, de la pathologie, des recherches faites par d'autres, des expériences instituées par l'auteur lui-même, enfin d'une induction qui envahit plus ou moins sur les droits des autorités précédentes, on arrive à une conclusion telle quelle, et on la formule en termes aussi catégoriques, soit qu'elle exprime une découverte ou une vérité acquise, soit qu'elle ne fasse que consacrer un *desideratum* de la science. La méthode allemande ne ressemble presqu'en rien à celle-ci. L'écrivain ne s'arrête pas aussi longtemps, on pourrait presque dire aussi *amoureusement* que nous aux termes de la question. A peine a-t-il écrit le titre de son chapitre, qu'il se jette aussitôt dans le cœur de la discussion. On dirait que, pressé par tempérament d'aller affronter les difficultés les plus impénétrables, il se fait encore un plaisir de les augmenter par l'obscurité et le vague où il laisse, faute de quelques mots d'explication, le sujet de son étude. Il commence par accumuler citations sur citations, le plus souvent sans le moindre détail accessoire qui puisse captiver le lecteur ou fournir à sa mémoire fatiguée un délassement ou tout au moins un signe de ralliement. Mentionne-t-il quelques expériences; il en donne le résultat pur et simple, sans indiquer le procédé suivi, et prive ainsi la critique de tout moyen pour exercer son indispensable contrôle. Les résultats, ainsi rapportés dans toute la nudité de solutions exprimées par oui ou par non, se trouvent-ils contradictoires;..... le champ des inductions est ouvert; l'auteur s'y jette, et cela d'autant plus librement qu'il est toujours sûr de rencontrer dans l'un des documens opposés qui précèdent un appui pour la conclusion, quelle qu'elle soit, où le raisonnement l'aura conduit.

Nous ne prétendons point exprimer ici un blâme; la généralité des termes dans lesquels il est conçu, et la haute position scientifique des hommes à qui on voudrait l'appliquer le rendraient sans portée sérieuse si l'on en conservait la formule dans toute sa rigueur. Il est vrai néanmoins de dire que, en France, avec la réputation de penseurs moins profonds, nos physiologistes ne font pas faire à la science des progrès plus lents, et n'impriment pas à son étude une allure plus incertaine. En définissant nettement avant tout le sujet de nos recherches, nous évitons le plus sou

vent l'écueil de ces prétendues solutions qui ne font en réalité que paraphraser l'énoncé même du problème; nous nous abstenons aussi d'aller nous attaquer à des questions nécessairement insolubles; enfin, nous ne nous donnons que rarement les airs d'avoir deviné le mot de l'énigme, alors que nous n'avons fait que retourner sous toutes ses faces l'objet à explorer, sans avoir pénétré à un seul millimètre de profondeur dans l'intérieur de sa substance. On excusera, nous l'espérons, ce petit mouvement de vanité nationale que nous n'avons pu réprimer en présence de tant d'attaques, de sentences devenues presque proverbiales dans un certain monde sur le peu de solidité de nos connaissances physiologiques. Sans doute notre méthode, si simple et si claire, a bien aussi ses défauts; mais ce n'est point à nous de les relever. Si le lion du fabuliste pouvait se plaindre de n'avoir point de peintres pour célébrer les exploits de sa race, le pays de la physionomie intellectuelle duquel nous venons d'esquisser quelques linéamens ne manque assurément pas d'artistes capables de nous rendre portrait pour portrait.

Muller, quoique le plus Français, par sa manière, de tous les physiologistes allemands, prête cependant matière à une partie de ces objections; mais il est peut-être l'un de ceux à qui elles sont le moins applicables. Ainsi que nous le disions déjà en 1840 (V. Gaz. Méd., p. 816), on le voit très souvent développer graduellement ses idées, en les appuyant de faits bien choisis ou d'observations bien recueillies, et n'en tirant des inductions qu'avec autant de sévérité que l'eût fait l'écrivain français le plus logicien et le moins disposé à se lancer dans la carrière des rapprochemens et des analogies. Parfois cependant il paie accidentellement son tribut au caractère national; c'est ce dont quelques parties de ses prolégomènes sur l'organisme et la vie pourront fournir aux lecteurs de curieux exemples, quoiqu'ici l'obscurité du sujet puisse surabondamment servir de justification à l'auteur, et quoique souvent Muller prenne soin d'avertir ingénûment lui-même, et tout le premier, que les explications qu'il vient de rapporter n'ont rien d'absolument positif, et qu'il ne faut les prendre qu'à titre d'hypothèses. (Voy. t. I, pag. 30 et 31.)

L'ouvrage que nous annonçons mérite indubitablement de passer pour le recueil de documens et de faits le mieux rempli et le plus judicieusement digéré qui existe aujourd'hui dans la science de la vie. Toutes les questions sont soulevées, et toutes réunissent autour d'elles la masse la plus imposante d'autorités et d'observations qui puisse se rencontrer. Il est toutefois un certain ordre de lacunes de l'existence desquelles le lecteur doit être prévenu, afin qu'il n'aille pas inconsidérément accuser l'auteur de ce qui n'est qu'une conséquence nécessaire du plan choisi par lui. En général, Muller indique soigneusement le but des fonctions, la cause première et intime qui les régit, les résultats qu'elles réalisent dans l'organisme, et il glisse volontiers sur les détails minutieux de leur exécution. Ainsi, le mécanisme des mouvemens du thorax dans la respiration n'a obtenu qu'une mention extrêmement brève; ainsi, un seul paragraphe est consacré à la description des phénomènes de l'excrétion urinaire; ainsi, la *théorie des bruits du cœur* se trouve traitée en une page et demie; l'appareil lacrymal est encore plus sacrifié, etc., etc. En y réfléchissant attentivement, on jugera peut-être qu'il y a plutôt lieu de louer Muller d'avoir osé passer sous silence ce que tout le monde sait, et ce sur quoi quelques auteurs se montrent si stérilement féconds pour aborder directement et de face les questions fondamentales de la science, les grands mystères de l'organisation et de la vie.

Au mérite d'une traduction dont nous ne nous lassons point de signaler l'exactitude et la facile pureté, M. Jourdan a joint cette fois des annotations complémentaires du texte, extraites principalement des auteurs français modernes que Muller ne pouvait connaître aussi bien que notre compatriote. Ces additions sont succinctes, mais nombreuses et substantielles. A la manière dont elles sont rédigées, il est aisé de reconnaître que partout M. Jourdan s'est pénétré de l'esprit même de l'écrivain qu'il cite. C'est de la concision germanique en même temps que de la clarté française.

ANATOMIE DE TEXTURE, OU HISTOLOGIE, APPLIQUÉE A LA PHYSIOLOGIE ET A LA PATHOLOGIE; par Ad. Burggraeve. **Deuxième édition, entièrement revue, augmentée et illustrée de dessins gravés sur bois. Un fort volume grand in-8°. — Gand, 1845, chez C. Annoot-Braeckman, imprimeur-éditeur.**

Depuis l'époque où Bichat en jeta les premières bases, l'anatomie générale s'est enrichie de nombreux traités, conçus dans des vues diverses et publiés sous le nom d'hommes recommandables sous différens rapports. Et cependant, on peut le dire, cette branche des sciences médicales n'est, aujourd'hui encore, rien moins que fixée. Les uns n'ont fait que marcher sur les traces du fondateur, explorant mieux la carrière, mais sans quitter la route qu'il avait suivie; d'autres, plus complets, n'ont donné que des analyses de tissus, sans application aucune aux parties véritablement pratiques de la médecine. Ceux-là se renfermaient dans les limites de l'investigation microscopique; ceux-ci dans celles de la chimie organique. M. Burggraeve sera-t-il plus heureux dans la tentative dont nous avons en ce moment à apprécier le second effort?... C'est là une question à laquelle le passé pourrait se charger de répondre; car l'extrême rapidité avec laquelle s'est épuisée la première édition de son ouvrage est la meilleure garantie possible et du succès qui attend celle-ci et de la manière vraiment scientifique dont il est mérité.

Le plan de ce livre comprend tous les points de vue si nombreux qui peuvent rendre l'étude de l'anatomie de texture à la fois attachante et profitable. Non content d'indiquer très exactement les notions acquises sur la structure des tissus, sur leur formation, leur mode de développement et leur participation dans la composition des organes compliqués, l'auteur expose aussi leur configuration, puis les parties du corps humain dans lesquelles ils se rencontrent et les formes qu'ils y affectent. Ainsi se trouvent traitées parallèlement, et toujours s'éclairant l'une par l'autre, l'anatomie générale et l'anatomie descriptive. Ce n'est pas tout. On n'étudierait pas avec beaucoup d'incitation et on ne retirerait guère d'avantages de la connaissance d'une science isolée des déductions auxquelles elle conduit. Aussi l'histoire des fonctions des organes et un coup-d'œil sur leur pathologie complètent-ils très fructueusement et fort à propos chacun des chapitres de M. Burggraeve. On comprend que, parmi les altérations qu'il examine à l'occasion des appareils ou des tissus, l'auteur choisit de préférence celles qui par leur nature peuvent le mieux servir à compléter l'étude histologique de ceux-ci.

Veut-on un exemple de la manière toute naturelle dont ces descriptions diverses s'enchaînent les unes avec les autres dans un but commun de clarté et de progrès? La partie consacrée au système nerveux périphérique va nous l'offrir. Après les considérations générales sur la structure des nerfs, leur mode de production, leur trajet, leurs anastomoses, etc., l'auteur énumère les classifications auxquelles ils ont été soumis de la part des auteurs, soit d'après l'ordre numérique, soit d'après le lieu d'origine, soit d'après les propriétés physiologiques, soit d'après la distribution anatomique. Il nomme ensuite et décrit tous ces cordons: d'abord les nerfs crâniens, puis les nerfs vertébraux. Pour chacun de ces deux ordres, il donne d'abord une description abrégée des nerfs les uns après les autres, sans se piquer de beaucoup de détails, mais en en disant néanmoins assez pour ne rien laisser ignorer d'important au lecteur. Dans un second paragraphe intitulé TOPOGRAPHIE, tous les nerfs sont repris sous le point de vue de la fonction à l'exécution de laquelle ils participent, et là se trouvent toutes les données concernant la manière dont ils s'associent dans ce but et sur l'influence spéciale qu'apporte chacun d'eux. Ainsi, pour ce qui est des nerfs crâniens, on étudie successivement ceux de l'olfaction, ceux de la vision, ceux de l'audition, les nerfs intra et épicrâniens, ceux de la face, ceux de la langue, du palais et de l'isthme du gosier, du système dentaire, de l'appareil hyo-laryngo-pharyngien, de la respiration, de la circulation et enfin de la digestion. En réfléchissant à ce plan et surtout en prenant connaissance de la méthode et des soins qui partout dans ce livre ont présidé à son application, nos lecteurs penseront sans doute avec nous que c'était le seul capable de satisfaire à la fois aux besoins de l'anatomiste et aux désirs plus vagues, mais tout aussi impérieux, du physiologiste.

M. Burggraeve n'expose pas séparément et sans aucun lien systématique les divers tissus qui entrent dans la trame du corps humain. Procédant avec une rigueur mathématique du simple au composé, il commence par indiquer les élémens généraux de l'organisation, ceux qui sont communs aux corps animés avec tous les autres corps de la nature, l'oxygène, l'hydrogène, etc. Viennent, en second lieu, les élémens propres de l'organisation, ceux que les corps vivans se préparent à eux-mêmes au moyen des élémens généraux, l'albumine, la fibrine, etc. Troisièmement sont étudiées les parties *primaires* de l'organisation, celles auxquelles la vie a déjà imprimé une existence individuelle, la cellule. Ici l'auteur a largement mis à profit les découvertes récentes qui ont imprimé à l'anatomie de texture un caractère positif et définitif inconnu jusqu'ici. La théorie de la cellule domine et éclaire toutes ses descriptions. En lui donnant cette suprématie, il n'a d'ailleurs fait que lui rendre une justice qui n'est maintenant contestée par personne; car, comme il le dit lui-même, la théorie de la cellule est une de ces conceptions qui changent la face des sciences. C'est à elle que l'histologie doit la manière philosophique dont elle se trouve rattachée aux autres sciences naturelles. C'est elle qui a permis de concevoir les formations organiques non comme une agglomération de

molécules inertes, mais comme une réunion d'individualités, jouissant chacune d'une vie propre, se développant d'après un type déterminé, et consituant ces parties si diversifiées dans leur composition intime, dont aucun corps anorganique ne peut donner l'idée. — La quatrième section du livre traite de la conversion des parties *primaires* en parties *secondaires*; ce sont les cellules, les fibres, les canalicules et les vaisseaux. Enfin, et cinquièmement, il décrit la réduction des parties *secondaires* en systèmes organiques. Ceux-ci sont au nombre de six: le cellulaire, le nerveux, le vasculaire, le parenchymateux, le locomoteur et le tégumentaire.

Tel est le plan du livre de M. Burggraeve. On voit quel nombre de rapports il embrasse et dans quelle étendue il accompagne chacun d'eux. Supposez maintenant un plan aussi vaste développé par un esprit infatigable, par un jugement habitué à pénétrer le fond des choses, et vous aurez l'idée la plus exacte de cet ouvrage, lequel n'est que la première partie d'un cours théorique et pratique d'anatomie dont l'auteur entreprend la publication et qu'il continuera prochainement en faisant paraître l'histoire de l'*organogénésie* et des *monstruosités*.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR. — SYMPTÔMES NERVEUX DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Mon très honoré confrère,

Je viens vous prier de vouloir bien accueillir quelques remarques en réponse à une partie du mémoire que M. le docteur Jacquot vient de publier sur la fièvre typhoïde. Dans ce mémoire, intitulé: RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, ayant surtout pour but: 1° d'établir le rôle du système nerveux; 2° de comparer le développement des symptômes fournis par les appareils nerveux et digestif (abdominal en particulier), l'auteur dit, page 6, qu'il est plus réservé que M. le baron Michel, qui trouve la cause prochaine de cette maladie et ses premiers phénomènes dans le système nerveux cérébro-spinal et ganglionnaire consécutivement. Il aurait dû ajouter: et qui ne considère les altérations intestinales que comme l'effet et non la cause de cette maladie.

Pour mettre le lecteur à même de juger les rapports d'idées qui existent entre le mémoire de M. Jacquot qui a paru récemment et mon ouvrage statistique du Gros-Caillou publié en 1842, il est indispensable de rapporter les passages qui ont trait à la question.

J'ai dit, page 53: « Il m'est démontré, par maintes observations qu'il y a des fièvres typhoïdes idiopatiques qui naissent soudainement par suite de nostalgie prononcée, d'affections déprimantes, de chagrins violens, d'excès qui agissent sur le système nerveux, sans avoir été précédées d'inflammations abdominales. Il y en a d'autres, et c'est le plus grand nombre, qui viennent se greffer sur des inflammations locales. L'action réciproque des deux sortes d'appareils nerveux explique tous les désordres physiques et moraux qui ont lieu dans cette maladie. » C'est l'exacte vérité, et je ne crains pas de dire que des professeurs de Faculté partagent cette opinion et qu'ils me l'ont écrit.—Page 55, il est dit que « l'action morbide *semble émaner* du système cérébro-spinal avec réaction sur les nerfs ganglionnaires. » Il n'y a rien de tranchant ni d'absolu dans l'expression de cette proposition. Ce n'est pas une affirmation sentencieuse. Ma longue expérience me rend plutôt timide en pareille matière; je connais trop bien le terrain mouvant sur lequel marche dans plus d'un cas le médecin-praticien. Page 56 de l'ouvrage cité, je me suis exprimé ainsi: « Nul doute que dans cette maladie on ne trouve les altérations intestinales sus-mentionnées, mais rien ne prouve qu'elles soient la [cause de cette fièvre, puisque les mêmes lésions se rencontrent dans les gastro-entérites, entéro-méningites, la méningite cérébro-spinale et dans une infinité de maladies graves et de fièvres pernicieuses. M. le docteur Faure a trouvé, à l'autopsie de quelques militaires morts de la fièvre épidémique de Versailles, qu'il a caractérisée sous le nom de méningite cérébro-spinale, indépendamment des altérations cérébro-spinales, des lésions des organes digestifs; il a même vu la membrane muqueuse stomacale, pharyngienne et nasale dans un état gangreneux, des ulcérations à la muqueuse gastrique avec ramollissement et coloration brunâtre de son tissu, le gonflement de quelques follicules isolés près de la valvule iléo-cœcale, le ramollissement de la rate, l'engorgement des glandes de Brunner et quelquefois leur altération, les plaques de Peyer hypertrophiées avec renflement de quelques follicules séparés, etc. » Ainsi donc voilà deux points clairement établis. Je pourrais ajouter que plusieurs médecins en chef des hôpitaux militaires ont fait des autopsies de soldats morts de fièvres typhoïdes et n'ont pas toujours trouvé des lésions vers la valvule iléo-cœcale.

Je vais maintenant exposer les opinions de M. le docteur Jacquot. Dans le premier paragraphe de ses conclusions il dit: « Les symptômes fournis par l'appareil nerveux, *la stupeur en particulier*, sont le principal caractère symptomatique de la fièvre typhoïde, par leur constance, leur prédominance et leur antériorité. » Dans le quatrième paragraphe, il ajoute: « Les maladies locales ne produisent pas les symptômes (surtout les symptômes nerveux et la stupeur en particulier) que l'on observe dans la fièvre typhoïde. L'inflammation des follicules intestinaux n'est point la cause de la fièvre typhoïde. » Dans le sixième paragraphe, il dit: « Le système nerveux est (sans préjudice du sang) primitivement atteint par l'agent producteur de la fièvre typhoïde. » Dans le huitième paragraphe, il dit: « Les signes fournis par l'appareil digestif occupent le second ordre comme caractère symptomatique de la fièvre typhoïde. » Et dans le neuvième paragraphe: « Ils sont secondaires, comparativement aux symptômes nerveux, à cause de leur moindre prédominance dans tout le cours de la maladie, et parce qu'ils peuvent être peu de chose, ou même manquer tout à fait à une époque où la stupeur existe évidemment. »

M. le docteur Jacquot ne s'est pas aperçu, en rédigeant son mémoire, qu'il a répété, en d'autres termes, ce que j'avais dit et publié trois ans avant lui. Il se retranchera sans doute dans la stupeur en particulier, qu'il mentionne à chaque instant et sur laquelle il insiste beaucoup; qu'à cela ne tienne. Ce nouveau symptôme découvert par M. le docteur Jacquot ne m'empêchera pas de dire très haut que la lumière qui résulte de ses recherches est bien pâle, et que l'état de la question est resté le même, c'est-à-dire que l'incertitude dans la cause et dans la médication rationnelle subsiste encore. M. le docteur Jacquot n'a donc pas résolu cette grave et importante question de pathologie médicale, contre laquelle des plumes exercées et expérimentées se sont brisées jusqu'alors.

Agréez, etc.

Baron MICHEL,
Membre adjoint du conseil de santé des armées.

Paris, 11 octobre 1845.

— M. ISIDORE GEOFFROY-ST-HILAIRE, membre de l'Académie des sciences, professeur au Muséum d'histoire naturelle, commencera son cours de zoologie au Jardin des plantes le lundi 20 octobre, à midi et demi. Il traitera cette année de l'histoire naturelle et de l'organisation des mammifères.

Le cours sera ouvert par plusieurs leçons sur la zoologie générale, l'anatomie philosophique et l'histoire de la science.

— ENCYCLOPÉDIE ANATOMIQUE, contenant l'Anatomie descriptive, l'Anatomie générale, l'Anatomie pathologique, l'Histoire du développement et celle des races humaines; par G.-T. Bischoff, J. Henle, E. Huschke, S.-T. Sœmmering, F.-G. Theile, G. Valentin, J. Vogel, R. Wagner, G. et E. Weber, traduit de l'allemand par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie royale de médecine. — 10 forts vol. in-8°.

Prix de chaque volume (en souscrivant pour tout l'ouvrage): 7 fr. 50 c.
Prix des 2 atlas in-4°: 7 fr. 50 c.

On peut se procurer chaque Traité séparément, savoir:

1° OSTÉOLOGIE ET SYNDESMOLOGIE, par S.-T. Sœmmering. — MÉCANIQUE DES ORGANES DE LA LOCOMOTION CHEZ L'HOMME, par G. et E. Weber. In-8°, avec atlas in-4° de 17 pl. Prix: 12 fr.

2° TRAITÉ DE MYOLOGIE ET D'ANGÉIOLOGIE, par F.-G. Theile. Un vol. in-8°. Prix: 7 fr. 50 c.

3° TRAITÉ DE NÉVROLOGIE, par G. Valentin. Un vol. in-8°, avec figures. Prix: 8 fr.

4° TRAITÉ D'ANATOMIE GÉNÉRALE, ou Histoire des tissus et de la composition chimique du corps humain, par Henle. 2 vol. in-8°, avec 5 pl. gravées. Prix: 15 fr.

5° TRAITÉ DU DÉVELOPPEMENT DE L'HOMME ET DES MAMMIFÈRES, suivi d'une Histoire du développement de l'œuf du lapin, par le docteur T.-L.-G. Bischoff. Un vol. in-8°, avec atlas in-4° de 16 pl. Prix: 15 fr.

6° TRAITÉ DE SPLANCHNOLOGIE ET DES ORGANES DES SENS, par E. Huschke. Paris, 1845. In-8° de 860 p., avec 5 pl. grav. Prix: 8 fr. 50 c.

Il reste à paraître:

7° BIOGRAPHIE DE SOEMMERING ET HISTOIRE DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE DEPUIS HALLER, par R. Wagner. Un vol. in-8°.

8° ANATOMIE PATHOLOGIQUE, par J. Vogel. Un vol. in-8°.

9° ANATOMIE DES RACES HUMAINES ET DES NATIONS, AVEC L'ANATOMIE DES TÉGUMENS EXTÉRIEURS, par R. Wagner. Un vol. in-8°.

Cette ENCYCLOPÉDIE ANATOMIQUE, réunie aux TRAITÉS DE PHYSIOLOGIE de Burdach et de J. Muller, forme un ensemble complet des deux sciences sur lesquelles repose l'édifice entier de la médecine.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17;

Et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— DE LA FOLIE CONSIDÉRÉE SOUS LE POINT DE VUE PATHOLOGIQUE, PHILOSOPHIQUE, HISTORIQUE ET JUDICIAIRE, DEPUIS LA RENAISSANCE DES SCIENCES EN EUROPE JUSQU'AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE; description des grandes épidémies de délire simple ou compliqué qui ont atteint les populations d'autrefois et régné dans les monastères; exposé des condamnations auxquelles la folie méconnue a souvent donné lieu; par le docteur L.-F. CALMEIL, médecin de la maison des aliénés de Charenton, membre de la Légion-d'Honneur. — 1845. 2 vol. in-8°. Prix: 14 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17;

Et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 43. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 25 OCTOBRE 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

OPÉRATION DE LA CATARACTE SELON LA MÉTHODE PAR DÉPLACEMENT, FAITE AVEC SUCCÈS, APRÈS SOIXANTE ANS DE CÉCITÉ; par M. Serre, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Obs. — Boichot, âgé de 67 ans, exerçant depuis longtemps à Montpellier la profession de fourbisseur, se présenta dans mon cabinet, vers le milieu du mois de mars 1844, pour réclamer mes conseils à l'occasion d'une blessure provenant d'un coup de fleuret qu'il avait reçu à l'œil droit depuis peu de jours. L'instrument avait traversé de part en part la cornée transparente, et était même arrivé jusqu'au cristallin. De là l'apparition d'une cataracte traumatique, l'issue de l'iris à travers la cornée, et partant une irrégularité très grande de l'ouverture pupillaire.

Dès le principe, je cherchai, d'une part, à combattre les accidens inflammatoires, et de l'autre, à favoriser par tous les moyens possibles la rentrée de l'iris; mais à peine avais-je remédié à ces premiers accidens, que le malade, s'apercevant qu'il avait complètement perdu la vue de l'œil droit, me pria avec instance de lui faire l'opération de la cataracte, d'autant, disait-il, que cet œil était le seul qui lui eût toujours servi à gagner sa vie. C'est alors seulement qu'examinant avec attention l'œil gauche, je reconnus qu'il existait aussi de ce côté une cataracte lenticulaire, et, en outre, un léger albugo sur le segment latéral externe de la cornée.

Comparant à l'instant l'état de cet œil à celui du côté droit où l'opération de la cataracte me semblait devoir être entourée de beaucoup de difficultés, je proposais au malade de l'opérer de l'œil gauche. « La chose est inutile, me répondit-il, car il y a déjà plus de soixante ans que j'ai cessé de voir de ce côté. » La cataracte et l'albugo étaient survenus à la suite de la petite vérole.

Loin de me laisser arrêter par ce que venait de m'apprendre le malade, je trouvai dans les détails qu'il me donnait un motif de plus pour faire l'opération de la cataracte du côté gauche; je désirais connaître jusqu'à quel point un œil, qui a cessé de fonctionner depuis un aussi long espace de temps, est susceptible de recouvrer la faculté de voir.

Feuilleton.

DE L'ASSORTIMENT DES MARIAGES CONSIDÉRÉ COMME MOYEN DE PRÉVENIR ET D'ÉTEINDRE LES AFFECTIONS HÉRÉDITAIRES; par le docteur Francis Devay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1).

. . . . Il est peu de médecins qui n'aient souvent gémi sur l'extension que prennent, au milieu des populations, certaines maladies meurtrières et marquées du sceau fatal de l'hérédité. Il en est peu qui n'aient eu l'occasion d'assigner pour cause, soit à la phthisie pulmonaire qui ravage toute une famille, soit à l'épilepsie qui l'attriste, soit à la maladie cancéreuse qui lui fait subir d'horribles tortures, une alliance matrimoniale imprudemment contractée. On voit alors dans le monde ceux que Dante vit avec effroi dans les sombres demeures: « Ils blasphèment le temps de leur naissance et la semence de leur semence et de leur enfantement. » Or, on doit le confesser en toute sincérité, les moyens ordinaires de la médecine sont impuissans contre ces calamités. On sait trop combien sont précaires les moyens hygiéniques les plus suivis et les mieux entendus, pour empêcher le développement de germes morbides, chez un individu qui a eu le malheur d'apporter en naissant quelqu'un de ces germes. L'art, alors aux prises avec un *fait accompli* dans l'organisme, perd le fruit de ses tentatives et de sa constance. Aussi ne nous bornons-nous pas seulement à demander à l'hygiène contre l'hérédité morbide quelques formules banales, quelques recettes stériles. Allons plus avant, et demandons davantage; demandons à l'art s'il ne peut point indiquer des moyens capables d'anéantir, même dans la totalité des familles, les germes destructeurs; s'il ne peut point libérer de tout venin les races inficiées, de façon qu'elles puissent désormais se perpétuer sans perpétuer en même temps leurs infirmités.

L'hygiène, avons-nous déjà dit, est un système de hautes prévisions, devant circonvenir la famille entière, pénétrer les habitudes de chacun de ses membres. En ayant égard au principe de l'hérédité morbide, à cette loi souffrant peu d'exceptions qui veut que l'enfant issu de parens malades ou vicieusement affectés soit solidaire d'une partie ou de la totalité de leurs maux, l'hygiène proteste contre des alliances matrimoniales qui auraient pour résultat la production d'un germe auquel la force plastique imprimerait une vicieuse impulsion. Elle enseigne aux individus placés sous le poids d'une maladie ou d'une infirmité héréditaire et qui veulent se perpétuer, à rechercher un accouplement où la force plastique, qui doit couver l'embryon, ait un caractère *antagonistique* à la leur.

(1) Ce fragment est extrait de l'ouvrage intitulé : Hygiène des familles ou du perfectionnement physique et moral de l'homme, considéré principalement dans ses rapports avec l'éducation et les besoins de la civilisation moderne; 2 vol. in-8°. Il doit paraître au commencement de novembre, à Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, et à Lyon, chez Doider, quai des Célestins, 51.

Peu de jours après, le malade fut soumis à l'opération ; le cristallin et la membrane qui l'enveloppe cédèrent facilement sous la pression exercée par l'aiguille, et le champ pupillaire devint entièrement libre ; au moment même, le malade s'écria qu'il avait aperçu la boiserie de la croisée devant laquelle je l'opérais.

Je crus d'abord que ce que disait Boichot tenait à une illusion d'optique, provoquée chez lui par le vif désir qu'il avait d'y voir ; toutefois je le fis transporter au plus tôt dans son lit, en l'entourant de tous les soins que je suis dans l'habitude de prendre en pareille circonstance, et dont je me dispense à dessein de parler ici. L'opération ne fut suivie d'aucun accident.

Trois jours s'étaient à peine écoulés que je m'empressai de découvrir l'œil du malade, afin de savoir jusqu'à quel point ce qu'il avait dit était exact. Quel ne fut pas mon étonnement lorsque Boichot m'affirma qu'il voyait ma figure, et qu'il compterait même, s'il le fallait, les soliveaux qui soutenaient le plafond de sa chambre. « N'en soyez pas surpris, ajouta-t-il ; déjà hier j'ai soulevé le bandeau que vous m'aviez mis au devant des yeux, et j'ai acquis la preuve que l'opération avait réussi. »

A dater de cette époque, tout a été de mieux en mieux, et la vue du malade s'est améliorée de jour en jour. Il y a aujourd'hui près de dix-huit mois que l'opération a été pratiquée.

Ce fait, peut-être unique en son genre, répond d'une manière victorieuse aux écrivains qui ont prétendu que, lorsque la cataracte devenait ancienne, il était à craindre que la rétine, trop longtemps condamnée au repos, n'eût perdu sa sensibilité ; n'est-il pas en effet curieux de voir un malade, qui a été privé pendant *soixante ans* de la faculté de distinguer les objets, recouvrer cette même faculté dès que la lumière frappe de nouveau la rétine ? Et remarquez bien que la vue dont jouit Boichot n'est pas une de ces vues faibles et incertaines qui servent à peine aux malades pour se conduire ; à l'instant où je rédige cette observation, Boichot passe une partie de la journée à faire la lecture à ses compagnons d'infortune dans l'hospice de la Charité de Montpellier, où il est entré peu de temps après avoir été opéré.

Que l'on ne dise pas, pour atténuer la valeur du fait en question, que la cataracte étant incomplète, la rétine a dû probablement n'être jamais soustraite en entier au contact de la lumière ; bien au contraire, outre que Boichot a toujours déclaré de la manière la plus formelle avoir complètement perdu la vue de l'œil gauche depuis l'âge de six ans ; au moment où l'opération a été faite, l'opacité de la pupille était si complète, que si je n'avais tenu compte de cette circonstance, l'immobilité de l'iris m'aurait fait croire que la cataracte était compliquée d'amaurose.

L'intégrité des fonctions visuelles du côté droit aurait-elle été pour quelque chose dans la conservation de la sensibilité de la rétine du côté gauche ? La chose est plus vraisemblable ; peut-être faudrait-il, à cet égard, établir quelque différence entre les malades qui ont complétement perdu la vue des deux yeux, et ceux qui n'ont qu'un seul œil cataracté.

Quoi qu'il en soit, si la rétine est susceptible de conserver pour ainsi dire indéfiniment la faculté de voir, alors même que l'œil ne fonctionne plus, à quoi bon opérer en même temps les deux yeux chez les malades qui sont atteints de la cataracte ? N'est-il pas plus rationnel de ne toucher d'abord qu'à un œil, sauf à utiliser l'autre plus tard, si l'opération ne réussit pas, ou si le malade, déjà opéré avec succès, vient à perdre de nouveau la vue ? C'est là une question d'oculistique, aujourd'hui très controversée, sur laquelle je me propose de revenir.

PATHOLOGIE EXTERNE.

CONFÉRENCES SUR LES ARTHRALGIES ET LES DIFFORMITÉS ARTHRALGIQUES ; par M. le docteur J. GUÉRIN.

(Suite. — Voir les numéros 40 et 41.)

DEUXIÈME CONFÉRENCE.

Formule historique de l'arthralgie. — Phénomènes locaux de la maladie. — Douleur. — Changement de température. — Tuméfaction. — Changement de couleur de la peau. — Positions vicieuses. — Contracture musculaire. — Impotence. — Paralysie. — Phénomènes généraux. — Paroxismes nocturnes. — Caractères de la fièvre. — Etat gastrique. — Phthisie. — Lésions cadavériques. — Peau, tissu cellulaire, muscles, vaisseaux, nerfs, capsules articulaires, ligamens, cartilages, os. — Conclusion de la formule historique.

Après avoir distingué, dans les difformités qui font le sujet de ces conférences, deux élémens distincts : la *maladie* et la *difformité* elle-même ; après avoir montré que, sur ces deux élémens, la science ne possède encore que des données ou inexactes ou incomplètes, j'entre dans l'histoire générale de chacun d'eux, en commençant par le premier, par la maladie. Vous concevez en effet que, bien que mon but soit surtout de faire l'histoire des difformités arthralgiques, il est indispensable de tracer préliminairement celle de l'affection qui leur donne naissance et leur communique précisément le caractère spécifique qui les distingue des autres ordres de difformité. Il importe, en d'autres termes, si l'on veut arriver à connaître les faits, non pas seulement dans leur apparence extérieure, mais dans leur essence même, de les prendre à leur origine, à leur source étiologique, et de les suivre dans leurs expressions les plus éloignées et les plus diverses.

Cette affection, qui est le point de départ des difformités, je l'appelle donc *arthralgie*. Cette dénomination, quoique neuve par sa signification générale, était déjà néanmoins consacrée dans la science par quelques applications particulières, comme l'indiquent les mots *coxalgie*, *sacro-coxalgie*, etc. En général, je ne crois pas qu'il y ait nécessité, en médecine, de créer, quant à présent, beaucoup de mots nouveaux. Ceux qui existent suffisent le plus souvent ; il ne s'agit que de les ramener, de les restreindre à leur acception naturelle, en les appliquant directement aux phénomènes pathologiques qu'ils doivent exprimer. Or, le mot *arthralgie* me semble exprimer très bien une affection de nature nerveuse, caractérisée principalement par une douleur au niveau ou autour d'une articulation, et qui ne consiste pas essentiellement dans une maladie de l'articulation elle-même, comme le donnaient à entendre les expressions d'*arthropathie* ou d'*arthrocace*. La dénomination que je propose ne préjuge rien d'abord sur la nature de l'état morbide auquel je l'applique, et ce n'est pas un de ses moindres avantages ; car, là où la cause d'un fait, médical ou autre, nous échappe, il n'y a rien de mieux à faire que de la définir par ses caractères apparens. Une telle définition, par cela même qu'elle est un peu vague et arbitraire, resterait toujours propre à représenter les phénomènes auxquels elle se rapporte, quels que pussent être sur ce point les progrès ultérieurs de la science, si déjà même son rapport exact avec la nature essentielle de la maladie ne lui donnait droit de cité définitif.

Commençons donc l'histoire empirique de l'arthralgie. Indiquons d'a-

---

C'est, en ce sens, que les prévisions de l'hygiène peuvent exercer une heureuse réaction sur la tendance initiale de la force plastique. Là est en grande partie le secret de vaincre les maladies héréditaires. Or les alliances conjugales sont les seules voies par lesquelles la réaction de l'homme puisse s'exercer sur l'empiétement de ces terribles calamités : le mariage doit donc être considéré comme un puissant instrument d'hygiène préventive. Ajoutons encore que la difficulté, dans la réalisation d'une telle chose, est loin d'être insurmontable. Les pères et mères de famille sur le point de marier leurs enfans, établissent des enquêtes sur des sujets mille fois plus difficiles et plus délicats. Et puis n'oublions pas qu'une chose paraît plus difficile à proportion du peu d'attention qu'on lui a apportée jusqu'alors. C'est surtout pour ouvrir une carrière nouvelle aux principes que nous soutenons, pour les faire apparaître au grand jour que nous leur avons consacré les chapitres qui suivent.

1° *Règles à suivre, dans la famille, pour l'assortiment des mariages et rendre ceux-ci propres à l'extinction des maladies héréditaires, et au perfectionnement physique et moral de l'homme.*

Plus nos réflexions se sont appesanties sur ce sujet, plus nous en avons reconnu toute l'importance. Il n'est aucune question politique ou industrielle qui soit plus grosse d'avenir, et dont la solution réserve plus de bienfaits à l'espèce humaine. Mais aussi on ne peut se dissimuler que les vues sur lesquelles nous allons revenir ici ne peuvent s'accomplir que dans un avenir lointain ; que pour le présent elles sont aux prises avec des difficultés sérieuses, des préjugés enracinés ; qu'elles rencontrent dans nos mœurs actuelles, dans les élémens de notre état social, une vive opposition.

Presque tous les médecins dont le nom fait autorité dans la science n'ont point hésité à appeler l'attention du législateur sur les terribles effets, pour l'espèce, de certaines unions matrimoniales, permises par des institutions trop tolérantes. Le bien général, dit Corvisart, semblerait provoquer à cet égard des lois hygiéniques, comme le moyen le plus sûr et le plus prompt de préserver l'espèce humaine de l'affreuse contagion des maladies héréditaires (1). Ne serait-il pas utile, dit un autre médecin qui pendant sa vie s'est occupé de la médecine dans ses rapports avec la législation, que tout individu prêt à contracter un mariage produisît un certificat de santé qui lui serait délivré par des médecins judiciairement constitués et assermentés ? Ce projet, ajoute le docteur Marc, n'offrira de ridicule qu'à ces esprits à la fois légers et superficiels qui ne pourront ou ne voudront en saisir toute la portée (2). Loin de nous, sans doute, la pensée de méconnaître ce que la haute dignité de notre espèce réclame de liberté pour les individus mis en état social ; mais la législation n'enfreint-elle point les lois de la physiologie, et, par conséquent, de la nature, quand elle permet, par exemple, les mariages entre les personnes saines et les personnes affectées de maladies héréditaires (3) ? La médecine est unanime sur ce point ; les difficultés sur-

(1) Traduction d'Avenbrugger, p. 163.

(2) DICT. DES SCIENCES MÉD., art. *Mariage*.

(3) Adelon, PHYSIOLOGIE DE L'HOMME, t. IV. — Le docteur Lugol, dans son

bord simplement un à un, et en dehors de toute description régulière, de toute mise en place, de toute explication, les phénomènes qu'elle présente sûrement et ordinairement; nous reprendrons ensuite ces phénomènes pour les étudier dans leur développement, leurs rapports mutuels, les rapprocher, les diviser, suivant leurs ressemblances ou leurs dissemblances, et en tirer enfin l'induction générale à laquelle ils nous paraîtront conduire.

Nos indications comprendront trois chefs: 1° les *phénomènes locaux*; 2° les *phénomènes généraux*; 3° les *phénomènes cadavériques*.

A. Phénomènes locaux.

1° Douleur. Le premier phénomène dont nous avons à traiter est la *douleur*. Mais, quoique constante, elle affecte tant de différences dans son *siége*, sa *marche*, son *intensité*, etc., qu'il est indispensable de donner à cet égard des détails dont vous pourrez, du reste, vérifier l'exactitude et reconnaître l'utilité dans la pratique. Ainsi, il est des arthralgies où le malade ne souffre que pendant une ou deux heures dans la journée; d'autres fois la douleur persiste durant quelques jours. Tantôt elle est continue, tantôt saccadée, s'effaçant graduellement ou disparaissant tout d'un coup. Dans quelques cas, je l'ai vue affecter une marche régulièrement périodique. Sa nature est encore plus variable; ce sont ici des picotemens, là un sentiment de déchirure, des élancemens sourds et profonds, etc. Presque toujours elle est influencée en plus ou en moins par les changemens d'attitude. En général le mouvement réveille la douleur. Du reste, elle peut exister à mille degrés différens. Ainsi, dans l'arthralgie de la colonne vertébrale, ce symptôme passe presque inaperçu des malades eux-mêmes; et c'est au point qu'on a proposé, pour déterminer le point du rachis qui est affecté, de promener sur la série des apophyses épineuses un linge chaud dont le contact serait nécessaire pour réveiller la sensibilité dans la région malade. Ce n'est pas non plus toujours la même partie qui est le siége des douleurs. Tantôt elles occupent l'articulation malade, et spécialement certains points de l'articulation; tantôt, au contraire, elles se manifestent sur le trajet connu d'un muscle d'un nerf où l'on peut parfaitement les circonscrire. A la tête, par exemple, on peut très souvent préciser le siége de la douleur dans les divisions du nerf occipital; à la cuisse, dans le nerf crural et ses dépendances. Ce n'est pas tout, et il est encore des différences plus frappantes. Non seulement le malade rapporte la douleur aux diverses parties d'une même articulation, mais souvent même il l'accuse dans une articulation voisine de celle qui est affectée. Ce phénomène, bien connu des auteurs et désigné par eux sous le nom de douleur sympathique, n'est pas exclusivement propre au genou où on l'a le plus souvent observé à l'occasion de la coxalgie. Il se manifeste aussi dans les autres jointures, et souvent la souffrance du coude retentit dans le poignet, celle de l'épaule dans le coude. Bien plus, la douleur ne se transmet pas toujours d'une jointure à l'autre; on la voit quelquefois s'arrêter en chemin, se développer dans la continuité d'un membre, dans la partie qui est intermédiaire aux deux articulations. Et cette circonstance est tellement dans la nature de l'arthralgie que l'on détermine souvent de la douleur vers le milieu de la cuisse, par exemple, en frappant sur un point quelconque les os de ce membre.

La douleur persiste-t-elle pendant toute la durée de la maladie? Nous l'avons principalement vue continuer jusqu'à ce que la maladie se soit terminée par difformité. Mais on peut établir d'une manière absolue que toute arthralgie s'accompagne de douleur, que celle-ci soit vive ou légère, continue ou intermittente.

En résumé, si l'on voulait se faire une idée générale et absolue de la douleur et de son caractère essentiel dans l'arthralgie, on n'y parviendrait qu'en confondant des faits fort différens. L'observation empirique permet de conclure que la douleur n'est *une* ni par le siége, ni par le degré, ni par l'intensité, ni par le mode, ni par la marche, ni par la durée: les faits, considérés en eux-mêmes, prouvent simplement qu'il y a un *ensemble* et plusieurs *sortes* de douleurs, plutôt *qu'une* douleur. Le classement et l'interprétation des phénomènes achèveront de mettre en lumière ces différences, que l'observation empirique fait prévoir seulement, mais non connaître et comprendre d'une manière distincte.

2° Changement de température. Un second phénomène de l'arthralgie est le *changement de température* de l'articulation affectée. On conçoit que ce phénomène ait vivement préoccupé les observateurs, car pour ceux qui faisaient consister l'inflammation dans la douleur, la rougeur, la tuméfaction et la chaleur, il complétait l'ensemble des signes qui pouvaient faire croire à l'existence d'une phlegmasie. En dépouillant le catalogue des observations que nous avons faites sur ce sujet, nous trouvons que la température est ordinairement plus élevée au début de la maladie, surtout quand les phénomènes ont un certain degré d'acuité. Il est des cas cependant où il nous a été impossible de constater le moindre changement de température durant la première période de la maladie. Dans les autres périodes, la chaleur est égale à celle de l'état normal, et dans quelques cas même nous avons noté un abaissement de température.

3° Gonflement. Un troisième phénomène de l'arthralgie est le *gonflement* des parties où elle siége. Ce phénomène n'a pas, comme signe, la même valeur que les précédens; car il est loin d'être constant, et il paraît sous des formes bien diverses. Tantôt il semble tenir au développement de gaz dans le tissu cellulaire sous-cutané. Tantôt c'est un véritable engorgement plus ou moins dur, uniforme ou bosselé, étendu ou circonscrit, dépressible ou rénitent. Un auteur dit que, dans cette maladie (qu'il nomme ulcération des cartilages), ce gonflement ne se développe qu'au bout de sept à huit jours. Nous allons plus loin, et d'après l'observation, nous pouvons affirmer qu'il y a des arthralgies, de courte durée, il est vrai, où la tuméfaction manque complétement. La durée de ce phénomène varie comme sa cause: le développement gazeux disparaît en peu de jours, quelquefois presque subitement; mais l'on conçoit qu'une induration bien caractérisée soit plus plus persistante et plus tenace.

Il est difficile de déterminer le siége de ce gonflement; car, n'ayant pu faire d'autopsies à cette époque de la maladie, nous sommes réduits, sur ce point, à juger par induction et d'après les apparences extérieures. Le siége nous paraît varier suivant les cas, et occuper tantôt le tissu cellulaire, tantôt l'appareil ligamenteux, les capsules fibreuses, le périoste, les os. Quelquefois tous ces tissus sont envahis simultanément: mais il est facile de prouver que tous ne le sont pas constamment. On ne pourrait soutenir, par exemple, que le gonflement occupe toujours les os, car nous l'avons parfois vu se développer en peu de jours, et disparaître ensuite aussi promptement qu'il s'était formé.

Quelques auteurs ont cru mieux faire en rapportant dans tous les cas

---

gissent seulement du mode d'application des lois. Celles-ci, en effet, ne sauraient exercer ce genre de juridiction sans compromettre la plus pure et la plus précieuse des conquêtes de la civilisation moderne, la liberté individuelle. C'est à la science qu'il appartient de préparer les voies d'une législation sur l'importante question de l'hérédité des maladies dans les familles. Mais si, jusqu'à ce jour, le législateur recule à l'idée d'intervenir directement dans une chose semblable, la famille, mieux éclairée sur ses véritables intérêts, devrait se placer d'elle-même sous la juridiction naturelle des lois de la propagation. Qu'elle ne laisse plus à des considérations de fortune ou d'ambition le soin de présider despotiquement aux mariages! Une riche écrouelleuse, un noble suspect de phthisie entrant dans des maisons saines, les infectent bien plus qu'ils ne les enrichissent. L'honneur ou le bien-être qui en rejaillit sur les races futures ne les empêche nullement de languir, de souffrir, de se consumer, et de maudire, en finissant, les nœuds intéressés et mal assortis qui ont fait leur malheur. Il faut inculquer dans l'esprit des familles comme on y inculque les vérités morales et religieuses, que leur avenir sanitaire repose en entier sur le choix raisonné des alliances. Celui-ci, qui n'est autre chose que le croisement judicieux des races, est le moyen le plus facile et le plus généralement applicable pour éteindre dans les familles le germe des maladies héréditaires; par là, les excès et les défauts se balancent, se compensent et s'entre-détruisent. Il peut être démontré, en effet, que si un homme ou une femme frappés d'une maladie héréditaire, s'allient à une personne très saine, il naîtra de cette union des enfans contaminés à un degré moindre; si ces enfans continuent à se croiser avec des races saines, leur postérité pourra n'avoir plus que des dispositions aux maladies de ses ancêtres, et ces dispositions pourront même s'effacer par un régime convenable. Mais si, au contraire, cette postérité s'allie derechef avec une race cacochyme, loin d'avancer vers la santé, ses enfans recuIeront et reprendront l'état sanitaire de leur aïeul ou bi-aïeul. Les recherches de Fodéré sur le *crétinisme* en offrent la preuve incontestable. 1° Si un mâle goîtreux, fils de goîtreux, à demi crétin, épouse une femme aussi demi-crétine, leur enfant est tout à fait crétin; 2° si, au contraire, un mâle crétin au deuxième degré épouse une femme bien constituée de corps et d'esprit, de cette union naîtra un enfant qui ne sera que fort peu crétin; et si celui-ci s'allie comme son pere, l'enfant qu'il aura sera encore moins crétin que lui; et ainsi successivement, en croisant toujours les races, le crétinisme pourra s'éteindre tout à fait dans cette famille; 3° mais si les races ne continuent pas à se croiser, et que, au contraire, le fils épouse une femme aussi crétine que lui, alors l'enfant ressemble au grand-père et non au père.

Ces principes sont applicables à toutes les maladies héréditaires que nous avons fait connaître précédemment, la nature étant invariable dans la marche et dans les lois qui fixent ses productions. On ne peut s'empêcher de déplorer que de telles vues restent sans applications et demeurent étouffées sous le poids de la routine et des préjugés. Il n'en est pas moins vrai cependant, comme nous allons le voir, qu'une œuvre semblable serait praticable, facile même, si les médecins et les pères de famille s'en préoccupaient un peu plus.

Traité des causes de la maladie scrofuleuse, a donné de larges et précieux développemens à cette thèse.

ce gonflement à un épanchement de liquide dans l'articulation. Certainement cette circonstance est réelle, elle est même assez fréquente; mais on ne saurait, sans erreur, la donner comme cause constante du phénomène. Peut-on, par exemple, admettre l'existence d'un épanchement dans les arthralgies erratiques où le mal se déplace brusquement et complètement d'une jointure à l'autre? Considérez ensuite que souvent les épanchemens existent sans qu'il y ait maladie articulaire; que d'autres fois l'arthralgie a lieu sans s'accompagner d'épanchemens; que ces épanchemens enfin sont en général assez fréquemment méconnus par les praticiens, et vous verrez qu'il est impossible de les regarder comme la cause unique du gonflement qui accompagne cette maladie. Je le répète, il est positif que souvent, dans ces cas, on observe des collections de liquide; et même pour beaucoup d'auteurs ce symptôme constituerait l'essence de la maladie, mais vous voyez que c'est seulement un phénomène tout à fait éventuel.

4° Modifications de la peau. Des modifications non moins sensibles ont lieu du côté de la peau. Elle devient sèche, écailleuse, furfuracée, terreuse, perd sa souplesse et diminue d'épaisseur. Et ce ne sont pas seulement ses propriétés physiques qui changent, elle subit des altérations non moins marquées dans sa texture et sa vitalité. Souvent nous avons constaté qu'aux environs du siége du mal, le tégument a perdu de sa sensibilité; et il nous est souvent impossible de faire naître dans ce point des pustules par les frictions avec la pommade stibiée, même en la composant avec des proportions égales d'émétique et d'axonge. Ajoutons que, malgré cette atonie apparente, cette langueur des forces vitales, il arrive parfois que le système pileux prend un développement considérable dans la partie malade. Un autre phénomène assez important à noter, c'est le *changement de couleur* de la partie malade. Il ne se présente cependant pas constamment; car, bien qu'on ait donné à l'affection arthralgique le nom de tumeur blanche, il est certain que souvent, et principalement au début, la surface de l'articulation conserve sa teinte naturelle. Cependant en général, à une période plus avancée, la peau devient d'un blanc mat, prend un aspect luisant, et sa blancheur est alors d'autant plus apparente qu'elle contraste vivement avec la couleur sombre des veines tuméfiées qui se dessinent à travers son épaisseur. L'amincissement de la peau permet aussi parfois d'apprécier l'état de congestion du tissu sous-cutané.

5° Attitudes. La position spéciale et plus ou moins permanente des parties avait été signalée depuis longtemps dans certaines formes et variétés de l'arthralgie. Cependant on était loin d'accorder à cet ordre de phénomènes la valeur et la signification qu'ils ont. L'explication qu'on en donnait prouve au contraire qu'on n'y attachait aucune importance diagnostique. On disait que le malade prenait de lui-même l'attitude qui lui convenait le mieux pour calmer ou prévenir les douleurs. Ce n'est pas cela. La considération des attitudes dans les arthralgies est de la plus haute importance : elles constituent en effet un ordre de phénomènes réels, caractéristiques, symptomatiques de l'affection, et non pas des effets passifs et accessoires de la maladie. Ainsi que je l'ai dit dans la précédente conférence, il y a, dans le phénomène en question, une foule de circonstances dont la théorie des attitudes passives ne pourrait rendre compte et qui suffisent pour la ruiner. Ainsi on trouve souvent des positions telles que le sujet ne saurait ni les prendre ni les garder, dans la limite des effets physiologiques. Telles sont la *flexion en sens inverse* (*extension exagérée*) de la jambe sur la cuisse, l'*abduction* fixe de la cuisse sur le bassin, toutes attitudes que nous avons plusieurs fois observées, et qui, loin de soulager les malades, ne peuvent au contraire se conserver sans les fatiguer extrêmement. En outre, cette position est *fixe*, et quand on veut la changer, on éprouve de la résistance et l'on sent le membre bridé par des obstacles permanens.

6° Contracture musculaire. La contracture musculaire accompagne toujours ou presque toujours l'arthralgie, et c'en est un des phénomènes les plus importans et les plus significatifs. Mais jusqu'ici aucun auteur n'avait tenu compte de cet ordre de faits, au moins d'une manière explicite et rationnelle. Par cela même qu'on n'avait donné aucune attention aux attitudes, on avait méconnu le fait primordial auquel elles sont liées. Mais établissons d'abord l'existence de la contracture comme fait, comme phénomène propre aux arthralgies.

Quand on examine attentivement en quoi consiste l'obstacle ou les obstacles qui s'opposent à ce que les parties quittent leur attitude vicieuse et reprennent leur attitude normale, on peut s'assurer que ce n'est pas un obstacle osseux, articulaire, en un mot, que l'articulation n'est pas ankylosée, car le mouvement est souvent possible dans divers sens et directions; il n'est impossible que dans une seule : ainsi, le fémur peut être fléchi, étendu, porté dans l'abduction; mais bridé dans ce dernier sens, il ne peut être ramené en dedans : l'*adduction* est impossible. La résistance ne vient pas non plus d'une contraction physiologique involontaire provoquée par l'appréhension de la douleur; car souvent on ne trouve, au milieu d'une région entière, qu'un seul muscle, ou, au sein d'une masse musculaire, qu'un seul faisceau qui offre de la tension. Par exemple, dans la flexion du genou, nous avons fréquemment vu le demi-tendineux dur et raccourci, tandis que le droit interne et le biceps avaient leur mollesse normale et *vice versâ*; de même nous avons vu un seul adducteur tendu, les deux autres restant relâchés et dépressibles.

Il est encore une remarque qui confirme la vérité de cette doctrine. C'est que, non seulement le raccourcissement n'occupe que certains muscles d'une région et non pas ceux de la région tout entière, mais encore on s'aperçoit qu'en faisant effort pour corriger la position vicieuse, la douleur que développe ce mouvement a son siége, non pas dans l'articulation, mais sur le trajet d'un muscle auquel il est très facile de la limiter. Les pathologistes avaient déjà noté, dans les maladies articulaires, certains phénomènes qui auraient dû mettre sur la voie de cet ordre de caractères; ainsi, dans la coxalgie, on connaissait l'alongement et le raccourcissement du membre et l'inclinaison du bassin, tous phénomènes propres à faire soupçonner une action musculaire; mais on les attribuait à d'autres causes. J'accorde, si l'on veut, que ce seul fait, considéré isolément, dans cette seule articulation, pouvait, jusqu'à un certain point, être attribué à une attitude volontairement prise par le sujet. Mais l'attention aurait dû au moins être éveillée par ce qui se passe, en des circonstances analogues, dans d'autres parties du corps. On voit, par exemple, sous l'influence de l'affection qui nous occupe, les épaules fortement portées en avant, la tête renversée en arrière au point que l'occiput s'applique sur la base du cou, et une foule d'autres attitudes bizarres, forcées, extra-physiologiques, que vous avez pu observer ici. Ce ne sont là, vous le comprenez, ni des effets d'une position prise par le malade, ni le produit exclusif d'une modification matérielle dans la structure des parties articulaires, mais l'effet de la contracture ou de la paralysie des muscles, c'est-à-dire une consé-

---

Afin de ne rien laisser au hasard pour accomplir en toute sécurité un acte sur lequel repose l'avenir d'une ou de plusieurs générations, il est bon de remonter le plus haut qu'il sera possible dans l'histoire médicale de la famille dont un membre est sur le point de contracter une alliance, et d'y rechercher, pour ainsi dire, le type originel de la santé des parens ascendans. Cela demande sans doute, de la part des familles, des attentions inquiètes, des recherches suivies et bien réfléchies; mais ce travail est de toute rigueur. Ce premier problème étant une fois résolu, il faudra en résoudre un autre, moins compliqué, à la vérité : il ressortira de la comparaison du degré de force, de santé respectif des deux futurs conjoints. Il faudra peser, dans ce cas, leurs affinités physiologiques, si nous pouvons nous exprimer ainsi; les différences dans leurs tempéramens, dans leurs modes d'être affectés. Nous reconnaîtrons facilement qu'une telle appréciation, qui roule en partie sur des données physiologiques et médicales, ne peut être laissée au libre arbitre du père de famille. Malgré son activité et son bon vouloir, ne pouvant juger que par des caractères superficiels, par des renseignemens incomplets, soit de l'état sanitaire de sa propre famille, soit des prédispositions du sujet auquel il veut unir son fils ou sa fille, sa sollicitude sera sujette à des mécomptes, dans le choix de l'individu chargé de perpétuer son nom avec son existence. L'intervention directe d'un homme de l'art est ici nécessaire : il faut, à tout prix un ami véritable, et mieux que cela, un médecin de la famille.

Il faut, autant que possible, raisonner, au point de vue physiologique, le mariage qu'une famille se propose. S'il est d'usage, dans les deux parties qui sont sur le point de contracter une alliance, de s'appesantir longuement sur le degré de convenances sociales, sur les affaires d'intérêt; de prendre des garanties légales pour la conservation du patrimoine, il est plus urgent encore de prendre des sûretés pour l'avenir sanitaire de la progéniture qui est le but final de tout mariage. L'application des lumières de la physiologie au choix des alliances donne un premier principe qui est : l'antagonisme raisonné des tempéramens. Il est bien clair, en effet, que si l'on veut corriger leurs extrêmes dans les familles, et les rendre des tempéramens moyens, on ne saurait mieux faire que de les croiser par les mariages, en unissant, par exemple, les sujets lymphatiques aux sujets bilieux, et les sanguins aux nerveux, etc. Le produit de ces sortes de mélanges doit donner des tempéramens mixtes, des tempéramens qu'on poura appeler vraiment tempérés : et par cet artifice, toutes les maladies auxquelles les tempéramens extrêmes donnaient auparavant des dispositions héréditaires, seront en un petit nombre de générations tout à fait et nécessairement abolies (1).

Un second principe ressort de l'application de la science médicale au croisement des races : l'antagonisme des maladies ou des prédispositions originelles. Il faut, dans certains cas, opposer les maladies les unes aux autres, les mettre par là en une espèce de combat singulier, dans lequel elles puissent s'attaquer et se détruire mutuellement. Cette proposition peut surprendre d'abord, et même paraître paradoxale. Mais au fond elle n'a rien que de naturel et de très conforme aux lois de l'économie animale : la prédisposition aux maladies caractérisées par l'atonie, la langueur, est efficacement combattue par la prédisposi-

(1) Alexis Pujol. Des maladies héréditaires, p. 348.

quence immédiate de la maladie elle-même, un ordre de caractères qu'on doit regarder comme une des manifestations actives de la lésion qui constitue l'arthralgie.

La contracture musculaire existe donc en tant que phénomène actif et primitif de l'arthralgie. Cette conclusion, qui résulte de l'interprétation des faits qui précèdent, est établie plus directement encore par l'examen de l'état matériel des muscles. La contracture, c'est le raccourcissement spasmodique actif du muscle, caractérisé par une tension prononcée, permanente et souvent douloureuse. Pour qu'on ne puisse pas confondre la contracture avec la contraction involontaire, il suffit de rappeler la remarque que nous présentions tout à l'heure à un autre point de vue, à savoir que souvent, au milieu de muscles qui conservent leur tension normale, ou qui sont même relâchés, quelques muscles ou faisceaux musculaires contracturés contrastent par leur consistance et leur dureté spéciale. Ils sont contracturés.

Il est une autre remarque qui, en même temps qu'elle ajoute aux faits qui précèdent un nouveau fait, tend à les mettre complètement hors de doute. La contracture, ainsi que nous l'avons établi depuis longtemps d'une manière générale, n'occupe pas seulement les muscles, les faisceaux musculaires proprement dits, elle siége encore dans leur portion fibreuse, dans les tendons eux-mêmes. Ainsi, il est certain que, dans certaines arthralgies, dans celles du genou ou du pied par exemple, la contracture occupe les tendons qui sont compris dans la sphère de l'arthralgie. Or, il est bien évident qu'ici ce n'est pas la contraction physiologique, mais bien un phénomène pathologique proprement dit.

7° Impotence; paralysie. Il existe encore un ordre de phénomènes propres aux arthralgies qui avaient été complètement méconnus. Vous avez pu vous convaincre, par un grand nombre de faits qui ont passé sous vos yeux, que, dans certaines arthralgies, de la hanche ou de l'épaule par exemple, les malades ne peuvent faire exécuter le moindre mouvement aux parties. Ce phénomène avait été méconnu parce qu'on s'était complètement mépris sur sa véritable nature. Des malades ne pouvaient-ils remuer les membres affectés, c'est qu'ils en étaient empêchés par la douleur. L'idée erronée qu'on avait du fait empêchait qu'on ne vît le fait lui-même. Mais il suffit, pour combattre tout à la fois cette fausse explication et restituer au fait qu'elle avait dénaturé son véritable caractère, d'avoir égard aux trois remarques suivantes.

Premièrement. Il est possible d'imprimer, sans douleur aucune, au membre affecté, le mouvement que le malade ne peut effectuer de lui-même.

Secondement. Souvent le malade peut effectuer de lui-même, dans une, deux, trois directions, des mouvemens qui lui sont complètement impossibles dans une quatrième, quoique dans aucune il ne ressente de douleur.

Troisièmement. Lorsque les symptômes aigus de l'arthralgie ont été dissipés, qu'il n'existe absolument plus aucune douleur, il arrive assez souvent que l'impotence persiste. Le malade ne peut encore lever l'épaule ni la cuisse, s'il s'agit d'une arthralgie de l'épaule ou de la hanche.

Ces trois remarques peuvent-elles laisser aucun doute sur l'existence réelle d'une impotence essentielle due à une paralysie de certains muscles dans l'arthralgie? Nous ne le pensons pas. S'il pouvait rester encore quelque incertitude à cet égard, elle serait dissipée par les développemens ultérieurs que nous présenterons. Vous remarquerez que nous ne faisons pour le moment que le simple inventaire des phénomènes locaux des arthralgies. C'est la formule historique des élémens de la maladie que nous vous présentons, sans considération aucune de leur liaison, de leur origine, de leurs rapports; en un mot, nous les dégageons entièrement de toute interprétation théorique. Or, lorsque nous en viendrons à leur mise en œuvre, vous verrez comment ces lettres, isolées jusqu'ici, acquerront de signification, comment les mots, que par leur rapprochement et leur ensemble elles sont destinées à produire, deviendront clairs et significatifs. Mais n'anticipons pas sur les faits.

B. Phénomènes généraux.

Les phénomènes généraux des arthralgies, considérés au point de vue de l'observation pure, avaient été notés aussi incomplètement et aussi inexactement que les phénomènes locaux. Y avait-il fièvre, fièvre continue, paroxismes fébriles? y avait-il des exacerbations périodiques ou non? des complications céphalalgiques, gastriques, en un mot, des phénomènes généraux? et ces phénomènes offraient-ils, dans leur manifestation, une physionomie propre, particulière, caractéristique? Voilà ce que vous ne trouverez nulle part, je ne dirai pas résolu, établi, mais même mis en question. Et la raison en est simple: chacun, se formant une idée différente de l'arthralgie, en déduisait à son sens plutôt qu'il n'observait réellement les phénomènes généraux; et ceux qui observaient réellement, n'étant préoccupés que d'une forme particulière de cette dernière, réduisaient à ce qu'ils avaient vu le cadre des faits appartenant à l'histoire entière de l'affection. Disons néanmoins, et sans aucune préoccupation théorique, ce qui se passe en fait de symptômes généraux dans l'arthralgie.

Tantôt on observe de la fièvre, même une fièvre intense; tantôt le pouls reste calme. Dans un grand nombre de cas, il y a des exacerbations nocturnes qui plongent les malades dans une grande agitation; ils rêvassent, se plaignent à leur insu; on bien ils sont réveillés par une forte fièvre et des douleurs excessives qui leur arrachent des cris. Ces exacerbations arrivent souvent à la même heure, au commencement du sommeil. Elles sont toujours précédées ou accompagnées d'une augmentation de la douleur arthralgique. Parfois elles sont accompagnées et suivies d'une chaleur intense, de sueurs, mais non précédées ni suivies de frissons. Il y a très souvent rémission complète le jour. Nous verrons plus tard les conditions particulières auxquelles se lient ces différens phénomènes généraux. Nous vous rappelons à dessein que, pour le moment, nous ne faisons que l'inventaire des phénomènes d'observation pure.

Du côté des voies digestives, on remarque le plus souvent de l'anorexie, des complications gastriques. La langue est sale, couverte d'un enduit muqueux ou bilieux. Parfois elle est rouge piquetée. Mais, dans le plus grand nombre des cas, elle est simplement chargée.

Il existe parfois des symptômes d'affection tuberculeuse de la poitrine et même des intestins. Enfin, l'on observe plus rarement les désordres cérébraux que les auteurs rapportent à la méningite tuberculeuse.

C. Phénomènes cadavériques.

L'autopsie révèle des altérations importantes, dont les unes avaient été omises, les autres systématiquement regardées comme constituant la cause première de la maladie. Nous allons les étudier successivement, soit dans les tissus qui composent l'articulation, soit dans les parties qui l'environnent.

---

tion aux maladies contraires, qui se traduisent par une sorte d'excitation fébrile.

Ainsi, des sujets nés dans des familles où la faiblesse de constitution est héréditaire, où la cachexie domine, devront s'unir à des individus robustes, mais qui, par droit d'hérédité, semblent spécialement destinés aux affections inflammatoires. Pourquoi, dit Portal, ne pas chercher dans des familles à la fibre solide et à physique, pour ainsi dire, impassible, des individus pour unir à ces machines frêles et délicates, qui ne se meuvent presque que par des convulsions? Toujours là où l'on veut obtenir un produit moyen, il faut réunir par les mariages, le plus et le moins, le trop et le trop peu. l'excès et le défaut.

Ce principe qui se tire des contrastes physiologiques doit également trouver son application lorsqu'il s'agit de caractères purement physiques. Il faut avoir, en ce sens, une grande attention à la différence ou à la réciprocité des figures de l'homme et de la femme, et corriger, s'il est possible, les défauts de l'un par les perfections de l'autre. On doit éviter de faire des mariages disproportionnés par la taille; il ne faut pas unir un petit homme avec une grosse femme, ou un gros homme avec une grosse femme, parce que le produit serait mal proportionne ou difforme. Il y a des nuances qu'il faut suivre, dans la nature, des règles dont il est dangereux de s'écarter quand on aime le beau. « Il ne faut donc pas, dit Vandermonde, assortir un borgne avec une femme qui a l'usage de ses deux yeux; un homme bien fait avec une boiteuse, ou, ce qui est encore plus à craindre, un sourd avec une aveugle. Tous ces assemblages sont contraires à la belle nature, et le produit qui en doit résulter ne peut être du beau. Ces défauts deviennent héréditaires et se perpétuent de race en race, de façon qu'il est très difficile de les détruire; il faut plusieurs générations choisies pour les effacer (1). »

Il est notoire, par exemple, que l'aliénation mentale et l'épilepsie sont héréditaires dans une famille; chez quelques parens ascendans, on a vu tantôt la folie la plus franche, tantôt des bizarreries de caractère, tantôt des maladies convulsives. On dira dans ce cas qu'un père ferait mieux de ne pas marier son fils ou sa fille. Mais les représentations les plus sensées échouent devant la force de sa volonté. Ce mariage est un mal; il s'agit d'en atténuer le plus possible les mauvais effets. Si le père ne se fait pas illusion, quelle sera donc sa conduite à tenir pour qu'un mariage auquel il tient par dessus tout ne soit pas, pour sa postérité, une source de contagion? Evidemment, il ne peut unir son fils et sa fille à un sujet que lui recommandent seulement et les convenances sociales et la position de fortune. Il devra par dessus tout rechercher une famille où règne, de temps immémorial, un état de calme et de régularité dans le rhythme de la vie nerveuse, dont les membres se distinguent en général par la solidité du jugement, la modération dans les idées. C'est dans le sein d'une famille où les sujets sont plutôt apathiques que doués d'une imagination brillante, plutôt froids qu'emportés, qu'il trouvera l'époux ou l'épouse qui sont destinés à contrebalancer le développement et les ravages de la surexcitation nerveuse inhérente dans sa propre famille. C'est ainsi qu'un mariage bien entendu au point de vue sani-

(1) Essai sur la manière de perfectionner l'espèce humaine; t. 1, p. 86. Paris, 1756.

Peau. Dans certains cas, la *peau* est amincie, véritablement atrophiée, souvent adhérente et presque confondue avec le tissu cellulaire sous-jacent.

Tissu cellulaire. Parfois il a subi un développement particulier, une induration qui change à la fois son épaisseur et sa consistance, il est devenu moins souple, friable et en quelque sorte cassant sous la pression.

Muscles. Quelques altérations du système musculaire avaient déjà été signalées; l'on avait noté le raccourcissement, la décoloration, l'infiltration purulente ou séro-purulente des faisceaux charnus contigus. Pour nous, nous avons pu observer dans les muscles d'autres modifications aussi nombreuses qu'importantes : changemens de *forme;* car, en perdant de leur volume, ils deviennent plus ramassés, plus arrondis, sans cependant que cet effet compense la perte de volume qu'ils éprouvent bien manifestement. Changement de *direction;* leurs points d'insertion n'ayant plus les mêmes rapports et les muscles tendant toujours à se mettre en ligne droite entre ces points, ils se soulèvent, distendent leurs gaînes fibreuses, et viennent faire saillie sous la peau. Changement de *dimensions;* le raccourcissement est presque constant et beaucoup plus considérable qu'on ne l'avait cru jusqu'ici. Changement de *texture;* tantôt ils conservent en grande partie leur apparence normale, leur coloration rougeâtre; tantôt, au contraire, ils sont violacés, comme infiltrés de sang veineux; dans d'autres cas, ils ont subi la transformation fibreuse; leur aspect contraste alors avec celui des parties voisines, et souvent, participant aux priviléges du tissu dont ils ont pris tous les caractères (au tissu fibreux), on les trouve conservés et restés seuls intacts au milieu d'un foyer de parties entièrement détruites par la suppuration.

Vaisseaux. Les vaisseaux voisins de l'articulation n'offrent pas des altérations moins intéressantes à étudier. D'abord les altérations (infiltration, suppuration, induration, etc.) du tissu cellulaire peuvent s'étendre aux parois des vaisseaux, envahir leur gaîne et devenir le principe de lésions nombreuses en même temps qu'elles diminuent leur résistance et leur souplesse. Mais ce n'est pas tout; les abcès du tissu cellulaire sous-aponévrotique déterminent quelquefois, en se cicatrisant, des adhérences des vaisseaux avec les parties profondes, ce qui diminue d'autant la longueur du tube vasculaire. Or, cette notion a une application immédiate et importante en pratique. Lorsque, dans les difformités par simple rétraction musculaire, on soumet les membres déviés à une extension plus ou moins brusque, on sait que les vaisseaux sont sains et flexueux; on peut ainsi compter sur la faculté qu'ils ont d'éluder les causes de rupture en développant leurs flexuosités, ordinairement augmentées dans l'angle des déviations. Ici, au contraire, et avec les conditions de brièveté et de fragilité que nous avons indiquées, il est évident qu'on ne saurait porter un peu loin des efforts brusques de redressement, sans s'exposer à une solution de continuité des artères. Nous vous soumettons cette remarque par anticipation, pour vous montrer l'importance, dans ce cas, de l'anatomie pathologique.

Nerfs. Il n'existait jusqu'ici dans la science aucune observation sur l'état anatomique des nerfs dans les arthralgies. Par des motifs tout particuliers dont vous comprendrez plus tard l'importance, j'ai examiné avec la plus grande attention l'état des principaux cordons nerveux avoisinant le théâtre des arthralgies. Mes observations ont porté plus spécialement sur les nerfs de la cuisse. Or, j'ai trouvé plusieurs fois le nerf crural tendu, raccourci, gonflé et notablement induré. Dans quelques autres circonstances, je l'ai trouvé manifestement ramolli, rougeâtre, et toujours gonflé. Enfin, dans quelques cas plus rares, il était à moitié détruit au milieu des autres parties molles, qui étaient d'ailleurs notablement altérées par la maladie principale. Je n'omettrai pas d'ajouter, comme une particularité digne de remarque, que, dans aucune circonstance où j'ai rencontré la tension, le raccourcissement ou l'induration, en un mot des altérations du nerf crural autres que celles résultant de leur immersion dans un foyer purulent, je n'ai rien noté d'analogue dans le nerf sciatique du même côté. Cette exclusion est un fait que je vous signale et dont jusqu'ici je ne saurais encore me rendre compte. Seulement j'ajouterai qu'elle concorde avec ce qui s'observe sur le vivant. En effet, j'ai rencontré fréquemment, chez les sujets atteints d'arthralgie, de la douleur, de la tension, et une certaine consistance du nerf crural, alors que le sciatique était parfaitement indolore.

Ligamens. Sont souvent raccourcis, appliqués et collés contre les surfaces osseuses. Dans ces cas, ils sont durs, consistans. Dans d'autres cas, ils sont ramollis, tuméfiés. Enfin, nous les avons rencontrés, dans des circonstances exceptionnelles, tout à fait ossifiés.

Capsules articulaires, fibreuses et synoviales. Ont offert tous les genres et tous les degrés d'altération. Tantôt parfaitement saines, tantôt presque détruites, on y rencontre tous les degrés de l'injection vasculaire jusqu'à l'état fongueux; toutes les phases de l'inflammation suppurative, depuis la sécrétion purulente simple jusqu'à la réduction en putrilage. Mais aucune de ces altérations n'est constante; nous rattacherons plus tard cette grande diversité de faits aux élémens étiologiques différentiels qui les produisent.

Quoique ce ne soit pas le lieu de nous arrêter ici sur ce point d'anatomie générale, nous dirons cependant qu'il est bien difficile de déterminer anatomiquement quelle est la véritable constitution de cette synoviale dont on a fait ressortir l'importance dans les maladies articulaires. Pour moi, cette membrane n'est autre qu'un feutre composé des lamelles les plus internes du tissu cellulaire voisin de l'articulation, lamelles condensées par la pression et les frottemens, qui leur ont donné l'aspect lisse et la résistance dont on a argué pour les considérer comme de véritables membranes. Voyez en effet ce qui se passe dans toute région où un muscle, un tendon glisse contre un os : partout où il y a frottement assez prolongé au sein d'un espace clos, une synoviale s'établit de toutes pièces, et vous pouvez presque en provoquer à volonté la formation. Sans entrer pour le moment dans d'autres développemens, ce qui précède suffira pour vous montrer qu'on a peut-être tort d'assigner aux synoviales un rôle aussi important dans la production des maladies articulaires.

Cartilages. Les altérations des cartilages peuvent se grouper sous trois types bien distincts. Ou bien, il y a destruction du cartilage dans toute la surface articulaire, comme s'il avait été dépouillé; c'est comme une sorte de dissolution chimique par suite d'une macération prolongée dans le liquide plus ou moins actif qui remplit l'articulation. Ou bien le cartilage a subi une usure toute mécanique sous l'influence des frottemens anormaux qu'il a eu à supporter, ou de l'action dissolvante exercée sur sa face adhérente par les liquides infiltrés entre l'os et lui, ou par les petits tubercules miliaires qu'on rencontre quelquefois dans ce point. D'autres fois enfin, la lésion est essentielle; car bien qu'on ait nié l'organisation des cartilages articulaires, bien qu'elle me semble à moi-même peu probable dans l'état normal, il est hors de doute cependant, et cela est démontré par de nombreux exemples, que sous l'influence de conditions

---

taire peut devenir un correctif de bien des maux et quelquefois un véritable remède.

La même conduite est à tenir pour les autres maladies héréditaires dont on veut étouffer le germe dans la famille. Quelle prudence, quelle circonspection sont nécessaires dans le choix d'un époux, pour la jeune fille prédisposée, et par sa famille et par sa propre constitution, à la phthisie pulmonaire! Dans ce cas, la première chose à faire, c'est de recourir à une famille pure de tout vice scrofuleux et de tout vice rachitique, au milieu de laquelle la consomption pulmonaire n'a apparu qu'à de rares intervalles, comme un phénomène isolé (car, de nos jours, il serait impossible de trouver une seule famille où cette cruelle maladie n'ait point fait quelques ravages). Après cela, on devra opposer, autant qu'il sera possible, d'après les principes émis précédemment, le tempérament au tempérament, la constitution à la constitution. Si le sujet a la poitrine étroite et aplatie, si les muscles qui la recouvrent sont flasques et émaciés, ce serait une imprudence blâmable que de ne point rechercher à l'unir à une personne douée d'un beau développement de la charpente thoracique.

Disons en passant quelque chose de la transmission à la femme d'une affection constitutionnelle héréditaire chez le mari; ce mode singulier de transmission mérite d'être connu. La femme qui s'allie à un homme d'une faible constitution, appartenant à une famille où règne la phthisie pulmonaire, court les plus grands risques et peut elle-même succomber à cette affection, lors même qu'elle n'y serait nullement prédisposée. Voici une observation authentique qui nous a été transmise par un de nos confrères les plus éclairés :

« M. X..., issu d'une famille où la phthisie a fait périr successivement son père et plusieurs de ses frères et sœurs, présente lui-même les indices d'un tempérament très lymphatique et d'une constitution appauvrie. Cependant, grâce à son travail et à ses talens, il a pu s'élever à une position sociale qui lui a permis d'opposer les bons soins de l'hygiène à la prédisposition originelle. Celle-ci est demeurée à l'état de germe, sous l'influence d'une bonne nourriture, de bons vêtemens, d'une bonne habitation, etc. M. X... se marie à une demoiselle appartenant à une famille très saine, douée elle-même des plus beaux attributs du tempérament bilioso-sanguin, brune, forte. A peine est-elle enceinte qu'elle commence à dépérir; les caractères de la phthisie se dessinent de jour en jour et deviennent plus marqués vers la fin de la grossesse. L'accouchement accompli, elle succombe après avoir donné le jour à un enfant scrofuleux. »

De pareils exemples sont peut-être plus fréquens qu'on ne le pense; et sans avoir recours à l'hypothèse de la contagion de la phthisie (hypothèse que nous ne rejetons point complètement, du reste), quelques données puisées dans la physiologie peuvent les expliquer. Dans ces cas, l'on doit supposer que l'embryon produit par l'organisme du père est atteint de la viciation héréditaire; la mère recevant le sang qu'elle lui a fourni d'abord subit peu à peu les atteintes de l'infection; le fœtus qu'elle nourrit et qui se développe dans ses entrailles est littéralement pour elle un foyer d'infection. On conçoit aisément que la maladie cancéreuse, la syphilis, peuvent se transmettre de la même manière. Bien plus, des faits positifs, mais inexplicables, qui se rapportent à la génération, portent à croire à la possibilité des résultats suivans : un principe morbide, comme la syphilis, par exemple, communiqué une fois au corps d'une femme, peut exercer son influence sur plusieurs ovules et continuer à se manifester sur les fruits des gros-

pathologiques, ils se vascularisent au point de se tuméfier et de donner ensuite naissance eux-mêmes à des végétations, à des productions fongueuses : en un mot, ils prennent le caractère d'organisation du tissu dans lequel ils se transforment.

Le périoste est parfois aussi dans un état pathologique; mais ses altérations sont ordinairement secondaires, et résultent d'extravasations de liquides ou d'un dépôt de matières hétérogènes qui se placent entre l'os et lui.

Os. Il nous reste maintenant à étudier l'affection osseuse. Elle a fait déjà l'objet de nombreuses recherches, mais on lui avait jusqu'ici donné des noms très divers et qui témoignent même par leur signification toute spéciale que la maladie n'avait point encore été envisagée sous un point de vue général, comme nous le faisons ici. Ainsi, on avait parlé de *carie*, d'*ostéite*, de *fongus*, de *tubercules*, de *dégénérescence cérébriforme* ou *lardacée*, de *ramollissement*, d'*arrêt de développement*, etc. Eh bien! ces différens états existent bien réellement et se rencontrent même assez communément dans la maladie que nous décrivons : mais quoiqu'on les y retrouve tous, sans en excepter un seul, dans certaines conditions particulières, ce n'est pas à dire pour cela qu'aucun d'eux mérite d'être considéré comme l'élément primitif et unique de l'affection arthralgique. Il est cependant utile de dire un mot de chacune de ces lésions, puisqu'elles se trouvent si souvent liées à celles que nous venons de décrire dans les autres tissus.

L'*hypertrophie* de l'os existe presque toujours; mais la portion du squelette qu'elle envahit ne se borne pas seulement à augmenter de volume : elle subit, en outre, des changemens dans sa forme et sa structure. L'altération que nous appelons hypertrophie est donc en quelque sorte l'analogue de ce qui est décrit dans les auteurs sous le nom de fongus. Elle est caractérisée par une raréfaction du tissu osseux, dont les cellules deviennent plus spacieuses; et souvent, loin de se borner aux extrémités articulaires, cette affection s'étend à toute la diaphyse de l'os; ce qui, pour le dire en passant, explique comment les sujets atteints d'arthralgie sont très exposés aux fractures, et à des fractures dont la consolidation est difficile.

La *carie*, beaucoup plus rare qu'on ne le pensait à une époque où on confondait ses effets avec ceux des tubercules, se rencontre néanmoins dans plusieurs cas. On reconnaît sa présence à ce que la surface osseuse est dépouillée de son cartilage, érodée, inégale; le tissu osseux lui-même est ramolli, dépressible et ne contient pas de tubercules. Si l'articulation renferme un liquide, il ne présente aucun des caractères auxquels se distingue le pus provenant de la fonte des tubercules. Voilà des caractères qu'on peut rationnellement rapporter à la carie. Nous devons faire nos réserves cependant; car il ne serait pas impossible que les altérations que nous venons d'indiquer ne fussent que des résultats de la présence longtemps prolongée d'un liquide pathologique dans l'articulation.

L'*affection tuberculeuse*, bien décrite dans ces derniers temps, est de beaucoup la plus fréquente. Je l'ai rencontrée sous trois formes : tubercules enkystés dans le tissu spongieux; infiltration tuberculeuse; tubercules développés entre les ligamens, sous le périoste, hors de la synoviale, en un mot, à l'extérieur de l'os et faisant saillie à sa surface. Ils sont aussi placés quelquefois sous les cartilages d'encroûtement, et les soulevant alors au fur et à mesure de leur développement; ils apparaissent dans la cavité articulaire sous forme d'un champignon à base large, à sommet conique; dans ce cas, ils finissent ordinairement tôt ou tard par faire irruption dans l'intérieur de la capsule. Ce qui permet surtout de différencier la carie d'avec le tubercule, c'est que, autour des points où celui-ci est déposé, le tissu osseux ne perd rien de sa consistance ni de sa dureté; au contraire, les parties creusées par le tubercule sont souvent d'une résistance plus que normale, qui contraste avec la texture du reste de l'os. C'est une sorte de condensation des lames, d'éburnification, qui ne se retrouve point dans la carie. Ce phénomène montre que, dans la tuberculisation osseuse, il n'y a pas seulement dépôt d'un produit etranger, mais altération bien manifeste de structure des parties où il siége.

Ces lésions si variées des ligamens, du tissu cellulaire, de la synoviale, des os, etc., s'accompagneot fréquemment d'un phénomène commun: les abcès intra-articulaires. Mais l'abcès lui-même présente des différences importantes dans son développement, ses symptômes, sa marche, sa durée. Tantôt il est aigu, provoque de la douleur, parcourt rapidement ses périodes (abcès chaud des auteurs); tantôt il se forme lentement, reste indolent, et persiste dans le même état des mois et des années entières. Ces différences, on les avait bien notées avant nous, mais on ne les rapportait point à leurs causes spéciales; et faute d'avoir apprécié les circonstances si diverses où se manifestent les abcès, on se contentait d'indiquer leurs caractères variables sans se rendre compte des conditions qui donnent lieu à cette variabilité. Les explications dans lesquelles nous entrerons à cet égard montreront combien il importe d'insister sur l'étude des causes, quand on veut approfondir l'histoire d'une affection à formes aussi multiples.

Il n'est pas douteux que, dans certains cas, les os ne perdent de leur consistance, qu'ils ne soient comme atteints d'une espèce particulière de ramollissement, comme si un liquide infiltré avait détruit les conditions de leur texture et de leur résistance normales. Le bassin, dans la coxalgie, en offre parfois des exemples. Ajoutons, pour terminer ce qui a trait aux altérations du squelette, que souvent l'os est frappé d'une espèce d'atrophie en longueur, espèce d'arrêt de développement qui fait qu'on le trouve plus court d'un tiers que celui du côté opposé, à la suite d'anciennes et profondes arthralgies.

Tel est le catalogue purement empirique des phénomènes locaux, généraux et cadavériques de l'arthralgie. C'en est la simple *formule historique*, composée, comme nous l'avons dit, avec les matériaux traditionnels épurés de la science, et avec les produits de notre observation personnelle. Vous avez vu que nous nous sommes abstenu très rigoureusement jusqu'ici de toute interprétation, de toute classification, et même de tout rapprochement propre à mettre le fait différentiel en regard de la condition étiologique qui le domine. C'est que nous voulions avant tout faire la part de l'observation pure, dégagée de toute préoccupation. Enregistrer le fait, le fait important aussi bien que l'accessoire, le primitif comme l'intercurrent, le consécutif comme l'accidentel, les uns et les autres indistinctement : tel nous paraît devoir être, avant tout, le rôle de l'historien impartial et sévère de la science. La formule historique d'abord, les formules pathologique et étiologique après. Sans doute que la première voie seule ne conduit pas bien loin; mais elle est un guide, un moyen préventif contre l'erreur et les conceptions systématiques arbitraires. Or, ce serait déjà un service rendu que d'avoir rapproché, réuni dans un seul cadre tous les élémens de fait appartenant à une même maladie, ob-

---

sesses à venir, lors même que la fécondation a eu lieu par un homme en parfaite santé, et que la mère s'est trouvée exempte de toute maladie. Ainsi, lorsque la jument arabe du comte Morton fut saillie par le *Quagga*, non seulement le mulet qui fut engendré porta les caractères du père, mais lorsque par la suite cette même jument fut saillie par un autre arabe, et en eut des poulains à plusieurs époques, deux de ces poulains offrirent des qualités particulières manifestes du *Quagga*, en même temps qu'ils eurent des marques de leur origine arabe (1). Le physiologiste anglais Mayo rapporte qu'un fait semblable a été observé par Giles sur une portée de cochons qui fut de la même couleur qu'une portée antérieure engendrée par un sanglier (2). Il peut donc se faire qu'une veuve bien portante, mariée en secondes noces à un époux irréprochable sous le rapport sanitaire, ait de cette union des enfans entachés d'un vice héréditaire inhérent à son premier époux.

On peut dire qu'aujourd'hui les observations scientifiques tendent à détruire la sécurité trop générale dans laquelle se trouve le public touchant la transmission de la phthisie pulmonaire *d'un époux à l'autre*. Le docteur Fournet, dans son TRAITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, parle d'un médecin qui a vu sa femme, jeune encore, succomber à cette cruelle affection, et qui, lui-même, avait éprouvé, pendant tout le temps de sa cohabitation et surtout à la fin, tous les signes rationnels d'un commencement de phthisie; ces symptômes ont disparu graduellement peu de temps après la mort de sa femme pour ne pas revenir. On doit à M. J. Guérin l'observation suivante, qui est bien propre à frapper les esprits : « Une femme mourut de phthisie pulmonaire au troisième degré, après avoir couché avec son mari jusqu'à ses derniers momens. Celui-ci, d'une constitution robuste, issu d'une famille où jamais il n'y avait eu de phthisiques, épousa en secondes noces une personne également bien constituée et née de parens sains. Après dix-huit mois de mariage, il succomba à une phthisie pulmonaire des mieux caractérisées. La seconde femme n'avait cessé de cohabiter avec lui jusqu'à sa mort. Peu de temps après, elle se remaria; mais, deux ans après ce second mariage, elle mourut de phthisie. Son second mari, fortement constitué, issu d'une famille où l'on n'avait jamais vu d'exemples de phthisie, succomba à son tour à cette affection quelque temps après la mort de sa femme. »

Il est des familles dans lesquelles règne une sorte de diathèse scorbutique, où l'appauvrissement des qualités plastiques du sang se traduit de différentes manières; chez quelques membres, ce sont d'abondantes épistaxis, des saignemens de gencives qui sont fongueuses et ulcérées; chez d'autres, c'est une coloration blafarde de tous les tégumens, qui sont parsemés de temps à autre de petites taches brunâtres; une disposition particulière aux hémorrhagies des membranes muqueuses se remarque chez tous, et particulièrement chez les femmes. On peut dire alors que ce qui domine, dans la vie médicale de cette famille, et ce qui y modifie les organisations, c'est un défaut de consistance dans les principes du sang, et dans la tension de la fibre. De là, la propension aux maladies que les anciens désignaient sous le nom de *flux séreux*, et qui sont marquées par la déliquescence de toutes les humeurs. Ces familles sont d'ordinaire déci-

(1) PHILOSOPHICAL TRANSACTIONS, p. 21. — 1821.
(2) OUTLINES OF PHYSIOLOGY, 3e édit., p. 376.

servés à différens points de vue, dans différens temps, par différens esprits. Eh bien! ces détails purement descriptifs n'avaient encore été rassemblés par personne. Vous pourrez vous assurer, en lisant les auteurs, qu'aucun d'eux n'avait tenté de reproduire tous les accidens possibles de la maladie, d'en présenter tous les traits particuliers. Maintenant que tous ces faits ont passé sous vos yeux, qu'ils ont été mis en quelque façon dans le creuset comme d'anciens matériaux de refonte, nous allons chercher à en faire ressortir des groupes, quelque chose de cohérent, de réel, de vivant, qui nous conduise par degrés à la conception et au tableau véritable de la maladie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

(SUITE.)

VII. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Histoire d'une névrose extraordinaire et compliquée.* 2° *Un cas d'application du forceps dans la position mento-iliaque gauche de la face*; par M. Szokalski. 3° *De l'ophthalmie scrofuleuse, de sa nature et de son traitement*; par M. Borlée. 4° *Hystérie cataleptique apoplectiforme*; par M. de Cenleneer. 5° *Observation remarquable de plaie pénétrante de l'orbite*; par M. Terlinck. (Coup de fleuret dans l'angle interne de l'œil droit, entre le globe oculaire et la caroncule lacrymale; plaie légère en apparence, forte hémorrhagie nasale. Perte presque immédiate de la vision à l'œil gauche. Guérison, mais avec amaurose incurable de cet œil.) 6° *Cancer de la mamelle; compression méthodique par le procédé de M. Récamier; diminution notable de la tumeur; extirpation de toute la glande mammaire, qui demeurait réfractaire à la compression; guérison*; par M. Rul-Ogez. 7° *Hernie vulvaire radicalement guérie par la position horizontale et la compression*; par M. Marinus. (Hernies des grandes lèvres survenues à la suite d'un effort chez une femme de 38 ans. On exerça pendant trois mois la compression à l'aide d'un bandage en spica double. Au bout de ce temps, la malade, qui avait gardé le repos, était entièrement guérie.)

HISTOIRE D'UNE NÉVROSE EXTRAORDINAIRE ET COMPLIQUÉE.

Nous ne nous engagerons pas dans tous les phénomènes de cette névrose, qui a été en effet fort compliquée. On sait que rien n'est plus variable, plus bizarre, plus capricieux, pour ainsi dire, que ces mille accidens nerveux dont les femmes surtout offrent quelquefois l'exemple ; aujourd'hui pleins de dangers, mettant la vie en péril; demain, tout à l'heure même, se dissipant comme par enchantement. On pourrait rassembler toutes les histoires connues de ces sortes de névroses, sans rendre jamais tous les traits de ce tableau, dont le caractère est précisément de n'avoir ni forme, ni limites déterminées. Dans celle dont nous trouvons ici la relation, et qui débute, comme presque toutes les autres, par une émotion morale et une aménorrhée, nous ne voulons relever qu'un des épisodes les plus intéressans, relatif au somnambulisme.

Tantôt la malade jouissait de la vie ordinaire de relation, voyait et entendait les personnes qui étaient avec elle, prenait part à la conversation, s'occupait de quelque ouvrage. Tantôt, et subitement, *sans sommeil préalable, les yeux toujours ouverts, en plein jour comme le soir*, sans aucun signe précurseur enfin, elle cessait de voir, d'entendre ces personnes et de converser avec elles, abandonnait son ouvrage, en prenait un autre, chantait, lisait, sortait du salon, y rentrait, se heurtait, en se fâchant, contre ceux qui se trouvaient sur son passage et se livrait à un ordre d'idées et de travaux tout différent de celui qui l'occupait dans l'état de veille. Pendant l'accès, elle oubliait entièrement tout ce qu'elle avait dit ou fait dans la vie ordinaire ; mais elle se rappelait les idées ou les ouvrages dont elle s'était occupée dans l'accès précédent. Revenue à la vie de relation, elle oubliait de même tout ce qui s'était passé pendant le somnambulisme, et se souvenait de tout ce qui avait eu lieu antérieurement pendant l'état normal. Il résulterait même d'une scène longuement décrite par l'auteur qu'un projet (celui d'aller rendre visite au préfet pour lui recommander un frère appelé au conseil de révision) conçu pendant les accès, avec préméditation et volonté inflexible de l'exécuter, abandonné dans la vie ordinaire, repris et poursuivi avec persévérance dans chaque accès, fut enfin mis à exécution au jour fixé, puis enseveli dans le plus profond oubli dès le retour à l'état normal.

La cessation de l'accès était ordinairement annoncée par des pandiculations, des bâillemens et des mouvemens comme convulsifs des avant-bras, dans le sens de la flexion d'abord, puis de l'extension, se répétant trois fois de suite. La malade semblait sortir d'un profond sommeil, tandis que ses yeux n'avaient commencé à se fermer que du moment où ces phénomènes s'étaient montrés.

Nous n'élevons aucun doute au sujet des phénomènes que nous venons de raconter, et de beaucoup d'autres faits extraordinaires, d'un côté, parce que nous ne pouvons nous porter contradicteurs d'expériences auxquelles nous n'avons pas assisté ; de l'autre, parce que nous faisons profession de ne rien repousser en ce genre par une fin de non recevoir tirée d'une impossibilité logique ou matérielle. Nous ne nous arrêterons donc pas au sentiment d'incrédulité éprouvé d'abord et vertement exprimé par le magistrat si singulièrement visité par la somnambule, sentiment, hâtons-nous de le dire après l'auteur de cet article, qui a bientôt fait place à une croyance entière. Tout ce que nous voulons faire remarquer, c'est que ce somnambulisme diffère de celui qui est depuis longtemps accepté par la science. Il en diffère en ce que les accès avaient lieu en plein jour aussi souvent que le soir (circonstance dont il n'y a que peu ou pas d'exemples). Il en diffère par cette persévérance à poursuivre aussi longtemps un projet pendant les accès seulement, et à l'exécuter, toujours endormie, avec une aisance, *une grâce, une modestie admirables, en termes clairs, concis*, en un mot, comme eût fait une personne parfaitement éveillée. Il en diffère enfin par une foule de circonstances qu'il serait trop long de rapporter ici et dont on ne peut se faire une idée que par la narration même de l'auteur.

Au reste, il est bon de faire remarquer, en terminant, que la somnambule n'a jamais vu autrement que par les yeux, ni entendu que par les oreilles. Seulement le tact est devenu, par intervalle, tellement délicat

---

mées par les hydropisies dont le siége est si multiplié.

Ce serait un devoir, pour ces dernières familles, de se recruter parmi celles qui présentent des attributs physiologiques tout contraires, et dont la vie pathologique est dominée par des phénomènes opposés. Ainsi, il est des individus en qui se remarque une constitution sanguine athlétique transmise par voie d'hérédité. Chez ceux-ci un sang riche et abondant, une respiration active, entretiennent le moliment inflammatoire, attisent les stimulus et tiennent toujours la vie suspendue sur le danger des congestions actives. On conçoit facilement que les enfans qui proviendraient des mariages entre les individus appartenant à ces deux catégories offriraient une constitution et un tempérament mieux équilibrés : ils représenteront vraiment un produit moyen où se trouveraient réunis le trop et le trop peu, le plus et le moins, l'excès et le défaut. C'est ce que Pujol a formulé d'une manière peut-être un peu trop originale et avec des expressions que nous trouvons surannées de nos jours. « Le feu d'une tête chaude, dit-il, doit être tempéré par les glaçons d'une tête froide; un poumon humide et un poumon sec, un poumon délicat et un poumon robuste et peu irritable, doivent, pour l'union matrimoniale, donner des poumons moyens et solides, qui seront également éloignés du spasme et de l'atonie, des obstructions chaude et des obstructions froides, de l'inflammation et de l'hydropisie. Pour ce qui est des intempéries du foie, de l'estomac et des autres viscères, on peut recourir avec confiance aux mêmes ressources prophylactiques (1). »

(1) Ouvr. cit., t. II, p. 187.

Ces principes sont journellement appliqués avec succès dans l'hygiène vétérinaire ; ils doivent l'être aussi sûrement dans l'hygiène humaine. Dans l'appareillement des animaux, dit un agronome distingué, on ne doit pas s'occuper exclusivement des individus ; on doit encore faire attention à leur race, sous le rapport de toutes les qualités qu'on désire reproduire, et de tous les vices que l'on craint ; et spécialement à celle de la femelle pour la taille, la fécondité, les formes du tronc et du bassin, pour tout ce qui tient, en un mot, à la vie intérieure ou en reçoit les influences ; à celle du mâle, pour la force musculaire, les dimensions de la poitrine et la forme de la tête et des membres, à l'une et à l'autre pour le tempérament. Les tares du corps, ainsi que les vices du caractère, vont très souvent en empirant ; on doit donc les proscrire, non seulement dans la génération actuelle, mais encore dans les générations ascendantes. Les tares héréditaires sont plus à craindre que les tares accidentelles (1). Ces données s'appliquent de tout point à l'espèce humaine. Nous allons, dans l'article suivant, donner une plus grande évidence à ces faits, et revenir encore sur l'importance que la famille doit y attacher ; nous puiserons des preuves directes dans les dangers attachés aux alliances consanguines, ainsi que dans les faits tirés de l'histoire naturelle et de la physiologie comparée.......

(1) Giron de Buzareingues. DE LA GÉNÉRATION ; p. 226.

que les cartes étaient reconnues à l'instant même au seul toucher des doigts.

UN CAS D'APPLICATION DU FORCEPS DANS LA POSITION MENTO-ILIAQUE GAUCHE DE LA FACE; par M. SZOKALSKI.

Cette observation montre, d'après l'expérience et sur la même femme, la manière de vaincre les obstacles qui naissent de la présentation mento-postérieure et en même temps le moyen de les prévenir.

OBS. — Une femme de 32 ans avait déjà en deux accouchemens très difficiles, dont le dernier, s'il faut en croire ses renseignemens sur la couleur de la face de l'enfant en naissant, aurait été un exemple de présentation de la face. A son troisième, M. Szokalski constata que l'enfant se présentait par la face et dans la position mento-iliaque gauche postérieure. Comme les membranes n'étaient pas encore rompues et que le bassin était bien conformé, il espéra que le menton ne tarderait pas à se diriger en avant et qu'ainsi l'accouchement pourrait se terminer naturellement. Malheureusement le menton, en descendant, alla au contraire directement s'engager dans l'excavation du sacrum. L'accoucheur saisit alors avec la main la tête de l'enfant et tâcha de la faire tourner sur son axe en ramenant l'occiput au dessous du pubis; mais elle était tellement fixée dans la cavité pelvienne qu'il fut impossible de lui imprimer le moindre mouvement. Les douleurs redoublant et une congestion violente tendant à s'établir vers l'encéphale, on appliqua le forceps; des tractions vigoureuses ramenèrent au bout de quelques minutes le front sous la symphyse; et le menton, tourné vers le périnée, ne tarda pas à paraître. Le corps fut assez difficile à dégager; ce que l'auteur attribue à la colonne vertébrale forcée de se contourner autour de l'arcade pubienne pendant le passage du corps le long de l'excavation du bassin.

L'enfant ne donna d'abord aucun signe de vie; sa tête, alongée en arrière, retombait à chaque instant sur la nuque et reprenait la position qu'elle avait pendant le passage. Rappelé enfin à la vie, il fut ensuite envoyé en nourrice, où il succomba le onzième mois, par suite de pneumonie.

La mère, parfaitement rétablie, redevint enceinte au bout de dix mois. M. Szokalski trouva, au commencement même du travail, et avant la rupture des membranes, que l'enfant se présentait encore une fois par la face, et, comme lors du dernier accouchement, dans la position mento-iliaque postérieure gauche. Pour empêcher la descente directe du menton et son engagement dans la cavité du sacrum, il introduisit dans le vagin, le plus haut possible, l'index et le médius de la main droite; il les appliqua contre les parois postérieures et les tint en place pendant l'espace de huit à dix douleurs consécutives. Durant cette manœuvre, il rompit les membranes et remarqua avec satisfaction que le menton se dirigeait en avant, glissant sur ses doigts. Rassuré sous ce rapport, il abandonna le reste à la nature, et l'enfant vint au monde au bout d'une heure, sans aucun autre secours de l'art.

DE L'OPHTHALMIE SCROFULEUSE, DE SA NATURE ET DE SON TRAITEMENT; par M. BONLÉE.

L'auteur admet, dans cette maladie, trois variétés (qui peuvent souvent se trouver réunies), suivant que l'inflammation envahit les glandes de Meibomius, ou la conjonctive, ou enfin qu'elle a son siége sur la cornée.

Selon lui, le moyen véritablement héroïque contre cette maladie est le chlorhydrate de baryte administré à l'intérieur. Fort souvent il a guéri ainsi très rapidement des enfans atteints d'ophthalmie depuis plusieurs mois, et cela sans leur faire aucun traitement local. Chez les très jeunes sujets (2 à 3 ans), il fait prendre chaque jour 5, 7 ou 10 centigrammes de chlorhydrate de baryte dissous dans 180 grammes d'eau distillée et édulcorée, ou bien en poudre mêlé avec du sucre. Tous les trois ou quatre jours, il augmente la dose de 5 centigrammes, sans aller ordinairement au delà de 20 centigrammes. Si le médicament détermine des vomissemens ou de la diarrhée, on diminue la dose, ou l'on ajoute à la potion un peu d'opium. Chez les enfans plus âgés, la quantité peut être portée beaucoup plus loin. Après quelques jours de l'emploi du chlorure de barium, la photophobie a ordinairement disparu; mais il faut le continuer encore quelque temps après la guérison, pour prévenir une rechute.

VIII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 contiennent les travaux suivants: 1° *Rapport sur la falsification du genièvre et de la bière*; par M. Matthyssens. 2° *Fracture de l'omoplate par cause indirecte*; par M. Heylen. 3° *Tumeur enkystée volumineuse dans la région orbitaire interne; emploi de la canule de Dupuytren; guérison*; par le même; 4° *Lupus vorax, dépendant d'une syphilis constitutionnelle, guéri par l'hydriodate de potasse*; par le même. 5° *Mémoire sur une nouvelle méthode proposée par M. Pétrequin pour le traitement des fractures de l'humérus et des fractures obliques du corps de cet os*; par M. Olivet. 6° *Recherches sur un nouveau procédé opératoire pour le traitement du cirsocèle à l'aide d'un instrument particulier*; par M. Pétrequin. (Modification de la pince de Breschet, qui rend l'application de cet instrument plus sûre et moins douloureuse.) 7° *Statistique nosologique des décès dans la ville d'Anvers pendant l'année 1843*; par MM. Broeckx et Matthyssens.

FRACTURE DE L'OMOPLATE PAR CAUSE INDIRECTE; par M. HEYLEN.

Boyer et Sanson professent que les fractures de l'omoplate ne peuvent être produites que par une cause directe et violente. Dans le cas qui suit, le blessé assura n'avoir pas reçu de coup ou fait de chute, et la région fracturée ne présentait non plus aucune trace de contusion. Cependant, malgré quelques incertitudes du diagnostic, l'existence d'une fracture ne saurait être douteuse chez ce malade. Sous ce rapport, c'est donc un fait rare et qui mérite de prendre rang dans les annales de la science.

OBS. — Un cultivateur, âgé de 45 ans, assez bien musclé, se disposait à sauter sur sa charrette quand son cheval partit au grand trot. Il resta donc suspendu, le poids du corps portant tout entier sur le bras gauche, n'osant sauter et faisant de grands efforts pour conserver l'équilibre; enfin le cheval s'arrêta. Il n'éprouva d'abord aucune douleur, mais ressentit quelque difficulté pour rapprocher le bras du corps. Le soir, il se manifesta dans l'épaule gauche une douleur qui s'exaspérait par le mouvement.

M. Heylen, appelé deux jours après l'accident, constata que le bras et l'épaule étaient sans difformité apparente. La clavicule et l'humérus furent trouvés sans solution de continuité. Le malade ne pouvait porter la main sur la tête, mais il était facile de lui imprimer ce mouvement. En voulant faire tomber le bras, on sentit un peu de raideur; et le malade dit sentir un craquement que le chirurgien perçut lui-même, en écartant le bras. Glissant alors le doigt le long de l'épine de l'omoplate, il trouva une dépression au milieu de cette apophyse; s'il poussait avec force sur la moitié saillante, elle fuyait devant les doigts, en même temps qu'on éprouvait la sensation de la crépitation. En faisant décrire au bras des mouvemens de rotation pendant qu'un doigt était appliqué sur l'apophyse coracoïde, la crépitation se fit très bien sentir. Le diagnostic précis du siége de la lésion fut assez difficile à porter, les fragmens étant retenus en place par les muscles. Un bandage très simple suffit pour tenir le bras dans le repos complet et pour empêcher que les mouvemens de l'articulation scapulo-humérale ne missent obstacle à la formation du cal.

IX. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *De l'influence de la commotion sur l'œil*; par M. Heyfelder. (Traduit de l'allemand.) 2° *De la prétendue influence des climats sur la production de la cataracte, ou de l'innocuité de la réverbération directe de la lumière sur les milieux réfringens de l'œil*; par M. Furnari. 3° *Des maladies des yeux que l'on observe dans l'empire brésilien*; par M. Sigaud. 4° *Des lunettes et des états pathologiques consécutifs à leur usage irrationnel*, leçons de M. Sichel, recueillies par M. Debout. 5° *De l'extraction simultanée du cristallin et de sa capsule*; par M. Jean Christiaen. (Dans l'opération par extraction, l'auteur propose de supprimer le second temps, l'incision de la capsule. Après avoir divisé l'iris, il fait presser par un aide sur le globe de l'œil pour déterminer la sortie du cristallin et de sa capsule. Il nous suffit de mentionner cette dangereuse innovation.) 6° *Considérations pratiques sur l'extraction des corps étrangers et particulièrement sur celle des morceaux de capsule fulminante qui ont pénétré dans l'intérieur du globe oculaire*; par M. Sichel. 7° *Note sur les résultats d'une abrasion de la cornée constatée deux ans après l'opération*; par M. Malgaigne. (Voy. GAZ. MÉD., 1845, p. 508.) 8° *Note sur l'opération autoplastique proposée par M. Houston pour la cure de l'ectropion*; par M. Bastings. (Application heureuse du procédé qui consiste à circonscrire la paupière abaissée par deux incisions en V à sommet inférieur, à disséquer et à relever ce lambeau, puis à réunir la plaie par première intention à l'aide d'un ou deux points de suture.) 9° *Note sur l'ophthalmie de l'armée*; par M. Cunier, et *Lettre de M. Hairion sur le même sujet*. 10° *Lettre et observations de MM. Sichel et Boyer sur une note de M. Cunier, ayant pour titre*: DU DANGER DE L'EMPLOI DE CERTAINS COLLYRES DANS LES CAS D'ULCÉRATION DE LA CORNÉE; *et Réponse de M. Cunier*. 11° *Quelques réflexions sur les premières impressions d'un aveugle-né rendu clairvoyant; suivies de considérations sommaires sur la manière d'opérer les cataractes de naissance de différens âges*; par M. Duval. 12° *Du rétablissement du canal nasal au moyen du trois-quarts dans les cas d'oblitérations osseuses*; par M. Guépin. (Trois cas heureux de l'application de ce procédé déjà employé et décrit par Dupuytren.) 13° *Compte-rendu de la Clinique*

ophthalmologique de M. Cunier pendant l'année 1844; par M. de Abreu.

DE LA PRÉTENDUE INFLUENCE DES CLIMATS SUR LA PRODUCTION DE LA CATARACTE OU DE L'INNOCUITÉ DE LA RÉVERBÉRATION DIRECTE DE LA LUMIÈRE SUR LES MILIEUX RÉFRINGENS DE L'ŒIL; par M. FURNARI.

Une opinion ancienne et presque générale considère la réverbération directe de la lumière et du calorique sur l'appareil du cristallin comme une des causes productrices de la cataracte dans les contrées méridionales. Cette affection, si telle était sa cause réelle, devrait nécessairement être très commune dans nos possessions d'Afrique. Or M. Furnari déclare que les ayant parcourues précisément dans le but d'y étudier l'ophthalmologie, ce qui l'a le plus étonné, c'a été, au contraire, l'excessive rareté de la cataracte parmi les indigènes. Pendant la durée de sa mission à Alger, Constantine, Oran, Bone, Bongie, Philippeville, Gigelly, et dans toutes les villes et tribus qu'il a visitées, il n'a rencontré qu'une quinzaine de cataractes franches et sans aucune complication. M. Baudens lui a assuré n'avoir vu que rarement la cataracte, même au commencement de la conquête, alors qu'aucune opération pour remédier à la cécité due à cette maladie n'avait encore été pratiquée en Algérie. MM. Méardi et Beaudichou à Alger, Lodibert et Mestre à Philippeville, Morean et Gaudinau à Bone n'ont vu également que fort peu de cas de cataractes. Ce qui paraît surtout prouver la rareté de cette affection en Afrique, c'est que les médecins indigènes qui connaissent, d'une manière imparfaite il est vrai, la plupart des maladies chirurgicales et leurs procédés opératoires n'ont aucune notion sur l'opacité du cristallin et sur son traitement.

Parmi les cas rares de cataracte qu'on observe dans ce pays, un grand nombre ne sont dus qu'aux altérations consécutives que subissent les parties réfringentes de l'œil par suite d'ophthalmies intenses négligées et opiniâtres.

D'un autre côté, on admet assez communément aussi que, dans les pays froids, la lumière réfléchie par des surfaces couvertes de neige cause la cataracte; on a avancé, par exemple, que cette affection est très commune en Laponie. Or, M. Martins, membre de la commission scientifique du nord, a dit à M. Furnari n'avoir trouvé que peu de cas de cataracte en Norwège, en Laponie, etc. Les ophthalmies qui sévissent parmi les indigènes ne sont point le résultat de la réverbération de la lumière sur la neige; on doit bien plutôt les attribuer, surtout chez les Lapons, à l'habitude de séjourner pendant l'hiver sous des cabanes ou sous des tentes remplies de fumée. — A-t-on d'ailleurs bien réfléchi, dit M. Furnari, que cette prétendue coïncidence de surfaces couvertes de neige et de lumière très intense n'est pas admissible? Car de deux choses l'une: ou l'influence de cette réverbération a lieu en hiver, ou elle a lieu en été. Dans le premier cas, à partir du cercle polaire, les jours sont excessivement courts (de quatre à cinq heures), souvent brumeux et presque sans soleil. Dans le second cas, c'est-à-dire en été, pendant les jours dits *perpétuels*, il n'y a pas de neige. Ainsi donc lorsque la lumière est très intense, il n'y a pas de neige; et lorsque les terrains sont couverts de neige, le jour est trop faible pour qu'il y ait une réverbération de rayons lumineux assez vive pour occasioner la cataracte.

A l'appui de l'influence fâcheuse qu'ils accordent à une réflexion trop vive des rayons solaires, les ouvrages classiques ne manquent pas de citer l'exemple des cultivateurs, des laboureurs dont les yeux sont attachés sans cesse sur une terre nue, et parmi lesquels la cataracte est effectivement plus commune. Mais ne trouverait-on pas la raison de cette plus grande fréquence dans la nature même des travaux de la campagne qui, forçant les individus à se tenir dans une position fléchie, la tête souvent baissée, produisent la compression des viscères abdominaux et les congestions cérébrales, causes bien plus évidentes et plus directes de la cataracte?

DES LUNETTES ET DES ÉTATS PATHOLOGIQUES CONSÉCUTIFS A LEUR USAGE IRRATIONNEL; par M. SICHEL.

Nous extrayons du travail instructif de M. Sichel quelques fragmens relatifs au choix des lunettes pour les individus presbytes. Nos lecteurs nous sauront gré de n'avoir point ménagé nos emprunts sur un sujet aussi pratique, aussi usuel et aussi généralement peu connu que celui-ci.

En général, toute personne, soit presbyte, soit myope, peut y voir avec des verres de différentes courbures; seulement avec les numéros plus forts on y voit plus nettement, et l'on est forcé, quand on est presbyte, de rapprocher davantage les objets; quand on est myope, de les placer plus loin, mais sans qu'ils augmentent ou diminuent de volume. Plus, d'ailleurs, les verres sont forts, moins on peut varier l'éloignement du corps qu'on regarde, sans cesser de le distinguer; preuve évidente que les verres faibles laissent encore subsister à un certain degré la faculté d'accommodation. Exemple: un presbyte qui ne se sera point encore servi de lunettes, mais qui n'aura pas laissé passer le moment opportun pour y recourir, lira en général également bien avec les n°s 72, 66 et 60; toutefois, en y faisant bien attention, il trouvera qu'avec ce dernier il sera forcé de rapprocher davantage le livre et de le tenir plus invariablement à la même distance; tandis que le premier le forcera à le placer plus loin et lui permettra de l'éloigner et de le rapprocher dans une certaine étendue, sans que sa vue se trouble ou se fatigue sensiblement. Ces verres plus faibles laissent donc subsister à un certain degré la faculté d'ajustement que ceux d'une plus forte courbure diminuent de plus en plus et finissent par abolir d'une manière d'autant plus positive qu'on en fait un usage plus constant. Si l'œil peut se servir indifféremment de plusieurs numéros, en changeant seulement la position des objets, c'est qu'il s'accommode au foyer des lunettes. Une fois habitué à un foyer plus court, il ne peut sans difficulté revenir à des verres plus faibles; cette difficulté, toujours proportionnée au pouvoir des lunettes, peut finir par devenir absolue lorsque celui-ci a été excessif. De là résulte la haute importance du précepte déjà exposé, de toujours choisir d'abord des verres du numéro le plus faible avec lequel on peut encore distinguer nettement et sans fatigue; mais sans changement du volume apparent des objets ni sans être forcé de les placer à une distance trop différente de celle qu'admet la vue à l'œil non armé. Car un presbyte qui se servira avec une facilité à peu près égale des n°s 72, 66 et 60, en employant pendant un certain temps ce dernier, y accommodera bientôt sa vue. Les modifications que l'âge produit dans l'organe visuel ne cessant point de s'accomplir, il sera forcé de changer de besicles à une époque donnée, et même beaucoup plus tôt, par la raison que l'accommodation à des lunettes plus fortes ne tarde pas à être accompagnée de fatigue et d'un manque de netteté de la vision, comme tout exercice trop continu de la faculté d'ajustement, surtout à de petites distances. Alors, il a de nouveau le choix entre plusieurs numéros dont l'effet ne lui paraîtra pas très sensiblement différent, comme le 54 et le 48. Or, par le même motif, il choisira infailliblement le plus fort comme celui qui, en apparence, l'aide le plus efficacement. C'est ainsi que la progression est très rapide; plus on descend et plus les verres ôtent la faculté d'accommodation, non seulement pendant leur usage, mais aussi pendant le temps où l'on ne s'en sert point; car, liée pour ainsi dire au foyer des lunettes pendant tout le temps qu'on les emploie, la vue ne s'ajuste plus aussi facilement à des distances plus grandes. Aussi les presbytes qui se servent de numéros plus faibles peuvent-ils encore lire pendant quelque temps à l'œil nu et conservent-ils toute l'intégrité de leur portée visuelle pour les grandes distances, tandis que ceux qui lisent ou travaillent constamment avec des lunettes fortes finissent par ne plus du tout pouvoir s'en passer, et souvent même par ne plus voir les gros objets d'aussi loin qu'auparavant.

On a peu parlé jusqu'ici de la manière de fixer rationnellement la succession des numéros des lunettes de presbytie. Il est surtout un état pathologique particulier, que M. Sichel a souvent observé comme une suite de l'ignorance dans laquelle les presbytes sont généralement laissés sur ce point. C'est une espèce d'amblyopie, quelquefois très avancée, et qui parfois arrive au degré d'amaurose. Voici comment les choses se passent: supposons qu'un presbyte se serve pour la première fois de lunettes du n° 48, ou 36; à sa grande joie, pendant le premier essai, peu prolongé, il y voit très nettement et sans fatigue. Ignorant qu'un numéro plus faible, le 72, par exemple, lui aurait certainement rendu le même service, il fixe son choix sur ce numéro 36, très fort pour lui, et qui donne à sa vision un degré de netteté anormale, un excès de précision comparable à une espèce d'oxyopie qui, comme celle-ci, ne tarde pas à produire une fatigue, des éblouissements et d'autres symptômes semblables, dépendant de l'exercice permanent et outré du pouvoir d'accommodation. Lorsque cet état de choses a persisté pendant quelque temps, la fatigue, d'abord passagère et légère, augmente, devient permanente et constitue un véritable trouble visuel, que le malade explique par l'insuffisance des lunettes. Croyant avoir besoin de verres plus forts, il change de nouveau; il y voit plus clair dans le commencement, sauf à éprouver les mêmes phénomènes au bout d'un certain laps de temps, quand sa vue s'est de nouveau ajustée au foyer des besicles. La vision décline alors d'autant plus rapidement que le malade a débuté par des numéros plus forts, tels que 24, 18, et qu'il en a changé fréquemment.

La guérison de cet état exige avant tout le repos absolu de la vue, au moins temporairement, l'exercice des yeux sur de gros objets distans, la suspension complète de l'usage de lunettes convexes pendant au moins plusieurs semaines. Des fomentations d'eau froide, additionnée d'eau-de-vie et un liniment spiritueux; plus tard, le liniment de strychnine; à

une période plus avancée enfin celui de camphre, le baume de Fioraventi et d'ammoniaque en frictions douces sur le front, les tempes, les pommettes, et en vaporisations vers les yeux entr'ouverts seront les moyens les plus utiles à ordonner. En cas d'insuccès, on a recours aux vésicatoires volans sur les mêmes régions, pansés, s'il le faut, avec de petites quantités de strychnine. L'éther et l'arnica à l'intérieur conviennent chez les vieillards, les sujet affaiblis et ceux qui ont beaucoup usé de leurs yeux. Il importe de se borner longtemps à l'emploi de ces moyens, du repos des yeux et de l'exercice à distance des yeux non armés, avant de recourir de nouveau à l'usage de verres convexes. Lorsqu'on le fera, on les choisira d'abord le plus faibles possible; on ne les fera employer, dans le principe, que durant quelques minutes, en éloignant beaucoup les objets. On commencera aussi tard que possible, par un numéro assez fort pour permettre la lecture; selon l'effet produit, on y substituera plus tard un autre numéro, soit plus faible, soit plus fort. Sans cesser pendant longtemps l'usage des lunettes et en prendre de beaucoup plus faibles, il n'y a pas de guérison à espérer. Il importe surtout d'empêcher le malade de se servir de verres pour voir de loin.

DU DANGER DE L'EMPLOI DE CERTAINS COLLYRES DANS LES CAS D'ULCÉRATION DE LA CORNÉE; par M. CUNIER.

Nous avons déjà appelé sur ce point l'attention des praticiens en leur signalant, d'après M. Cunier, les fâcheux résultats qu'entraîne l'habitude de joindre toujours le laudanum aux sels métalliques de plomb, d'argent, de zinc, de cuivre, de cadmium, de pierre divine. Dans cette association, dit l'habile ophthalmologiste de Bruxelles, il se forme un méconate insoluble qui se dépose, et qui, par l'agitation du collyre au moment où l'on s'en sert, peut venir au contact de l'œil et s'incruster dans l'ulcération de la cornée. D'après de nouvelles expériences faites par M. Cunier, pour répondre à quelques observations que lui avait adressées M. Boyer, il a été reconnu que le fait de cette décomposition est très réel; que ses dangers sont tels que M. Cunier l'avait avancé; que, à la vérité, le précipité formé par l'addition du laudanum aux collyres avec les sulfates de zinc, de cuivre, de cadmium, est moins abondant que dans les collyres avec l'acétate de plomb ou le nitrate d'argent; mais que néanmoins dans la quantité où il se produit, ce précipité est suffisant pour que l'instillation du collyre entre les paupières, dans les cas d'ulcération de la cornée, détermine des incrustations dans cette membrane.

M. Cunier indique, en terminant, un moyen très simple de parer à ce danger. C'est d'avoir toujours soin, dans la préparation des collyres, de combiner le sel métallique avec un sel de morphine *du même acide*. Ainsi l'acétate de morphine avec les acétates métalliques, le sulfate de morphine avec les sulfates métalliques, etc. De cette manière, on obtient le même résultat clinique sans exposer le malade aux fâcheux effets des incrustations.

X. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les cahiers de mars, avril, mai et juin 1845 contiennent les matériaux suivans : 1° *Hôpital militaire d'Anvers; rapport sur le service du deuxième semestre de 1844*; par M. Gouzée. 2° *Considérations générales sur le mode d'action des principes morbides des médicamens et des poisons; suivies du mode d'action du nitrate de potasse*; par M. Sélade. 3° *Rétrécissement pelvien; erreur considérable par la pelvimétrie externe et par la mensuration interne au moyen de l'index; précision du pelvimètre Van Huevel; opération césarienne; mort; autopsie*; par M. Simonart. (Le titre détaillé de cette observation en exprime assez exactement la signification et le genre d'intérêt.) 4° *Lettre à M. Decondé sur l'ophthalmie de l'armée belge*; par M. Binard. 5° *Des vaccinations pratiquées dans plusieurs armées d'Allemagne*; par M. Binard. 6° *Notice sur les propriétés curatives des eaux minérales de Hombourg, près de Francfort sur Mein*; par M. Defferre. 7° *Éloge de Pierre-Joseph Van Baeghem*; par M. Broeckx. 8° *Discours prononcé par M. Van Berchem*. 9° *Constitution atmosphérique de 1843-44*; par M. Verelst. 10° *Du microscope et de ses applications aux sciences d'observation*; par M. Vanoye. 11° *Conclusions sur le mode d'action du sulfate de quinine, tirées de 68 expériences sur les animaux et d'un grand nombre d'observations recueillies pendant différentes constitutions médicales; suivies de la réfutation de quelques objections faites pour démontrer l'insuffisance de ces expériences*; par M. Désiderio. 12° *Topographie médicale du canton de Heyst-op-den-Berg*; par M. Luyckx. 13° *Mouvement de la prostitution dans la ville de Bruxelles pendant l'année 1844*; par M. Dugniolle.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE MODE D'ACTION DES PRINCIPES MORBIDES, DES MÉDICAMENS ET DES POISONS, SUIVIES DU MODE D'ACTION DU NITRATE DE POTASSE; par le docteur SÉLADE.

M. Sélade commence par diviser les maladies en trois grandes catégories, les maladies des solides, les maladies des liquides et les maladies qui attaquent conjointement les solides et les liquides. Il combat tour à tour l'opinion des auteurs qui, avec le professeur Giacomini, nient l'existence d'affections ayant leur principe dans une altération spontanée du sang, et l'opinion contraire, qui regarde l'altération du sang comme le principe constant de toutes les maladies. Une fois le sang altéré, soit primitivement, soit consécutivement, la nature tend toujours à se débarrasser des principes morbides, tantôt par la peau, tantôt par les voies intestinales, d'autres fois par les urines, etc.

Voilà pour les *principes morbides*. Comment maintenant se comportent les médicamens et les poisons? Absolument de la même manière. Mais ici, il faut distinguer deux sortes d'action, l'action locale ou *physico-chimique* et l'action dynamique qui ne se manifeste qu'après l'absorption de la substance ingérée. Ces deux actions agissent assez souvent en sens opposé, et alors, ordinairement, l'action physico-chimique est excitante, tandis que l'action dynamique est hyposthénisante. Comment s'exerce cette dernière? Porte-t-elle toujours primitivement sur les solides ou toujours sur les liquides? « Affirmer, répond l'auteur, que tous les médicamens qui seront mélangés avec le sang seront sans influence sur l'un ou sur l'autre de ses élémens constituans, c'est poser une règle impossible; car il n'y a pas de substance, dans quelque règne qu'on la choisisse, qu'un réactif chimique ne puisse parvenir à modifier et même à décomposer. Enoncer, au contraire, que tous les médicamens porteront leur action sur le sang, c'est un système que repoussent les notions les plus élémentaires de la chimie; car si les substances dont le sang se compose n'ont aucune affinité pour celles qui entrent dans la composition du médicament, elles pourront se mélanger impunément avec celui-ci et circuler avec lui sans lui imprimer la plus légère modification. » Enfin, l'auteur insiste sur la presque impossibilité de déterminer d'une manière plus précise l'action des médicamens et de les suivre dans les différentes transformations qu'ils subissent dans l'économie.

Cette première partie du travail de M. Sélade repose, comme on le voit, sur des principes peu contestés aujourd'hui, du moins parmi nous. Il est seulement à regretter, puisqu'on jugeait à propos de les rappeler et de les discuter, qu'on ne les ait pas étayés d'un plus grand nombre de faits, d'expériences, qui eussent servi à la fois à mieux comprendre le sens et la portée de la question et à lui donner une solution mieux motivée. Au reste, depuis la rédaction de ce travail, des recherches modernes ont été publiées qui satisfont en plus d'un point aux *desiderata* qui y sont exprimés, et portent la question en avant du terme où l'auteur l'a laissée. C'est ce que nous aurons occasion de montrer, par exemple, en rendant compte prochainement de l'ouvrage de M. Mialhe sur l'ART DE FORMULER.

Des considérations exposées plus haut, l'auteur passe à l'action particulière du nitrate de potasse, sur laquelle il a fait de nouvelles expériences. Il est peu de médicamens qui aient joui d'une plus grande vogue, après surtout que le chancelier Bacon en eut fait grand éloge. Avant lui déjà, Brocklesby l'avait recommandé contre le rhumatisme aigu à la dose de 10 à 12 gros et même 2 onces par jour; et, depuis, il a été employé comme antiphlogistique contre les fièvres inflammatoires, les exanthèmes fébriles, les hémorrhagies, la pneumonie, etc. En outre, Lobenstein Lobel l'a mis en usage avec succès contre les névralgies, Lalanne contre les hydropisies, notamment contre l'ascite et l'anasarque chronique. Smith et Alexander (d'Edimbourg) attribuèrent au nitrate de potasse une faculté débilitante, *putréfiante* même; et Pilger, dans des expériences récentes, a vu 32 onces de ce sel, données en quatre jours à un cheval, le jeter dans un état d'adynamie complète. Et cette opinion d'Alexander et de Smith, aussi bien que les résultats obtenus par Pilger, s'accordent assez bien avec les expériences de F. Hoffmann, desquelles il résulte que le nitre agit sur le sang hors des vaisseaux comme un puissant dissolvant.

La propriété antiphlogistique, sédative, hyposthénisante, comme on voudra l'appeler, du nitrate de potasse, propriété contestée d'ailleurs par quelques auteurs, paraît avoir été mise hors de doute dans ces derniers temps par MM. Gendrin et Martin-Solon. De plus, ils ont constaté que ce sel agit moins sûrement sur la sécrétion urinaire que sur la sécrétion cutanée, proposition contraire à celle de M. Devillers, établissant que le nitre ne perd jamais la propriété de stimuler l'action des reins, que seulement cet effet est beaucoup plus prompt quand le médicament est ad-

ministré à petites doses. Enfin, M. Devillers a reconnu qu'il modère puissamment l'action du cœur.

Reprenant l'étude des propriétés du nitre à ce double point de vue de son action générale sur l'économie et de son action spéciale sur les sécrétions urinaire et cutanée, M. Sélade a expérimenté ce médicament dans le rhumatisme aigu, soit articulaire, soit musculaire, dans les hémorrhagies inflammatoires, la bronchite, la pneumonie, la blennorrhagie aiguë et la fièvre typhoïde avec inflammation viscérale ou forte réaction fébrile. La dose a été, terme moyen, d'une demi-once le premier jour, de 6 gros le lendemain, d'une once le surlendemain et les jours suivans, jusqu'à ce que la période d'acuité ait perdu de son intensité; après quoi, elle a été diminuée en progression inverse, c'est-à-dire d'une once à 6 gros, de 6 gros à une demi-once. Or voici, en raccourci, le tableau des résultats obtenus et les conséquences qu'on en peut déduire. Les premiers symptômes que l'on observe consistent dans une diminution de fréquence du pouls, dans le ralentissement des battemens du cœur et dans un abaissement de la chaleur animale. Ces premiers effets ont été constans et se sont ordinairement manifestés vingt-quatre ou quarante huit heures après l'ingestion du médicament. Dans quelques cas exceptionnels où l'hypérémie locale était très prononcée, ces phénomènes ne se sont montrés que le troisième jour. Venait ensuite l'hypersécrétion des reins et de la peau, se déterminant aussi d'autant moins promptement que l'inflammation était plus forte. Ordinairement c'est la sécrétion urinaire qui était la première influencée; mais dès que la dose du sel était augmentée, la sueur se déclarait. Il est pourtant arrivé quelquefois que l'action du médicament se portait d'abord sur la peau, la sécrétion rénale n'éprouvant aucune modification, principalement quand on débutait par une dose assez forte, et que le degré de l'affection inflammatoire était assez élevé. Chez quelques malades, la sécrétion intestinale a été elle-même activée; les selles devenaient liquides; mais cela n'est guère arrivé que chez ceux qui avaient déjà pris pendant assez longtemps une forte dose du médicament ou bien chez ceux dont les voies digestives étaient très impressionnables; et, chose digne de remarque, dans ces cas exceptionnels, les autres sécrétions, loin d'être surexcitées, étaient suspendues. M. Sélade a observé que l'hypercrinie, quel qu'en fût le siége, amenait presque toujours une amélioration notable dans les symptômes, faisait tomber le mouvement fébrile, et, somme toute, abrégeait sensiblement la durée de la maladie. Le petit nombre des observations qu'il rapporte (cinq) ne nous permet pas de soumettre ces résultats thérapeutiques à un examen approfondi.

Rapprochant enfin de ces expériences les effets connus de l'introduction du nitre à haute dose dans les veines d'un animal (diffluence et mollesse du caillot, augmentation proportionnelle du sérum), l'auteur pense, sans s'appuyer toutefois sur des expériences positives, que le nitre a la propriété spéciale de faire descendre le chiffre de la fibrine, augmentée, comme on sait, dans les maladies inflammatoires; que le sang, devenu ainsi moins excitant, plus diffluent, modifie à son tour les solides, apaise leur éréthisme et les dispose à exécuter plus régulièrement leurs fonctions; puis, les battemens du cœur devenant moins vifs et précipités, il se fait une sorte de détente, et de tout cela résulte une augmentation de sécrétion d'autant plus facile à s'établir que le sang, comme nous venons de le dire, est devenu plus séreux.

En définitive, et pour exprimer d'une manière concise le dernier terme des résultats auxquels l'auteur est arrivé, nous dirons que, pour lui, le nitre, considéré dans son action générale sur l'économie, est *hyposthénisant*, et, considéré dans son action spéciale, active d'abord la sécrétion cutanée quand on le donne à haute dose, la sécrétion urinaire quand on le donne à petite dose, c'est-à-dire au dessous d'une demi-once dans les vingt-quatre heures, et quelquefois, mais très rarement, ces deux sécrétions à la fois.

Cette seconde partie de l'article de M. Sélade mérite certainement d'être comptée au nombre des bons travaux dont l'emploi thérapeutique du nitre a été l'objet, et n'a que le défaut de ne pas offrir au lecteur, soit sous forme d'observations, soit sous forme de résumés, assez de documens cliniques pour qu'il puisse vérifier par lui-même la pertinence des résultats et la légitimité des conclusions. Ces résultats sont d'ailleurs assez conformes à ceux qu'avaient déjà donnés les recherches les plus récentes; et ce n'est guère qu'au point de vue de la diversité d'action du médicament, suivant la dose à laquelle il est administré, qu'il serait intéressant de renouveler l'expérience.

XI. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Du rhumatisme, de ses symptômes, de son diagnostic différentiel, de sa nature et de son traitement prophylactique et curatif;* par M. Henri Gintrac. 2° *Études sur les maladies de la hanche;* par M. Pigeolet. 3° *Considérations sur les fausses ankyloses du genou;* par M. Van Hoeter. (L'auteur propose un double plan incliné, à angle mobile, pour aider à redresser le membre, après qu'on a divisé sous la peau les tendons des muscles rétractés.) 4° *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Vaux (Oise) pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1843 et janvier et février 1844;* par M. Debourge. 5° *Observation d'éclampsie;* par M. Martin. 6° *Traitement de la hernie ombilicale chez les enfans en bas âge;* par M. Seutin. 7° *Du sulfate de quinine dans le traitement de l'épilepsie;* par M. Lowet. 8° *Observation de pseudo-croup chez un enfant de cinq ans; traitement par le tartrate de potasse et d'antimoine; guérison;* par M. Pigeolet. 9° *Observation de cilite traumatique compliquée de staphylôme leucomateux de la cornée et suivie de guérison;* par M. Val'ez. 10° *Note sur l'ergot de seigle;* par M. Gripekoven. 11° *Rapport sur un travail publié d'après les documens laissés par le docteur Hennemann;* par M. Biver.

OBSERVATION D'ÉCLAMPSIE; ACCOUCHEMENT FORCÉ; par le docteur MARTIN.

Cette observation est remarquable par l'extrême gravité des accidens, par l'insuffisance, comme moyen de salut, de l'accouchement forcé, et par la guérison inespérée sous l'influence de révulsifs énergiques. On y reconnaît aussi, de la manière la plus évidente, le funeste effet des émotions morales qui commencent à amener une prédisposition marquée aux congestions cérébrales, et finissent, en se répétant, par déterminer une effroyable attaque d'éclampsie.

OBS. — Thérèse N., âgée de 24 ans, tempérament lymphatico-sanguin, stature moyenne, constitution forte, réglée à 17 ans, éprouva, trois ans après, une suppression des règles causée par l'impression que lui fit la nouvelle de la perte d'une somme d'argent. A cette époque, elle eut un *coup de sang* et tomba sans connaissance. Malgré de nombreuses saignées, elle ne fut bien rétablie qu'après un espace de quelques mois. Depuis lors, elle n'a rien éprouvé. Elle est actuellement enceinte de huit mois, et sa grossesse n'a rien offert de remarquable. Depuis quelques jours seulement, les personnes qui la voient habituellement ont remarqué en elle quelques changemens notables : son intelligence ne paraît pas bien lucide, elle répond mal aux questions qu'on lui adresse, elle se plaint de bouffées de chaleur à la face et de fréquentes douleurs de tête; ces deux phénomenes semblent s'aggraver chaque jour, depuis surtout qu'elle ne reçoit plus de nouvelles du père de son enfant.

Enfin, dans la matinée du 11 avril 1842, Thérèse a tout à coup perdu connaissance. On la trouve appuyée sur une table, la face fortement congestionnée, le regard fixe, les yeux hagards, vifs et comme poussés au dehors de leur orbite; elle ne répond à aucune question; complètement immobile, elle demeure dans la position qu'on lui fait prendre; si l'on soulève le bras, il reste suspendu, etc. Une abondante saignée immédiatement pratiquée fait disparaître ces symptômes cataleptiques, mais la perte de connaissance continue et la malade est transportée dans son lit, où elle ne tarde pas à tomber dans un assoupissement profond. (Eau glacée sur le front; cataplasme sinapisé aux extrémités; eau froide pour boisson.)

Le mieux ne continue pas. Vers midi, M. Martin la trouve dans les derniers symptômes d'un accès d'éclampsie bien caractérisé; respiration bruyante, irrégulière; écume abondante à la bouche; signes de congestion cérébrale; pouls dur, développé. Une saignée aussi forte que la précédente est pratiquée. Il ne survient pas de nouvel accès; mais la malade, pendant toute l'après-midi, reste plongée dans un sommeil lourd dont on peut la tirer en la secouant un peu; vers le soir, elle commence à reconnaître les personnes qui l'entourent. (Potion calmante; glace sur le front.)

Le lendemain et le jour suivant, la malade est bien; elle peut même sortir et se promener; cependant elle éprouve encore de temps en temps des douleurs de tête.

Le 18 avril, ces douleurs étant devenues plus fortes, la malade perd de nouveau connaissance et tombe bientôt dans le coma. (Saignée de 10 onces, 12 sangsues aux apophyses mastoïdes, cataplasmes sinapisés aux extrémités.) Ce coma est bientôt remplacé par un assoupissement profond : aucun phénomène de convulsion.

Dans la nuit, convulsions intenses et sans interruption. M. Martin la trouve à son dixième accès. En présence d'un cas devenu aussi grave, il jugea qu'il fallait sans délai opérer l'accouchement forcé. La pommade de belladone amena rapidement la dilatation du col utérin. La version fut faite avec facilité et, après les soins nécessaires donnés à l'enfant frappé de congestion cérébrale, la délivrance fut opérée. Les accès continuant toujours, on introduisit une troisième fois la main dans l'utérus pour s'assurer qu'il était complètement vide. Des lavemens de valériane, de musc, de camphre, furent alors administrés sans succès. En ce moment, le docteur Max arriva. Il fut frappé de l'état de la malade, dont la face plombée, les yeux contournés et enfoncés dans l'orbite, laissaient échapper une sérosité sanguinolente. *Le nez effilé et froid, la bouche remplie d'écume et de sang, les traits contractés et grimaçans, le pouls presqu'insensible, les membres contournés et tous les muscles du corps mis*

tour à tour en mouvement d'une manière saccadée, la faisaientplutôt ressembler à un cadavre galvanisé qu'à un être animé. En désespoir de cause, il recourut aux révulsifs les plus énergiques. La plante des pieds fut enveloppé dans des sinapismes bouillans; au troisième, moins chaud, fut appliqué entre les deux épaules, tout en continuant l'emploi de la glace sur le front. Quelques instans après, la malade fit quelques mouvemens de retrait avec les membres inférieurs, mouvemens qui semblaient indiquer quelque chose de pénible, de douloureux vers cette région. Dès lors, les accès parurent avoir moins d'intensité, laissèrent entre eux un intervalle de plus en plus long, et enfin cessèrent pour ne plus revenir : la malade tomba, comme après les autres attaques, dans un assoupissement comateux. Le nombre des accès comptés avec soin avait été de 43, dont 6 avant l'accouchement et 37 pendant et après.

Le coma continua tout le jour et fit place à un sommeil profond et de plus en plus naturel. Enfin, le lendemain, la malade commençait à reconnaître quelques personnes et l'intelligence était à peu près revenue le surlendemain. Elle ignorait complètement ce qui s'était passé, ne voulait pas croire que l'enfant qui était à ses côté fût le sien, disant qu'elle n'était pas accouchée. Les suites de couche marchèrent très bien et le rétablissement fut rapide, sauf les plaies de la plante des pieds, dont les escarres un peu lentes à tomber retardèrent de quelque temps la guérison complète.

M. Martin a eu l'occasion de revoir cette femme et de l'accoucher de nouveau. Le travail fut des plus naturels; alors la cause de ses chagrins était passée.

TRAITEMENT DE LA HERNIE OMBILICALE CHEZ LES ENFANS EN BAS AGE ; par M. SEUTIN.

Les bandages à pelote, à bille de marbre, à boule de liége, etc., que l'on emploie en général comme moyen curatif de la hernie ombilicale des nouveau-nés, ont l'inconvénient commun d'enfoncer un corps plus ou moins conique dans l'ouverture ombilicale et de la maintenir par conséquent béante, bien loin de favoriser le travail graduel de resserrement, qui tend naturellement à s'y opérer. *Contention sans compression*, voilà, d'après M. Seutin, quels devraient être le but et le mode d'action d'un bandage destiné à opérer la cure radicale. Les bandelettes de dyachylum semblent assez propres à remplir cette indication ; mais il ne faut pas les appliquer, comme le fait M. Trousseau, de manière à entourer la totalité du ventre. L'abdomen de l'enfant en souffre une constriction forte et permanente, qui n'est pas toujours sans inconvénient. Il est plus sûr et il suffit constamment de ne couvrir avec cet appareil qu'une partie de la paroi abdominale. Voici, du reste, le manuel détaillé de ce pansement, tel que le pratique M. Seutin.

L'enfant est couché sur une table, les épaules et la tête soulevées par un coussin ; deux aides le maintiennent d'une main dans cette position, tandis que de l'autre ils aident le chirurgien. Celui-ci réduit la hernie, place une petite boulette d'ouate sur l'ouverture et l'y maintient avec le doigt indicateur ; puis avec le pouce et le doigt médius de la même main il ramène la peau de chaque côté, de manière à encadrer l'ouate dans un double pli longitudinal, qui est achevé et maintenu du côté opposé par l'un des aides. On prend alors une bande de sparadrap, large de 4 travers de doigt, assez longue pour envelopper les deux tiers ou les trois quarts du ventre et échancrée sur ses bords ; pour l'appliquer, l'une des extrémités, placée sous la région lombaire, est maintenue par l'aide, tandis que le chirurgien ramène l'autre extrémité au côté opposé, en tirant suffisamment pour maintenir la formation des plis. Les doigts placés à l'ombilic abandonnent peu à peu les parties qu'ils contenaient, à mesure que les adhérences du sparadrap y suppléent. On entoure ensuite le ventre de l'enfant de quelques tours d'une bande de toile légèrement amidonnée, de manière à recouvrir toute la bande emplastique. La bande de toile n'est placée que pour faire adhérer le diachylum, et on l'enlève quelques heures après son application.

Ce bandage ne doit être renouvelé que tous les quinze jours ou toutes les trois semaines. S'il survient une éruption, on décolle une des extrémités de la bande, jusqu'à l'endroit qu'occupe l'eczéma, on y applique des morceaux de linge cérat et on remet la bande en place.

DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE ; par le docteur LOWET.

C'est en 1833 que M. le professeur Piorry a entrepris des expériences sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'épilepsie. (CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ, p. 343). Cette pensée lui avait été suggérée par une observation fort curieuse de M. Falret, qui était parvenu à guérir, chez un jeune enfant, à l'aide du sulfate de quinine continué pendant un an, des convulsions qui dataient de plusieurs années, et contre lesquelles avaient échoué tous les autres moyens. Depuis cette époque, M. Piorry a publié plusieurs cas d'épilepsie guéris par l'emploi du même médicament.

M. Lowet rapporte cinq observations d'épilepsies, exemptes, selon toute apparence, de lésion matérielle du système nerveux, et dans lesquelles le sulfate de quinine a été non seulement employé à forte dose, mais encore, dans les cas heureux, continué longtemps après que les attaques avaient paru supprimées. En y ajoutant deux observations non publiées, cela fait sept épileptiques traités de cette manière. Trois semblent radicalement guéris ; chez trois autres, l'amélioration n'a été que momentanée; chez le septième, la maladie n'a subi aucune modification. Ces résultats sont encore assez beaux pour encourager les praticiens trop souvent disposés à abandonner à elles-mêmes les maladies réputées incurables.

LIGATURE SOUS-CUTANÉE DE L'ARTÈRE OCCIPITALE ; par M. HENNEMANN.

Quoique l'observation suivante contienne un fait clinique assez intéressant en lui-même, nous ne saurions faire trop formellement nos réserves les plus expresses contre le titre que son auteur a cru pouvoir lui donner. On s'apercevra facilement en en lisant les détails que ce n'est point là une ligature sous-cutanée, telle qu'on doit la comprendre d'après les principes de la méthode et telle que celle dont M. Tavignot a fort ingénieusement formulé les règles. Ce serait bien plutôt une application de la grossière *ligature médiate*, faite à peu près comme la conseillaient Thevenin, Ledran et Garengeot.

OBS. — Un douanier se présenta le 5 juin 1831 chez le docteur Hennemann, portant à la région occipito-pariétale droite, non loin de la suture sagittale, une tumeur de la consistance d'un fongus. Il suintait un sang vermeil d'une petite plaie contuse qui occupait le sommet de la tumeur ; de temps en temps, ce suintement se convertissait en un jet artériel ; ce jet ne nécessitait aucune compression, aucune application, car il s'arrêtait spontanément lorsque le malade était épuisé.

Depuis quinze jours que le coup avait été reçu (dans une rixe avec des contrebandiers), on n'avait pu parvenir à faire cesser l'écoulement sanguin. Le docteur Hennemann comprit que l'artère occipitale droite était ouverte et que son oblitération seule pouvait remédier à une lésion qui menaçait les jours du malade. Il essaya d'abord la compression, mais sans succès ; au bout de huit jours, il pratiqua une incision à la tumeur, afin de trouver l'artère ; mais le sang l'empêcha de rien distinguer, malgré toutes ses précautions et ses essais de compression sur l'artère qu'il jugea dès lors être logée dans une rainure profonde de l'occipital. L'hémorrhagie devenait inquiétante, il proposa la ligature sous-cutanée de l'artère, opération qui fut acceptée par le docteur Wurth et pratiquée de la manière suivante.

« Mon ami et collègue Wurth, dit le docteur Hennemann, assujétit la tête du douanier contre sa poitrine en croisant ses mains un peu au dessus de la tumeur ; je saisis une aiguille courbe, courte, à pointe en fer de lance, armée d'un cordonnet en soie ; j'enfonçai l'aiguille en travers de l'épais cuir chevelu, à environ 4 lignes de la place où je sentais les pulsations artérielles ; la pointe atteignit l'os, je la fis lentement avancer sur l'occipital jusqu'à la rainure occupée par l'artère ; je continuai mon mouvement sans quitter la table osseuse, je redressai un peu l'extrémité postérieure de l'aiguille, afin de ne pas m'exposer à blesser l'artère ; je fis ensuite décrire à l'aiguille une légère courbe après laquelle la pointe quitta l'os et vint sortir à environ 6 lignes de l'autre côté de l'artère ; je tirai l'aiguille à moi ; je saisis les deux extrémités du cordonnet, que je nouai fortement sur un morceau de plomb arrondi, de la grosseur du doigt ; je n'eus pas besoin de faire de tâtonnement, car, dès que j'eus serré le cordonnet, l'écoulement sanguin cessa complètement.

» Après huit jours, le fil, qui n'avait pas divisé le cuir chevelu sous le plomb, fut retiré, et le douanier, parfaitement guéri sans aucun accident, reprit son service; il existe encore aujourd'hui, et il n'a jamais ressenti aucun inconvénient suite de cette opération. »

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE.

COMPOSITION CHIMIQUE DE LA SALIVE DU CHEVAL.

M. MAGENDIE lit un travail ayant pour titre : ÉTUDE COMPARATIVE DE LA SALIVE PAROTIDIENNE ET DE LA SALIVE MIXTE DU CHEVAL, SOUS LE RAPPORT DE LEUR COMPOSITION CHIMIQUE ET DE LEUR ACTION SUR LES ALIMENS.

Ce travail est extrait d'un rapport officiel fait sur la demande du ministre de la guerre par une commission composée de physiologistes, de chimistes et de médecins vétérinaires. MM. Magendie, Rayer et Payen, pour l'Institut, font partie de cette commission. C'est la portion du rapport à laquelle ont coopéré les trois membres de l'Académie des sciences dont M. Magendie donne communication.

Voici de quelle manière la commission a procédé aux expériences et les conclusions qu'elle en a déduites.

Pour se procurer de la salive parotidienne, on a coupé le canal parotidien

avant son entrée dans la bouche; puis, donnant à manger au cheval, on a pu recueillir une assez grande quantité de liquide. Quant à la salive mixte, formée de la réunion de tous les liquides versés dans la bouche pendant la digestion, les commissaires l'ont obtenue en faisant manger à un cheval ayant une ouverture à l'œsophage du son lavé à l'eau froide, puis à l'eau bouillante, et enfin à l'eau distillée, et en recueillant ce son imprégné de salive à mesure que le bol alimentaire s'échappait par l'ouverture œsophagienne.

La salive parotidienne chez le cheval est un liquide transparent, incolore, inodore, très alcalin et devant cette propriété à la présence d'une grande quantité de bi-carbonate de potasse; 1,000 parties de cette salive en contiennent 10 à 11 de matière sèche.

Examinée au microscope, la salive parotidienne filtrée ne laisse apercevoir que quelques flocons blancs composés de carbonate de chaux et d'un peu de matière organique.

Le résidu sec est composé de 33 à 53 par 100 de sels minéraux qui sont du chlorure de potassium et du carbonate de potasse, un peu de phosphate et du carbonate de chaux, et des traces de phosphate et sulfate alcalin. Les produits organiques sont une matière soluble dans l'alcool, une matière insoluble dans l'alcool et soluble dans l'eau, et qui tient du chlorure de potassium en combinaison (c'est la ptyaline); enfin, une substance blanche coagulable par la chaleur, formant le cinquième de la masse solide et qui est de l'albumine.

Il semblerait que la salive parotidienne ne contient pas de sulfo-cyanure alcalin tout formé, mais que ce composé prendrait naissance sous l'influence de l'altération de la salive.

La salive parotidienne est sans action sur l'empois de fécule, à la température de + 40° et 75°.

La salive mixte est un liquide gris jaunâtre, qui se trouble facilement; il est légèrement alcalin et ne contient pas de carbonate, mais une grande quantité de chlorure alcalin. Au microscope, on y a vu une grande quantité de petits globules arrondis transparens. 100 parties de salive mixte en contiennent 10 environ de matière sèche.

Le résidu est composé de 40 % de sels minéraux, qui sont une très grande quantité de chlorure de potassium, un peu de phosphate et de carbonate de chaux et aussi du chlorure de magnésium.

Les produits organiques sont une substance soluble dans l'alcool, une substance soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool, et qui diffère de la substance correspondante dans la salive parotidienne; enfin, une substance coagulable par la chaleur, et qui n'est pas entièrement de l'albumine.

Comme la salive provenant de la bouche, la salive mixte du cheval transforme en sucre l'empois de fécule à 40°; à cette même température, elle a une action lente, mais sensible sur la fécule crue et sur l'albumine coagulée.

La salive mixte différant de la salive parotidienne, c'est à tort qu'on a pris celle-ci sur le cheval pour la comparer à la salive recueillie dans la bouche de l'homme, et qu'on a conclu de cette comparaison que leurs salives étaient différentes. Si l'on compare des salives de même origine chez l'homme et chez le cheval, on remarque entre elles une grande analogie.

La salive n'est pas, comme l'ont dit beaucoup d'auteurs, anhydre, ne servant qu'à mouiller les alimens, mais elle joue un rôle utile dans le premier acte de la digestion.

ORGANOGÉNIE.

M. Coste lit un travail intitulé : Recherches sur les premières modifications de la matière organique, ou sur la formation des cellules.

Si l'on étudie les tissus des animaux dans le sein même du germe, dit M. Coste, on peut clairement reconnaître alors que leur trame est en très grande partie composée, comme celle des végétaux, de cellules d'autant plus faciles à reconnaître que le développement en a moins dissimulé la forme.

Du moment où il était démontré que la cellule constitue la base de tous les tissus organiques, qu'elle en est comme la molécule intégrante, on ne pouvait manquer d'attacher le plus grand prix au mécanisme de sa formation.

M. de Mirbel a le premier recherché comment la cellule procède du cambium et forme ses parois aux dépens de ce mucilage. Par des coupes pratiquées à l'extrémité d'une racine du dattier, il a vu se manifester, au sein de la substance mucilagineuse, une multitude de masses irrégulièrement sphéroïdales, homogènes, résultat évident d'une concentration du mucilage, qui, dans chaque masse condensée, montre déjà les premiers rudimens d'une organisation prochaine. Bientôt, au centre de chaque masse, une cavité se creuse et grandit peu à peu, en refoulant autour d'elle la matière qui lui sert de limite; et cette matière, ainsi refoulée, amincie en membrane par la dilatation de la cavité centrale, finit par représenter une sphère creuse, qui n'est autre qu'une vésicule.

A cette théorie, M. Coste oppose celle de Schleiden appliquée par Schwann à l'organisation des animaux, et qui n'est qu'une généralisation de la théorie de Purkinje sur le développement de l'œuf dans l'ovaire. Purkinje, ayant reconnu que la vésicule germinative était de toutes les parties de l'œuf celle qui, dès l'origine, avait un développement proportionnel plus considérable, supposa qu'elle était née la première, et la considéra comme un centre autour duquel viennent se déposer successivement le vitellus, puis la membrane vitelline qui, à son tour, se coagulait à la périphérie du jaune pour compléter l'œuf ovarien. Cet emboîtement successif des parties concentriques ayant paru à Schleiden et à Schwann le moyen le plus simple de concevoir la formation des parois vésiculaires, ces naturalistes en ont constitué une théorie générale du développement de la vésicule.

Sans se prononcer sur ces deux manières d'envisager l'origine de la cellule, M. Coste annonce que, dans une prochaine communication, il présentera son système propre, tel qu'il l'expose dans son cours au collége de France.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES MAMMIFÈRES AQUATIQUES.

M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Pucheran, aide-naturaliste au muséum, sur les caractères généraux des mammifères aquatiques.

Le premier fait que l'on constate, lorsqu'on examine ces mammifères sous le point de vue de leurs formes générales, c'est la supériorité de taille qui les caractérise. On peut même ajouter que l'accroissement de dimension est chez eux en raison directe de leur séjour dans l'eau. Aucun carnassier terrestre n'approche de la taille du phoque.

Tandis que les membres diminuent chez les mammifères aquatiques, le corps s'allonge, au contraire, de manière à permettre à l'animal de déplacer avec facilité la masse liquide au milieu de laquelle il séjourne.

L'auteur présente d'autres considérations sur le pelage, les ongles, etc., des mammifères aquatiques.

ÉTIOLOGIE DU GOÎTRE.

M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, adresse une note sur les causes du goître. M. Guyon croit que c'est à tort qu'on a rapporté les causes du goître à la basse température, à la crudité des eaux ou à l'humidité de l'atmosphère, comme le prétendait Fodéré. Il pense qu'il n'existe aucune relation entre cette humidité et le goître, cette maladie étant complétement inconnue dans des pays où règne habituellement une grande humidité. Pour lui, les causes jusqu'à présent assignées au goître ne sauraient rendre raison d'un état pathologique aussi répandu, et qui présente partout les mêmes caractères. La cause réelle du goître, suivant M. Guyon, c'est le court séjour du soleil dans les localités où règne cette maladie. Il cite, à l'appui de son opinion, l'observation de Fodéré, qui dit qu'en parcourant les pays où le goître est endémique on ne le rencontre ni sur les hauteurs, ni dans les plaines largement ouvertes, mais seulement dans les gorges étroites et profondes.

L'auteur cite encore, comme argument en faveur de sa manière de voir, l'existence assez commune des goîtres dans la ville de Lyon, goîtres qui proviendraient uniquement de ce qu'une montagne, qui court du nord au sud prive cette ville des rayons du soleil levant.

M. Boussingault ne pense pas que la théorie de M. Guyon soit fondée; il objecte qu'il a observé un grand nombre de goîtres sur les Andes, en Amérique, dans des contrées parfaitement exposées au soleil et qui sont les plus sèches du monde.

M. Serres exprime le désir que toutes les communications de M. Guyon sur les maladies de l'Algérie soient renvoyées à une commission spéciale.

M. Guyon sera invité, en conséquence, à adresser à l'Académie l'ensemble des observations qu'il a faites depuis son séjour à Alger.

La présente communication est confiée à l'examen de MM. Andral, Rayer et Serres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Rochoux dépose sur le bureau des documens qui lui ont été communiqués sur la question de l'antagonisme entre les fièvres intermittentes et la phthisie. (Renvoyé à la commission chargée de cet objet.)

ASCITE ESSENTIELLE.

M. Velpeau lit, en son nom et au nom de M. Lacournère, un rapport sur un travail de M. Desjardins, du Hâvre, ayant pour titre : Observations sur l'ascite sans lésion des viscères ni du système circulatoire.

Les faits que rapporte M. Desjardins ont été recueillis par lui pendant son séjour dans l'Inde, à titre de chirurgien de la marine. Ils sont au nombre de trois. Dans aucun des trois cas il ne lui fut possible de trouver la moindre altération organique. Les deux premiers étaient relatifs à deux marins, qui, pendant une longue traversée, faite dans de mauvaises conditions hygiéniques, furent pris d'une ascite qui guérit aussitôt qu'ils eurent gagné terre. Le troisième cas fut plus remarquable que les précédens, en ce qu'il s'agit d'un homme qui était affecté d'une ascite considérable depuis quinze ans, sans qu'il accusât aucun symptôme morbide, aucun trouble de la santé, aucune gêne autre que celle qui résultait du volume de son ventre. Il vivait même, au rapport de l'auteur, en véritable épicurien. La ponction fut pratiquée après quinze ans de durée de la maladie; elle donna issue à une grande quantité de liquide (environ quinze litres), et le malade paraissait guéri, lorsqu'il fut pris incidemment d'une pneumonie, à laquelle il succomba. A l'autopsie, M. Desjardins ne trouva dans les viscères abdominaux aucune lésion organique qui pût expliquer l'existence de l'ascite.

M. le rapporteur propose pour conclusions d'adresser des remercîmens à l'auteur, de renvoyer son travail au Bulletin pour y être inséré par extraits, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant.

M. Dubois (d'Amiens) : Le fait scientifique que ces observations ont pour objet de faire ressortir est connu et admis depuis longtemps. De tout temps on a reconnu des hydropisies essentielles. Il n'y aurait donc sous ce rapport rien de très extraordinaire dans ces faits. J'ajouterai que les deux premiers cas rapportés par l'auteur ne me paraissent pas devoir être considérés comme des cas d'ascite essentielle; je crois qu'il y avait chez ces deux malades un commencement de scorbut, et que l'ascite n'était que le résultat de l'appauvrissement du sang. Le dernier cas seul est vraiment remarquable.

M. Velpeau : L'auteur n'a pas prétendu donner ces faits comme entièrement nouveaux; mais, bien que n'étant pas sans exemples, il a pu penser qu'ils étaient

assez intéressans pour être présentés à l'Académie. M. Desjardins est d'ailleurs une des notabilités médicales du Hâvre, et il a déjà communiqué de bons travaux à l'Académie.

M. Rochoux : Les faits présentés par M. Desjardins ont réellement toute l'importance qui leur a été attribuée par M. Velpeau, car il est effectivement très rare de voir guérir une ascite, et les cas d'ascite essentielle sont beaucoup moins communs qu'on ne le croit. Il ne faut pas, à mon avis, classer dans cette catégorie les deux premiers cas rapportés par M. Desjardins ; ce sont évidemment des ascites produites par une altération du sang, et qui rentrent, par conséquent, dans les faits connus. La troisième observation me paraît seule devoir être considérée comme un cas d'ascite essentielle, et sous ce rapport elle est vraiment digne de l'attention de l'Académie.

Un mot au sujet d'une expression dont s'est servi M. Velpeau. Il a employé le mot *épicurien* comme synonyme de *viveur*. (On rit). C'est là une grande erreur. Epicure fut l'homme le plus sobre de l'antiquité ; il vivait avec un sou par jour et faisait de vifs reproches à un de ses adeptes, qui en employait un et demi.

Les vrais viveurs sont les Aristidiens tant célèbres par Horace, et non les Epicuriens, qui faisaient vœu de sobriété.

M. Honoré signale à cette occasion les fâcheuses conséquences de l'incorrection et de l'inexactitude du langage médical. Les deux premiers faits en question, suivant lui, ne sont pas évidemment des cas d'ascite essentielle, mais bien plutôt des cas de scorbut. Il n'est pas rare en effet de voir survenir des épanchemens séreux pendant la convalescence du scorbut.

M. Dubois (d'Amiens) : Je suis d'autant plus porté à partager l'opinion que vient d'émettre M. Honoré, que rien ne guérit plus vite que le scorbut, même dans les cas les plus graves, par le simple changement de conditions hygiéniques. C'est au point que certains malades, ainsi que j'en ai vu des exemples, guérissent presque aussitôt qu'ils ont mis le pied à terre.

M. Velpeau : M. Honoré pense que les deux premières observations ont été désignées à tort sous le nom d'ascite ; mais s'il ne veut pas qu'on les désigne ainsi, comment les nommera-t-il ? (M. Honoré : Je les nommerai leuco-phlegmasie et non ascite.) Je répéterai d'ailleurs que ces faits ne sont pas présentés comme des exemples types d'ascite, mais comme des faits intéressans.

M. Castel rapporte, à ce sujet, la relation d'un cas d'hydropisie ascite sans lésion de viscères, survenue sous l'influence du froid et guérie spontanément.

MM. Londe et Delens citent des cas analogues.

MM. Gérardin et Bousquet prennent la parole sur les conclusions, qu'ils proposent de modifier en ce qui concerne l'insertion au Bulletin, qui n'est pas d'usage.

M. Velpeau consent à la modification demandée.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

GYMNASTIQUE.

M. Bouvier lit, au nom de MM. Bégin, Londe et au sien, un rapport fort étendu sur un travail de M. Clias, ayant pour objet la gymnastique populaire.

M. le rapporteur, après avoir exposé dans tous ses détails et dans ses principes théoriques et pratiques la méthode gymnastique de M. Clias, propose les conclusions suivantes :

1° La commission reconnaît l'utilité des exercices gymnastiques en général.

2° La méthode somacétique de M. Clias, supérieure par sa simplicité et par ses bons effets aux autres méthodes, pourrait être appliquée avec de grands avantages dans les écoles primaires.

3° La commission propose qu'il soit adressé copie du rapport à M. le ministre de l'instruction publique.

M. Nacquart trouve la seconde conclusion trop limitée. Pourquoi la méthode de M. Clias ne serait-elle pas recommandée pour tous les établissemens d'instruction publique ? Ce serait d'autant plus nécessaire que l'orthopédie rachidienne a fait son temps. (On rit.) Je pouvais m'attendre à exciter des regrets en disant cela, mais non pas l'hilarité. Oui, je soutiens que l'orthopédie rachidienne a fait son temps, et que l'Académie sait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur cette grande déception. (Hilarité.) Mais, en vérité, je ne conçois pas ces rires ; qu'on me permette donc d'expliquer ma proposition. Tous les médecins de l'enfance ont remarqué que, comparativement aux déviations de tout genre que l'on voit dans l'enfance, la gibbosité réelle est très rare. D'où vient cela ? C'est que ces déviations de l'enfance s'effacent dans l'âge adulte dans les cas les plus fréquens. Or, supposez que ces enfans soient traités par l'orthopédie, on ne manquera pas de lui imputer les résultats qui sont cependant le résultat d'une cause naturelle et spontanée. Si une déviation légère persiste, les familles se garderont bien de l'avouer, les jeunes filles bien moins encore, et au moyen de certaines attitudes et de certains vêtemens, elles déguiseront admirablement les incorrections de leur torse. Dans ces deux circonstances, on peut trouver tous les succès de l'orthopédie. Une méthode gymnastique naturelle, simple et facile comme celle de M. Clias, pourrait souvent dispenser les jeunes filles des tortures de l'orthopédie et réussir bien mieux qu'elle. Voilà pourquoi je demande que la seconde conclusion soit plus généralisée (1).

M. Dupuy regrette qu'on ait négligé dans le rapport la partie de la gymnastique qui est relative à la statique. Il a été beaucoup question de la dynamique, mais point de la statique. M. Dupuy émet d'excellentes considérations sur le rôle que jouent les articulations et les insertions musculaires chez les animaux sous le rapport de la statique. Il fait ressortir en outre les conséquences nombreuses d'une statique bien ou mal dirigée sur la force, les formes et l'état de santé des animaux.

M. Delens abonde dans le sens de M. Nacquart. Quand on fait la médecine des enfans, dit-il, on est frappé de ce fait que des jeunes gens qui vous avaient été amenés comme déviés vous sont présentés plus tard redressés, sans qu'il ait été fait de traitement dans l'intervalle. Je me rends compte de ces faits par la circonstance bien connue du développement successif et non simultané des organes. Par exemple, tantôt c'est le cœur qui se développe d'une manière disproportionnée au développement des autres organes, et particulièrement à celui des parois thoraciques, d'où l'on est consulté quelquefois pour des maladies présumées du cœur, tandis qu'il n'y a en réalité qu'une amplitude excessive de cet organe. Aussi voit-on diminuer et disparaître plus tard cette maladie apparente, lorsque l'équilibre s'est rétabli entre les différens viscères. C'est à des circonstances analogues qu'il faut attribuer l'apparition et la guérison spontanées de certaines déviations. Aussi y a-t-il un grand avantage à prescrire aux enfans qui sont menacés ou atteints de ces sortes de déviations, une gymnastique partielle de la poitrine consistant dans de grands mouvemens d'ampliation successifs, de manière à favoriser à volonté le développement des muscles de tel ou tel côté de la poitrine, etc.

M. Delens pense que c'est là un moyen de gymnastique trop négligé et qui pourrait être très utile dans un grand nombre de circonstances.

M. Husson : Je crois avoir entendu que M. Bouvier accusait la méthode gymnastique de M. Amoros de produire souvent des accidens. Depuis trente six ans que je vois appliquer cette méthode au collége Louis-le-Grand, je n'ai jamais vu d'accident.

M. Bouvier : On a soulevé une question incidente, en quelque sorte collatérale à la question principale, qui ne me paraît pas devoir être discutée dans ce moment. Je me réserve de la discuter plus tard si l'on veut ; pour le moment, je me bornerai à répondre à quelques-unes des observations qui ont été faites sur ce rapport.

Relativement à la conclusion que l'on propose de modifier, je ferai remarquer que j'ai considéré tout du long du rapport la méthode Clias comme de nature à devoir être généralisée. Si j'en ai restreint l'application aux écoles primaires, dans mes conclusions, c'est que j'ai cru devoir me conformer au vœu de l'auteur lui-même qui a présenté sa méthode comme un moyen de gymnastique populaire, spécialement applicable aux institutions primaires. Je ne me refuse pas, du reste, à étendre cette application ; je me conformerai en cela au vœu de l'Académie.

Le rapporteur lit quelques lignes de son rapport pour répondre au reproche que lui a adressé M. Dupuy de n'avoir point parlé de statique.

Relativement au système Amoros, il ne l'a point critiqué, comme le dit M. Husson, mais il a simplement constaté qu'il donnait fréquemment lieu à des accidens.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. Hervez de Chégoin, par l'organe de M. Bousquet, communique la relation d'une ablation de tumeur considérable de la région cervicale, faite avec succès.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

UROLOGIE. — DES ANGUSTIES OU RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE, ET DE LEUR TRAITEMENT RATIONNEL ; par M. LEROY-D'ETIOLLES. — Un vol. in-8°, 1845. Paris, chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Si les livres peuvent parfois remplacer sans désavantage l'enseignement et l'observation, c'est à coup sûr lorsqu'ils embrassent, comme celui-ci, les innombrables éventualités de la pratique dans un cadre à la fois large, méthodique et lumineux ; lorsque, comme celui-ci encore, ils contiennent tant de règles, et des règles si détaillées et si sûres, que le jeune médecin y trouve pour ses yeux, pour son esprit et pour sa main un guide aussi utile que pourrait l'être l'assistance continuelle d'un professeur instruit et dévoué. Cette impression est la première qui nous ait frappé à la lecture de l'ouvrage de M. Leroy-d'Etiolles ; il a fallu qu'elle fût bien irrésistible pour s'être ainsi fait jour *ex abrupto*, avant même d'avoir désigné le plan, les divisions et presque le sujet du livre. Mais cette qualité en suppose d'autres ; elle dispense le critique qui trouve à la louer d'une si grande partie du reste de sa tâche, que nous n'avons pu nous défendre de la signaler tout d'abord et aussi spontanément que nous l'avions appréciée.

C'est donc un traité PRATIQUE que nous avons à annoncer aujourd'hui : cette épithète, que tant d'auteurs ajoutent sans façon au titre de leurs ouvrages, M. Leroy-d'Etiolles l'a mise, lui, en réalité dans chacune de ses pages. Par là s'explique la brièveté extrême de certains chapitres qu'on est habitué à trouver partout ailleurs si longuement développés. Fallait-il

(1) Cette allocution est extraite textuellement du compte-rendu de la GAZETTE DES HÔPITAUX. Nous avons voulu que nos lecteurs ne perdissent rien des remarques, et surtout des intentions de notre savant confrère. On y répondra en temps opportun.

à propos de la structure de l'urètre, de la classification des rétrécissemens, des procédés instrumentaux de chaque méthode, etc., etc., apporter au lecteur, qui n'en a que faire, une série de citations dont l'inévitable litanie, transmise de classique en classique comme un héritage sacré, épuise l'attention sans même rester dans la mémoire? M. Leroy a ouvertement rompu avec ces traditions. Jaloux d'être lu, parce qu'il avait conscience d'être utile, il a pris le bon moyen, c'est d'omettre tout ce qui ne sert qu'au renom de l'écrivain, pour donner plus de place à ce qui peut profiter à l'élève. Ses descriptions, toutes tracées à ce point de vue, pourront par les érudits gardiens du culte bibliographique être jugées tronquées et incomplètes; mais elles ne paraîtront ni arides, ni insuffisantes à qui veut apprendre à guérir, et ne laisseront sans réponse aucune des questions dont l'intérêt de ses malades pourra lui suggérer l'idée.

Le meilleur exemple de ce caractère tout positif, tout d'application, se trouve dans la division établie par l'auteur entre les diverses espèces de rétrécissemens urétraux. Tandis qu'ailleurs on s'évertue à les distinguer en brides, indurations, cicatrices, etc., pour leur appliquer en définitive presque à tous une méthode identique de traitement, M. Leroy ne donne à ces variétés anatomiques qu'une importance proportionnée à celle des déductions cliniques auxquelles leur considération peut conduire. Mais arrivé en face du traitement, il se décide pour une classification qui fera peut-être lever quelques épaules de pitié, et que nous recommandons, nous, au contraire, comme une des plus sages et des plus fécondes innovations en ce genre: « 1° Rétrécissemens qui laissent passer l'urine et les bougies; 2° rétrécissemens qui laissent passer l'urine, mais non les bougies, même les plus fines; 3° rétrécissemens qui ne laissent passer ni les bougies ni l'urine. » On nous nous trompons étrangement, ou la supériorité de ce principe de division ressort au premier coup d'œil. Dans un exposé, plus scientifiquement conduit peut-être, on énumère d'abord les symptômes, puis le traitement, quitte au lecteur ensuite à aller chercher dans telle partie du second chapitre ce qu'il convient de faire dans le cas de telle éventualité prévue au premier. Ici le problème est posé clair et pressant, en deux mots, puis immédiatement suit la réponse, plus détaillée, il est vrai, et riche de toutes les ressources acquises dans une longue expérience, mais presque toujours amenant une conclusion certaine. C'est (si j'ose excuser par l'occasion une comparaison aussi essentiellement prise dans le sujet) comme l'envie d'uriner, sollicitant impérieusement une solution, et le cathétérisme, plus long, plus minutieux, mais donnant toujours un résultat matériel. L'immense pratique qui a su seule inspirer à M. Leroy l'idée d'une semblable division, lui a également fourni les matériaux les plus capables de la rendre utile et profitable au jeune médecin.

Reprenant ensuite l'un après l'autre chacun de ces trois chefs, M. Leroy énumère successivement tous les moyens qui doivent être employés selon telle ou telle occurrence. L'ordre suivi comportait nécessairement quelques répétitions; aussi n'en ferons-nous pas le sujet d'un reproche bien grave. Mais un autre vice résulte de cette marche: ainsi, à propos des rétrécissemens qui laissent passer l'urine et n'admettent ni sondes ni bougies, M. Leroy conseille 1° la pression continue de la bougie contre l'obstacle; 2° la pression contre l'obstacle, exercée chaque jour avec une sonde; 3° la cautérisation directe ou d'avant en arrière. Chacun de ces procédés est sans doute décrit avec tout le soin désirable; mais néanmoins ce mode de classement par énumération et en allant des manœuvres simples à celles qui sont plus graves, pourrait en quelque sorte laisser penser au lecteur qu'on lui recommande d'employer d'abord les premières et de n'en venir aux dernières qu'en désespoir de cause. Or, sont-ce là des indications bien rationnelles? Le chirurgien ne doit-il fixer son choix entre plusieurs méthodes que d'après l'insuccès éprouvé de telle ou telle d'entr'elles? N'existe-t-il pas des motifs plus légitimes qu'un premier échec pour lui faire quelquefois adopter de prime abord le moyen en apparence le plus compromettant?... Quoique ces remarques ne portent spécialement sur aucun passage bien précis, et que M. Leroy ne fût sans doute pas embarrassé d'éluder le reproche qu'elles semblent exprimer, nous le connaissons trop franc et trop sincère pour douter qu'il les accepte sans récrimination, tout comme aussi nous pensons à bien spécifier nous-même le caractère tout à fait général de cette critique, inculpation de tendance plutôt que de délit réalisé. — Dans ces considérations, M. Leroy a signalé plusieurs procédés de son invention, la bougie à boule pour le diagnostic des strictures, et surtout la bougie de cire un peu tortillée en plusieurs sens à son extrémité, modification très simple, à l'aide de laquelle il a souvent pu pénétrer des angusties urétrales inexpugnables pour tout autre assaillant.

Les observations foisonnent dans cet ouvrage, non pas jetées comme à regret et à titres de pièces justificatives à la fin du livre, non pas stéréotypées sur cet uniforme patron qui, sans couleur de précision, atteint infailliblement le dégoût, mais groupées çà et là à l'appui du précepte, contenant parfois elles-mêmes une règle, mais jetant au moins toujours un trait de lumière. Elles sont presque toutes tirées de la pratique particulière, genre de récit cent fois plus attachant, et certainement plus profitable pour l'instruction par l'extrême variété de moyens thérapeutiques qu'il comporte, bien préférable par conséquent aux faits recueillis dans les hôpitaux, toutes les fois du moins qu'on peut, comme ici, compter sans réserves sur la véracité de l'historien qui est à la fois narrateur et seul témoin. — C'est dans ces récits qu'on peut prendre une juste idée de la fécondité et de la sûreté d'imagination de M. Leroy. Ses innovations sont presqu'innombrables; et cependant on serait bien embarrassé de signaler quelqu'erreur où l'ait entraîné cette fertilité inventive; car, pour se mettre à l'abri de la préférence irréfléchie qu'inspire toujours envers telle ou telle méthode le sentiment de paternité, il a pris le meilleur parti, celui de les perfectionner toutes.

En urologie, comme partout où le champ est étroit et les cultivateurs nombreux, il y a de fréquentes collisions, et elles se multiplient et s'animent encore quand approche le moment de la récolte. En se rappelant de récens exemples, on pouvait donc craindre que le soin de sa réputation entraînât parfois ici notre auteur, à quelques-unes de ces sorties dont la science est le prétexte et dont les personnes font toujours les frais. M. Leroy n'a justifié ces appréhensions que dans leur sens le moins défavorable; il n'a point attaqué, mais il a pensé qu'il lui était permis de se défendre. C'est là un droit que nul ne lui contestera; et s'il en a parfois usé dans toute sa rigueur on avouera que personne ne sait mieux que lui se faire pardonner ces incursions juxtà-scientifiques par le piquant du style et par l'atticisme de la forme.

VARIÉTÉS.

— Nous avons reçu de M. le docteur Cisseville, médecin-inspecteur des eaux minérales de Forges (Seine-Inférieure), la lettre suivante.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu, dans la Gazette Médicale de Paris, à la date du 23 août dernier, un article sur les eaux minérales de Forges (Seine-Inférieure), ainsi conçu: « M. Henry fait, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur l'établissement thermal de Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure). Ces eaux, qui n'avaient point été examinées depuis trente-cinq ans, époque où elles furent l'objet d'un premier rapport, ont dû, sur la demande du ministre de l'agriculture et du commerce, être soumises à une nouvelle analyse. Il résulte de ce nouvel examen, auquel le rapporteur a procédé sur les lieux mêmes, que les eaux de Forges ont subi une altération dans leur principe minéralisateur depuis les premières analyses qui en furent faites par M. Robert. La commission déclare toutefois que ces altérations dans la constitution chimique de ces eaux ne sont point suffisantes pour altérer les propriétés thérapeutiques spéciales dont elles sont douées. M. le rapporteur propose en conséquence de répondre dans ce sens au ministre. »

Il n'est nullement mention, dans le rapport qu'a fait M. Henry sur son travail, d'une altération qu'auraient éprouvée les eaux minérales de Forges (Seine-Inférieure) depuis l'analyse qu'en a faite M. Robert en 1812. Le savant professeur, M. Henry, a simplement constaté la présence, dans ces eaux, de substances inconnues jusqu'à ce que le célèbre Berzélius les ait trouvées dans les eaux de Porla, en Suède. Il ne pouvait donc en être question lorsque M. Robert analysa les eaux de Forges, bien que le travail de ce chimiste fût pour l'époque une œuvre remarquable, et qui est consignée dans les annales de chimie et de physique du temps.

Cette réclamation n'ayant d'autre objet que celui d'empêcher quelqu'interprétation malveillante, j'ai la persuasion que vous serez assez bon pour l'insérer dans votre prochain numéro.

J'ai l'honneur, etc. Cisseville.

Forges-les-Eaux, ce 31 août 1845.

— École auxiliaire de droit et de médecine. Nous recommandons à l'attention des familles cette école fondée en 1837, place de l'Estrapade, 30, à Paris, sous les auspices de l'Université. Admission d'élèves internes et externes pour le droit, la médecine, le baccalauréat ès-lettres et le baccalauréat ès-sciences. S'adresser à M. le docteur Barrat, directeur. Les cours s'ouvriront le 5 novembre.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 44. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 1er NOVEMBRE 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau dn Jnurnal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

Paris, le 30 octobre 1845.

En insérant dans le numéro de ce jnur l'annnnce de la vente prochaine de la Gazette Ménicale, nous devnns qnelques explications à nos lecteurs sur l'nrigine et la portée de cet incident.

Il y a hnit années qne nnns avinns cédé la moitié de la prnpriété dn journal à nn de nos cnllabnrateurs. Des contestatinns étant survennes il y a près de trnis années entre les deux propriétaires, l'un d'eux a demandé la dissolutinn de la société existante (pour défaut de pnblication), et la licitatinn dn jnurnal. Nnns n'avons pas à nnns expliquer ici sur les véritables mntifs de cette mesure. Disons seulement que le Tribunal de commerce avait d'abord rendu un jugement favnrable à notre cause, motivé snr ce que l'exploitatinn de la Gazette Ménicale ne constituait pas nne opération commerciale. La Cnnr rnyale a prnnnncé dans un sens contraire, et la vente du journal est devenne la cnnséqnence forcée de sa décision. Cette vente est donc le résultat tont à fait imprévu d'nn vice de forme, et d'autant plus imprévu, que le fondateur et rédacteur en chef de la Gazette Médicale n'avait jamais cru, en aliénant la mnitié de sa propriété, pnnvoir être jamais dépossédé de la plns petite partie de ses drnits de directeur et de rédacteur en chef du jnurnal; il croyait an contraire avnir fait tnutes les réserves possibles à cet égard. Mais il est des fnrmalités et des rigueurs légales qu'il n'aurait pas dû ignnrer.

La vente dn jnurnal est dnnc une mesure arrêtée pour le 10 nnvembre prochain. Cnmme il est parfaitement impossible, dans une telle occurrence, de prévnir ce qui arrivera, c'est-à-dire qui restera adjudicataire, nous devons, comme tont hnmme qui cnurt les risques d'un dnel, nous préparer à tnnt événement, et exprimer en quelqne façon nos derniers sentimens, sinnn nns dernières intentions.

Si les chances de l'adjndicatinn nons sont favnrables, elles seront pour nous et pour la Gazette Médicale le point de départ d'une nouvelle

---

Feuilleton.

MUSÉE D'ANATOMIE COMPARÉE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

Res ornari ipsa negat.

Il y a à peine une année, qu'nn homme se rendait à Londres, an temps des vacances, comme d'autres vont en Allemagne, en Suisse ou en Italie, pour se reposer, par les distractions dn touriste, des travaux et des fatigues de l'année. Après avoir distribué sa curiosité oisive entre toutes choses, les rues, les places, les édifices, les écoles, les bibliothèques, les spectacles, il entra avec cette même absence de but réfléchi dans le musée anatomique de Hunter. C'est, comme on sait, une magnifique et nombreuse collection de pièces d'anatomie comparée, commeocée par Hnnter et continuée par le collége des chirurgiens. A l'aspect de tant de richesses pour la science, et d'un monument si glorieux pour le pays, le voyageur fut interdit. Il admira d'abord; il donna à la mémoire de Hunter une de ces sympathies d'élite, qui dédommagent les illustres morts des persécutions de leur vivant. Puis, par nn retour subit vers sa patrie adoptive, il songea que la France ne possédait rien de pareil; que nos écoles, d'ailleurs si largement pourvues de moyens d'instruction, de laboratoires, de bibliothèques, d'hôpitaux, d'amphithéâtres, manquaient encore d'un établissement nù, au moyen d'une exhibition permanente de leurs produits, les sciences anatomiques témoignassent à la fois de leurs progrès et de l'art de les mettre en évidence. Car il ne faut pas confondre le muséum d'histoire naturelle du Jardin des Plantes, établissement nnique en Europe, au point de vne des collections zoologiques, avec les galeries d'anatomie comparée qu'il renferme, et qui ne sont remarquables qne par un grand nombre de squelettes d'animaux.—La France n'a rien de comparable au musée de Hunter : telle était la pensée du savant touriste, pendant qu'il parcourait les magnifiques galeries élevées par l'anatomiste anglais. Mais il ne les avait pas quittées, que le regret se changeant tout à coup en résolution vive et féconde, l'Ecole de médecine de Paris était dotée par avance de la belle création dont nous avons à rendre compte aujourd'hui. Cette origine d'une idée serait moins utile à faire connaître, si cette idée, ses moyens d'exécution et les résultats qu'elle a prodnits n'offraient dans leur ensemble ce quelque chose d'original et d'imprévu qui caractérise les œuvres à part. On le croirait à peine, il n'a falln qne quelques mois pour arrêter les dispositions de l'édifice, l'ordnnner, l'achever dans ses moindres détails; réunir, faire disséquer, préparer plusieurs milliers de pièces appartenant à tontes les divisions du règne animal; mettre nne armée de travailleurs à la besogne, les animer d'une même pensée, d'un même but; appeler et obtenir le concours de la plnpart des illustrations sciefotifiques d'Europe; classer, gronper, agencer tous ces matériaux divers en un tout homogène, brillant, aussi méthodique et aussi parfait que s'il s'agissait d'une œuvre conçue des longtemps, et exécutée à loisir après tous les tâtonnemens et essais inséparables de ce qui est fort, grand et durable.

ère, d'une nouvelle série. Nous ferons connaître immédiatement à nos lecteurs quelles améliorations nous comptons apporter au journal, quelles garanties nouvelles nous avons à leur offrir. — Qu'est-il besoin de le leur dissimuler! Les procès coup sur coup que nous avons eu à soutenir, les persécutions de toute sorte dont nous avons été l'objet dans ces derniers temps, avaient attiédi notre zèle et suspendu notre activité. Dominé par la crainte de voir passer en d'autres mains une création à laquelle nous avions attaché notre nom et notre avenir, nous attendions, pour renouveler nos efforts, que les événemens se fussent accomplis. Ils vont l'être; et nous le répétons, si leur issue nous est favorable, nous réparerons le temps perdu et rendrons avec intérêt à la science et au journal toute la part de sollicitude que nous avons été obligé d'en détourner. Si, au contraire, nous devons céder à des enchères trop élevées selon nos convictions et notre fortune, la Gazette Médicale passera en d'autres mains; alors, et par anticipation, nous exprimons à nos abonnés notre vive et entière reconnaissance pour le concours constant qu'ils ont bien voulu nous prêter pendant ces quinze dernières années. Nous nous sommes assuré que bon nombre de ceux qui existent datent de la création du journal. Ils ont bien voulu nous encourager, nous soutenir de leurs suffrages pendant cette longue période; qu'ils soient bien convaincus de la sincérité de notre gratitude. Le souvenir de leur bienveillance non interrompue nous suivra partout : il restera à jamais dans notre cœur comme la plus douce récompense de nos travaux et le dédommagement le plus précieux de nos sacrifices.

Jules Guérin.

THÉRAPEUTIQUE.

Lettre à M. A. Debeney sur la valeur clinique du traitement de la blennorrhagie à sa période moyenne par les injections avec le nitrate d'argent a haute dose; par M. Diday, chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des Vénériens) de Lyon.

Mon cher Debeney,

Je viens, ainsi que je m'y étais engagé, vous raconter les résultats qu'a eus récemment entre mes mains la méthode thérapeutique par les injections de nitrate d'argent, qui porte votre nom. Sans prétendre attacher à mes expériences plus de valeur qu'à celles de tant d'autres médecins qui ont déjà répété vos essais, il faut néanmoins que je vous fasse d'abord bien connaître les circonstances où je me suis placé, les garanties dont j'ai cherché à m'entourer, les motifs particuliers qui m'aiguillonnaient à la poursuite de la vérité et, pardessus tout, les secours précieux que j'ai pu utiliser dans le but d'échapper, selon les limites du possible, à toute cause d'erreur. Permettez-moi donc de reprendre les choses un peu en deçà de la présente année 1845.

Lorsqu'il y a deux ans et demi j'eus le plaisir de vous voir à Paris, j'avais déjà, d'après les indications contenues dans votre premier travail (1), fait quelques injections de nitrate d'argent à la période moyenne de la blennorrhagie, à la dose de 6 à 7 décigr. du sel pour 30 grammes d'eau distillée. C'était bien là la proportion employée communément alors par vous; et cependant je n'avais pas obtenu de succès. Dans la conversation que nous eûmes alors ensemble vous me dites, je me le rappelle fort bien, que vous étiez, depuis la publication de votre mémoire, arrêté, comme moyenne, à la quantité de 8 décigr. pour le même véhicule.

De retour à Lyon en avril 1843, je trouvai dans mon service à l'hospice de l'Antiquaille l'occasion de renouveler sur une large échelle mes premiers essais. J'eus soin d'employer presque constamment l'injection ainsi formulée : eau distillée, 30 grammes; nitrate d'argent cristallisé, 8 décigr. Mais, malgré cette modification, les revers, ou, si vous aimez mieux, les non succès, se reproduisirent comme devant; et, en rendant compte dans la Gazette Médicale (2) de ma pratique sous ce rapport, je ne pus, parlant d'après des faits accomplis sous mes yeux, que porter un jugement très défavorable sur la méthode.

Vers le commencement de 1844, ayant appris que vous aviez élevé la dose de nitrate d'argent à 1 gramme sur 30 d'eau, je tentai derechef la fortune, en me conformant à cette nouvelle prescription. — A 1 gramme comme à 8 décigr., l'insuccès fut la règle, la guérison une exception minime.

J'avais, ce me semble, fait assez pour observer scrupuleusement vos préceptes, changeant la composition du remède dès qu'il vous plaisait de la changer, et recommençant à chaque fois mes essais avec un nouveau courage, sur lequel, à la vérité, il y aurait peut-être lieu de féliciter mes malades autant que moi. Mais je n'avais point réussi!... Cette seule différence, je m'y attendais bien, devait faire mettre en suspicion mon orthodoxie; aussi fut-ce sans un bien grand étonnement que je lus dans votre dernier travail ces quelques lignes à mon adresse : « Quant à la cause des insuccès éprouvés par M. Diday, on doit l'attribuer à la manière imparfaite dont l'injection a été faite. » Et vous indiquâtes à la suite deux précautions nouvelles à prendre dans la manœuvre : 1° pratiquer d'abord, à titre de lavage, une première injection avec la solution d'azotate d'argent faite dans la proportion de 1/30; la laisser échapper immédiatement, puis pousser de suite une seconde injection qu'on retient dans le canal environ une minute; 2° une fois cette seconde injection introduite, faire progresser le liquide d'avant en arrière par la pression des doigts jusqu'à la racine de la verge, pour être assuré qu'il a pénétré jusque dans la région prostatique. — J'aurais sans doute pu réclamer contre l'explication donnée par vous de mes insuccès : si mes revers venaient seulement de l'omission de ces deux modifications, comment donc, vous qui ne les suivez tout au plus que depuis 1843, aviez-vous si *constamment* réussi jusque là? Et, en accordant même à ces deux manœuvres toute l'importance que vous leur attachez aujourd'hui, comprend on bien aisément que par le fait seul de leur omission, les résultats de ma pratique eussent pu différer à ce point de ceux que vous annonciez? Mais enfin la question ne pouvait se vider ainsi en interprétations. Vos nou-

(1) Mémoire sur le traitement abortif de la blennorrhagie par l'azotate d'argent a haute dose, et sur l'emploi des injections caustiques a toutes les périodes de l'urétrite (Paris, 1843); par M. A. Debeney.

(2) Gazette Médicale, 1843; p. 843.

Voilà pourtant ce qui a été fait et achevé juste avec le temps qu'on aurait supposé nécessaire pour le concevoir. Commencé au printemps dernier, le musée d'anatomie comparée ouvre aujourd'hui 1er novembre, tel que nous allons chercher à en donner une idée.

Comme œuvre architecturale, c'est une vaste et magnifique salle, qui n'a pas moins de 31 mètres de long (près de 100 pieds) sur 5 de large et 6 de haut. Elle est divisée, dans ce dernier sens, en deux étages par une galerie régnant à son pourtour : ce qui double en quelque façon son étendue. Le plafond, en voûte demi-circulaire, enrichi de sculptures et d'ornemens de très bon goût, est percé d'un double rang de croisées par lesquelles pénètre une vive et abondante lumière; il n'y a point de jours de côté. Les parois latérales sont garnies dans toute leur étendue d'armoires vitrées dans lesquelles sont rangées très distinctement les pièces sèches et les préparations conservées dans les bocaux. Quoiqu'il n'y ait pas dix centimètres d'espace perdu, les divisions et les objets ne sont pas trop rapprochés pour faire confusion. Le sol est occupé dans presque toute sa longueur par deux grandes estrades sur lesquelles sont rangés par ordre les squelettes des grands animaux. — Au fond de la salle sera placée la statue en marbre de Georges Cuvier, due à l'habile ciseau de M. Mercier. Au bas et à gauche du grand escalier conduisant au musée on rencontre le groupe de Bichat d'après celui de notre célèbre David : tout cela est du plus heureux effet, d'un style sévère et parfaitement approprié au sujet.

On ne saurait donner une idée plus simple et plus claire de l'ensemble des préparations que nous allons chercher à faire connaître, qu'en le comparant à une vaste encyclopédie anatomique, dont l'ordonnance, la richesse et la variété sont telles que le comportent nos connaissances et nos méthodes de classification. On peut en suivre les divisions chapitre par chapitre, et y lire comme dans un livre ouvert à toutes les pages. Chose remarquable! c'est que, suivant que l'on veut étudier l'anatomie comparée en descendant ou en remontant l'échelle, d'après la méthode qui va de l'homme aux animaux ou celle qui va des animaux à l'homme, il suffit de commencer l'examen par la gauche ou par la droite en entrant dans la salle, en ayant soin d'observer, qu'après avoir parcouru tous les cadres du rez-de-chaussée, il faut suivre et épuiser le même ordre de gauche à droite ou de droite à gauche à l'étage au dessus. Il en est de même au point de vue physiologique. Soit qu'on procède, dans l'étude des organes, de l'animal développé à celui qui commence, ou, en sens contraire, de l'embryon à l'adulte, les deux extrêmes sont l'anatomie générale et l'ovologie : ce sont aussi les deux extrêmes des classifications du musée. Ainsi, en procédant de gauche à droite, on trouve : l'anatomie générale considérée dans les différentes classes d'animaux; puis les systèmes particuliers, la squelettologie, la myologie, le système nerveux, les organes des sens. Viennent ensuite les animaux ouverts offrant dans leurs rapports naturels les organes de la digestion, de la circulation et de la respiration; puis ces organes représentés isolément; plus loin les appareils des sécrétions, ceux de la génération chez le mâle et la femelle; enfin toutes les phases et périodes de l'ovologie et de l'embryogénie. Cet ordre conduit pas à pas de la vie de l'individu à celle de l'espèce; en le renversant on va de la vie de l'espèce à celle de l'individu. On remarquera d'ailleurs que tous les intermédiaires sont soigneusement remplis; que les grandes divisions physiologiques sont suivies de toutes les subdivisions qu'elles comprennent. Pour la digestion,

velles exigences sollicitaient une nouvelle expérimentation. Accoutumé depuis longtemps à vous suivre sur ce terrain, je dus faire un dernier effort pour parvenir enfin à opérer dans les mêmes conditions que vous.

Depuis le 2 juin jusqu'au 16 septembre 1843, j'ai traité 38 malades atteints de blennorrhagie à la période moyenne par les injections de nitrate d'argent à haute dose. Sur ce nombre, j'ai obtenu, par le fait de cette médication, seulement trois guérisons. Voici le résultat brut : quelques mots maintenant sur les particularités offertes soit par la maladie, soit par l'application de la méthode. Je dois le souvenir précis de la plupart de ces détails au zèle obligeant de M. Laugier, interne de nos hôpitaux, dont le nom seul sera, pour cette partie de ma lettre, une garantie d'exactitude et de véracité bien suffisante aux yeux de tous ceux qui ont habité Lyon depuis quelques années.

Sur les 38 sujets soumis aux injections, 32 étaient malades à l'hôpital de l'Antiquaille ; 6 ont été traités en ville. Chez tous la blennorrhagie était arrivée à une période moyenne, c'est-à-dire qu'elle avait, d'une part, passé les cinq ou six premiers jours, et que, de l'autre, l'écoulement n'était encore devenu ni assez transparent, ni assez filant, ni assez peu copieux pour mériter le nom de *suintement*. Le nombre de jours depuis lequel la maladie durait a été, en moyenne, de 24. Je n'aurais pas reculé devant des cas de blennorrhagie extrêmement inflammatoire ; mais il ne s'en est pas présenté. La plupart du temps, l'écoulement était modérément abondant, blanc ou d'un blanc légèrement verdâtre, sensibilité plutôt que douleur réelle en urinant, érections pendant la nuit incommodes plutôt que douloureuses. — Vous direz peut-être que ces cas paraissent avoir été choisis : ils l'ont été en effet ; et c'est bien à dessein que je les ai triés sur un nombre plus considérable ; car ce qu'il s'agissait de vérifier, ce n'était pas le pouvoir curatif du nitrate d'argent au début non plus que vers la fin de l'affection (sur ces deux points, les praticiens sont à peu près d'accord), mais bien à la seconde période, durant l'état dit d'acuité de la blennorrhagie. C'est à cette période que vous avez posé formellement l'indication du remède : là donc devait se circonscrire tout le débat.

Les injections ont été pratiquées tous les deux ou trois jours ; en d'autres termes, je les renouvelais dès que, la surexcitation causée par l'injection étant passée, l'écoulement primitif manifestait quelque tendance à reparaître. A part une ou deux fois, j'ai fait toutes ces injections moi-même. Chaque malade a subi 3, 4 ou 5 injections successives.

Quant à la dose, j'ai opéré en premier lieu avec la solution de 1 gramme de nitrate dans 30 grammes d'eau distillée ; plus tard, j'ai porté la quantité à 15 décigr. et jusqu'à 2 grammes. Mais n'ayant pas obtenu de résultat plus avantageux, je revins, comme formule ordinaire, à celle de 1 gr. sur 30.

Passons maintenant au manuel opératoire. C'est la condition à laquelle avec raison vous tenez le plus ; c'est celle aussi que je me suis surtout attaché à remplir selon toute la rigueur de vos prescriptions. Ainsi dans tous les cas sans exception, j'ai fait deux injections coup sur coup : la première pour laver le canal (déjà balayé par l'émission de l'urine que j'ai soin de faire exécuter au malade immédiatement avant d'injecter) ; la seconde, pour demeurer en contact avec la membrane muqueuse. Restait le point, pour nous deux, capital : faire toucher *toutes* les parties de la muqueuse urétrale par le liquide injecté. Pour cela, j'adoptai sans hésiter votre conseil de faire remonter ce liquide par la pression des doigts jusqu'à la racine de la verge. Seulement, comme le degré de force à employer dans cette pression et la hauteur du canal à laquelle il convenait de l'exercer étaient choses impossibles à fixer, par des paroles, d'une manière précise, je craignais, je l'avoue, de rester encore au-dessous de ce que vous exigiez, de m'exposer une seconde fois de votre part au reproche déjà encouru d'imperfection dans la manœuvre. Ce fut donc pour moi une bonne fortune réelle à tous égards, mon cher Debeney, que votre arrivée à Lyon au milieu de mes expérimentations, et vous n'avez peut-être pas tout à fait oublié l'empressement moitié d'ami, moitié de confrère, avec lequel je vous entraînai un beau matin à l'Antiquaille pour vous rendre témoin et juge de la manière dont mes essais étaient conduits. Je n'étais point sans inquiétude au sujet de votre sentence ; connaissant la hardiesse de votre pratique sous ce rapport, je craignais surtout de n'avoir exécuté ces manœuvres de pression, de refoulement du liquide, qu'avec une timidité qui allait m'attirer quelque nouveau désaveu. Un mot de vous dissipa bien vite ces appréhensions. La première injection faite, et le liquide refoulé selon ma manière habituelle, je lève la tête et vous demande si, pour vous, cela suffit. — « Je crois bien ! » vous écriâtes-vous d'un ton dont je n'ai pas perdu le souvenir, et qui, tout en me rassurant, m'apprit que loin de rester en deçà des conditions posées par vous, je venais bien plutôt de les dépasser. — Malgré cette scrupuleuse observance, je le répète, les guérisons promises demeurèrent à l'état d'exception.

Je pensai alors qu'on réussirait mieux en exagérant encore la rétropulsion du liquide ; et bientôt je demandai à de nouveaux procédés les succès qui fuyaient sans cesse. Ainsi, je fis d'abord tenir le méat solidement fermé par un aide, puis, de mes deux mains restées libre, je comprimai d'avant en arrière avec la pulpe des doigts le canal jusqu'au périnée de manière à ce qu'une fois l'orifice rouvert, il ne sortit plus qu'une moitié environ du liquide, en grande partie passé dans la vessie. — Même proportion de revers.

Il me vint, sur ces entrefaites, dans l'esprit que le liquide ainsi refoulé ne faisait peut-être que couler du canal dans la vessie, sans déplisser entièrement les lacunes de la muqueuse urétrale, et que le tissu dans la profondeur de celles-ci, échappant par conséquent à l'action du nitrate d'argent, pouvait bien être le foyer d'où renaissait à perpétuité la maladie. Pour obvier à cette imperfection, j'imaginai un procédé *par distension*, qui s'exécute de la manière suivante. L'injection étant pratiquée, je fais fermer l'orifice par les doigts d'un aide. J'introduis ensuite moi-même l'indicateur gauche dans le rectum, et sa pulpe tournée en avant je presse dans ce sens de manière à oblitérer le col vésical. Je recommande alors à l'aide de bien serrer, et avec les doigts de la main droite je presse fortement et à plusieurs reprises sur la paroi inférieure du canal de manière à effacer une bonne partie de sa cavité. Enfin, je retire le doigt du rectum un moment avant de laisser échapper l'injection. On comprend que le liquide étant chassé par cette pression et trouvant les deux issues fermées doit nécessairement distendre le canal, déployer ses lacunes, soulever ses plis, toucher par conséquent les parties les plus profondes et les plus anfractueuses de sa surface. — Bien que j'aie employé plusieurs fois ce procédé soit en ville, soit à l'hôpital, les cures n'ont pas été plus nombreuses.

J'avisai enfin que pour distendre réellement le canal, il valait peut-être

---

par exemple, on a les organes de la mastication : mâchoires, dents, muscles ; ceux de la déglutition : la langue, le pharynx ; ceux de la digestion proprement dite : les différentes espèces d'estomac ; ceux de la chylification, les intestins, les vaisseaux lymphatiques, et ainsi de suite jusqu'à la défécation. Il en est de même pour la respiration ; la circulation, la génération. Tous ces développemens sont suivis dans les différentes classes et même dans beaucoup de genres et d'espèces, autant que l'espace et le temps l'ont permis. Tout cela se déroule devant vous et se rencontre sans presque aucun effort d'attention. C'est la page du livre qui suit la page et toujours dans l'ordre prévu par la classification naturelle et physiologique des objets. Voilà pour l'ensemble en quelque sorte matériel. Cet ensemble mérite d'être examiné dans ses principaux détails sous le point de vue des collections et des pièces principales, sous le point de vue des méthodes de préparation, d'exhibition, et plus encore sous le point de vue des faits nouveaux mis en lumière, des idées et des conceptions d'après lesquelles ces préparations ont été exécutées.

Si nous voulions indiquer toutes les préparations remarquables, nous serions obligé de transcrire le catalogue du musée. Nous les avons examinées toutes l'une après l'autre, et nous pouvons dire sans exagération ni engouement qu'il n'en est aucune qui ne mérite par quelque côté de fixer l'attention. Nous nous bornerons cependant à celles qui sont le plus remarquables par leur caractère d'ensemble et de nouveauté.

On rencontre d'abord à gauche en entrant toute l'anatomie générale. Elle se compose de deux ordres de préparations : préparations de structure visible à l'œil nu ; préparations de texture visible au microscope. Parmi les premières, nous citerons les belles injections de la peau, des membranes muqueuses, séreuses, des systèmes musculaire et osseux chez l'homme et quelques animaux, envoyées par M. le professeur Burggraeve (de Gand), aussi habile anatomiste que savant écrivain ; les injections de l'intestin grêle du lion et de l'autruche par le célèbre Richard Owen ; les injections de M. Ehrmann dans le tissu générateur du sabot du cheval ; une pie-mère richement injectée, du même ; les injections de M. Mandl dans la matrice des ongles chez l'homme et le coq ; dans les poumons des mammifères et des oiseaux ; des préparations du même concernant la structure lamelleuse des os ; une foule d'autres pièces relatives à la distribution des vaisseaux dans presque tous les systèmes organiques. Parmi les préparations de texture, nous signalerons à part les pièces de M. Maissiat et la collection de MM. Mandl et Thibert. Les préparations de M. Maissiat sont destinées à faire voir la structure intime du système dentaire dans les divers ordres de vertébrés. Voulant se prémunir contre toute illusion microscopique et contre toute idée préconçue, l'auteur a disposé un certain nombre de pièces portant des points de repère, à côté de très beaux dessins qui les représentent. De cette manière, l'observateur peut immédiatement soumettre au microscope les points dessinés, et s'assurer par lui-même de la fidélité et de l'exactitude des représentations. Dans ce but, M. Maissiat est parvenu à amincir, jusqu'à toute la diaphanéité désirable pour l'examen microscopique, des lames de dents laissées en place, c'est-à-dire avec l'os de la mâchoire compris dans les sections. Cet ingénieux procédé produit ainsi de l'anatomie microscopique aussi positive que l'anatomie à l'œil nu. Ajoutons cependant que M. Maissiat eût peut-être encore augmenté la précision de ses résultats, si, à l'exemple de MM. Donné et Fou-

mieux y injecter d'emblée une grande quantité de liquide que d'y en faire cheminer, quelque méthodiquement que cela fût opéré, une quantité insuffisante en elle-même pour le remplir en totalité. Je fis donc fabriquer une seringue en verre contenant trois fois la capacité des seringues ordinaires à injection; et j'eus bien soin avec ce nouvel appareil de pousser l'injection jusqu'à ce que je sentisse, d'une part, que le piston résistait et ne voulait plus avancer; de l'autre, que la douleur était portée à un point extrême; enfin que le canal faisait, à la face inférieure de la verge, le relief visible et sensible au toucher d'une poche distendue. Quoique je poussasse ainsi l'injection à ses dernières limites, jamais il ne survint d'hémorrhagie, ni aucun signe annonçant une déchirure des parois urétrales. — Pas davantage de guérison qu'après l'injection par le procédé ordinaire.

On ne manquera pas de dire, qu'en voulant faire mieux que vous, j'ai en réalité fait différemment; que mes insuccès ne prouvent donc rien contre la méthode, si elle eût été plus fidèlement suivie. Cette objection, mon cher Debeney, je ne l'attends pas de vous; votre esprit est trop juste pour confondre sciemment les dangers de l'injection avec son effet curatif. Mais à ceux qui exprimeraient de pareilles inculpations, je répondrais: En distendant le canal plus que ne le fait M. Debeney, je m'exposais à avoir plus d'accidens, mais je devais obtenir, sinon davantage, du moins autant de guérisons que lui. Or, ces accidens, en premier lieu, ils ne se sont pas présentés. En second lieu, s'ils avaient paru, je les prenais pour mon compte personnel; mais en laissant, bien entendu, les insuccès pour le compte de la méthode. Cette distribution ne vous semble-t-elle pas de toute justice? Ce ne sera pas vous du moins qui pourrez en contester la légitimité, vous qui avez écrit: « La proportion de substance caustique dans la solution n'est pas aussi importante qu'on pourrait le croire. Un seul point est essentiel, à mon sens, c'est qu'elle soit suffisante pour produire la cautérisation. Il importe peu, après cela, qu'elle le soit un peu plus ou un peu moins. Aucun danger n'est à redouter pour les tissus; il n'y a qu'un temps de cautérisation; et l'escarre superficielle une fois produite, la membrane est protégée par elle et garantie contre toute action ultérieure du caustique (1). »

Parlons à présent des résultats. En règle générale, après la deuxième ou la troisième injection, je n'en faisais une quatrième et une cinquième que si, à défaut de guérison, quelqu'amélioration obtenue m'encourageait à espérer de nouveaux efforts un succès définitif. Si je voyais la troisième ou la quatrième ne pas déterminer dans l'aspect de l'écoulement plus de modification que ne l'avaient fait les deux ou trois premières, je n'insistais pas, et je regardais le moyen comme jugé. Me serais-je arrêté trop tôt? Fallait-il, selon l'exemple d'intrépidité donné par M. Serre, pousser le scepticisme expérimental jusqu'à concurrence de *dix*, *onze* et *treize* injections (2)? Je n'ai pas pensé pouvoir me le permettre. En même temps que ses licences, la chirurgie d'hôpital a aussi ses limites; et je me suis cru d'autant plus autorisé à les respecter, que je vous entendais poser en règle générale cette assertion: « Il est rare qu'après deux injections il subsiste quelque signe aigu de l'urétrite (1). »

Les résultats que j'ai obtenus de ces injections se divisent naturellement en trois classes bien distinctes, que je dénomme ainsi: 1° changemens insignifians; 2° changemens plus satisfaisans, mais passagers; 3° guérisons.

1° Vingt malades n'ont retiré des injections, soit aucun effet, soit seulement une diminution qui n'a été que temporaire et après laquelle l'écoulement ayant reparu avec à peu près les mêmes caractères de qualité et de quantité qu'auparavant, a nécessité l'administration des préparations de cubèbe ou de copahu. Je ne dissimule point, comme on voit, que dans ce nombre de cas il m'est arrivé plusieurs fois de remarquer de l'amélioration à la suite d'une injection; mais parlant ici du résultat définitif de la méthode quant à la cure, et non de l'effet momentané dû à une seule injection, je n'ai à mentionner cette circonstance qu'en passant.

2° Quinze malades ont été, par le fait d'injections plus ou moins nombreuses, amenés à un état tel que j'ai espéré pouvoir achever leur guérison à l'aide des injections astringentes. Voici ce que l'on observe sur cette classe de malades. Après chaque injection, les symptômes inflammatoires baissent sensiblement. Mais on a beau les multiplier; après la deuxième ou la troisième, la diminution dans la quantité de l'écoulement ne fait plus aucun progrès, et il persiste un écoulement à peu près indolore, moitié blanc, moitié translucide, de quantité médiocre, à demi-filant entre les doigts. A la vue de ce résultat, et me reportant au tableau de vos observations, où les malades présentant de pareils symptômes ont tous été rapidement guéris par l'usage des injections astringentes, je crus d'abord être enfin arrivé à mon but. Je prescrivis donc l'usage journalier des injections rendues astringentes par l'addition, soit du sulfate de zinc, soit plus souvent du sous-acétate de plomb. Je pris surtout le soin de me conformer ici à vos prescriptions et de varier toujours la proportion du sel d'après la sensibilité de chaque malade et en observant l'effet produit, de manière à rendre l'injection toujours astringente, mais rien qu'astringente. Eh bien! ici encore, et malgré toutes ces précautions, un mécompte m'attendait. Pendant deux ou trois jours, l'écoulement restait au même degré, ou paraissait même diminuer; mais, au bout de ce temps, il se réveillait tantôt lentement et graduellement, tantôt presque tout à coup, mais était enfin, au bout de cinq à six jours, revenu à une intensité qui, sans être *constamment* égale à celle existant avant les injections, m'apprenait du moins que celles-ci n'avaient fait que comprimer le mal, que l'amortir momentanément, mais ne l'avaient point détruit. — Pour connaître sur ce point toute la vérité, je me suis bien trouvé de retenir les malades à l'hôpital plus longtemps qu'on ne le fait d'habitude. Il en est certainement, parmi ceux-ci, un grand nombre qui, voyant l'écoulement diminuer d'abord par degrés, seraient très volontiers sortis. Avec un peu de prévention de ma part et quelque désir d'arriver à des conclusions différentes, il y a eu indubitablement, chez beaucoup d'entre eux, une période où j'aurais facilement pu leur persuader et peut-être me persuader à moi-même qu'ils étaient en voie sûre de guérison. Ceci, mon cher Debeney, pourrait, je crois, expliquer une partie de vos cas de succès, et montrer en

(1) CONSIDÉRAT. NOUVELLES SUR LA MÉTHODE DES INJECT. CAUSTIQUES, etc.; par M. Debeney; p. 22.

(2) OBSERVAT. SUR LE TRAITEM. DE LA BLENNORRHAG. CHEZ L'HOMME PAR LES INJECTIONS AVEC L'AZOTATE D'ARGENT A HAUTE DOSE; par M. F. Cazalis; 1845, p. 40. — Notez, s'il vous plaît, que dans ces cas mêmes les injections n'ont pas guéri et que le professeur de Montpellier a dû ordonner des capsules de copahu pour achever la cure.

(1) CONSIDÉRAT. NOUVELLES SUR LA MÉTHODE DES INJECT. CAUSTIQUES, etc., par M. Debeney; p. 30.

cault, il eût placé à côté de ses dessins intelligens des dessins pris au daguerréotype.

La collection de MM. Mandl et Thibert ne comprend pas moins de quarante-cinq tableaux: elle réalise quelque chose de complètement imprévu. On connaît toute la sagacité du premier comme micrographe, et la méthode imaginée par le second pour mouler en relief les plus petits détails anatomiques. Ces deux hommes de talent ont mis leurs efforts en commun, et ils ont représenté en relief, sous des formes colossales, les élémens les plus ténus les plus déliés de nos humeurs et de nos organes, vus à un grossissement qui varie de 50 à 600 diamètres. Ils ont ainsi représenté les globules du lait, du mucus, les animalcules du sperme, les cristaux de l'urine, etc., la texture des principaux tissus, du tissu cellulaire, des muscles, des tendons, des nerfs, des os, etc., la composition intime du cerveau et du foie; les modes de terminaison des radicules artérielles, veineuses, lymphatiques, et des filets nerveux. Ce sont les produits nets et dégagés de toute illusion, de l'anatomie microscopique. Il y a plus: les auteurs ont eu soin de représenter, dans le même tableau, les différens aspects et les différens états d'un même objet, afin d'expliquer et de mettre d'accord, par ce contraste, les opinions contradictoires, lesquelles ne sont souvent opposées que parce qu'elles sont absolues. Cette précaution n'est-elle pas, à elle seule, une heureuse garantie de la fidélité des pièces de MM. Mandl et Thibert? Il est inutile de faire ressortir tous les avantages de l'ingénieux artifice de ces auteurs. Grâce à eux, tout le monde connaîtra bientôt l'anatomie microscopique. Vue et apprise de cette manière, celle-ci ne pourra plus s'oublier. Nous savons tout ce qu'on peut objecter aux révélations du microscope; mais, en supposant que celles-ci soient susceptibles de redressement, la méthode même de MM. Mandl et Thibert ne fera que les provoquer en vulgarisant l'anatomie microscopique.

Nous passons sous silence les squelettes d'animaux au nombre de plus de quatre cents, pour nous arrêter aux préparations du système musculaire. Disons d'abord que nulle part, dans aucun musée d'Europe, ce système n'avait été l'objet d'une attention spéciale. C'était une grande et importante lacune à combler, ou plutôt une voie nouvelle à ouvrir; car personne n'oserait prétendre improviser tout ce que la science réclame et attend sous ce point de vue. Mais nous avons à signaler de très remarquables essais. Le musée renferme trois ordres de préparations: 1° des moules en plâtre; 2° des pièces naturelles conservées par un nouveau procédé; 3° des pièces disséquées et conservées dans un liquide.

Les moules en plâtre comprennent plusieurs pièces de M. Beau, représentant l'épaule, le bras, l'avant-bras et la main, les écorchés de l'ours brun, du coati, du chacal, du chien, du chevreuil, du blaireau, de la fouine, du chat, du cochon d'Inde, du hérisson, d'une multitude d'oiseaux, du hibou, de la pintade, du cygne, du canard, etc. Indépendamment des animaux entiers, on voit encore six pièces concernant les diverses régions musculaires des membres de beaucoup d'animaux. A l'exception des moules du chevreuil, du chien et du cheval, qui ont été faits par M. Sénéchal, anatomiste, et M. Fremier, à la fois sculpteur et peintre, ceux des autres mammifères ont été exécutés par M. Pigné pour la dissection, et par M. Stahl, artiste mouleur. Les oiseaux ont été préparés par MM. Carteaux et Chaillou.

La seconde série du système musculaire comprend les pièces naturelles du docteur Sucquet. Notre confrère est parvenu, à l'aide d'un procédé qui lui est

même temps quelle est leur véritable signification. J'ajoute encore que si des malades ainsi sortis de mes mains, et reconnaissant quelques jours plus tard le peu de solidité de la guérison qu'on leur avait promise, étaient allés ensuite recourir aux soins d'un autre médecin, je n'aurais pas pu désapprouver leur conduite plus que je ne m'en serais étonné. Ceci vous montrera aussi, mon cher Debeney, comment il peut se faire, quand il s'agit de cas de ce genre, que la fin réelle de l'observation puisse fort bien se trouver entre les mains d'un autre médecin que celui qui croit, et qui croit de bonne foi, la posséder tout entière.

3° Trois malades seulement figurent dans la catégorie des guérisons. Le premier portait une blennorrhagie depuis un an, mais ravivée à plusieurs reprises et manifestement aiguë et inflammatoire au moment de son entrée. Cinq injections successives l'en débarrassèrent. — Le second présentait une maladie plus récente ; il ne fut besoin que de deux injections pour obtenir une guérison solide. — Chez le troisième, deux injections seulement furent aussi faites ; il voulut absolument sortir au bout de trois jours ; je ne suis pas parfaitement sûr que le bon état obtenu se soit maintenu irrévocablement chez lui. Néanmoins, comme le canal était parfaitement sec à l'époque de sa sortie, j'ai cru devoir le porter dans la classe des guéris.

Je serai bref sur le chapitre des accidens ; c'est qu'en effet ils ont été peu nombreux. Deux fois l'écoulement rendu un peu plus inflammatoire qu'avant les injections ; trois fois une cystite de quelques jours seulement de durée, mais assez incommode ; une fois une épididymite aiguë dont l'invasion a suivi presqu'immédiatement l'injection, voici tous les accidens de quelqu'importance dont je trouve l'indication dans mes notes. Je ne parle ici ni de la douleur, qui presque toujours a été supportable, ni de l'émission de quelques gouttes de sang, dont, sous le nom d'urétrorrhagie, vos adversaires ont voulu faire un fantôme formidable : ce sont là deux phénomènes, l'un suite nécessaire de la manœuvre, l'autre complication sans gravité, et qu'il serait aussi injuste de faire valoir contre la méthode que si l'on proposait, par exemple, de proscrire la cautérisation pour les chancres parce que cette petite opération fait toujours souffrir et quelquefois saigner le malade. — C'est donc bien sincèrement qu'aujourd'hui comme il y a déjà un an (voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 806) je me plais à vous rendre pleine justice contre les attaques de M. Vénot. Du reste, l'avis presque unanime des praticiens a montré ce qu'il fallait penser des épouvantables accidens signalés par notre confrère de Bordeaux comme étant la *conséquence presque inévitable* des injections de nitrate d'argent ; et l'on est à peu près d'accord aujourd'hui que l'influence de la localité où il écrivait doit être regardée comme la principale cause des sombres couleurs de son récit. Si j'avais donc quelque chose à vous reprocher, mon cher Debeney, ce ne serait point d'avoir justifié les attaques de M. Vénot ; ce serait plutôt d'avoir eu, en quelque sorte, trop raison contre lui. L'imprudente manifestation du praticien de Bordeaux vous a en réalité été plus utile que nuisible. Pendant que tout le monde le condamnait, vous avez pu recueillir tous les démentis donnés à ses assertions comme autant d'adhésions à vos principes. Les accidens desquels il faisait peur n'étaient que des chimères ! vous en avez laissé tirer par les hommes indifférens ou irréfléchis la conséquence que nulle autre objection n'avait plus de valeur contre vous.

Voilà, mon cher Debeney, ce que j'ai fait et ce que j'ai vu. Bien que je me fusse dépouillé, pour ces nouvelles expériences, de tout préjugé défavorable, il ne m'a pas été possible d'arriver à d'autres conclusions qu'après mes premiers essais. Ces conclusions, vous les devinez sans doute. *Les injections de nitrate d'argent à haute dose, employées comme seul traitement contre la blennorrhagie à sa période moyenne, donnent une proportion de guérisons tellement faible qu'on doit renoncer entièrement à cette méthode.* Et, pour ma part, tout en conservant aux injections leur usage et leur indication aux deux premiers jours de la maladie ainsi que vers sa fin, j'y ai définitivement renoncé, soit à l'Antiquaille, soit dans ma pratique, comme moyen unique contre la blennorrhagie à l'état aigu.

Une autre question se présente à côté de celle-ci. Tout en échouant presque toujours quand on les emploie seules, les injections n'auraient-elles pas du moins le précieux avantage d'abréger la durée de la maladie et de calmer les symptômes inflammatoires qui en font la principale incommodité ? Telle est la version que vous incline riez, je crois, maintenant à donner de vos premières assertions, et à laquelle vous ne seriez point éloigné de réduire vos prétentions, aujourd'hui que, de toutes parts, arrivent les vérifications contradictoires. Il ne sera pas inutile d'établir d'abord que votre langage n'a jamais été celui-ci ; je vous rappellerai seulement, dans ce but, une phrase fort explicite de votre second travail : « Constamment, disiez-vous, après une injection caustique, l'inflammation, si elle n'est pas éteinte, est au moins grandement diminuée ; après deux injections, il est rare qu'il subsiste quelque signe aigu de l'urétrite, et qu'elle ne soit pas réduite à l'écoulement indolore, si elle n'est complètement supprimée ; et nous parlons ici de l'injection faite après le développement entier de la blennorrhagie (1). » Ainsi pour vous, en 1845, la pire chance qui pût attendre les malades après deux injections, c'était de conserver cet écoulement indolore, dont vous venez, on le sait, aisément à bout avec quelques injections astringentes. Ce n'était donc pas là seulement *abréger* et *adoucir* la maladie ; c'était bien la *guérir* sans le secours du cubèbe et du copahu.

Mais enfin, quelles que puissent être vos variations successives de langage sur ce point, ce qu'il importe surtout de préciser, ce n'est pas si les injections au nitrate d'argent diminuent quelquefois la durée et l'intensité de la maladie : le seul problème dont la solution intéresse la pratique est celui de savoir *si cette diminution est assez constante, assez considérable pour qu'on ne puisse pas espérer de l'obtenir au moins au même degré à l'aide d'autres moyens.* Or, posée en ces termes, la question, pour moi, est déjà résolue. Si par les injections on gagne parfois quelque chose, il est positif que l'on gagne beaucoup moins et beaucoup moins souvent qu'avec le copahu et le cubèbe convenablement maniés. Mais votre méthode fût-elle même supérieure à l'administration de ces médicamens (ce que, d'après mon expérience, je nie), ce serait encore une question bien litigieuse que de déterminer s'il est permis de rechercher une amélioration un peu plus rapide au prix de douleurs qui ne sont rien moins qu'imaginaires. Ce serait à chaque médecin à répondre sur ce point selon les enseignemens de sa pratique. Seulement, ce que je puis parfaitement assurer sans avoir besoin d'attendre les témoignages, c'est que le débat se

(1) CONSIDÉRAT. NOUVELLES SUR LA MÉTHODE DES INJECT. CAUSTIQUES ; par A. Debeney ; 1845, p. 30.

---

propre, à conserver indéfiniment les muscles et les divers organes avec leurs formes, leur volume et leur couleur. Ces pièces ont acquis presque la dureté du bois ; indépendamment de ce qu'elles sont imputrescibles, elles offrent l'avantage inappréciable, lorsqu'elles ont été bien disséquées, de pouvoir servir indéfiniment à une étude rigoureuse et exacte, comme si elles venaient d'être préparées sur des sujets frais. Cette méthode rappelle celle restée secrète et perdue de l'Italien Segato. Notre compatriote n'imitera point ce dernier : il livrera prochainement son invention à la science. Il a fait hommage au muséum de soixante pièces représentant les muscles de l'épaule et des diverses régions de la jambe chez l'homme, ceux d'un membre supérieur du singe, du loup, de la biche et autres animaux ; les muscles de la mastication chez l'homme, le chien, le mouton ; les muscles de l'œil chez différens animaux. Les préparations de M. Suequet sont une des richesses du musée.

Parmi les pièces composant la troisième série du système musculaire, on remarquera les membres antérieurs et postérieurs d'une grande panthère, ceux de la queue et de la tête du même animal, ceux du coati, du chat et du renard, de la fouine, du cochon d'Inde, de la gerboise, du lapin, du hérisson, du boa, du caméléon, de la tortue, et d'une grande quantité d'oiseaux. Toutes ces préparations, au nombre de plus de quarante, sont dues à l'habile et infatigable M. Pigné. On doit encore à MM. Robin, Boulard et Hervé, des pièces fort intéressantes relatives au système musculaire des poissons et des crustacés. Est-il besoin de justifier ce que nous avons dit plus haut de l'utilité de ces acquisitions ? N'est-ce pas une mine nouvelle et encore inexplorée qui se découvre à la zoologie, à l'anatomie proprement dite, et surtout à la physiologie ? On a cru jusqu'ici avoir fait de la physiologie comparée avec quelques résultats généraux et éloignés sur la digestion ou la circulation. — Et la mécanique animale, si importante comme partie intégrante de toutes les fonctions, si caractéristique et si diverse dans les différentes classes d'animaux, au point de vue des mouvemens de locomotion, de station, de progression, et surtout de respiration : qu'est-ce ? sinon la physiologie véritable, celle qui doit revêtir un jour les formes de la science rigoureuse, et d'où doivent sortir les enseignemens et les résultats les plus précis.

La science est beaucoup plus avancée par rapport à l'étude comparative du système nerveux. Aussi les préparations névrologiques se distinguent-elles entre toutes par le nombre, le délié et surtout la précision des résultats. Rien de plus remarquable et de plus significatif, sous ce rapport, que l'ensemble des préparations de M. Jarjavay sur le grand sympathique. Toutes ces pièces, indépendamment du fini de l'exécution, ont une haute portée physiologique. L'auteur s'est proposé de montrer la solidarité constante qui existe entre le nerf pneumo-gastrique et le trisplanchnique dans la série des animaux vertébrés, et les variétés que ce système présente dans les régions cervicale et abdominale Les préparations de M. Jarjavay sont merveilleusement disposées dans ce but. Chez le chat, par exemple, on voit le sympathique du col et le pneumo-gastrique contenus dans la même gaîne. D'autres pièces montrent la même disposition chez plusieurs rongeurs, d'où il résulte (faisons-le remarquer en passant) que la section du pneumo-gastrique, chez ces animaux, pratiquée comme expérience physiologique, n'a pu conduire qu'à des résultats erronés, d'autant plus que, chez beaucoup d'animaux, les reptiles, par exemple, ainsi que

viderait à peu près exclusivement entre les chirurgiens d'hôpitaux; car un médecin qui voudrait instituer les injections à la période aiguë comme formule générale de traitement sur ses malades en ville ne tarderait pas à reconnaître qu'il lui serait impossible d'apporter des élémens bien nombreux à la solution du procès.

Mais du moins les injections n'auraient-elles point dans la maladie une modification qui la disposerait à céder plus promptement ensuite à l'action du cubèbe ou du copahu? Comme MM. Foncart et Bourguet, M. F. Cazalis (1) dit qu'il lui *a paru* en être ainsi. Il le soupçonne du reste bien plus qu'il ne l'affirme; car il ne cache pas *qu'il faudrait faire à cet égard de nouvelles expériences*. Je l'avais moi-même présumé d'abord un instant à la suite de quelques guérisons très facilement obtenues dans ces circonstances par l'emploi du copahu. Mais, à mesure que mon expérience s'étendit davantage, je demeurai convaincu que ces différences ne sont qu'accidentelles; qu'elles tiennent uniquement à la variabilité qu'on observe dans l'action du copahu, soit selon les individus, soit selon la constitution atmosphérique (2); qu'enfin, loin de constituer toujours un précédent favorable au succès des antiblennorrhagiques spéciaux, les injections à haute dose laissent parfois à leur suite des écoulemens autant rebelles que possible à l'action de ces médicamens.

A l'appui de vos conclusions, mon cher Debeney, vous citez vos autorités; permettez-moi de citer aussi les miennes. Quoique le nombre n'ait ici qu'une importance secondaire, il constitue cependant un certain préjugé que chaque parti sent le besoin d'appeler à son aide : et c'est pour cela sans doute qu'il arrive si souvent de rencontrer dans les deux camps le même nom tour à tour transformé en ami et en ennemi. Je tâcherai d'éviter cet inconvénient en laissant, autant que possible, les témoins parler eux-mêmes, et d'eux-mêmes.

M. Ricord. — M. Ricord ne conseille les injections concentrées en nitrate d'argent dans la blennorrhagie que *tant qu'il n'existe aucun symptôme d'inflammation*. — Si l'on vent, dit-il, avoir *des résultats plus certains*, il est préférable d'employer concurremment le copahu et le cubèbe (3).

M. Leriche. — Je tenais beaucoup à connaître la véritable et dernière opinion de ce praticien, tant à cause de la consciencieuse franchise de son caractère qu'en raison du nombre très considérable de malades qu'il a traités par les injections au nitrate d'argent. J'allai donc, le 20 août 1845, lui demander chez lui quelques éclaircissemens. Après une conversation de quelques minutes, nous fûmes bientôt d'accord sur la question d'*innocuité* de la méthode. Immédiatement, j'abordai celle d'*efficacité*: Et quant à la réussite? lui dis-je.... « Cela ne vaut pas mieux qu'autre chose, » me répondit-il. Jugement un peu sommaire sans doute, et qui ne contient pas tous les développemens qu'il donna ensuite à sa pensée, mais qui, échappé spontanément, en résume assez bien le sens. Je ne partis pas sans avoir demandé et obtenu de lui l'autorisation de reproduire publiquement ces paroles. — Du reste, M. Leriche associe en général aux injections l'administration du cubèbe et du copahu.

(1) Observ. sur le traitem. de la blennorrh. chez l'homme par les inject. d'azot. d'arg., 1845, p. 58.
(2) Ce fait est on ne peut plus réel; on comprend d'ailleurs aisément qu'il ne peut guère être connu ni par conséquent discuté que par des médecins d'hôpitaux spécialement consacrés au traitement de ces affections.
(3) Abeille médicale, 1844, p. 86.

M. Serre. — « Les injections nitratées d'après la méthode de M. Debeney, et, pour mieux dire, de Carmichaël, sont surtout avantageuses au début ou vers la fin des écoulemens, lorsque l'inflammation est à peine naissante ou sur le point de s'éteindre. Dans les blennorrhagies aiguës et plus encore dans celles dites cordées, ce mode de médication ne peut être que préjudiciable aux malades qui y sont soumis........ J'ai vu plusieurs militaires qui semblaient être délivrés pour toujours de leurs blennorrhagies à l'aide de trois ou quatre injections, chez lesquels l'écoulement a reparu peu de jours après...... Je ne conseillerai jamais à personne de prescrire les injections sur le nitrate d'argent à haute dose dans les blennorrhagies qui offrent des symptômes inflammatoires bien prononcés. En cela, je suis d'une opinion diamétralement opposée à celle de M. Debeney (1). »

M. F. Cazalis. — « Si nous prenons maintenant en considération les vives douleurs que procurent les injections à haute dose, nous dirons qu'elles ne nous paraissent pas suffisamment compensées par les avantages si incertains d'une telle médication. Nous *n'hésitons pas*, en conséquence, *à les proscrire d'une manière absolue* comme méthode générale de traitement dans la blennorrhagie (2). »

M. Bourguet. — « Il est en général indispensable d'associer aux injections de nitrate d'argent à haute dose les injections astringentes, et parfois aussi les balsamiques à l'intérieur. On peut les essayer dans toutes les périodes de la blennorrhagie, mais on a moins de chances de réussite lorsque celle-ci date de deux ou trois jours et *présente déjà des symptômes inflammatoires* que lorsqu'on les fait au début ou à une époque beaucoup plus éloignée (3). »

M. Jacquot (de St-Dié). — M. Jacquot, chirurgien à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, a expérimenté les injections de nitrate d'argent dans les mêmes conditions que M. Debeney. D'après ce qu'il a vu, il regarde ces injections comme surtout indiquées *à la période de début* et *à l'état chronique* de la maladie. Quant à la période d'acuité, elles ont *le plus souvent échoué* entre ses mains (4).

M. Foncart. — « On ne doit employer les injections à haute dose que dans les cas où l'inflammation est ou *nulle*, ou *très légère*, ou lorsqu'on s'en est rendu maître par un traitement antiphlogistique approprié. » — M. Foucart donne, concurremment avec les injections de nitrate d'argent, 12 grammes de poivre cubèbe par jour, mêlés à l'alun, au ratanhia et au sang-dragon (5).

M. Lafond. — Ce médecin, qui du reste se loue des injections caustiques, a remarqué que leur succès était d'autant plus constant qu'elles étaient faites à une époque plus rapprochée du début. Il administre le cubèbe pendant ou après le tra tement abortif (6).

M. Sterlin. — Il est peu partisan des injections, soit de nitrate d'argent, soit de toute autre substance astringente. Les récidives lui ont toujours paru fréquentes (7).

(1) Gaz. Méd., 1845, n° 39.
(2) Ouvrage cité, p. 56.
(3) Clinique de Marseille, mars 1845.
(4) Gaz. Méd., 1845, n° 25, p. 394.
(5) Gaz. des hôpit., 1845, p. 22 et 51.
(6) Gaz. des hôpit., 1845, p. 43t.
(7) Gaz. des hôpit., 1845, p. 51.

l'a encore montré M. Jarjavay, le sympathique du cou est entièrement suppléé par le pneumo-gastrique. Plusieurs préparations chez le lièvre, le lapin, le rat, révèlent des variations fort curieuses dans le nombre et la distribution des ganglions. Ne citons qu'un exemple : trois pièces fort nettes montrent que, chez ces animaux, on ne trouve plus de ganglion solaire : les nerfs splanchniques vont directement à l'intestin en suivant les divisions du tronc cœliaque sans passer au travers de ganglions abdominaux. Qu'en penseront les auteurs qui ont dit avoir enlevé ces ganglions chez ces mêmes animaux et qui ont soigneusement décrit les effets de cette ablation? — Nous aurions beaucoup à ajouter sur les belles pièces de M. Jarjavay; nous en aurions plusieurs encore à signaler, telles que le sympathique du bassin chez la femme, le sympathique du cou chez l'oie, contenu dans le canal vertébral, le système nerveux de la raie, où le grand sympathique est suppléé par le pneumo-gastrique, etc.; mais d'autres préparations analogues, intéressantes à des points de vue différens, réclament une partie de notre attention. Disons cependant qu'à côté des pièces d'anatomie physiologique de M. Jarjavay se trouve dignement placée une pièce de M. Demarquay, montrant dans une carpe un filet nerveux sur la partie latérale de la colonne vertébrale : c'est le cordon limitrophe, le dernier vestige du grand sympathique, lequel disparaît tout à fait dans d'autres espèces.

M. le professeur Lereboulet (de Strasbourg) a envoyé des cerveaux de magot, de perche et de carpe, le système nerveux de l'écrevisse; M. Ludovic Hirschfeld, des pièces montrant l'origine des nerfs rachidiens et cérébraux, soit en avant, soit en arrière, chez le chien, le chat, la fouine, la poule, le canard; M. Jules Béclard, des préparations sur les nerfs de la tête du cheval, de la biche, etc.; MM. Robin et Boulard ont fait le même travail sur les poissons et les crustacés; M. Souleyer, sur les mollusques gasteropodes. M. Cusco a aussi donné plusieurs pièces relatives à la decussation des nerfs optiques chez les poissons. M. Jobert (de Lamballe) a fait hommage de ses savantes préparations sur la topille électrique. De très beaux dessins de MM. Martin St-Ange et Quatrefages représentent le système nerveux de la raie et des annélides.

Parmi les pièces relatives aux organes des sens, on remarquera une très belle série d'injections des membranes de l'œil par M. Cusco, l'iris et les procès ciliaires du bœuf, du lapin albinos; ces dernières sont placées entre deux glaces et disposées derrière un objectif achromatique d'un grossissement de 8 diamètres. A l'aide de cet appareil fort simple, nous avons très bien distingué les vaisseaux les plus déliés, et admiré la finesse et la netteté de l'injection, qui s'est distribuée régulièrement et a pénétré jusqu'aux ramifications les plus ténues de l'auréole vasculaire. On voit sur une choroïde du mouton finement injectée et desséchée les *vasa verticosa*, points d'émergence des artères ciliaires courtes; à côté de cette charmante pièce se trouve la membrane ruyschienne d'un bœuf (face interne de la choroïde) et les procès ciliaires d'un chien, injectés avec le plus grand soin et offrant un aspect velouté magnifique. Ces pièces sont dans l'alcool. Mais parmi cet ensemble de préparations délicates, nous avons surtout admiré une membrane rétine du mouton, desséchée et injectée; la membrane rétine du bœuf, desséchée, et dont le réseau artériel, complètement injecté, présente les arborisations les plus délicates. Pour conserver à ces membranes si ténues leur forme et leur disposition naturelles, M. Cusco a eu l'ingénieuse idée de les glisser sur des globes de verre appropriés à leurs dimensions, ce qu'il a

M. Bonnafont. — « J'ai essayé les injections conseillées par M. Debeney contre l'urétrite à toutes les périodes de l'inflammation, au début, après dix à douze jours de durée et à l'état chronique, sur un total de 15 malades. Au début, l'injection a déterminé une douleur très vive accompagnée de turgescence de la verge et d'hémorrhagie ; puis l'écoulement s'est arrêté, mais pour reparaître au bout de cinq ou six jours avec la même force. Lorsque la maladie datait de dix à douze jours, l'injection a encore provoqué les mêmes symptômes, et de plus des orchites. Enfin, à l'état chronique, deux malades ont été guéris par l'injection, et trois ont éprouvé les mêmes accidens que les précédens, seulement moins violens. Dès lors, je n'y suis plus revenu (1). »

M. Ed. Louis. — Il a essayé les injections concentrées chez deux malades. L'un en fit deux successives; l'autre plusieurs. L'écoulement s'arrêtait d'abord, mais reparaissait ensuite, et *la durée totale de la maladie n'a pas été sensiblement abrégée* (2).

M. Duchesne. — « Les injections caustiques à hante dose ne sont jamais innocentes, amènent rarement la guérison et déterminent souvent des accidens fort graves; partant, il faut se garder de les employer (3). »

M. Vénot, (Je n'emprunte, bien entendu, à ce praticien que celles de ses conclusions qui concernent *l'efficacité* de la méthode.) — « Sur 22 malades soumis au traitement par les injections caustiques au nitrate d'argent, 20 ont vu reparaître leur blennorrhagie après un laps de temps variable (4). »

M. Tanchou. — Lorsque la maladie *débute*, que l'inflammation *n'est pas très intense*, l'injection de nitrate d'argent à haute dose lui paraît pouvoir être innocente, utile même. Les succès qu'il a obtenus ne sont pas, dit-il, *en proportion du mal que ressentent les individus* (5).

Parmi ces quatorze noms, il en est quelques-uns, mon cher Debeney, que vous étiez habitué à considérer, que vous avez même cités (6) comme partisans de vos doctrines et abondant dans votre sens. Tels sont MM. Ricord, Leriche, Foncart. A qui de nous deux doit donc rester en définitive l'autorité de leur nom? Rien ne sera plus facile, si vous le voulez, que de nous entendre à ce sujet. Arborons chacun notre drapeau, et nous verrons quel est celui dont la devise sera répétée sur l'étendard des auxiliaires que je vous dispute. Je lis d'ici la vôtre en grosses lettres; c'est le titre de votre premier travail : « Mémoire sur le traitement abortif de la blennorrhagie par l'azotate d'argent a haute dose et sur l'emploi des injections caustiques A TOUTES LES PÉRIODES de l'urétrite. » Quant à moi, d'après ce que j'ai vu jusqu'ici, j'écris seulement ces quatre mots: Proscription des injections caustiques comme seul traitement pendant la période inflammatoire. Si donc, vous rangez parmi vos adhérens tous ceux qui font des injections à hante dose, certes vous trouverez peu de réfractaires, et moi-même, au besoin, je m'inscrirais en tête de la liste. Mais, si vous désirez plus qu'une apparence de conformité de principes, si vous repoussez ceux qui, loin de voir comme vous dans les injections *le moyen le plus fidèle et le plus prompt après la période de début* (1), les condamnent formellement à cette époque de la maladie, on leur associent d'autres médicamens auxquels on peut légitimement alors attribuer an moins une part de la cure..., si vous les repoussez, vous restez logique, mais vous risquez beaucoup de demeurer seul. Ce ne serait pas du moins parmi les quatorze praticiens cités plus haut que je vous conseillerais d'aller chercher quelques noms à rallier autour de votre bannière de jour en jour plus désertée!

Malgré la divergence actuelle de nos deux manières de voir, je me persuade cependant, mon cher Debeney, que nous ne tarderons pas à tomber d'accord sur l'importante question pratique qui si souvent déjà a fait l'objet de nos entretiens. Votre caractère loyal, votre intelligence élevée ne peuvent aimer, ne peuvent vouloir que la vérité; en discutant contre vous, j'ai donc la ferme conviction que du moment où vous me croirez dans le vrai, vous viendrez franchement à moi. — Persisteriez-vous au contraire dans votre première opinion? C'est qu'alors, j'en suis certain, des faits plus nombreux, mieux digérés que les miens, des expériences conduites selon une méthode plus sûre seraient venus l'emporter dans votre esprit sur mes objections. Dans ce second cas encore, je compte sur votre franchise pour me dire en quoi j'aurais failli, comment je me serais involontairement écarté des conditions du problème. Mais quel qu'il arrive, et quel que soit celui de nous deux qui doive aller à la rencontre de l'autre, je suis assuré d'avance de vous trouver exact au rendez-vous en fixant le lien de notre future réunion sur le terrain de la sincérité, de l'indépendance et de l'observation.

Lyon, le 24 octobre 1845.

(1) Gaz. des hôpit., 1845, p. 23.
(2) Gaz. des hôpit., 1845, p. 24.
(3) Gaz. des hôpit., 1845, p. 59.
(4) Journ. de méd. de Bordeaux, septembre 1844, et Gaz. Méd. de Paris, 1844, n° 50, p. 806.
(5) Gaz. des hôpit., 1845, p. 51.
(6) Gaz. des hôpit., 1845, p. 59.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. THE LANCET.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 renferment les travaux originaux suivans : 1° *Sur l'origine, les progrès et les mystères du mesmérisme dans tous les temps et dans tous les pays*; par M. Radcliffe Hall. 2° *Sur quelques points intéressans de la pathologie de la conjonctivite spasmodique*; par M. Stephens. (L'auteur se demande d'où vient l'occlusion si brusque et si opiniâtre des paupières chez les enfans affectés d'ophthalmie scrofuleuse, lorsqu'on veut examiner leurs yeux. Il ne partage pas l'opinion de M. Marshall-Hall, qui voit là une action excito-motrice produite entre la cinquième paire et le facial. Pour M. Stephens, c'est bien un effet réflexe, mais perçu par le nerf optique et s'exerçant par le facial. Il diffère donc de M. Marshall-Hall sur ce point qu'il reconnaît aux nerfs de sensibilité spéciale (l'optique, l'olfactif, etc.) la

(1) Mémoire sur le traitement abortif de la blennorrhagie par l'azotate d'argent a haute dose, etc.; par M. Debeney; p. 35.

exécuté avec une adresse et une délicatesse de main infinies. On doit encore au même anatomiste une foule d'autres préparations du même genre chez le chat, le mouton, l'oie, le canard, le dindon, la tortue, le caméléon, la couleuvre, la morue, le hareng. On a annoncé un grand nombre de pièces appartenant à la même catégorie, de la part de M. Grouby : des injections microscopiques des membranes de l'œil, du cristallin, dans la série animale. Nous regrettons de n'avoir pu les voir; mais le talent bien connu de l'auteur et sa précision habituelle sont de sûrs garans du mérite de ses préparations.

La sagacité et le scalpel d'un grand nombre d'anatomistes se sont exercés sur les organes de l'ouïe. La famille de M. Breschet a fait hommage des pièces qui avaient servi de base aux travaux de ce savant anatomiste sur l'oreille. Dans le nombre (60 ou 80), il y en a de fort remarquables. De nouvelles préparations dues à M. Kuhn jeune représentent le tympan du loup, pièce bien exposée; l'oreille interne du même animal; l'appareil musculaire de l'oreille externe chez le chat et le lièvre. Cette dernière préparation est fort belle : elle est la seule du musée qui représente l'oreille dans son ensemble, depuis les muscles du pavillon jusqu'aux derniers replis du labyrinthe; enfin, l'organe auditif du chat, charmante préparation offrant d'un côté la cavité du tympan ouverte, de l'autre le labyrinthe parfaitement dégagé, mais en place, et puis récliné en dehors. M. Kuhn, qui s'est distingué dès longtemps par ces sortes de préparations, se propose de compléter la collection du musée, notamment en ce qui concerne l'oreille des oiseaux et des poissons. Mais ce qui, en ce genre, doit être cité hors ligne et comme un véritable monument scientifique, c'est la belle, la magnifique collection envoyée par M. le professeur Hyrtl (de Vienne). Rien de plus fin, de plus net, de plus délicat et à la fois de plus intelligible que cette collection. Elle consiste en deux cadres, contenant, l'un, les canaux demi-circulaires et les limaçons de 88 mammifères, parmi lesquels on compte les animaux les plus rares, tels que le rhinocéros, l'éléphant, l'hippopotame, la girafe, la baleine, etc.; l'autre cadre renferme les osselets de l'ouïe dans cent vingt espèces de mammifères. Toutes ces pièces, parfaitement dégagées et pourtant complètes, laissent lire les moindres particularités, les moindres accidens de l'appareil de l'ouïe. Il fallait, pour exécuter un pareil travail, autant de science que d'adresse et d'habileté : rien ne justifie mieux la réputation que s'est acquise, sous ce double rapport, M. le professeur Hyrtl, que son admirable envoi. Les plus difficiles parmi les hommes du métier n'y trouvent à reprendre qu'un excès d'art et de précision.

Pour terminer ce qui a trait aux organes des sens, mentionnons : 1° une série de belles pièces fournies par M. Richet, prosecteur de la Faculté, sur la langue et le larynx de plusieurs animaux, notamment du loup, de l'ours brun, de la biche, du sanglier, etc.; toutes préparations faites avec autant de soin que d'intelligence et en rapport avec les différences physiologiques; 2° d'autres pièces du même genre, chez le cheval, le mouton, le renard, le chien, fournies par M. Deville et disposées en vue surtout de l'organisation et de la structure comparative de l'organe de la gustation chez ces animaux; 3° une série de fosses nasales par M. Rapart, et les organes de l'odorat d'un squale par M. Richard Owen; les cavités nasales de l'oie domestique par M. Lereboulet.

Avant d'arriver aux organes séparés de la digestion, de la circulation et de la respiration, on rencontre une série d'animaux ouverts destinés à montrer l'en-

propriété de développer l'action réflexe.) 3° *Cas d'hydropisie de l'ovaire guérie par la compression, les mercuriaux et les diurétiques;* par M. B. Brown. 4° *Cas de maladie de l'ovaire terminée par la mort;* par M. R. Hardy. 5° *Cas de renversement spontané de l'utérus;* par M. S. Edwards. (Le renversement fut produit par un violent effort fait pour expulser le placenta. Le placenta, encore adhérent par un point, fut d'abord détaché par le chirurgien; on réduisit ensuite le renversement.) 6° *Nature et traitement du tic douloureux;* par M. Veagh. 7° *De l'action réflexe dans les membres paralysés;* par M. Barlow. 8° *Sur la cause prochaine du diabète sucré;* par M. Watts. 9° *Rétention d'urine produite par l'accumulation de pois gris dans le rectum.* (Le cathétérisme soulagea le malade, puis quelques lavemens déterminèrent l'expulsion des corps étrangers.) 10° *Sur la physiologie du système lymphatique;* par M. Bryan. (La contraction des parois intestinales est la principale force qui fait circuler le chyle dans ses vaisseaux.) 11° *Sur la crépitation qui survient après la pleurésie;* par MM. Ward et Chambers. 12° *Sur l'emploi de l'opium et du seigle ergoté dans les hémorrhagies utérines secondaires;* par M. Purefoy. (Ces remèdes arrêtent l'hémorrhagie qui tient à l'inertie de l'utérus après l'expulsion du placenta.) 13° *Sur l'approvisionnement des vaisseaux pour les voyages de long cours;* par M. G. Thomson. 14° *Sur la digestion de l'albumine végétale, de la graisse et de l'amidon;* par M. R. Thomson. 15° *De la fièvre puerpérale;* par M. Symonds. 16° *Sur les changemens que l'urine subit dans les maladies, et sur les moyens de distinguer ces changemens;* par M. Shearman. 17° *Sur les particules rouges du sang;* par M. Procter. 18° *De la loi d'association entre les nerfs sensitifs et les nerfs moteurs;* par M. Piddock. 19° *Sur l'efficacité du fiel de bœuf contre la constipation;* par M. Allnatt. 20° *Remarques sur l'emploi de la strychnine contre la chorée.* 21° *De l'apoplexie comme cause de mort subite;* par M. Semple. 22° *Squirrhe du foie, ascite, hémorrhagie abondante survenant pendant la quatrième ponction; guérison;* par M. Horne. 23° *De l'empoisonnement par l'acide prussique;* par MM. Letheby et Leithead. 24° *De l'empoisonnement par l'arsenic;* par M. Woodcock. 25° *Remarques sur la coexistence et les progrès parallèles du virus varioliqueet de celui de la scarlatine;* par M. Barnes. 26° *Deux cas de corps étrangers avalés par mégarde;* par M. Brookes. (Chez un malade, deux épingles; chez l'autre, un demi-penny, avalés involontairement, furent chassés par les selles au moyen d'un purgatif huileux.) 27° *Tumeur naissant de l'extrémité inférieure du fémur, s'accompagnant d'une très considérable sécrétion de liquide;* par M. Cumming. (Elle était formée d'une masse fibrineuse et n'avait pas plus d'analogie avec une maladie cancéreuse qu'avec une affection simplement inflammatoire. Sa nature reste pour l'auteur un sujet de doutes.) 28° *De l'anémie occasionant la mort;* par M. Pearce. 29° *Vices de conformation chez un enfant;* par M. Robinson. 30° *Cas de laryngite aiguë; trachéotomie; guérison;* par M. Chapman. 31° *Mort par un abcès du foie ouvert dans le péricarde;* par M. Allan. 32° *Adhérence partielle du placenta, avec présentation d'un pied et du cordon ombilical;* par M. French. (L'accouchement se termina naturellement par la naissance d'un enfant mort.) 33° *Hypertrophie remarquable des doigts chez une jeune fille;* par M. Curling. 34° *Cas de tétanos traumatique guéri par le vin et l'eau-de-vie à larges doses et d'autres moyens;* par M. Wilson. 35° *Sur l'emploi des lavemens avec la créosote dans la dysenterie épidémique;* par M. Wilmot. 36° *Trois observations où le père était affecté de syphilis constitutionnelle, la mère n'a contracté elle-même aucun mal, mais elle a avorté plusieurs fois, et ceux des enfans qui sont venus à terme et vivans offraient sur le corps des signes évidens de syphilis secondaire;* par M. Acton. (Preuves péremptoires que les symptômes constitutionnels de la syphilis, sans être transmissibles par le contact, peuvent fort bien se propager par voie de génération.) 37° *Sur la fièvre puerpérale;* par M. Waddy. 38° *De la perforation des cavernes tuberculeuses à travers les parois thoraciques;* par M. Campbell. (L'auteur critique cette opération, dont nous avons nous-mêmes déjà entretenu nos lecteurs, voy. GAZ. MÉD., 1845, p. 457.) 39° *Nouveau procédé pour la ligature des nævus;* par M. Christophens. (Ce n'est que le procédé très usité en France où l'on passe avec une aiguille courbe à travers la base de la tumeur un fil double, dont chaque chef sert ensuite à étreindre une des moitiés de la tumeur.) 40° *Sur les effets toxiques de la sabine (yuniperus sabina);* par M. Lethehy. 41° *Remarques sur quelques points de la tocologie;* par M. Smith. 42° *Cas de convulsions puerpérales dépendant de l'irritation de la vessie;* par M. Vines. (Une femme fut prise d'éclampsie au huitième mois de la grossesse. Le traitement le plus actif resta sans effet. L'accouchement eut lieu, et néanmoins l'état comateux persistait. On s'avisa alors que la vessie pouvait bien être pleine; effectivement on retira, par le cathétérisme, cinq pintes et demie d'une urine trouble et ammoniacale. A partir de ce moment, la guérison commença et fut bientôt complète.) 43° *Remarques sur un cas d'infanticide;* par M. Ryan. 44° *Large fistule à la partie antérieure de l'urètre, guérie par une opération;* par M. Le Gros Clark. 45° *Traitement de la névralgie faciale ou tic douloureux;* par M. Gower.

NATURE ET TRAITEMENT DU TIC DOULOUREUX; par M. VEAGH.

Pour dégager l'étude de cette maladie de l'obscurité où l'empirisme l'a plongée, il convient de la considérer surtout au point de vue des causes spéciales qui peuvent lui donner naissance. M. Veagh arrive de cette manière à y comprendre quatre espèces distinctes : 1° le tic fonctionnel, par suite du dérangement des organes digestifs; 2° le tic dentaire, produit par la carie d'une dent; 3° le tic rhumatismal, succédant à un refroidissement; 4° le tic sympathique, par irritation dans l'axe cérébro-spinal ou dans le système ganglionnaire.

L'auteur avoue n'avoir jamais vu aucun cas de ce dernier ordre. Quant aux deuxième et troisième, les indications qu'ils présentent sont toutes simples. Enlever l'ostéide malade dans le premier cas; dans le second, exciter la diaphorèse. C'est donc principalement pour le tic symptomatique d'une affection gastro-intestinale qu'il trace les règles de traitement les plus détaillées. Ses caractères sont d'avoir commencé d'une manière graduelle, et d'occuper toute la face sans que le patient puisse rapporter la douleur bien distinctement à un point plutôt qu'à un autre. Des symptômes variés coexistent du côté des organes digestifs. Il faut dans ces cas ordonner un traitement antiphlogistique modéré, réduire la quantité des alimens, donner le soir des pilules de mercure et d'extrait de jusquiame à petites doses, et le matin une infusion faite avec la gentiane et une liqueur alcaline; sinapismes sur l'épigastre; exercice au grand air. Au bout de huit ou dix jours, il y a déjà une amélioration. Lorsque la langue

---

semble et les rapports de ces organes entre eux; idée heureuse et toute philosophique due à l'ordonnateur du musée. Si quelque chose est capable d'éclairer sur la dépendance mutuelle et la solidarité de ces organes et des fonctions qu'ils desservent, c'est sans contredit la vue de leurs rapports dans la série des animaux. Un des anatomistes éminens de ce siècle, M. Serres, a déjà montré la fécondité de cette vue; la seconder et de s'y associer, c'est comprendre l'avenir de la science.

Immédiatement après ces vues d'ensemble, on rencontre un grand nombre de pièces relatives à l'appareil digestif du chat, de la panthère, du renard, du chien, du coati, du sanglier, du blaireau, du cheval, du bœuf, de la brebis, du cerf, du lapin, du caméléon, du lézard, de la grenouille, et d'une foule de poissons et de mollusques. Toutes ces pièces ont été préparées par M. Pigné, conservateur du musée Dupuytren, à l'exception des dernières qui sont dues à MM. Boulard et Robin déjà cités. M. Pouchet, directeur du muséum d'histoire naturelle de Rouen, a enrichi cette série, de plusieurs préparations très étudiées sur l'appareil digestif de la salamandre noire, du triton à crête, de la grenouille verte, et M. Lereboullet d'une préparation sur le canal alimentaire de la brême, les organes digestifs du colimaçon. M. Grouby a aussi donné plusieurs injections microscopiques des villosités de l'intestin grêle du mouton, de l'intestin et du mésentère de l'homme, de tout le canal digestif d'un fœtus de vache. A la même catégorie se rattachent plusieurs injections des lymphatiques de l'intestin dont les plus remarquables sont dues au célèbre Tiedmann. Nous regrettons de n'avoir pu citer encore d'autres injections des lymphatiques appartenant à diverses parties du corps par MM. Blandin, Denonvilliers, etc., qui font le plus grand honneur à ces chefs de travaux anatomiques. Comme dépendance des organes digestifs, M. Rousseau, chef des travaux anatomiques au Jardin du Roi, a fait hommage d'une intéressante série de préparations du système dentaire, considéré comme organe de la mastication; elles sont disposées de manière à montrer la forme, la direction et les rapports des dents entre elles, au point de vue de leur action mécanique.

Dans ce rapide parcours nous sommes heureux de pouvoir nous arrêter un instant devant les ingénieuses préparations de M. Sapey, sur l'appareil respiratoire des vertébrés. M. Sapey, comme MM. Jarjovay, Richet et quelques autres, appartient à l'école de l'anatomie physiologique. Toutes ses pièces ont une signification précise et sont disposées en vue de cette signification. Par l'une d'elles, offrant le larynx, la trachée, les poumons et le cœur de la panthère, il a montré, entre autres choses, que le poumon dans ce genre de mammifères est composé de quatre lobes *complètement* indépendans, et le poumon gauche de deux lobes seulement. Une autre pièce est destinée à faire voir les cellules aériennes de l'appareil respiratoire du canard; ces cellules ont été ouvertes par leur partie inférieure; à leur partie supérieure et antérieure, on observe le large orifice, par lequel elles correspondent avec les bronches. La même pièce fait voir d'autres communications de ces orifices avec la plèvre qui est divisée en plusieurs loges, et des communications du poumon avec le péritoine. M. Sapey nous a montré des prolongemens et des renflemens extérieurs de la plèvre et du péritoine qui forment, au pourtour des articulations scapulo-humérales et coxo-fémorales, des sacs aériens Ces dispositions sont des plus curieuses. Mais celles de ces préparations qui nous semblent le plus dignes de fixer l'attention sont celles relatives aux poumons des

est nettoyée, on donne le sulfate de quinine à 20 centigr. pris en quatre fois par jour, et l'on continue en augmentant la dose jusqu'à la guérison. Les applications locales sédatives ne réussiraient pas dans cette forme de névralgie.

SUR LA DIGESTION DE L'ALBUMINE VÉGÉTAL, DE LA GRAISSE ET DE L'AMIDON; par le docteur THOMSON, professeur de chimie à l'Université de Glascow.

Nous ne pouvons reproduire le récit des nombreuses expériences faites par le savant chimiste de Glascow sur ces questions aujourd'hui agitées de toutes parts, et sommes forcés de nous borner à présenter les principaux résultats de ces expériences, et ceux surtout qui sont opposés aux opinions des autres physiologistes de l'époque ou qui les confirment. Après avoir nourri des hommes et divers animaux de substances différentes, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'apparence laiteuse du sérum qui recouvre, dans certains cas, le sang tiré de la veine, dépend de la présence d'une certaine quantité de matières grasses dans le sang, fournie par la digestion, et qui ne tarde pas à disparaître.

2° On peut retrouver dans le sang la matière albumineuse et la graisse fournies par la digestion.

3° Ce n'est point à la présence du phosphate acide de chaux, comme le pense M. Blondlot, que l'on doit attribuer la réaction acide qui se produit dans l'estomac, celle qui accompagne la digestion ; et si, pendant la même opération, il existe dans l'estomac de l'acide hydrochlorique, il doit y entrer en très petite quantité.

4° L'acide qui se développe au moment de la digestion chez les animaux qui sont nourris avec l'amidon se rapproche plus de l'acide lactique que de tout autre acide connu.

5° On trouve dans l'estomac, quelque temps après la digestion, de la dextrine et de l'amidon soluble chez les animaux qui ont été tenus pendant quelque temps à une diète farineuse.

6° On trouve du sucre dans le sang des animaux qui ont été nourris avec de la fécule.

DE L'EFFICACITÉ DU FIEL DE BOEUF DANS LE TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION; par le docteur ALLNATT.

Le fiel de bœuf, qui est peu employé de nos jours, ne mérite pas, si nous en croyons l'auteur de cette communication, l'abandon dans lequel est tombé son usage dans le traitement de la constipation. Les preuves sur lesquelles il appuie son opinion sont de deux ordres, et fournies, les unes par la théorie et les autres par la pratique. Faisons-les connaître successivement.

La constipation habituelle chez les personnes sédentaires dépend ordinairement d'une absence de la bile, et d'où résulte que les alimens traversent lentement toute la longueur du canal alimentaire, l'action péristaltique n'étant pas suffisamment excitée par le stimulus naturel pour que les intestins évacuent régulièrement leur contenu. Alors les matières des selles, d'une couleur grise et privées des parties liquides qui sont absorbées, se concrètent et s'amassent dans les gros intestins sous forme de scibales, où elles forment une barrière mécanique au passage de leur contenu. Si ces matières, quand elles sont sorties du corps, quelque dures qu'elles soient, sont soumises à l'action du fiel de bœuf, elles se dilatent aussitôt et se dissolvent en quelques minutes, en une matière fécale normale, de consistance et de couleur naturelles. Le même effet est produit si l'on injecte du fiel de bœuf étendu d'eau dans l'intestin d'une personne souffrant d'une constipation opiniâtre. Trois cas que nous n'avons pas besoin de reproduire sont rapportés à l'appui de cette assertion, et dans lesquels, après qu'on avait employé en vain les purgatifs les plus énergiques et les lavemens les plus irritans, l'injection dans le rectum de 60 grammes de fiel de bœuf avec 500 grammes de gruau, ou l'administration de quelques pilules de fiel évaporé et amené à la consistance d'extrait fut promptement suivie de garderobes louables et sans accidens ni coliques d'aucun genre.

Outre ces effets, que l'on pourrait dire presque mécaniques, bien que l'action du fiel ait probablement quelque chose de spécial dans la rapidité avec laquelle elle se produit, la bile a d'autres propriétés dans l'économie, et qu'on pourrait dire plus élevées ; car les recherches de Berzélius, de Schwan et d'autres physiologistes ont prouvé qu'elle n'est pas seulement un fluide excrémentitiel destiné à favoriser la sortie des parties des alimens non absorbés, mais qu'elle est indispensable sous d'autres rapports, et que sa disparition de l'économie entraîne nécessairement la diminution de la nutrition, l'amaigrissement, l'anéantissement des forces et même la mort. Tels sont un grand nombre de cas dans lesquels la torpeur ou l'inactivité du foie paraît avoir joué le principal rôle, et dans lesquels l'auteur pense que l'emploi du fiel de bœuf, soit en lavement, soit en pilules, doit être d'une grande efficacité toutes les fois qu'il y a un certain degré de constipation, n'exceptant que ceux dans lesquels des signes non équivoques d'étranglement ne permettraient aucun espoir dans l'action de ce moyen.

Quelque confiance que l'on accorde aux conclusions présentées par M. Allnatt, on ne peut méconnaître que tout l'intérêt de sa communication repose sur un fait dont il est indispensable de constater la réalité. La bile de bœuf, mise en contact avec les matières fécales dures et sèches, les dissout-elle avec bien plus de rapidité que ne le feraient l'huile et les autres matières grasses dans les mêmes conditions. Ce fait une fois démontré, on peut ensuite examiner s'il est possible, comme semble le supposer M. Allnatt, de remplacer par une bile étrangère celle que l'économie ne produirait pas et si les résultats seraient favorables.

Parmi les heureux effets du fiel de bœuf signalés par l'auteur, il en est encore un que nous devons faire connaître, c'est l'action qu'il exerce sur l'opium avec lequel on le combine et dont il détruit la propriété narcotique. On attribue la constipation que détermine l'opium à son action sur le foie, dont il arrête la sécrétion ou la rend insuffisante pour la stimulation du canal digestif. Aussi, dans beaucoup de cas, éprouve-t-on un notable embarras lorsqu'on veut administrer l'opium pour sa propriété sédative seulement, par la crainte de la constipation qu'il pourrait produire. Si nous en croyons M. Allnatt, 25 ou 30 centigrammes de fiel de bœuf épaissi par l'évaporation neutraliseraient les effets de 5 centigrammes d'opium, sans nuire en rien à son action sédative.

---

chéloniens, des reptiles et des batraciens. Elles sont d'un haut enseignement pour faire voir et comprendre les modifications graduelles qu'éprouve l'organe respiratoire chez ces animaux. Deux coupes du poumon de la tortue montrent la conformation intérieure de cet organe, son mode de cloisonnement et la distribution des vaisseaux artériels. Une fenêtre pratiquée sur la face inférieure des poumons d'un lézard permet de constater le même cloisonnement, mais seulement rudimentaire ; un poumon très volumineux de couleuvre, fendu par sa face inférieure rend visible la surface intérieure de l'organe dépourvu de toute espèce de cloison dans ses quatre cinquièmes postérieurs. Cette série de pièces intéressantes se termine par les organes de la respiration dans la grenouille et le crapaud ; elles complètent les données fournies par les précédentes ; on y voit en effet les cloisons rudimentaires qui hérissent la surface interne de ces organes et l'embouchure des bronches dans la vésicule pulmonaire. La même pièce montre en outre les poches accessoires de l'appareil respiratoire de la grenouille placées sur les parties latérales de la cavité buccale. Ceci est de la véritable anatomie comparée, de l'anatomie comparée physiologique, et nous pourrions ajouter philosophique : M. Sapey a heureusement profité de ses contacts avec les hommes qui ont poussé la science dans cette voie.

Pour terminer ce qui a trait à l'appareil respiratoire et ouvrir la série des organes de la circulation, nous mentionnerons comme pièces d'un beau travail anatomique les préparations nombreuses de M. Demarquay sur les poumons et le cœur du lapin, du chien, du chat, du mouton et du canard, avec les filets du pneumo-gastrique et du grand sympathique qui s'y rendent ; le poumon, le cœur et le tube digestif du lézard ; l'appareil circulatoire de la couleuvre et une préparation toute spéciale destinée à montrer l'anneau fibreux des orifices du cœur chez le bœuf. Nous signalerons au même titre les cœurs du cheval, du chien, du renard, du chat, du sanglier, du lapin, du daim, du chevreuil, du hérisson, de plusieurs oiseaux ; du requin, de la vipère, du *boa constrictor*, de l'anguille, etc., préparés par M. Pigné, dont nous sommes heureux de rappeler le nom à chaque paragraphe ; les appareils respiratoires du perroquet, de la cresserelle, de la pholade crépue, de la cyprine d'Islande, de la vénus croisée, etc., par M. Pouchet (de Rouen) ; un cœur de cygne, pour montrer la valvule charnue de l'oreillette droite, envoyé par M. Lereboullet (de Strasbourg). C'est aussi le lieu de remercier M. Richard Owen pour l'envoi d'un cœur de phoque *vitulina*, dont le trou de Botal est fermé et le canal artériel obstrué ; le savant professeur Eschricht (de Copenhague), pour une aorte de baleine de 72 pieds. Cette dernière pièce est sans contredit une des plus curieuses du musée ; son ouverture donnerait aisément passage à une forte tête d'adulte, et ses parois ont pour le moins de 5 à 6 centimètres d'épaisseur. Cela est prodigieux comme l'animal qui l'a fourni. A l'aspect de ces grossissements gigantesques des formes de l'organisme, il est impossible de ne pas saisir le sens le plus élevé de l'anatomie comparée. Cette aorte, dont les parois ont peut-être cent fois l'épaisseur de celles de l'homme, ne permet-elle pas d'étudier et de saisir à l'œil nu tous les élémens dont elle se compose : leur nombre, leurs différences et leurs rapports? Ici plus de mystère ni d'illusion, plus de représentation idéale possible. Quel succédané, ou plutôt quel correctif du microscope ! Ceci est la réalisation par la nature de l'ingénieuse idée de MM. Mandl et Thibert; avec cette différence pourtant que, quelle que soit notre confiance dans les yeux et

SQUIRRHE DU FOIE, ASCITE, HÉMORRHAGIE ABONDANTE SURVENANT PENDANT LA QUATRIÈME PONCTION; GUÉRISON; par M. HORNE.

OBS. — Une femme portait depuis un an environ une hydropisie ascite considérable. Le 5 août 1833, M. Horne lui fit la ponction qui donna issue à 18 quarts (le quart vaut environ une pinte) d'un liquide qui se coagula promptement par la chaleur. Il la soumit ensuite à l'usage interne de la teinture d'iode et du tartrate de potasse. Malgré ces moyens, il fallut encore, le 2 septembre, retirer par la ponction 19 quarts de liquide. Un état bien confirmé de squirrhe du foie, déjà constaté par un autre médecin, ne laissait guère d'espoir d'une guérison radicale. On essaya cependant encore d'abord le sous-carbonate de fer conjointement avec la quinine, puis les pilules bleues. Le 13 octobre, on répéta la ponction; enfin le 4 décembre, on dut la faire encore de nouveau. Ce fut cette dernière fois qu'après avoir retiré 18 quarts d'un liquide d'un blanc-sale, celui-ci changea tout à coup de coloration et sortit rouge foncé. La couleur devint de plus en plus foncée avant que le chirurgien eût pu extraire la canule, et la malade tomba dans un état de mort apparente. On la rappela à la vie au moyen de stimulans; mais avant la nuit l'abdomen était déjà rempli par un liquide en plus grande quantité que celui auquel la ponction avait donné issue dans l'après-midi. M. Horne, qui avait assisté à un cas tout à fait semblable, porta le plus fâcheux pronostic. Effectivement, la péritonite se déclara et s'étendit rapidement; bientôt tout l'abdomen devint très douloureux à la moindre pression. Cependant la marche du mal ne fut pas aussi grave qu'on l'avait présumé. Pendant deux mois la malade fut soutenue avec des bouillons nourrissans et ses douleurs calmées avec le laudanum. Dès qu'elle put se lever, on reconnut que la résorption du liquide de l'ascite s'opérait peu à peu; on la favorisa par des frictions et par l'administration du fer et de la quinine, jusqu'à ce que le ventre fût à peu près revenu à son volume normal.

Le 10 juillet 1834, on jugea convenable de faire la ponction pour retirer une petite quantité de liquide qui demeurait réfractaire à l'absorption. On en obtint seulement sept pintes et trois quarts; il était plus épais et d'une couleur plus foncée que lors des premières ponctions. Dès le lendemain, elle put vaquer à ses travaux domestiques; elle a, depuis lors, continué à être en bon état, quoiqu'une tendance à l'épanchement se manifeste au moindre accès de fièvre qu'elle éprouve. Il y a quelques mois, l'ennemi semblait avoir gagné du terrain, si bien que M. Horne proposa de l'en délivrer au moyen de l'acupuncture; mais la malade demanda un délai, et l'absorption se fit naturellement.

Le temps depuis lequel la guérison a eu lieu ne laisse aucun doute sur sa solidité. C'est un service que la nature a rendu dans un cas où l'art livré aux seules ressources de la médecine et de l'hygiène serait sûrement demeuré impuissant.

HYPERTROPHIE REMARQUABLE DES DOIGTS CHEZ UNE JEUNE FILLE; par M. CURLING.

OBS. — Elisa H., née de parens pauvres, est une jeune fille de 15 ans, pâle et chétive. L'indicateur, l'annulaire et le médius de sa main droite ont un développement anormal. Le volume des deux premiers de ces doigts n'est que de peu au-dessus des proportions naturelles; mais le médius a une grosseur vraiment extraordinaire, ayant 5 pouces 1/2 de longueur et 4 de circonférence. A la main gauche, le pouce, l'index et le médius sont hypertrophiés; l'index a 4 p. 1/4 de longueur et quatre de circonférence. Le médius offre une inclinaison latérale causée par le déplacement du tendon extenseur qui forme une bride le long de son côté externe. Toutes les parties qui constituent le doigt, les os, les articulations, les tégumens, les ongles participent également à cette hypertrophie. Les doigts hypertrophiés sont étendus et ne peuvent se fléchir.

Ce cas, très remarquable en lui-même, l'est encore davantage par les circonstances dans lesquelles il s'est présenté. Tout, dit l'auteur, semblait ici s'opposer au développement d'une monstruosité par excès: la faiblesse de constitution, une nourriture peu abondante, aucun exercice particulier des doigts, nul développement anormal de vaisseaux dans la région.

A la suite de cette observation est rapportée sommairement l'histoire de plusieurs cas semblables. Le professeur Owen a vu un enfant de deux ans dont le doigt du milieu, à chaque main, était près de deux fois aussi long et plus de deux fois aussi gros que l'indicateur. D'après M. Dincowd, un Espagnol, gouverneur aux îles Philippines, offre une hypertrophie congéniale du premier et du second doigt de la main droite. Le muséum du collége royal de Londres contient une main d'adulte où le doigt du milieu est hypertrophié et présente aussi une légère inclinaison latérale. Enfin M. Power de Dublin et M. John Reid ont été témoins chacun d'un vice de conformation de ce genre.

Quel traitement pourrait être ici mis en usage? La compression serait le seul moyen sur lequel on pût rationnellement compter; mais la lenteur de son action et la gêne qu'elle causerait mettraient obstacle à ce qu'elle fût supportée pendant un temps suffisant. Si un doigt était seul hypertrophié et qu'il ne servît en rien au malade, on pourrait l'amputer. Dans le cas contraire, on se bornerait à le mettre de niveau avec les autres doigts en retranchant sa dernière phalange.

CAS DE TÉTANOS TRAUMATIQUE GUÉRI PAR LE VIN ET L'EAU-DE-VIE A LARGES DOSES ET PAR D'AUTRES MOYENS; par M. WILSON.

On sait que les stimulans diffusibles occupent une place honorable dans la liste des remèdes qui ont eu quelques succès dans le traitement du tétanos. Ce n'est donc pas une médication nouvelle qu'a employée ici M. Wilson; mais ou nous nous trompons fort, ou personne ne contestera qu'il ne l'ait appliquée avec une énergie qui n'avait pas encore eu d'exemple.

OBS. — Le 28 novembre, un homme robuste, âgé de 30 ans, se fit en tombant une fracture des deux os de la jambe, compliquée de lésion considérable des parties molles. On réduisit les os et on chercha à conserver le membre. Tout alla très bien jusqu'au 12 décembre que l'on observa les premiers spasmes tétaniques. A cette époque, les os étaient déjà recouverts de granulations de bonne nature. Le spasme s'emparait des muscles *et les quittait alternativement*; ceux de la mâchoire étaient le plus affectés.

Le 14, le malade se plaignit de crampes et de spasmes dans la poitrine. (Vésicatoire, calomel et un cathartique.)

Le 15, les symptômes ont cédé du côté de la poitrine, mais l'état général est plus grave. On ordonne de l'eau avec de l'eau-de-vie et une potion éthérée à prendre toutes les deux ou trois heures. Cette prescription amène de l'amendement. On la continue jusqu'au 18, jour où les symptômes tétaniques augmentèrent d'intensité, et où, le soir, l'opisthotonos se déclara. (Continuation des stimulans, lavemens opiacés, térébenthine et huile de castor à l'intérieur.) Ce traitement fut continué jusqu'au 21. Le malade était alors extrêmement bas: le pouls à 40, la peau couverte d'une sueur froide et visqueuse. La quantité d'eau-de-vie qu'il prenait était de plus de trois pintes dans les vingt-quatre heures (1). Tout le système musculaire semblait être affecté de spasmes.

Le 22, l'état est le même; la plaie va très bien; on cesse l'opium, mais on

(1) Faut-il comprendre *trois pintes d'eau-de-vie et d'eau mélangées?*... Le texte ne donne aucune explication à cet égard.

l'esprit de ces savans et habiles interprètes, et notre admiration pour leurs pièces, les grossissemens qu'ils ont fait représenter ne peuvent être que ceux qu'ils ont vu individuellement, tandis que ceux de la nature sont exposés à tous les yeux et immédiatement constatables par tous. Dans l'un comme dans l'autre cas, sans doute, la signification du fait, la chose importante, n'existe que par l'idée et à partir de l'idée qui la vivifie. Mais songeons qu'ici les élémens de l'idée sont immédiats, invariables, dégagés de tout artifice, accessibles à tous les yeux, c'est-à-dire que c'est l'idée elle-même qui surgit puissante et définitive; car là où l'observation et l'induction de tous peuvent s'asseoir d'emblée, il est difficile que l'illusion ou la conception arbitraire prenne longtemps la place de la vérité.— Les personnes qui verront l'aorte de la baleine excuseront ces quelques réflexions, qui tiennent certainement la place de choses plus utiles.

Nous passerons rapidement sur les organes des sécrétions. Parmi ces derniers, on remarquera surtout de très beaux foies préparés par le procédé de M. Sucquet; des foies de boa, de cormoran, de cabillaud et de colimaçon, par M. Pigné, et les reins de l'ours, par le même; les reins du phoque et du python *tygris*, par M. Richard Owen, etc. Mais l'objet le plus important de cette section, et une des curiosités du musée, est l'appareil vénimeux de la vipère, offert par le célèbre Panizza. Il comprend des préparations de deux sortes: une pièce naturelle parfaitement conservée dans l'alcool, et quatre belles pièces en cire donnant une idée claire et exacte de la forme, de la disposition et des rapports de la glande qui sécrète le venin, des puissances qui le font cheminer, et des parties environnantes, dents, mâchoires, etc.

L'une des sections les plus riches, sinon la plus riche, est celle des organes de la génération et de l'ovologie. Elle renferme des pièces du plus haut intérêt. D'abord une foule de préparations parfaitement exécutées par MM. Gros, Houel, Jarjavay et Pigné, sur les organes génitaux mâles et femelles dans toutes les classes, notamment du singe, de la panthère, du renard, du chien, du chat, du cheval, du cerf, du daim, du lapin, du rat, de la taupe, du hérisson, d'une foule d'oiseaux, du crapaud, de la salamandre, de la tortue, du limaçon, de la limace, du hanneton, de la puce aquatique, etc.; on y rencontre aussi d'autres parties de l'important envoi fait par le professeur Eschrich (de Copenhague): des tronçons d'un pénis de baleine, le périnée d'un marsouin mâle pour montrer l'ouverture commune des deux mamelons mis à découvert; fait qui avait échappé jusqu'ici aux observateurs; les appareils génitaux de la sangsue, du lombric de cheval, par M. Pouchet, dont toutes les pièces se distinguent, comme l'esprit de leur auteur, par une grande précision.

Parmi les préparations ovologiques et embryologiques, on remarquera d'abord les injections très riches d'une portion de corne de la matrice; des membranes et des placentas de l'œuf de la vache et de la chèvre; d'autres injections bien réussies de la muqueuse intestinale et de la membrane pupillaire d'un fœtus à terme: le tout par M. le professeur Ehrmann (de Strasbourg); un cotylédon placentaire du fœtus de la vache, par M. Richard Owen; une série de pièces très curieuses sur l'ovulation de la truie et d'autres animaux, par M. Pouchet. Mais on admirera par dessus tout les magnifiques tableaux de M. le professeur Erdl (de Munich), représentant le développement de l'œuf humain, depuis les premiers jours de la fécondation jusqu'à la naissance. Onze de ces tableaux sont exposés: quatre autres, comprenant le fœtus depuis quatre mois jusqu'à la

continue les stimulans. A partir de ce moment l'amélioration se prononça, et le 26 tous les accidens tétaniques avaient disparu.

Durant les huit jours pendant lesquels la maladie fut à son summum, le patient but deux gallons d'eau-de-vie, outre le vin, le suc de viande, etc.

Le 29 janvier, la plaie était presque cicatrisée et les forces augmentaient de jour en jour.

— Quelques circonstances pourraient à la rigueur être alléguées pour diminuer la signification de ce fait. Ainsi, contrairement à ce qu'on observe dans les cas semblables, le tétanos n'a pas commencé ici dans les premiers jours après l'accident, mais au bout de quinze jours seulement et alors que la plaie était en très bon état. Ainsi, encore, le spasme n'a pas d'abord été continu, mais alternatif. Enfin, on a uni aux stimulans proprement dits une préparation opiacée. Mais, nous le répétons, ces objections émaneraient d'une critique réellement trop évidente, et nous les livrons plutôt comme élémens de discussion que comme argumens capables d'invalider la portée de ce fait clinique intéressant.

DES EFFETS VÉNÉNEUX DE LA SABINE (JUNIPERUS SABINA); par le professeur LETHEBY.

Un cas de mort presque subite, que l'on a pu attribuer à un empoisonnement par la sabine, donna occasion au professeur de chimie de London-Hospital d'appeler l'attention sur ce mode d'empoisonnement, et sur son action et les caractères à l'aide desquels on peut le reconnaître. Disons d'abord quelques mots de l'observation principale. Une fille âgée de 21 ans et arrivée à une époque avancée de grossesse, jouissant d'une parfaite santé, soupe avec son amant un peu tard dans la nuit et se couche gaîment ensuite. A trois heures du matin, elle est prise de violentes douleurs d'estomac, qui sont notablement augmentées par quelques verres d'eau-de-vie et d'eau qui lui sont administrés. Un médecin, appelé seulement vers onze heures, la trouve couchée sur le dos, complètement insensible, respirant avec peine et bruit, rendant un liquide spumeux par la bouche, la figure énormément gonflée, les yeux fermés, les pupilles très contractées, les membres convulsés, et le travail de l'accouchement marchant avec une grande rapidité. Une saignée et des applications froides sur la tête ne produisent aucun effet, et la femme expirait avant la fin de l'accouchement, qui fut terminé par le forceps. L'enfant, qui était mort, paraissait être entre le septième et le huitième mois. A l'autopsie, outre de nombreuses congestions sur divers organes, on trouva dans l'estomac, qui était plutôt pâle que rouge, quatre onces de liquide verdâtre, à réaction acide et rappelant l'odeur de la digestion. Une partie de ce liquide distillée et soumise aux réactifs connus fournit quelques gouttes d'une huile jaune ayant tous les caractères physiques de l'huile de sabine. Au fond du liquide pris dans l'estomac était un sédiment qui, examiné au microscope, offrit la plus grande ressemblance avec la poudre de sabine séchée. Le reste du liquide de l'estomac, filtré et traité par l'éther, fournit une solution verte et contenant de la résine et du chlorophyle ou matière végétale colorante. Pour obtenir des résultats plus certains, M. Letheby fit une série parallèle d'expériences avec la poudre de sabine, et ne put méconnaître l'identité entre les résultats.

Bien que l'enquête du coroner faite sur cette mort ait prononcé qu'elle avait été causée par les convulsions puerpérales, cependant M. Letheby pense qu'en tenant compte de tous les phénomènes observés et des résultats des nombreuses expériences qu'il a faites à cette occasion, on peut soutenir que la mort a été causée par la sabine, cette substance, administrée à plusieurs animaux, ayant produit chez eux les mêmes accidens et les mêmes résultats que chez la femme dont il est question; il rappelle en même temps que les convulsions puerpérales arrivant rarement à cette époque de la grossesse, et que même lorsqu'elles sont causées par une congestion cérébrale elles sont ordinairement précédées de quelques symptômes précurseurs, il y a de fortes raisons de croire que, dans ce cas, la mort a été causée par la sabine.

En prononçant sur les propriétés de cette plante d'après ses effets sur l'économie, il est difficile, dit M. Letheby, de ne pas la regarder comme un irritant local. Elle agit aussi sur la constitution par l'influence qu'elle exerce sur le système circulatoire en augmentant l'action du cœur et déterminant des engorgemens veineux et capillaires sur divers points de la circulation; Vogt pense qu'elle tend à produire un état apoplectique chez le fœtus, ce qui paraît très probable.

Voici les caractères auxquels on pourra, d'après M. Letheby, reconnaître, dans les recherches médico-légales, l'action de la sabine. Elle n'agit pas immédiatement, mais détermine, au bout de deux ou trois heures, des douleurs dans l'estomac avec des vomissemens; puis on voit arriver successivement le coma, de légères agitations dans les membres, des selles sanguinolentes, et enfin la mort au bout de douze ou quatorze heures. Après la mort, on trouve les vaisseaux du cerveau congestionnés, le sang noir, le cœur dilaté, surtout du côté droit, les intestins injectés. Si la sabine a été administrée en poudre, les matières contenues dans l'estomac auront une teinte verdâtre, et, en les examinant au microscope, on reconnaîtra facilement l'organisation particulière de la plante. En les distillant, on obtiendra un fluide trouble que l'éther rendra clair, et qui fournira à l'évaporation une pellicule d'une huile jaunâtre ayant l'odeur et le goût de l'huile de sabine, tandis que le résidu traité par l'éther produira une solution verte contenant de la résine et du chlorophyle.

LARGE FISTULE A LA PARTIE ANTÉRIEURE DE L'URÈTRE, GUÉRIE PAR UNE OPÉRATION; par M. LE GROS CLARK.

Rien n'est moins rare que l'opération dont le fait suivant offre un nouvel exemple; mais rien n'est moins commun que le succès obtenu à sa suite. La presqu'incurabilité des fistules urétrales est bien connue de tous les chirurgiens qui ont spécialement à les traiter. Elle serait au besoin surabondamment démontrée par l'application même du procédé qui réussit le mieux à les fermer; celui de Ségalas, Ricord; car pour avoir songé, pour être autorisé à établir une ouverture artificielle au périnée, certes il fallait bien qu'on fût persuadé de l'impossibilité de guérir l'affection d'une autre manière. Le cas suivant prouve cependant qu'il ne faut pas se hâter de recourir à ce moyen extrême avant d'avoir essayé de l'urétroplastie simple.

OBS. — Un homme, encaveur de profession, avait été opéré d'un rétrécissement de l'urètre au mois de juillet dernier par M. Clark. Mais à la suite d'écarts de régime, il eut une inflammation aiguë des testicules; puis une gangrène du scrotum et du pénis. L'escarre s'étant détachée, il resta au devant des bourses une fistule urétrale d'un pouce et quart de longueur. Voici le procédé qui fut mis en usage pour remédier à cet état.

Après avoir convenablement ravivé les bords de la perte de substance, on pratiqua quatre incisions; savoir : deux en bas et en dehors du côté du scro-

---

fin de la gestation, ne tarderont pas à arriver. Ces pièces sont en cire et d'une exécution admirable. Nous ne sommes que les échos des appréciateurs spéciaux en disant que jamais il n'a existé quelque chose de plus parfait dans ce genre.

Telles sont les pièces qui nous ont paru mériter une mention à part dans les différentes divisions du musée. Rappelons cependant encore, pour être juste envers tout le monde, les jolies pièces d'entomologie offertes par M. Léon Dufour, correspondant de l'Institut; le hanneton colossal de M. Auzoux, et d'intéressantes préparations sur les reptiles par M. Ernest Cloquet, qui promet de bien continuer un nom cher à la science. Cette énumération n'est qu'un appel à l'attention de tous. Qu'on ne croie pas en effet que ces objets si clairs, si faciles à saisir sur le papier, soient difficiles à retrouver dans le musée, comme cela arrive d'ordinaire pour les collections du même genre où le public n'est admis à voir que les étiquettes. Pour cela comme pour le reste, le musée de l'Ecole de médecine se distingue entre tous. Non seulement les préparations sont classées et placées de manière à être plutôt devinées qu'elles ne pourraient être méconnues; mais on a pris toutes sortes de précautions, on a imaginé toutes sortes de moyens pour en rendre la vue distincte et la compréhension facile. Indépendamment d'un système d'étiquettes aussi explicite que possible, tant sous le rapport de la place naturelle de l'objet dans la série, que sous le rapport de sa signification spéciale on a imaginé tout exprès des procédés de présentation, d'exhibition, de bouchage et de conservation qui réalisent quelque chose de vraiment nouveau dans ce genre. M. Maissiat, à qui revient la principale part dans toutes les difficultés vaincues, et dont le zèle et l'intelligente activité ont fait des prodiges, est l'auteur de ces procédés. Il a centuplé la visibilité des objets en peignant en noir la moitié postérieure des bocaux renfermant les pièces conservées à l'alcool. Pour empêcher la coloration et l'évaporation du liquide il a monté les pièces sur des baguettes en verre; fermé les bocaux avec des disques en verre polis à l'émeri au moyen d'une machine qui use à la fois ces disques et l'ouverture contre laquelle ils doivent être appliqués. La fermeture complète a lieu au moyen d'un mastic particulier qui ne se dessèche jamais, et qui permet par conséquent de sortir et de rentrer la pièce en tout temps et à volonté. Ces divers procédés comme les méthodes de préparation d'arrangement d'étiquetage et d'exhibition, font du musée de l'école quelque chose de merveilleusement net, clair et intelligible, qu'on ne peut comparer qu'à la clarté de l'esprit et des ouvrages de celui qui l'a créé. On pourrait dire, dans toute la rigueur de l'expression, qu'il a fait ce musée à son image.

Tout ce qui précède n'a trait qu'au côté matériel, visible, tangible de cette merveilleuse création. Si nous nous arrêtions là nous ne ferions connaître que la moitié de la pensée dont elle émane : ce n'en serait que la lettre et non l'esprit. Quoique nous puissions nous reposer à cet égard sur la sagacité de nos lecteurs, qu'il nous soit permis cependant de dire tout haut avec eux ce que chacun d'eux pensera tout bas. C'est moins, si l'on veut, une nécessité qu'un plaisir : mais qu'on nous permette ce plaisir.

L'intronisation de ce musée à l'Ecole de médecine de Paris est une lumière qui change toutes les teintes et la perspective de l'édifice. C'est une révolution dans l'enseignement, dans les études, dans les idées. Jusqu'ici le caractère de l'Ecole de médecine de Paris était tout pratique. Son enseignement ne sortait pas du domaine du diagnostic. Ce n'est pas une critique qu'on exerce, mais un fait que

tum et deux en haut et en dehors du côté du pénis. On circonscrivit ainsi de chaque côté un lambeau, et, après les avoir disséqués, on les affronta l'un contre l'autre, *surface à surface*, sur l'ouverture fistuleuse. On les maintint dans cette position en appliquant contre leur face cutanée deux petites pièces de cuir, et l'on termina au moyen de quelques points de suture qui traversèrent et les pièces de cuir et les lambeaux. On fit enfin de chaque côté une incision semi-lunaire en vue d'obvier à la tension que l'on craignait de voir survenir. Une sonde qui avait été placée avant le commencement de l'opération fut fixée à demeure dans la vessie. L'adhésion se fit partout, excepté dans deux points, l'un situé à l'extrémité scrotale de la fistule, l'autre entre les deux supports latéraux; celui-ci se ferma rapidement sous l'influence de quelques cautérisations. Une petite portion du bord de l'un des lambeaux tomba en gangrène. L'opération a été faite en novembre; aujourd'hui, 10 juin 1845, le patient urine librement et à plein canal. L'urètre n'est rétréci en aucun point; la cicatrice paraît à peine. L'ouverture située du côté du périnée laisse encore passer de temps en temps quelques gouttes d'urine; mais, d'après un autre médecin, M. Curling, qui a également vu le malade, il n'en résulte pour ce dernier aucun inconvénient.

TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE FACIALE OU TIC DOULOUREUX; par M. GOWER.

Cette note est consacrée à constater les bons effets du tabac dans la névralgie faciale, ainsi qu'à préciser quel est son meilleur mode d'administration. M. Gower se servait depuis vingt ans avec le plus grand succès de la teinture et de l'infusion de tabac appliquées localement. Mais ce succès, dit-il, était en quelque sorte immérité; car, tout en reconnaissant l'efficacité de ce topique, je ne savais si ces propriétés curatives étaient dues à son action stimulante ou à sa vertu sédative. Je continuais toutefois à l'employer empiriquement, lorsque M. Chippendale démontra que le pouvoir médicateur du tabac tient à la nicotine, et que l'huile essentielle contenue dans la plante retarde plutôt son action en empêchant l'absorption de son principe narcotique.

C'est donc à l'extrait de nicotiane qu'il faut donner la préférence. M. Gower a vu chez trois de ses malades *une seule* application de la solution aqueuse de cet extrait calmer instantanément et sans retour les accès névralgiques. A peine la friction venait-elle d'être faite sur la partie malade que la douleur avait déjà disparu. Il a aussi calmé le mal de dents avec une seule friction faite avec cette préparation sur le côté malade de la face.

DE L'IPÉCACUANHA EMPLOYÉ A DOSE VOMITIVE ET CONSIDÉRÉ COMME L'UN DES PLUS PUISSANS TONIQUES DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES CAS DE FAIBLESSE ET D'ÉPUISEMENT; par M. J. HIGGINBOTTOM.

La plupart des praticiens parmi nous n'emploient l'ipécacuanha que dans le but de produire les effets émétiques, croyant même que ce médicament est moins irritant que le tartre stibié. Sans nous arrêter ici à l'idée un peu confuse que l'on attache encore aujourd'hui parmi les médecins français à la propriété irritante de certains médicamens, nous nous bornerons à rappeler que l'ipécacuanha possède une propriété tonifiante ou excitante entièrement opposée à l'action dépressive ou antiphlogistique du tartre stibié, et que c'est de cette propriété que parle ici l'auteur de cette notice, qui la remarqua pour la première fois, en 1814, chez une femme atteinte de choléra, arrivée à sa dernière période et tombée dans le dernier degré de débilitation offrant tous les phénomènes qui annoncent une mort prochaine. Un scrupule d'ipécacuanha administré dans cet état le modifia tellement qu'au bout de quelques heures la malade entrait en pleine convalescence. Depuis trente ans, de nombreux succès l'ont confirmé dans cette pratique qu'il a modifiée suivant une méthode adoptée par la plupart de ses compatriotes et à laquelle nous attribuons nous-mêmes une certaine valeur. Elle consiste à administrer au malade, deux ou trois heures après l'action de l'émétique, un pilule composée de 5 centig. d'opium, 25 centig. de pilule bleue, que l'on fait suivre d'une dose de rhubarbe, avec 2 scrup. de sulfate de potasse, qui facilitent l'action des intestins. Voici maintenant les principales conditions pathologiques dans lesquelles l'auteur a employé cette méthode avec le plus de succès.

HÉMORRHAGIES UTÉRINES. Depuis longtemps persuadé que les stimulans diffusibles au lieu d'être utiles dans le traitement de cet accident grave ne font que l'augmenter en activant la circulation artérielle, il a dû chercher, dans les cas où le seigle ergoté et les astringens étaient insuffisans, des moyens plus efficaces, et c'est l'ipécacuanha à dose vomitive qui lui a paru le moyen le plus utile et le plus prompt dans ces hémorrhagies qui succèdent au détachement du placenta. Dans les cas même où l'épuisement semble arrivé à son dernier degré, on en obtient de bons résultats.

BRONCHITES. Lorsqu'il survient pendant la durée d'une bronchite aiguë une dyspnée très prononcée, avec sentiment de faiblesse extrême, difficulté de l'expectoration et menace de suffocation, l'emploi de l'ipécacuanha fait disparaître immédiatement ce que ces symptômes ont de plus grave, et relève l'économie, puis fait entrer le malade en convalescence avec une facilité qu'on ne peut obtenir d'aucun autre moyen. Plusieurs faits que nous jugeons inutile de reproduire sont rapportés à l'appui de cette assertion et démontrent quelles ressources précieuses l'emploi de l'ipécacuanha peut fournir à l'homme expérimenté dans des cas d'une gravité extrême.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE.

NOUVELLE MÉTHODE POUR GUÉRIR CERTAINS ANÉVRISMES SANS OPÉRATION A L'AIDE DE LA GALVANO PUNCTURE.

M. PÉTREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, communique sur ce sujet un travail dont voici l'analyse sommaire :

L'auteur montre que ce serait une grande conquête que de pouvoir guérir les anévrismes sans opération sanglante, vu la gravité habituelle, et, analysant les opérations de ligature connues dans la science pour les principales artères anévrismatiques, il établit qu'on ne compte pas moins d'un mort sur six opérés pour la crurale et la carotide primitive, un quart pour l'iliaque externe, un demi pour l'axillaire et la sous-clavière, enfin les deux tiers pour les branches du tronc brachio-céphalique, etc. On sent donc quel serait le prix d'une thérapeutique plus simple et plus innocente.

« On avait proposé, dit M. Pétrequin, l'application de l'électricité; mais ce projet n'a pas eu de suites, et tout ce qu'on trouve à cet égard dans la science se résume dans les lignes suivantes qu'écrivaient MM. Marjolin et Bérard en 1833 : « On a imaginé de provoquer la coagulation du sang dans le sac à l'aide de l'électricité, qui y serait transmise par des aiguilles plongées dans la tumeur; *cette idée*, qui est due à M. Pravaz, n'a point encore, à notre connaissance, été

---

l'on constate. Les travaux les plus remarquables des professeurs actuels roulent exclusivement sur des problèmes de symptomatologie et de séméiotique. En quoi consiste telle ou telle lésion matérielle, quels en sont les caractères sur le cadavre et les expressions sur le vivant : voilà la formule des travaux de l'Ecole depuis vingt ans. C'était la science de l'art et de la pratique, et pas autre chose. C'est bien pour le passé, comme exercice, comme but et même comme résultat. Mais toute chose a son temps. Au delà de cette étude immédiate, circonscrite, utile au jour le jour, d'autres problèmes surgissent qui agrandiront l'horizon de la science et des idées. Le temps est venu d'aller à l'origine des choses, à leur cause, de faire descendre le particulier du général et de suivre l'un jusqu'à l'autre. Toute animalité conduit à l'homme; la fonction de celui ci n'est qu'un point, une phase de celle-là. L'une ne peut être comprise sans l'autre. Quand ces vérités si claires, j'oserai dire si vulgaires dans le monde des idées, se seront incarnées dans le monde de l'application, et auront pris des formes propres à frapper tous les esprits, alors seulement la science et l'art seront sur leur véritable porte-objet. Eh bien ! c'est cette ère nouvelle que signale le musée de l'Ecole. A ce point de vue il est un symptôme aussi bien qu'une cause. Il le fallait, il était dans le besoin, dans le progrès. Ce n'est qu'un signe de plus de ce besoin, de ce progrès auxquels il satisfait. Quant à ses conséquences immédiates, elles se réaliseront sans effort ni violence, sans changement de gouvernement ni de dynastie. Il ne faudra pas pour cela que d'autres professeurs succèdent à ceux qui existent. Le corps enseignant actuel se trouvera plongé au milieu de ce déluge de faits et de lumière qui l'inondera malgré lui. C'est une autre atmosphère qu'il absorbera et dont il se nourrira à son insu; c'est une langue nouvelle que l'élève et le maître apprendront chacun de leur côté; mûs l'un et l'autre autant par l'instinct du progrès que par la crainte d'être pris réciproquement au dépourvu. Et quels seront en dernier lieu, pour l'art, les avantages réels de cette révolution? Est-il nécessaire pour les faire apprécier de les traduire en résultats matériels? Faut-il dire, par exemple, que la médecine, basée désormais sur les faits organiques compris dans toute leur portée, nourrie des inspirations d'une anatomie et d'une physiologie vraiment générales, se dégagera des langes où elle était retenue depuis des siècles, bercée aux divagations d'une ontologie figurée? A la place de cette technologie abstraite et mystérieuse, on mettra des formules précises, des conclusions moins présomptueuses mais plus certaines, dont les premisses, puisées dans une connaissance approfondie des phénomènes de la trame organique universelle, viendront se résoudre dans les lois de la physique générale. Alors seulement l'art de traiter les malades sera le corollaire de la science des maladies. Or, il faut le reconnaître, quelque ambitieuse que puisse paraître cette vue, elle n'est que le présage d'un progrès imminent, et elle est virtuellement contenue dans les faits matériels portés aujourd'hui à la connaissance du monde médical. Ce ne sont donc pas nos paroles, mais ces faits mêmes qui la révèlent, et nous n'avons d'autre mérite que de l'avoir comprise.

Nous sommes heureux aussi d'être des premiers à rendre justice à cette phalange d'hommes laborieux dont le dévouement, comme la science, a été sans bornes, et à ces illustrations de tous les pays qui n'ont pas hésité à doter la France, comme une patrie commune, de leurs riches dépouilles. Quant au promoteur de ce beau résultat, à quel tribut de reconnaissance et d'admiration n'a-t-il pas droit? Mais sa première et plus belle récompense réside dans la conscience du service

mise à exécution. » (Dict. en 25 vol. art. anévrisme, tome iii, page 50.) Pour nous assurer de la chose, nous nous sommes adressé à M. Pravaz lui-même, qui nous a appris qu'en effet c'était là une vue spéculative, une induction, que lui avaient inspirées ses recherches sur la rage, mais que jamais l'expérience n'en avait été faite pour les anévrismes ni sur les animaux *ni sur l'homme*. Nous pouvions être certain d'ailleurs qu'aucun autre expérimentateur n'avait rien poursuivi sur ce sujet; car il n'est même pas question de ce projet à l'art. *Electricité*, du même Dict. (par M. Guérard, 1835, tome xi), non plus qu'à l'art. *Sang*, qui vient récemment de paraître (1844, tome xxviii), et que l'auteur a mis au niveau de la science. »

M. Pétrequin a expérimenté sur le sang humain au moment où il venait d'être tiré de la veine par une saignée, et il a été conduit à en faire l'application sur l'homme; nous citerons l'observation d'un anévrisme traumatique de l'artère temporale, qu'il a pu guérir en une seule séance par la galvano-puncture : « Le 4 août 1845, le sieur Dasniard, âgé de 19 ans, serrurier à Lyon, fut apporté sans connaissance à l'hôpital; il venait de tomber d'un deuxième étage; il y avait une forte échymose de l'œil gauche, et une fracture de la mâchoire inférieure sur la ligne médiane. Vers la fin du traitement, il fut pris de la variole, qui parcourut ses périodes régulièrement. Le 9 septembre, je pus m'occuper spécialement d'une petite tumeur de la tempe gauche qui avait fixé mon attention. C'était un anévrisme traumatique de l'artère temporale, du volume d'une amande, d'une consistance molle, et peu sensible à la pression des doigts; la tumeur est sur le trajet de l'artère temporale, qu'on peut suivre jusqu'à son niveau; elle est le siége de battemens isochrones à ceux du pouls, qui sont visibles à travers la peau, et qui cessent sous l'influence d'une pression forte au dessous, pour reparaître dès qu'on enlève le doigt qui comprime. Il n'y avait aucun doute sur la nature du mal, il était probable que cet anévrisme était dû à la contusion de l'artère, qui eut lieu lors de la chute.

» Le 10 septembre, je fis une séance de galvano-puncture, en présence de plusieurs médecins et d'une foule d'élèves; je pris deux aiguilles en acier, fines et acérées, et je les enfonçai de manière à les croiser à angle droit dans la tumeur, où elles pénétraient d'environ 2 centimètres. Je fis communiquer leurs têtes avec les pôles d'une pile; au premier contact, il y eut une secousse électrique et une douleur vive, et ces symptômes allèrent en croissant, à mesure que j'augmentais la dose de galvanisme; leur intensité devint très grande au quinzième couple, et je suspendis la séance. La durée de l'opération proprement dite, c'est-à-dire de l'action réelle du galvanisme, avait duré dix à douze minutes environ. J'avais changé trois fois la direction des courans galvaniques pendant cet espace de temps.

» Durant la manœuvre, je sentis les pulsations diminuer progressivement, mais de crainte de me tromper, je pris soin de faire aussi constater le phénomène par les docteurs Girin et Rambaud, qui assistaient à l'expérience. Le fait était réelle; ce ne fut pas sans une profonde satisfaction que je reconnus que les battemens avaient entièrement cessé à la fin de la séance. L'anévrisme à pulsations isochrones était remplacé par une tumeur solide et indurée. Le problème était résolu. J'enlevai les épingles, et le pansement consista en compresses d'eau blanche avec des doloires de bande.

» Le malade, qui avait été ému, se leva et retourna seul à son lit. Deux heures après il ne souffrait plus, et dans l'après-midi il reprit son travail ordinaire. (L'observation fut relevée avec soin, jour par jour, par M. Baumers, interne du service.) Il ne survint aucun accident.

»Le 12, nous examinâmes le malade attentivement; la tumeur n'existait plus; on n'y sentait pas la moindre pulsation; l'artère temporale était également oblitérée en dessous, car on n'y trouvait point de battemens, tandis qu'ils étaient très sensibles dans les points de son parcours inférieur à l'anévrisme.

» On l'examina de nouveau tous les jours jusqu'à son départ de l'hôpital, qui eut lieu le 20 septembre. Le noyau qui avait succédé à la tumeur s'était à peu près résorbé; il ne faisait plus relief à la peau; il n'y avait ni battement, ni douleurs. Ce résultat fut également constaté par M. Bouchacourt. La guérison était achevée.

» L'opéré vint me voir huit jours plus tard; la cure ne s'était pas démentie. Cette observation a une haute importance, non seulement parce qu'elle a été couronnée d'un succès complet, mais encore qu'elle renferme la première application qui ait été faite sur l'homme de cette nouvelle méthode. »

La possibilité du fait en lui-même étant démontrée, il est aussi prouvé que certains anévrismes sont guérissables sans opération, par la seule électro-puncture.

L'auteur insiste sur ce que cette démonstration sur l'homme est plus évidente, plus péremptoire que celle tirée de vivisections sur les animaux. Il relate ensuite deux autres observations d'anévrismes, l'une pour l'artère ophthalmique, l'autre pour la brachiale, où les résultats ont été incomplets; ce qui fait voir que la question ici est complexe, que tout n'est point trouvé quand on a dit qu'il suffit d'appliquer l'électricité aux anévrismes pour en obtenir la guérison. L'auteur a peu à peu complété la règle de la méthode et réalisé les conditions du procédé opératoire, sur lequel il annonce devoir donner de nouveaux détails dans ses Mélanges de chirurgie, qu'il va publier, et où il s'occupe des indications à remplir relativement aux vaisseaux afférens, au sac anévrismatique, aux épingles à acupuncture, et à la dose comme à l'administration du galvanisme, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Guibourt fait un rapport favorable sur une note de M. Derhemes, pharmacien à St-Omer, relative à l'ivoire végétal, ou la noix vomique de l'ivoirier.

Scarificateur nouveau.

M. Laugier fait co son nom et au nom de M. Martin-Solon un rapport très favorable sur un nouveau scarificateur, présenté par M. le docteur Blatin.

Ce scarificateur a pour but de remplacer le scarificateur allemand, dont les inconvéniens sont nombreux. La modification complète de la forme le rend élégant et très portatif; son poids est réduit à 65 grammes. La simplicité, la solidité de son mécanisme et la suppression des engrenages, la facilité de le démonter pièce à pièce, pour tout médecin, sans le secours d'aucun outil, et l'adjonction d'une pièce mobile, ou opercule, qui ferme à volonté toutes les ouvertures pouvant donner passage à la poussière, sont des perfectionnemens réels.

La longueur des incisions qu'il produit est double au moins, à profondeur égale, de celles qu'on obtient avec les scarificateurs allemands, parce que ses lames ont un rayon plus grand, et parce que la peau, mieux tendue, se trouve déprimée en courbe, à raison de la forme convexe de l'instrument.

La quantité de sang qu'on obtient est beaucoup plus considérable, ce qui résulte des essais comparatifs faits à l'hôpital Beaujon, dans différens services, sous les yeux de la commission.

M. Laugier conclut à ce que des remercimens soient adressés à M. Blatin; ces conclusions sont adoptées.

Blennorrhagie.

M. Lagneau : L'Académie se rappelle l'incident qui a obligé à suspendre le vote sur les conclusions du rapport que j'ai eu l'honneur de lire, il y a quelques mois, sur un mémoire de M. de Castelnau relatif à la blennorrhagie. La maladie de l'un des commissaires, M. Martin Solon, avait été la cause du défaut de formalité qui avait déterminé l'Académie à renvoyer ce vote. Aujourd'hui la santé de cet honorable académicien lui ayant permis de se réunir aux autres commissaires et d'entendre la lecture du rapport, je viens soumettre de nouveau les conclusions à l'approbation de l'Académie, en lui déclarant toutefois qu'aucune modification importante n'a été faite au rapport.

M. Londe : M. Lagoeau commet une légère erreur quand il dit qu'il n'a point été fait de modifications au rapport. M. Martin-Solon et moi nous avons vivement insisté pour que M. te rapporteur fît quelques modifications dans quelques points de son rapport, et notamment en ce qui concerne cette proposition de l'auteur,

---

qu'il a rendu, et personne mieux que lui n'en a compris la portée. D'ailleurs quoi de plus glorieux pour lui que cette sympathie d'une jeunesse ardente, que cet empressement des savans de tous les pays, dont le concours a été aussi rapide et aussi fécond que sa pensée? Honneur à tous. Grâce à cette pensée, grâce à ce concours, la France compte une supériorité de plus : au musée de Hunter, comme aux musées de tous les pays elle peut désormais opposer le musée Dupuytren et le musée Orfila.

—M. Michel Lévy, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce, vient d'être nommé médecin en chef et premier professeur de l'hôpital d'instruction de Metz. C'est justice rendue au mérite et au caractère de notre savant confrère. Nous sommes doublement heureux de cet événement; il enrichira un des premiers postes de la médecine militaire, d'un esprit éminent et d'un talent hors ligne, sans rien faire perdre à la rédaction de la Gazette Médicale. M. Lévy continuera sa collaboration au journal comme par le passé.

— L'Encyclopédie du dentiste, ou Répertoire général de toutes les connaissances médico-chirurgicales sur l'anatomie et la pathologie des dents, sur les deux dentitions, avec conseils aux mères, aux nourrices et aux gens du monde sur les soins de la bouche et les moyens de conserver les dents saines et belles; précédé de l'Histoire du dentiste chez les anciens, et accompagné d'un Traité complet sur les dents artificielles et principalement sur les osanores; par William Rogers. — In-8°, Deuxième édition. Prix : 7 fr. 50 c.

— Manuel d'hygiène dentaire, à l'usage de toutes les classes et professions; par le même.

Ces deux ouvrages se trouvent à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Et chez l'auteur, 270, rue St-Honoré.

— De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, depuis la renaissance des sciences en Europe jusqu'au dix-neuvième siècle; description des grandes épidémies de delire simple ou compliqué qui ont atteint les populations d'autrefois et régné dans les monastères; exposé des condamnations auxquelles la folie méconnue a souvent donné lieu; par le docteur L.-F. Calmeil, médecin de la maison des aliénés de Charenton, membre de la Légion-d'Honneur. — 1845. 2 vol. in-8°. Prix : 14 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17;

Et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— Observations sur le traitement de la blennorrhagie chez l'homme par les injections avec l'azotate d'argent a haute dose; par Frédéric Cazalis, docteur en médecine. — Brochure in-8°.

Montpellier, chez J. Martel aîné, imprimeur de la Faculté de médecine.

que MM. Martin-Solon et moi trouvons beaucoup trop absolue, savoir : que la blennorrhagie est toujours identique, toujours syphilitique. Nous avons jugé ces modifications très importantes. Si M. Lagneau ne les a point faites, je demande qu'il fasse une seconde lecture de son rapport.

M. Lagneau : Les modifications dont parle M. Londe ne consistent que dans quelques expressions seulement; elles ont été faites. Je crois peu nécessaire de relire le rapport ; je suis prêt à le lire cependant si l'Académie le désire.

M. Dubois (d'Amiens) : L'Académie doit être consultée pour cela.

M. Rochoux : S'il n'y a rien de changé dans les conclusions, une seconde lecture est inutile. L'Académie n'est responsable que des conclusions seulement. (Les conclusions)

L'Académie consultée décide qu'on se bornera à donner une nouvelle lecture des conclusions.

Ces conclusions consistent à proposer d'adresser des remercîmens à l'auteur et d'insérer son mémoire par fragmens dans le Bulletin.

M. Dubois (d'Amiens) fait remarquer que cette dernière partie des conclusions est inutile, le mémoire étant déjà analysé dans le rapport.

Les conclusions avec la modification proposée par M. Dubois sont mises aux voix et adoptées.

— M. Chomet lit un travail très étendu ayant pour titre : De la gangrène périodique.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation d'une perforation de l'estomac; communiquée par M. le docteur C.-S. Cliet.

Obs. — Je fus appelé le 12 août dernier, à trois heures après-midi, pour donner des soins à une jeune dame logée rue et hôtel du Mail. A mon entrée dans l'appartement où était couchée la malade, son mari (M. T., avocat) me donna les renseignemens suivans :

« Mariés depuis vingt jours, nous sommes venus faire un voyage d'agrément à Paris. Ma femme, *qui jouit habituellement d'une bonne santé; et qui se portait parfaitement bien il y a* deux jours, a eu hier une indigestion après un repas peu copieux. Quelques heures après ce repas, elle s'est trouvée mal à son aise, et nous sommes rentrés à l hôtel. Des vomissemens ayant eu lieu, je lui ai fait prendre du thé. Pendant ces vomissemens, elle se plaignait d'une vive douleur au côté gauche ; mais cette douleur n'a pas tardé à disparaître pour se porter au *creux* de l'estomac. Ce n'est donc, monsieur le docteur, me dit en terminant M. T., qu'une indigestion à laquelle vous allez avoir affaire. »

M'étant approché de la malade, je la trouvai dans l'état suivant : anxiété extrême; douleurs très vives à la région épigastrique; la moindre compression les rend intolérables. L'estomac, fortement distendu, fait saillie au-dessous de l'appendice xyphoïde. L'abdomen est météorisé et très dur; le pouls est excessivement faible ; les extrémités sont froides et les ongles des mains sont légèrement colorés en bleu ; la langue est petite et ridée ; la malade ne la sort qu'avec difficulté ; enfin, prostration générale.

L'ensemble de ces symptômes n'ayant pu me laisser aucun doute sur l'existence d'une affection aiguë de l'estomac, je prescrivis un traitement essentiellement antiphlogistique ; application de sangsues sur l'épigastre, etc., etc.; et prenant ensuite le mari à part, je lui déclarai que la maladie de sa femme était excessivement grave.

L'incrédulité avec laquelle M. T. reçut cet avis me mit dans l'obligation de répéter quelques instans après la même déclaration à madame Lequeu, propriétaire de l'hôtel du Mail, en ajoutant que je ne reverrais au surplus la malade qu'autant que je serais assisté d'un confrère.

Le lendemain matin, j'appris que les accidens avaient marché avec une telle rapidité que cette jeune femme était morte au moment où l'on commençait à exécuter mes prescriptions, c'est-à-dire *une heure et quart* après ma première et seule visite.

Le mari et les parens m'ayant chargé de faire l'ouverture du cadavre, je procédai à cette opération, le 14 août, assisté, *sur ma demande*, de notre honorable confrère le docteur Beaude.

Voici la copie du procès-verbal de cette autopsie :

« Nous soussignés docteurs médecins, J. P. Beaude, vice-président du conseil de salubrité de la ville de Paris, etc., C. S. Cliet, ancien doyen des chirurgiens internes de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc., invités par les parens et le mari de madame T., décédée après vingt-quatre heures de souffrance, à Paris, rue et hôtel du Mail, à rechercher, par l'autopsie de son cadavre, les causes d'une mort si prompte et si imprévue, avons procédé à cette opération le 14 août, à onze heures du matin, quarante-trois heures après la mort.

Nous avons constaté :

Extérieur. Le corps n'offre aucune trace extérieure de lésion traumatique. Raideur cadavérique générale. Les tissus cutané et cellulaire de toute la surface du corps sont durs et très résistans au toucher. L'abdomen est fortement tendu et météorisé. Il existe à la partie interne et supérieure des cuisses, spécialement de la cuisse gauche, de fortes phlyctènes produites par un commencement de décomposition cadavérique et remplies d'un fluide rouge bleuâtre. La face est tuméfiée principalement à sa base. Une sanie mucoso-sanguinolente s'écoule par la bouche et par les narines. Les avant-bras et les mains sont colorés en rouge vineux et les ongles présentent une teinte bleue très prononcée. Cette teinte bleue n'existe point aux ongles des membres inférieurs.

Aucune indication n'ayant appelé des investigations sur le système cérébral, la tête n'a point été soumise à l'autopsie.

Intérieur.—Thorax. Le cœur est flasque et complètement vide. Les poumons, fortement refoulés par le météorisme abdominal, n'ont pas leur développement normal, mais ils n'offrent rien de particulier.

Abdomen. A l'ouverture de l'abdomen, un jet du liquide épanché dans cette cavité est fortement projeté au dehors et une quantité considérable de gaz s'échappe d'une manière bruyante. On observe dans la cavité péritonéale un liquide fétide, purulent, assez abondant. Des adhérences nombreuses, qui existent entre le péritoine de l'épiploon et les organes voisins, semblent indiquer l'existence d'anciennes affections abdominales. Les intestins sont fortement distendus par des gaz, et leur tunique parait comme amincie et presque transparente.

L'estomac, séparé de l'œsophage après ligature préalable, est l'objet d'un examen tout spécial.

Cet examen nous fait reconnaître une perforation à forme arrondie, de 2 centimètres environ de diamètre, située près de la partie postérieure de la petite courbure de l'organe, et à 6 à 7 centimètres du cardia.

Les deux tiers des bords de cette *perforation* offrent un rebord noirâtre qui se détache facilement, et l'autre tiers est net et tout à fait incolore.

L'estomac n'offre ni à l'extérieur ni à l'intérieur aucune coloration qui puisse permettre de reconnaître un état récent de phlogose ; néanmoins, la membrane muqueuse est très ramollie et se laisse facilement enlever par le simple frottement d'un linge.

Il n'existe aucun vestige d'aliment dans l'estomac ; le liquide contenu dans son intérieur est peu abondant (20 à 30 grammes) et d'un jaune chamoisé. Ce même liquide se retrouve dans toute l'étendue du tube intestinal. Ce tube, vérifié avec soin depuis le duodénum jusqu'au rectum, ne nous a, au surplus, offert de remarquable que quelques plaques rouges assez injectées, mais ne présentant point de caractère inflammatoire.

Le foie est très petit, très mou, et se laisse facilement diviser avec les doigts.

La rate présente absolument les mêmes caractères, quant à sa densité.

La matrice est dans son état normal et la vessie est vide.

Une partie du liquide contenu dans l'estomac et dans les intestins a été mise dans un flacon, et l'estomac tout entier, ainsi qu'une partie du foie, ont été introduits dans un autre flacon.

Ces deux flacons (1) ont été bouchés avec soin, et les bouts de la ficelle qui maintient les couvertures ont été réunis avec de la cire portant l'empreinte du cachet du docteur Cliet.

Le présent procès-verbal, affirmé exact et sincère, a été fait à Paris, etc., etc. »

Chaussier écrivait, il y a un demi-siècle : « Les perforations de l'estomac peuvent survenir en tous points quelconques de l'estomac.....

» Les bords sont mous, quelquefois enduits d'une ligne noirâtre plus ou moins marquée.....

» Quelquefois cela se forme subitement, en peu d'heures, chez des personnes saines ; le plus souvent, c'est après quelques jours de maladie et lorsqu'on ne peut aucunement soupçonner une cause de violence extérieure ou d'empoisonnement. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Du délire aigu observé dans les établissemens d'aliénés; par le docteur Brierre de Boismont. Brochure in-4°. — Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 47.

Le travail que nous avons sous les yeux vient consacrer et étendre à la fois ceux dont le délire aigu (*phrénitis* des anciens) a déjà été l'objet, dans ces derniers temps, de la part de MM. Farlet, Lélut, Ferrus, Calmeil et quelques autres. Onze observations, dont sept avec autopsies, recueillies avec cette exactitude, ce soin consciencieux qui est, au su de tout le monde, dans les habitudes de l'auteur, lui ont permis d'instituer une histoire complète du délire aigu et d'établir jusqu'à quel point il se distingue des autres formes d'aliénation mentale. Cette maladie est-elle un dérangement cérébral, *sui generis*, différent de la manie, de la méningite, de l'encéphalite, et méritant de recevoir une place spéciale dans le cadre nosologique? Telle est la question à la solution de laquelle tendent tous les efforts de l'auteur ; car ce n'est, pour ainsi dire, qu'à travers cette question-là et sous cette forme comparative, qu'il arrive à rassembler les caractères particuliers du délire aigu. Pour cela, il passe successivement en revue la symptomatologie, l'anatomie pathologique, l'étiologie, la thérapeutique, et il arrive à cette conclusion que les maladies dont cette forme de délire est le caractère dominant, n'est ni la méningite, ni l'encéphalite, ni la manie aiguë ; qu'elle doit être considérée comme un désordre purement nerveux analogue au délire des ivrognes, des opérés, lié sans doute à une modification cérébrale quelconque, mais à une modification insaisissable pour nous. Toutefois, l'auteur a soin d'ajouter que

(1) L'analyse des substances contenues dans ces deux flacons, faite par M. Lesueur, préparateur en chef du cours de chimie de la Faculté de médecine de Paris, a démontré qu'il n'existait aucune trace de poison.

les limites qui séparent le délire aigu des affections indiquées plus haut ne sont pas toujours faciles à établir et paraissent même parfois s'effacer entièrement.

Telles sont, en effet, dans les limites étroites où notre ignorance sur la nature des maladies nous oblige à poser les questions, les conséquences les plus certaines qu'on puisse déduire des observations de M. Brierre. Il y a des formes de délire aigu qui diffèrent *habituellement* du délire maniaque, mais qui s'en rapprochent *parfois* à tel point, qu'il devient impossible de l'en distinguer. Il y a des formes de délire qui n'offrent *habituellement*, à l'autopsie, ni injection, ni ramollissement, ni boursouflement de la substance cérébrale, mais qui présentent *parfois* ces altérations. Il y a des formes de délire qui naissent sous l'influence de causes qui produisent *habituellement* l'aliénation mentale; mais ces mêmes causes donnent *parfois* lieu à la méningite ou à l'encéphalite. Quant au traitement, voici ce que l'auteur en dit lui-même: « Le traitement *doit varier suivant les cas et les individus*. On commettrait une erreur très préjudiciable, si, trompé par l'état fébrile et l'exaltation, on donnait *exclusivement* la préférence aux moyens antiphlogistiques. *Dans quelques cas*, on s'est bien trouvé d'abandonner les malades à eux-mêmes. »

Tout cela, en effet, ressort de l'observation, et il serait injuste d'imputer à M. Brierre le vague de ses conclusions. Mais ce vague lui-même ne porte-t-il pas avec lui un enseignement? N'est-il pas évident que toutes ces expressions d'*encéphalite*, de *méningite*, de *méningo-encéphalite*, de *délire nerveux*, par lesquelles nous croyons nous rendre compte de la nature des phénomènes, ne sont que des témoignages de l'insuffisance de nos connaissances? Ces transformations, ou plutôt ces fusions de maladies les unes dans les autres, non pas seulement en quelques parties accessoires, mais en toutes les parties essentielles, en symptomatologie, en anatomie pathologique, en étiologie, en thérapeutique, tout cela ne démontre-t-il pas que toutes les apparences si diverses et que nous distinguons si minutieusement, reconnaissent dans l'encéphale même une source étiologique commune, dont la recherche occupera un jour certainement les écrivains les plus distingués de la pathologie cérébrale?

DE LA TRACHÉOTOMIE DANS LA PÉRIODE EXTRÊME DU CROUP, AVEC UNE OBSERVATION D'OPÉRATION FAITE AVEC SUCCÈS SUR SA FILLE, AGÉE DE SIX SEMAINES; par M. SCOUTETTEN. — Paris 1844. In-8° de 15 pages.

L'observation qui fait le sujet de ce mémoire est remarquable, non seulement par le jeune âge de l'enfant, mais aussi par le courage et l'habileté de l'opérateur, qui eut la hardiesse de porter l'instrument tranchant sur sa propre fille, à une époque où la trachéotomie, encore au berceau, était mal connue, mal comprise, et soulevait contre elle une foule de préjugés hostiles. Cette opération, pratiquée il y a plus de quinze ans avec un succès complet, eut un grand retentissement extra-médical. La presse quotidienne, toujours à l'affût des événemens qui peuvent émouvoir ses lecteurs, raconta le fait avec des détails inconnus à l'auteur lui-même, et eût bien soin de l'intercaler entre le récit d'un assassinat et un drame de police correctionnelle. Le DICTIONNAIRE DE LA CONVERSATION s'en empara à son tour, mais en le travestissant de telle façon que nous nous croirions presque coupables envers nos lecteurs de ne pas détacher à leur profit un fragment de cette touchante histoire, ne fût-ce que pour leur donner un échantillon de la manière dont on accommode notre science, dans une certaine littérature, pour la mettre à portée des gens du monde. Dans cet épisode de médecine fantastique, la scène est occupée par un groupe de docteurs et d'élèves à l'œil morne, à la figure hippocratique, faisant tristement cercle autour du père qui contemple avec effroi son enfant aux prises avec la mort. Ses confrères veulent l'arracher de ce lit de douleur, où ils ne voient, eux, plus qu'un cadavre; mais le père refuse, et *leur parle en ces termes* : « Non; je veux tenter la trachéotomie! La vie n'est pas pour moi un être abstrait, mais de la matière qui a besoin d'être stimulée. Je vais extraire les fausses membranes, insuffler de l'air dans les poumons; rien ne me gêne; l'enfant ne remue pas. Je vais tâcher de l'opérer de sang-froid. » M. Scoutetten a protesté ailleurs contre ce ridicule discours qu'on lui a gratuitement prêté dans un moment où il avait bien autre chose à faire qu'à perdre un temps précieux en paroles inutiles. Cette protestation, il se la devait vis-à-vis des gens du monde. Il serait superflu de la renouveler ici pour ses confrères, desquels il est connu trop généralement pour que la moindre créance risque de s'attacher à cette version burlesque d'un événement aussi grave.

Pour nous, qui n'avons point l'habitude d'altérer les faits qui font partie constituante de l'édifice de la science, nous allons raconter simplement, d'après M. Scoutetten, l'observation qu'il a communiquée à l'Académie des sciences, et qui peut être considérée avec raison comme un excellent encouragement en faveur de la trachéotomie, sur laquelle M. Garin a récemment fixé l'attention des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE.

OBS — Sophie Scoutetten, née le 10 décembre 1829, était forte et bien constituée. Le 22 janvier 1830, au moment où elle venait d'être lavée, une personne en entrant laissa une porte ouverte par laquelle un courant d'air froid se précipita aussitôt dans l'appartement. On ne remarqua aucun effet immédiat; mais, la nuit suivante, vers trois heures du matin, l'enfant s'éveille, s'agite, porte la tête en arrière et refuse de prendre le sein. La peau devient chaude, le pouls fréquent; la respiration est bruyante, assez semblable à un ronflement léger; toux rare. Par intervalles d'une ou de plusieurs heures, la respiration est très précipitée et l'air s'échappe de la poitrine en faisant entendre un sifflement.

Le lendemain, 23, il y eut une amélioration très notable dans l'état de la petite malade, mais qui ne dura que deux heures; les accidens se renouvelèrent, et il survint un assoupissement profond. Dans l'appréhension de quelques phénomènes du côté du cerveau, on appliqua des cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs.

La journée du 24 ne paraissant pas annoncer d'amélioration, le père provoqua une réunion de médecins, lesquels furent d'avis que la maladie n'avait rien de sérieux, que ses craintes étaient exagérées; et ils se contentèrent de conseiller un vésicatoire à la nuque. Ce vésicatoire fut placé à deux heures de l'après-midi; à trois heures, l'enfant ouvre les yeux tout à coup et fait des efforts pour vomir; après plusieurs secousses, il y eut une expulsion de mucosités abondantes, visqueuses et d'un blanc jaunâtre. Immédiatement après, un mieux se manifesta, l'enfant sourit et prit le sein. Cette rémission dura six heures, c'est-à-dire jusqu'à neuf heures du soir; alors les accidens se reproduisirent.

En présence de la persistance de ces symptômes, M. Scoutetten, ne doutant plus de l'existence du croup, chercha à provoquer immédiatement le vomissement. Dans ce but, il introduisit le doigt indicateur dans la gorge, mais il ne parvint qu'à déterminer quelques nausées et à expulser des mucosités et des débris de concrétions albumineuses. L'émétique, à la dose d'un décigramme, ne détermina qu'un vomissement très faible d'eau et des mucosités blanches et un peu écumeuses. Dès ce moment, la mort parut imminente; la face et les lèvres étaient totalement décolorées, les muscles relâchés, la respiration très faible, le pouls insensible, les extrémités froides. En présence de ce danger, le malheureux père appliqua sa bouche contre celle de son enfant et insuffla avec force de l'air dans ses poumons. Après quelques secondes, la vie se ranima; mais cet heureux changement ne fut que de courte durée. On eut recours ensuite aux insufflations avec une sonde en gomme élastique. La présence de cet instrument irrita le larynx, provoqua la toux, le vomissement et des spasmes alarmans qui forcèrent à la retirer. A peine fut-elle enlevée que la respiration se ralentit de nouveau et que l'on vit reparaître tous les signes de la suffocation et de la mort. Malgré tous les inconvéniens de la sonde dans le larynx, on fut contraint de la réintroduire et de la retirer plusieurs fois.

Pendant cette lutte incessante contre la mort, M. Scoutetten envoya chercher plusieurs de ses confrères : deux accoururent; un troisième, sur l'habileté duquel il comptait pour l'opération, était absent. A la vue de la malade, les médecins furent d'avis que toute opération serait complètement inutile. En effet, la peau était froide et les mouvemens tumultueux du cœur indiquaient seuls que la vie n'était pas tout à fait éteinte; mais M. Scoutetten insista pour que l'opération fût faite immédiatement parce qu'il avait l'espoir que l'introduction de l'air dans les poumons pourrait faire cesser l'asphyxie; malheureusement M. Scoutetten était seul capable de tenir le bistouri et comme il fallait agir ou perdre tout espoir, il se résigna. Au moment où la trachée fut ouverte, l'air se précipita dans la cavité de la poitrine, et presque instantanément l'enfant ouvrit les yeux; la respiration était courte, très précipitée, la circulation tumultueuse. Pour maintenir l'ouverture béante, comme l'opérateur manquait de canule, il la remplaça par la sonde de gomme élastique qu'on poussa en bas et presque au niveau de la division des bronches. Et comme l'enfant restait immobile malgré les insufflations faites avec la bouche, M. Scoutetten eut alors la pensée de comprimer les parois de la poitrine afin d'imiter le mouvement d'expiration. A l'aide de cette respiration artificielle, il put parvenir à entretenir la circulation. Les suites de l'opération furent loin d'être simples; elles présentèrent toutes les alternatives si cruelles et si souvent décevantes qui sont particulières à la trachéotomie; mais enfin le succès le plus complet finit par récompenser la courageuse conduite de l'opérateur.

Nous pensons que l'opération pratiquée par le professeur de Strasbourg était parfaitement indiquée puisque les symptômes alarmans qui l'ont nécessitée provenaient d'un obstacle au passage de l'air. L'asphyxie imminente réclamait de prompts et énergiques secours; la trachéotomie était d'autant plus opportune que tous les moyens avaient échoué et que l'enfant était sur le point de succomber, puisque les médecins appelés ne doutaient presque pas qu'il ne fût déjà mort. Aussi n'y a-t-il, au point de vue pratique, que des éloges sans restriction à donner au sang-froid et à l'habileté de l'opérateur. Mais, en dehors de ces considérations, l'examen attentif du fait pourrait soulever une question très importante de diagnostic. On se demande tout d'abord si M. Scoutetten a eu raison de donner à la maladie qu'il a observée le nom de croup. Il serait permis de contester la justesse de cette qualification en lisant attentivement l'observation. La maladie a débuté par des attaques de suffocation; elle n'a point été annoncée par les symptômes rationnels de l'angine couenneuse qui précède si souvent la laryngite pseudo-membraneuse. L'expectoration n'a jamais fourni de véritables fausses membranes. L'attention la plus scru-

puleuse n'a pu découvrir dans les matières rejetées des rudimens de la pseudo-membrane. Les altérations du timbre de la voix, ou pour mieux dire les cris de l'enfant n'ont pas été mentionnés avec précision, en sorte qu'on ne peut rien conclure de ce côté. Quant à la fétidité de l'haleine invoquée par M. Scoutetten en faveur de l'hypothèse du croup, elle ne suppose pas nécessairement la présence des fausses membranes; on la retrouve dans un grand nombre de maladies du larynx. Mais si l'on n'a pas eu affaire à un véritable croup, quelle était donc la nature de l'obstacle au passage de l'air? Peut-être serait-on plus près de la vérité en admettant, pour expliquer tous ces symptômes, l'existence d'une laryngite muqueuse. L'âge extrêmement peu avancé de la malade et l'élément spasmodique qui accompagne nécessairement toutes les affections un peu intenses du canal aérien devraient, sans doute, être pris en considération si l'on voulait discuter la vraisemblance de cette supposition.

NONNULLA DE RIGORE MORTIS; dissertatio medica quam scripsit CAROLUS G. LUD. BRUCH. — Maguntiæ 1845, In-4°. IV-20 pages.

On sait qu'il existe deux opinions sur la cause de la raideur cadavérique; les uns l'attribuent à la coagulation des humeurs et surtout du sang; les autres à la contraction des systèmes fibreux qui, pendant la vie, jouissent de la contractilité et en particulier des muscles.

Désirant éclairer cette question intéressante de physiologie, l'auteur a entrepris de nombreuses expériences, dans le but de rechercher : 1° si le muscle raidi est véritablement contracté; 2° s'il faut attribuer à une cause externe la contraction du muscle raidi; et 3° à quelle propriété du tissu musculaire il faut rattacher cette contraction. Ces trois questions forment le sujet de trois parties dans lesquelles l'auteur relate ses expériences et les conséquences qu'il en déduit.

I. LE MUSCLE RAIDI EST VÉRITABLEMENT CONTRACTÉ. — Ce premier fait est démontré par six expériences entreprises sur des lapins, et par une observation faite sur le cadavre d'un homme mort d'une albuminurie. Dans ces expériences, M. Bruch pratiquait dans les muscles, peu de temps après la mort, une incision transversale et mesurait l'intervalle compris entre les lèvres de la plaie; au bout d'un temps plus ou moins long, il observait de nouveau cet intervalle et le trouvait toujours considérablement augmenté. Cette première série d'expériences le conduit à admettre que ce sont les muscles qui concourent pour la plus grande part à opérer la raideur cadavérique et qu'ils sont surtout le siége de la contraction à laquelle il faut attribuer cette raideur.

II. LA RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE NE DÉPEND PAS D'UNE CAUSE EXTERNE. — Les expériences ont eu, ici, pour but de rechercher quelle peut être l'influence du froid sur la rigidité cadavérique. Des animaux ont été placés immédiatement après leur mort dans des conditions de température semblables à celles dont ils jouissaient pendant la vie : la rigidité est survenue comme à l'ordinaire; cependant l'auteur a remarqué que le froid hâtait un peu l'époque de l'invasion de la raideur cadavérique.

III. LA CONTRACTILITÉ PHYSIQUE EST LA CAUSE DE LA RIGIDITÉ. — Les animaux mis en expérience ont été soumis à l'action de la pile galvanique. Ces expériences ont démontré que la rigidité ne commençait à se manifester que lorsque toute trace d'irritabilité avait disparu dans les muscles. La cessation de l'irritabilité peut donc être regardée comme une condition essentielle de la rigidité; les circonstances qui accélèrent cette dernière, comme le froid, n'agissent qu'en diminuant l'irritabilité ou en la faisant cesser plus tôt. Or, il a été prouvé, dans la première série d'expériences, que la rigidité consiste dans une véritable contraction de la fibre musculaire ou de tout le tissu fibreux, et comme cette contraction ne dépend pas d'une cause externe, on est conduit à l'attribuer à une contractilité physique particulière au tissu fibreux, c'est-à-dire à une véritable élasticité.

VARIÉTÉS.

—On nous prie de reproduire cette lettre, insérée dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE BELGE.

BANDAGE AMIDONNÉ. — A MESSIEURS LES RÉDACTEURS DE LA GAZETTE MÉDICALE BELGE.

Messieurs,

Malgré les orages parlementaires qui ont accompagné les discussions de l'Académie de médecine sur le bandage amidonné, je les ai suivies avec un intérêt d'autant plus grand qu'elles rappelaient naturellement mes souvenirs vers une époque où je m'étais tout spécialement occupé de cet appareil, que j'ai toujours regardé et que je regarde encore aujourd'hui comme une des plus heureuses conceptions de la chirurgie moderne.

Toutefois, je m'étais réservé le rôle d'un simple spectateur, et j'eusse continué à garder le silence à propos de ces brûlans débats si l'article que vous avez inséré hier dans votre journal ne m'avait fait sentir qu'il était convenable que j'entrasse à mon tour dans la lice pour défendre les droits de nos compatriotes et de la vérité.

Je vois dans cet article, que la GAZETTE DES HÔPITAUX de Paris, en prenant la défense de M. le professeur Velpeau contre M. le docteur Didot (de Dinant) semble vouloir mettre l'Académie de médecine dans l'alternative, ou de démentir les assertions de M. Didot, ou de se voir en butte aux attaques auxquelles peut donner lieu une accusation injuste et déloyale. — Or, les assertions de M. Didot portent sur des faits qui me sont peut-être plus parfaitement connus qu'à tout autre, et il suffira, j'espère, que je les exprime avec franchise pour démontrer que les praticiens belges ont en quelque raison de se plaindre du professeur de la Charité, et que MM. les chirurgiens français auraient tort de vouloir soutenir une polémique où la force et la nature des choses seraient beaucoup plus éloquentes que leur talent.

Je dois commencer d'abord, Messieurs, par prier MM. les médecins français, auxquels cette lettre est plus spécialement destinée, de ne point se méprendre sur la nature de ma démarche. Mon intention n'est point de chercher à rien ôter à la réputation d'un homme pour lequel je professe la plus profonde estime. Personne n'apprécie mieux que moi sa vaste érudition, son immense talent chirurgical et surtout cette disposition particulière de son esprit qui lui fait rechercher et apprécier en homme que des idées étroites et mesquines de nationalité ne subjuguent point les faits scientifiques nouveaux qui surgissent de tout côté autour de la France. Mais il faut que la balance de la justice pèse du même poids les actes du fort et du faible, de l'homme qui se trouve au degré le plus élevé de l'échelle scientifique comme de celui qui en occupe les régions moyennes ou inférieures.

Ceci étant posé, je dis :

1° Que sans vouloir partager la responsabilité de quelques expressions de M. Didot, que je regarde comme un peu trop dures pour M. Velpeau, j'atteste cependant que le fond de ses accusations est parfaitement conforme à la vérité.

2° Qu'il *est vrai, très vrai*, que le 8 août 1837, et longtemps auparavant, M. Velpeau avait en sa possession les matériaux sur lesquels était basée la méthode de M. Seutin. Je lui avais remis moi-même, en décembre 1836, le premier mémoire sur le bandage amidonné qui avait paru sous le nom de M. Seutin et celui que j'avais composé moi-même pour le congrès médical de 1836.

3° Qu'*il est encore vrai* que M. Velpeau a d'abord exposé la méthode de M. Seutin à ses élèves en l'attribuant à son véritable auteur; mais qu'ensuite, par la série de petites transformations qu'il a fait subir au bandage du chirurgien de Bruxelles, et surtout par la manière dont il a composé les articles qu'il a fait paraître sur ce point, il a fini par rejeter le nom de l'inventeur sur le second plan et par placer le sien sur le premier; qu'enfin même la substitution de la dextrine à l'amidon a complètement absorbé non seulement le *procédé* de déligation de M. Seutin, mais sa *méthode* tout entière.

Voilà, Messieurs, ce que je maintiendrai comme vrai et ce que je prouverai à l'Académie au moyen de documens authentiques, afin que si la discussion porte sur ce point, cette compagnie soit à même de rendre à chacun ce qui lui appartient.

Du reste, il y a, selon moi, un moyen bien simple de constater si la méthode du chirurgien belge a été, oui ou non, violemment incrustée dans une invention française, si le genre a été, contre les règles du bon sens et de la logique, refoulé dans les subdivisions de l'espèce : c'est de voir ce qui se passe aujourd'hui à Paris. Or, si les rapports que l'on m'a faits sont exacts, il paraîtrait que lorsqu'on s'informe à la Charité des moyens que l'on y met en usage pour le traitement des fractures, on obtient pour réponse que c'est *l'appareil de M. Velpeau. L'appareil de M. Seutin* y est pour ainsi dire inconnu. — Si ce fait est véridique, quelle preuve plus complète faudrait-il pour se convaincre que la souche des bandages amovo-inamovibles y a été étouffée par un rejeton parasite cultivé par une main française?

Agréez, Messieurs, l'assurance de ma considération distinguée.

DE ROUBAIX, doct. méd.

Bruxelles, 20 octobre 1845.

— Nous croyons inutile de prier l'honorable rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX de vouloir reproduire cette lettre. Ecrite par un homme qui a joué un grand rôle dans la question du bandage amidonné, elle ne peut qu'apporter plus de clarté dans une question de priorité, dont les médecins belges ont le droit d'être jaloux. (NOTE DE LA RÉDACTION.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 45. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 8 NOVEMBRE 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

Paris, le 7 novembre 1845.

Il règne depuis quelque temps, dans une partie du monde médical, une certaine agitation à laquelle nous n'avons jusqu'ici pris aucune part. A l'exemple d'un grand nombre de nos confrères, nous avons cru devoir nous abstenir, quoique d'ailleurs des noms dignes à tous égards de la plus haute considération se trouvassent mêlés au bruit dont nous nous sommes tenu éloigné. Ceux qui ont fait comme nous connaissent probablement nos motifs ; ceux qui ont pris le parti opposé peuvent ne pas être aussi édifiés ; nous devons donc à ces derniers quelques explications.

Nous le confessons d'abord dans toute la sincérité de notre ame : nous n'avons pas bien compris, dès l'origine, le côté sérieux, utile de cette agitation. Son point de départ, les raisons alléguées, le caractère des efforts tentés, et puis un je ne sais quoi qui, en toute chose, se fait jour à travers les apparences les mieux plaquées, tout nous avait mis en défiance. Cependant le mouvement s'est accru ; au but que, dans nos préventions sans doute, nous avions cru purement personnel, a paru se substituer un but d'utilité générale. Nos idées et nos convictions n'ont pourtant pas changé au fond ; mais les opinions opposées, dont nous ne voulons nous dissimuler ni le nombre ni l'importance, nous ont rendu plus sévère avec nous-même. Aussi quelles qu'aient été nos premières impressions, et mettant à l'écart tout ce qui a pu les motiver, nous allons juger la chose en elle-même, dans son état accompli, et dire ce qui nous paraît devoir en résulter pour la science et la profession.

Plus de quatre mille médecins, pharmaciens et vétérinaires appartenant aux différens points de la France, ont encouragé par leur adhésion le projet qui leur était présenté de se réunir en un congrès médical pour discuter toutes les questions relatives à l'organisation de la médecine en France. Ce projet a reçu un commencement d'exécution. A l'heure qu'il est, cinq à six cents personnes, peut-être plus, sont réunies pour la troisième ou quatrième fois, dans une des salles de l'Hôtel-de-Ville, animées du désir de refondre nos institutions médicales, et de préparer au gouvernement et aux chambres une charte toute faite, à laquelle ils n'aient plus qu'à donner leur adhésion. La tâche, comme on voit, est aussi grande que le but est élevé. Cependant nos lecteurs ne peuvent l'avoir oublié, depuis M. de Martignac jusqu'à ce jour, les médecins de Paris, l'Académie royale de médecine, plusieurs sociétés savantes, l'association des médecins, et des commissions composées des hommes les plus éclairés et les plus compétens ont reçu ou se sont donné la même mission. On sait aussi que la Gazette Médicale n'a négligé aucune occasion de signaler les besoins et d'exprimer les vœux du corps médical. Tout cela s'est fait avec le temps, le calme et la maturité désirables. Il était donc permis de croire que ce qu'il y avait de bon à dire, de difficultés à résoudre, et d'utile à demander l'avait été aussi bien et aussi complètement que possible. Les promoteurs du congrès médical, et les honorables adhérens surtout, ne l'ont pas pensé. Comment ont-ils justifié cette opinion ? Qu'ont-ils dit

Feuilleton.

DE L'INTERVENTION DE L'HYGIÈNE DANS L'ÉDUCATION POPULAIRE.

Parmi les institutions récentes qui ont eu pour but l'amélioration et le bien-être des masses, il n'en est pas de plus importante que l'institution de l'enseignement primaire. La loi du 28 juin 1833, en réalisant dans ce qu'elles avaient d'immédiatement applicable les généreuses promesses de la convention, a dignement répondu à l'un des plus impérieux besoins de notre époque. On ne saurait mettre un seul instant en question les heureux résultats que le pays devra recueillir dans un avenir plus ou moins prochain d'un bon système d'éducation appliqué d'une manière générale et uniforme sur tout le sol de la France. Mais il ne faut pas se le dissimuler, l'établissement d'une semblable institution, en raison même de son importance, offrait des difficultés de plus d'un genre, tant dans son exécution que dans sa conception. La solution bonne ou mauvaise de ces difficultés devra nécessairement avoir un jour une grande influence sur les destinées du peuple, car son bien-être matériel n'y est pas moins intéressé que son éducation morale. La loi de 1833 renferme-t-elle dans ses dispositions tous les élémens nécessaires à l'accomplissement de ce double but ? Son application est-elle de tous points conforme aux intentions du législateur ? En un mot, l'instruction primaire telle qu'elle est instituée et appliquée depuis environ une dixaine d'années répond-elle complètement aux besoins qu'elle est destinée à satisfaire ? Tout le monde est intéressé à la solution de cette question ; mais ce qui nous intéresse plus particulièrement ici c'est de savoir et de rechercher si, tant dans les termes de la loi, que dans les dispositions réglementaires qui président à son application, et dans son application elle-même, tout a été également prévu et réglé dans l'intérêt bien entendu des masses ; si, par exemple, en ce qui concerne la disposition et l'organisation des maisons d'école, il a été suffisamment tenu compte des conditions hygiéniques nécessaires pour la conservation et l'entretien de la santé des enfans du peuple ; si dans les divers exercices auxquels ces enfans sont appelés à participer, l'éducation physique occupe le rang et la place qu'elle devrait avoir. Eh bien, la loi laisse presque tout à désirer sous ce rapport ; elle a tout prévu pour ce qui est de la culture du cœur et de l'esprit, mais il semble que par le fait d'une préoccupation exclusive des besoins intellectuels et moraux de la classe pauvre, les législateurs aient entièrement méconnu les besoins du corps et l'influence de l'éducation physique. Ils ont voulu, en répandant dans tout le pays une instruction élémentaire uniforme, pourvoir aux besoins les plus essentiels de la vie sociale, implanter partout, accroître et répandre l'esprit d'unité et de nationalité, ainsi qu'il est dit dans l'exposé des motifs, inspirer à chaque citoyen, avec la connaissance de ses droits et de ses devoirs, le sentiment de sa propre dignité, si utile pour lui-même et pour l'ordre social. Ils ont pensé que les notions élémentaires du langage et du calcul, et quelques connaissances technologiques, jointes à l'instruc-

et fait jusqu'ici qui n'eût été dit et fait précédemment? Bien, à notre sens. Nous avons examiné avec soin les idées générales et les vues particulières soumises à la sanction du congrès : nous n'y avons trouvé que la répétition de ce qui avait été proposé, discuté et résolu un grand nombre de fois, moins peut-être l'ensemble, la précision et la netteté, qui ne peuvent être que le cachet d'un travail individuel. Ce que nous disons ici n'a pas la rigueur d'une démonstration : ce n'est qu'un simple appel au bon sens et à l'opinion de tous; c'est une assertion, si l'on veut, mais dont les preuves sont dans l'esprit de tous ceux qui ont réfléchi et acquis quelqu'expérience sur la matière. Au fond, le thème et les dissertations du congrès médical ne présentent donc rien de nouveau, du moins dans ce qu'on a pu voir et entendre jusqu'ici.

Mais la forme de congrès, dira-t-on, donne un nouveau caractère, une autorité plus grande à des manifestations qui étaient moins collectives, moins générales, et par conséquent moins évidentes. Cette objection mérite d'être examinée.

Dans nos mœurs et nos habitudes, tout ce qui est réunion nombreuse d'hommes ou de signatures produit toujours quelque effet. A ce point de vue une pétition aux chambres revêtue de la signature de tout le corps médical eût sans doute obtenu plus de succès que la meilleure dissertation individuelle. Mais qu'on le remarque bien, il ne s'agit pas de cela ici. Ce n'est pas une réunion considérable qui veut impressionner par le caractère imposant du nombre et de la qualité, au profit d'une chose bonne en soi; c'est la multitude qui met en commun ses opinions, ses idées, ses vues sur toute chose, pour en retirer un nouveau et préférable produit. Telle a été du moins la prétention ouverte, explicite des instigateurs du mouvement. Or, nous le déclarons avec autant de regret que de certitude, ce qui sortira de ce conflit d'opinions diverses, de vues opposées, de conceptions mal définies, sera difficilement quelque chose de véritablement bon, de solide, de simple, qui puisse servir de base à une régénération profitable et rationnelle de nos institutions. Il est à craindre même que certaines mesures conseillées précédemment par des hommes qui avaient su s'affranchir des influences dites libérales du nombre et du préjugé, ne cèdent le pas à des manifestations plus récentes et plus pressantes de ces dernières; car ici le mal s'accroît de toute la force que le prestige de l'ensemble eût imprimée au bien. Une mauvaise chose demandée par beaucoup a plus de chance de réussir qu'une bonne demandée par peu de personnes, surtout, comme dans le cas qui nous occupe, quand ce sont des hommes spéciaux qui s'adressent à des juges étrangers aux idées mœurs et faits de la spécialité, et peu propres par conséquent à distinguer le vrai du faux, l'opinion du fait, l'arbitraire de l'expérimental. A ce point de vue donc l'influence du congrès médical considéré dans sa forme est peu susceptible de bons résultats, parce qu'en fait il n'en peut rien sortir de cohérent, de suffisamment réfléchi, d'élaboré et de sûr, et que l'autorité du nombre ne servira ici qu'à détourner l'attention de ce qui aurait pu être proposé précédemment avec un autre caractère.

En réalité, d'ailleurs, qu'avons-nous à demander au pouvoir et qu'avons-nous à attendre de lui? Qu'il substitue un nouveau système à celui qui existe; qu'il bouleverse les écoles; qu'il déclasse l'enseignement universitaire et pousse à l'enseignement libre; qu'il institue des chaires et des écoles nouvelles; qu'il sépare le corps enseignant du corps recevant; qu'il mette le marteau et la cognée dans le vieil édifice et qu'il le reconstruise au gré de nos désirs et de nos improvisations? Mais on sait bien qu'il n'en fera rien. Dans l'ordre de choses actuel, régulier et méthodique, on procède par petits points : on examinera, peut-être, s'il convient de créer de nouvelles facultés; s'il faut supprimer ou conserver les officiers de santé; mais de refonte radicale point: et on aura raison; car un système de réorganisation générale demanderait autre chose qu'un assemblage bigarré d'utopies. Ce qu'il faut quand on veut reconstruire à neuf, c'est un plan, une idée-mère réglant les détails, une entente de vues et de science, quelque chose enfin de ferme et de fort dans son essence propre, qui ne résultera jamais du conflit d'élémens si disparates.

Toutefois nous ne voulons pas dire que le congrès médical ne s'offre à nous par quelque côté favorable. Il faut le reconnaître, au contraire, il aura eu quelque bon résultat, mais pas absolument celui qui avait été prévu et annoncé. Dans toutes les grandes réunions insolites il se manifeste des talens, des capacités auxquelles on n'avait pas pris garde. Sans vouloir ériger des piédestaux particuliers à plusieurs de nos confrères de la province, nous nous plaisons à reconnaître que bon nombre d'entr'eux ont prouvé que toute supériorité de bon sens, d'esprit et de parole ne résidait pas exclusivement dans la capitale. A ce point de vue donc le congrès médical aura porté quelques fruits; mais pour être plus en rapport avec son véritable caractère on aurait dû l'appeler : le *tournoi médical*.

Nous reviendrons, s'il y a lieu, sur les détails du sujet, et nous publierons, en tous cas, un résumé des délibérations de l'assemblée.

DERMATOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU, EXPOSÉES DANS UN ENSEIGNEMENT; par le docteur DUCHESNE-DUPARC, ancien interne d'Alibert et professeur particulier de pathologie cutanée.

De toutes les questions qui se rattachent à l'histoire des maladies, la plus importante est, sans contredit, celle de leur traitement; nous pouvons même ajouter que les autres lui sont subordonnées; à quoi servirait-il, en effet, d'être éclairé sur l'étiologie d'une affection quelconque, de pouvoir préciser son diagnostic, prévoir avec certitude sa marche et ses conséquences, constater, en un mot, son *caractère morbide*, s'il ne devait résulter de ces élémens divers des applications thérapeutiques rationnelles et appropriées? Mais pour que ces notions acquièrent toute leur valeur pratique, il faut, comme nous l'avons démontré dans un premier mémoire sur ce sujet, inséré au numéro 30 de la GAZETTE MÉDICALE (27 juillet 1844), il faut, disons-nous, qu'elles aient pour *bases* les élémens pathologiques les plus essentiels, ceux qui par leur constance, leur durée et leur gravité, constituent véritablement *l'entité morbide*; et c'est pour avoir négligé ce principe fondamental dans l'étude des maladies de la peau, que tant d'auteurs sont tombés dans le vague des classifications et des nomenclatures. Je n'ai pas à revenir ici sur l'examen des différentes doctrines médicales qui ont dominé jusqu'à ce jour l'étude et le traitement des dermatoses; ce travail, publié en dehors de toute idée préventive (GAZETTE MÉDICALE, 26 octobre 1844, *et avec de nou-*

tion morale et religieuse, atteindraient suffisamment ce but. Les dispositions de la loi, en ce qui concerne l'instruction, répondent effectivement sur ce point à toutes les exigences. Mais n'a-t-elle uniquement pour objet que d'éclairer et de moraliser le peuple, et ne devrait-elle pas du moins avoir aussi pour but de faire des hommes industrieux, forts et adroits, utiles autant que dévoués à leur pays? Or, pour qu'ils soient utiles, la première condition est qu'ils soient sains et forts. La société attend en un mot des écoles des citoyens qui soient tout à la fois moraux, instruits et robustes. Qu'a fait la loi pour l'hygiène et l'éducation physique du peuple? rien ou presque rien. Que l'on consulte en effet les 25 articles de la loi sur l'enseignement primaire, l'exposé des motifs, les ordonnances et circulaires destinées à en assurer l'exécution, on n'y trouvera presque rien qui ait trait aux garanties qu'exigent l'entretien et la conservation des enfans confiés aux mains des instituteurs. Soit qu'il s'agisse des matières qui font le sujet de l'enseignement, des connaissances exigibles pour l'obtention du certificat de capacité, ou des dispositions réglementaires relatives à la construction des salles destinées aux écoles primaires, à peine trouve-t-on dans les instructions qui règlent l'application de la loi quelques vagues indications capables de faire supposer qu'on s'est préoccupé de ce qui concerne la santé et le développement physique des enfans. Les instructions disent bien à l'instituteur : « la vie et la santé des enfans sont remises à votre garde; » mais aucun précepte ne lui est donné qui puisse le guider dans les soins qu'il devra prendre de ces enfans et les avis qu'il aurait à donner à eux ou à leurs parens. Le réglement des écoles dit bien encore que l'instituteur doit avoir, pour tenir la classe, une salle vaste, bien éclairée, bien aérée; mais il n'entre à cet égard dans aucun des détails nécessaires pour la meilleure construction et la meilleure ordonnation possible de ces salles, dont les devis sont entièrement laissés à la discrétion et à l'arbitraire des autorités locales. Aussi, qu'en est-il résulté? c'est que, soit qu'on ait utilisé les bâtimens déjà existans, soit qu'on en ait construit de nouveaux, mais avec cette parcimonie qui préside à la plupart des actes des municipalités rurales, presque toutes les salles d'école sont étroites, basses, mal aérées, mal éclairées, et pourvues d'un mobilier défectueux ou insuffisant. Pour obvier, du moins en partie, aux inconvéniens qui pourraient résulter de cet état de choses, inconvéniens qui ne laissent pas que d'avoir une gravité réelle, a-t-elle du moins invoqué les avis et les conseils éclairés des médecins et la surveillance intelligente et efficace qu'ils seraient à même d'exercer sur les écoles? pas davantage. L'intervention des hommes de l'art n'est invoquée que d'une manière tout à fait accessoire et purement officieuse. Il est dit dans le réglement : « un médecin honoraire des écoles du canton fera la visite de l'école au moins une fois le mois, et s'assurera qu'il n'y a aucun enfant atteint de maladies contagieuses, etc. » C'est quelque chose sans doute, mais ce n'est pas suffisant. Hors ce cas, le seul qui paraisse avoir été prévu, on chercherait en vain dans les réglemens et instructions les principes élémentaires d'hygiène qui devraient guider les maîtres dans la tenue d'une école. Et cependant quoi de plus important que de veiller à la santé des enfans du peuple et d'améliorer les conditions physiques de son existence? Si l'état se reconnaît redevable envers la population la plus nombreuse et la plus pauvre des moyens d'instruction et de moralisation, combien sa dette envers elle n'est-elle pas alors sacrée encore, quand il s'agit de sa santé! Mais dira-t-on, vous réclamez de la part de l'état, pour les classes

veaux développemens, ANNUAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, édition de 1845) était devenu indispensable dans une science présentée sous tant d'aspects différens et dont les auteurs de nos jours paraissent se complaire à rendre l'étude plus difficile encore, en multipliant comme à l'envi l'un de l'autre et sans nécessité bien démontrée les cadres nosologiques.

Celui que nous avons adopté n'est qu'une application des principes de Lorry et d'Alibert; la méthode du célèbre dermatologiste français, sauf quelques modifications devenues nécessaires en raison des progrès incessans de la science, nous a toujours paru la plus favorable aux applications thérapeutiques. Le praticien guidé par elle appréciera mieux, dans la grande majorité des cas, le caractère de la maladie qu'il est appelé à combattre. Il sera facile de nous en convaincre par l'exposé suivant :

Si, dans la distribution de nos genres morbides cutanés, nous sommes resté fidèle aux principes des naturalistes; si nous avons tenu compte de la nature des objets à classer, nous retrouverons assurément dans les indications thérapeutiques les mêmes traits d'analogie selon qu'elles s'appliqueront à tel ou tel de nos groupes; cette épreuve, évidemment la plus importante et la plus décisive en faveur de nos opinions, ne restera pas, j'espère, un seul instant douteuse.

1° Notre première classe est celle des *dermites* ou inflammations proprement dites; elle comprend sous le titre de *dermites simples* l'érythème, l'érysipèle, le pemphix, lephlysacia (ecthyma, rupia W), l'orticaire, la vésiculite ou herpès; comme *dermite phlegmoneuse*, le furoncle; enfin, le charbon et la pustule maligne sous le nom de *dermites gangréneuses*. Dans notre opinion, chacune de ces affections se présente avec un caractère franchement aigu et inflammatoire; toutes appartiennent à la classe commune des hypérémies, des maladies sténiques que distinguent des causes presque toujours directes et locales, plus ou moins rapides ou énergiques et d'une nature irritante, des symptômes caractéristiques de toute inflammation, tels : douleurs, injection et coloration, gonflement, etc., et comme modes de terminaison, la résolution, la suppuration, la gangrène, l'induration. Ici le caractère morbide est toujours celui de *l'irritation*, il ne diffère que par l'étendue et le degré de violence; chaque phénomène retrouve son analogue dans tout autre organe de l'économie dès qu'il est enflammé. Quoi de moins surprenant que de voir cette similitude complétée par la médication elle-même?

Dans toute phlegmasie véritable, qu'elle soit spontanée ou accidentelle, les indications thérapeutiques ne sont-elles pas toutes comprises dans ces deux propositions : 1° éloigner de la partie enflammée tout ce qui peut y entretenir ou y augmenter l'irritation; 2° diminuer ou éteindre le travail inflammatoire soit directement, soit indirectement par une série de moyens que nous savons être presqu'en tous points les mêmes? Or, je le demande, il y a-t-il autre chose à faire, par exemple, dans l'érythème?

A. Cette dermite superficielle, qu'il est souvent permis d'abandonner à elle-même, ne cède-t-elle pas rapidement aux topiques émolliens et mucilagineux, au seul emploi des poudres absorbantes? Le liniment oléo-calcaire de M. Payan, d'Aix, nous paraît surtout agir comme topique isolateur. Dans cette légère irritation du système capillaire sanguin artériel, on ne redoute pas généralement d'en essayer la prompte résolution par l'emploi des astringens; les mêmes moyens aidés de quelques cathérétiques sont journellement employés dans l'érythème chronique, qu'il soit ou non passé à l'état ulcéreux? Ainsi dans *l'intertrigo* des oreilles chez les enfans, les compresses trempées dans l'eau à la glace ou dans une dissolution de sous-acétate de plomb du docteur Wolff; dans l'engelure, les différentes solutions ou baumes plus ou moins stimulans des docteurs Gælis, de Vienne, Haensler, de Sobernheim, etc. Il est vrai, comme le remarquent MM. Lanyon et Gamberini, qu'on retire les plus grands avantages de cautérisations légères et plus ou moins répétées avec le nitrate d'argent; ce procédé l'emporte évidemment sur la méthode stupéfiante de Dzondi, laquelle, toutefois, réussit généralement bien chez les sujets impressionnables et dans les cas où l'érythème est accompagné d'une extrême sensibilité.

B. Des moyens analogues mais employés avec plus d'énergie trouvent encore leur application dans le traitement de l'érysipèle. Ici cependant les anti-phlogistiques proprement dits, sont plus souvent indiqués, soit qu'on admette avec MM. Blaudin, Franck et Borsieri, que l'érysipèle a son siége primitif dans le système lymphatique, ou avec d'autres observateurs, qu'il débute, au contraire, par le système veineux (l'une et l'autre opinion nous paraissent également fondées; nous admettons cependant que dans les cas où l'érysipèle débute par le système lymphatique, il ne reste que fort peu de temps limité à ce système et que l'inflammation se propage rapidement aux capillaires veineux qui deviennent alors le principal foyer du travail morbide). Quoi qu'il en soit, on cherche d'abord à en obtenir la résolution, tantôt par des émissions sanguines générales ou locales, tantôt par l'emploi de topiques variés dont il nous importe d'étudier le mode d'influence. On sait les bons effets de nombreuses sangsues appliquées sur le milieu même de l'érysipèle; les piqûres multipliées avec la pointe d'une lancette, conseillées dans l'érysipèle de la face par les docteurs Dobson et Bright, sont destinées à remplir la même indication.

Il suffit parfois de soustraire la partie malade au contact de l'air, soit avec le coton écru du docteur Cabissol, ou l'axonge de M. le professeur Lisfranc, ou bien simplement par une couche de fécule maintenue à l'aide d'une solution de gomme arabique, comme je le pratique habituellement, pour voir s'opérer la guérison. Chez beaucoup de sujets on abrège le travail de résolution en ajoutant aux topiques ou en les composant de substances astringentes, tels : les onguens mercuriels, certaines préparations ferrugineuses, etc. Ici, les bons effets de la compression sont tout aussi incontestables que faciles à comprendre et à expliquer; c'est parce que l'érysipèle est une inflammation susceptible d'étendre au loin ses ravages et d'amener, dans certaines régions, de graves désordres, qu'on ne doit pas craindre d'en provoquer l'avortement par de larges vésicatoires volans ou des applications de nitrate d'argent, comme le conseillent les docteurs Quissac, de Montpellier, et John Higginbottom, de Londres; nous ne pouvons pas ici spécifier tous les cas qui réclament l'emploi de ces moyens énergiques; nous dirons toutefois que la forme ambulante est celle qui s'y prête le mieux. Et ce qu'on ne doit pas *oublier*, c'est que pour être efficace, l'action des topiques doit toujours dépasser un peu les limites de l'érysipèle. L'illustre Larrey n'hésitait pas à cautériser par le fer rouge l'érysipèle traumatique et personne n'ignore les nombreux succès obtenus par ce procédé. C'est en vain qu'on s'efforcerait de contester à l'érysipèle son caractère franchement inflammatoire; les troubles organiques qui précèdent ou accompagnent son développement peuvent bien réclamer quelques indications thérapeutiques particulières; mais ce sera toujours par une médication directe et principalement concentrée sur le foyer morbide qu'on sera plus certain d'en triompher.

---

inférieures de la société, une sollicitude qu'il n'a jamais montrée pour les classes supérieures; vous demandez pour les écoles d'enseignement primaire des institutions hygiéniques qui n'existent pas dans les grands établissemens consacrés à l'instruction secondaire. Outre que cette objection ne serait pas parfaitement justifiée au fond, car l'intervention de l'état est peu nécessaire là où les préceptes de l'hygiène sont passés depuis longtemps dans les mœurs et les habitudes, le fût-elle, en réalité, ce ne serait pas une raison, pour commettre, à l'égard des écoles rurales la faute que l'on aurait commise à l'égard des établissemens d'instruction secondaire. D'ailleurs, les conditions sont loin d'être égales de part et d'autre. Si dans l'enseignement secondaire où il s'agit de donner le plus grand développement possible aux aptitudes et aux facultés morales et intellectuelles, il y a pour le corps quelque inconvénient inhérent à la contrainte qu'exigent les études assidues et prolongées que l'on fait dans les colléges, il y a du moins quelque compensation à ce que les enfans perdent du côté des forces physiques dans les avantages du rang et de la position sociale auxquels conduit l'éducation des grands établissemens universitaires. En est-il de même pour les enfans qui devront peupler les écoles primaires? Il ne s'agit ici de former ni des savans, ni des hommes de lettres, ni des jurisconsultes, ni des administrateurs; il s'agit de faire des hommes forts et robustes, capables de fournir comme auparavant des bras à l'agriculture, à l'industrie, à l'armée. L'introduction de l'enseignement au sein de ces populations n'a d'autre but que de jeter dans l'esprit des masses quelques semences d'instruction et de moralité qui puissent germer dans l'esprit de quelques uns et être utiles à tous, de suppléer par une éducation régulière à l'éducation si souvent nulle et toujours si incomplète de la famille, de faire enfin que ces agriculteurs, ces ouvriers, ces soldats, connaissent leurs devoirs et puisent dans les leçons du maître d'école, avec les premières notions de la morale qui garantissent à la société des hommes honnêtes, les élémens d'instruction nécessaires pour leur apprendre à faire un emploi plus intelligent et plus fructueux de leurs forces. L'instruction, en tant que savoir seulement, n'est en définitive ici qu'un élément accessoire au bonheur de l'homme du peuple; elle risquerait même de devenir un bien stérile si en le rendant meilleur au moral elle n'avait en même temps pour effet de le rendre meilleur au physique. Eh bien, il est permis de douter que ce dernier résultat fût atteint s'il n'était établi dans les écoles un régime hygiénique convenable. Que l'on réfléchisse un instant aux conditions d'existence des habitans des campagnes et l'on verra que nos appréhensions à cet égard ne sont pas exagérées. Nulle part, en effet, l'hygiène ne serait plus utile et nulle part elle n'est plus négligée que dans les petites localités. Les habitations des campagnes offrent sous ce rapport tout ce que l'on peut imaginer de plus contraire au bien-être physique et à l'entretien de la santé. Si les habitans de ces tristes demeures échappent à l'influence pernicieuse de l'encombrement et de la saleté au milieu de laquelle ils vivent, ils le doivent surtout à l'influence vivifiante de l'air qu'ils respirent et de l'activité qu'ils se donnent pendant leurs travaux de la journée. Encore même malgré cette heureuse diversion, n'y échappent-ils pas toujours, témoin ces épidémies meurtrières d'affections typhoïdes qui visitent si fréquemment les petites localités, les maladies cutanées et contagieuses si communes qu'entretient incessamment la malpropreté, ce vice originel et incurable des paysans. Si malgré ces mauvaises conditions, les enfans de la campagne ont

C. Le pemphix, nonobstant la régularité de ses bulles caractéristiques et bien que souvent lié à certaines dispositions organiques dont la présence peut exiger quelques soins spéciaux, conserve toutefois les principaux attributs des inflammations et ne réclame pas d'autre traitement; ainsi, à l'état aigu, la série des antiphlogistiques; dans les cas chroniques, les mêmes moyens employés avec moins d'énergie et soutenus chez certains malades par un régime fortifiant. Chaque bulle pemphiguëde n'a qu'une durée de quelques jours; mais l'éruption se fait le plus souvent d'une manière successive, entretenue qu'elle est par une cause généralement persistante; de là vient que le pemphix n'a réellement que l'apparence de la chronicité; ses produits pathologiques sont autant de petits érysipèles au troisième degré; ici le meilleur traitement sera celui qui abrégera le plus la durée de l'éruption bulleuse. L'expérience ayant démontré que la cautérisation avec le nitrate d'argent faite dans les trois premiers jours de leur éruption (Serres et Velpeau) arrête nettement et constamment le développement des bulles du pemphigus, on ne doit pas hésiter à y recourir. On retrouve encore ici l'indication des topiques inertes pulvérulens ou autres; il importe de soustraire au contact de l'air ces ulcères superficiels souvent si douloureux. Ce moyen atténue les effets du frottement et accélère la formation du nouvel épiderme.

D. Dans le phlysacia (ecthyma, rupia W), il y a deux choses à considérer : d'abord un état général qui se rapproche toujours plus ou moins de la cachexie; puis la phlegmasie cutanée, souvent fort douloureuse, mais trouvant dans des tissus dépourvus de vitalité, des conditions peu favorables à la vivacité du coloris, à une marche rapide, à une résolution facile. Il semble dès le premier jour qu'on ait affaire à une maladie chronique; elle n'en reste pas moins une affection locale, dont on peut se hâter d'obtenir la guérison. Ici encore les cautérisations trouvent leur utilité; du reste, le traitement est à peu près celui des ulcères chroniques; quant aux indications fournies par l'état général de la constitution, s'il importe de ne pas les négliger, nous pouvons affirmer, au point de vue de notre sujet, qu'elles n'aident que fort peu le traitement local, lequel suffit presque toujours à la guérison du phlysacia.

E. Nul doute à élever sur le caractère inflammatoire et local de l'urticaire accidentelle; il est inutile d'en appeler au traitement pour sa confirmation; nous ne pensons pas qu'elle offre plus d'importance et de gravité dans la plupart des cas où elle naît soit spontanément, soit sous l'influence d'un trouble quelconque du tube digestif. Pour en triompher, ne suffit-il pas des moyens les plus simples? Qu'ajouter à la diète, aux boissons acidulées, à la saignée, aux bains tièdes? Beaucoup de malades refusent impunément toute précaution, et sans le prurit violent qui accompagne les éruptions multipliées, et que combattent avec un succès si constant les lotions vinaigrées ou alcoolisées, le mieux serait peut-être de s'en tenir au simple repos aidé d'une douce chaleur et d'une diète convenable.

F. Quant à la vésiculite (herpès W. olophlyctide. Alib.), elle constitue le type des inflammations aiguës de la peau; que ses produits éruptifs soient épars et isolés ou réunis en groupe (vésiculite prolabiale id prepntiale, etc.); qu'ils s'allongent en zones ou s'arrondissent en cercles plus ou moins étendus et réguliers (zona, herpès iris), il y a d'abord chaleur, injection; puis, l'irritation gagnant les faisceaux sudoripares, exhalation de sérosité et formation de vésicule; quelque rapide que soit ordinairement la marche de la vésiculite, elle n'est jamais sans une certaine régularité; sa terminaison naturelle est la suppuration; mais nul inconvénient à l'enrayer dès son début par une cautérisation superficielle; quant aux indications thérapeutiques, si l'on excepte les vésicatoires destinés à combattre les douleurs souvent très vives qu'elle laisse chez certains malades, elles se renferment dans l'usage des adoucissans; le repos et la diète sont ici fort rarement utiles, et dans les cas d'éruption étendue ou d'excessive impressionnabilité, quelques émissions sanguines complètent la série des moyens de traitement.

G. Il serait, je crois, superflu d'insister sur le caractère inflammatoire du furoncle; cette dermite phlegmoneuse qui a son point de départ dans les paquets celluleux des aréoles du derme, et dont la suppuration est le mode constant de terminaison, est avantageusement enrayée dans son développement par l'action de certains caustiques; sa médication est toute locale; les efforts du praticien ont ici pour but de hâter la fonte purulente, ou de concentrer dans une escarre artificielle le principal foyer morbide. Ce n'est pas sans quelque apparence de raison que des auteurs ont rattaché le furoncle à la pathologie externe ou chirurgicale. Cette affection reçoit parfois du siége qu'elle occupe une gravité et une importance exceptionnelle; j'en citerai comme preuve l'observation publiée par le docteur Schlieter; il s'agit d'une dame âgée de 72 ans, sur la paroi abdominale de laquelle un furoncle s'était développé; l'ouverture de l'abcès furonculeux, suivi d'un fort accès de toux, donna issue au tiers du tube digestif. Il fallut agrandir l'ouverture pour opérer la réduction, et la malade fut assez heureuse pour se rétablir à l'aide des soins les plus simples. Dans des cas semblables, je pense qu'on ne doit pas attendre la période de suppuration et qu'il faut faire avorter la tumeur par une cautérisation énergique pratiquée dès le début.

H. I. Si le traitement du charbon et de la pustule maligne nous justifie d'avoir rattaché à la classe des dermites ces deux graves affections, en signalant, bien entendu, leur caractère putride ou gangréneux, nous trouvons, de plus, la raison des distinctions qui doivent être maintenues entre elles dans l'inégalité d'action et d'efficacité des moyens employés pour les combattre.

La cautérisation est pour ainsi dire le traitement unique de ces deux maladies; pratiquée dans le début de la pustule maligne par le feu ou le caustique et de manière à détruire toute la partie affectée, elle est constamment suivie de guérison; tandis qu'elle reste souvent impuissante dans la tumeur charbonneuse, malgré l'énergie du praticien et ses soins à comprendre dans l'action des agens caustiques toute la surface malade; cela tient, non à la différence du virus sceptique (sa nature reste la même), mais bien à son mode d'introduction dans l'économie; la pustule maligne est constamment due à l'action extérieure et toute locale du virus charbonneux, tandis que le charbon n'est plus que le reflet d'une contamination interne et générale; ce qui prouve en faveur de cette distinction importante et toute pratique, c'est, comme nous le disions tout à l'heure, la différence des résultats thérapeutiques, laquelle, du reste, finit par disparaître, lorsque soit incurie, soit ignorance, on laisse passer, dans la pustule maligne, le moment favorable à la cautérisation, et s'établir la résorption purulente; les bons effets de la compression conseillée dans le traitement de la pustule maligne, par M. le docteur Godart (de Pontoise), s'expliquent par les obstacles que ce procédé apporte à la résorption; il ne serait pas aussi facile, à mon avis, de se rendre compte des succès obtenus par M. le docteur Schwan. D'après ce médecin, vingt-deux pus-

---

le teint frais et cette mine de prospérité dont les citadins sont si souvent jaloux, c'est encore au grand air et à la lumière qu'ils le doivent. Mais qu'au lieu de s'ébattre tout le jour comme ils le faisaient auparavant, dans une fâcheuse oisiveté sans doute, sous le ciel, en plein vent, sous l'influence bienfaisante de l'air pur des champs, ils ne sortent de la demeure étroite et malsaine de la famille que pour aller s'enfermer pendant huit heures de la journée, comme le veulent les réglemens, dans une salle d'école étroite, le plus souvent humide et où les conditions hygiéniques ne sont généralement guère mieux observées que dans la demeure des parens, et qu'on nous dise ce que deviendront en quelques années ces enfans qui pour la plupart n'ont d'autre héritage à attendre de leurs parens, et d'autre garantie d'avenir que la force et la santé.

La loi, en négligeant l'introduction des élémens de l'éducation physique dans les réglemens relatifs à l'instruction primaire, en abandonnant presque sans garantie à l'arbitraire des communes l'état sanitaire des habitations destinées à l'éducation des enfans du peuple, a donc laissé subsister une grave lacune. Il appartenait aux médecins de signaler les fâcheuses conséquences que peut avoir cette omission. C'est ce qu'un de nos confrères, M. le docteur Jacquez, vient de faire en excellens termes, dans un petit ouvrage plein d'intérêt qu'il vient de publier sur la matière (1). Frappé des nombreux inconvéniens que nous venons de rappeler, M. Jacquez ne s'en est pas tenu à la critique de ce qui est; mieux placé que personne, en sa double qualité de médecin et de membre d'un comité supérieur d'instruction primaire, pour apprécier les vices de l'organisation actuelle et les moyens d'y remédier, il s'est surtout attaché à indiquer ce qui devrait être; il s'est imposé la noble tâche d'étudier de la manière la plus complète et la plus scrupuleuse les conditions les plus convenables pour la construction des écoles communales et de rédiger, à l'usage des maîtres et des membres des comités de surveillance, les principes d'hygiène qui devraient présider à la tenue de ces écoles. Avec toute la sollicitude d'un médecin philantrope vraiment digne de ce nom, M. Jacquez n'a reculé devant aucun des mille petits détails que nécessitait une pareille entreprise, ni, ce qui est plus méritoire qu'on ne pense, devant aucune des petites tracasseries que ce nouveau genre d'opposition pouvait lui susciter de la part des susceptibilités locales. Les dispositions qu'il propose pour la construction, l'entretien et la tenue des salles d'école, dispositions qui sont également applicables aux salles d'asile, aux ouvroirs, aux crèches et à tous les lieux destinés à recevoir un grand nombre d'enfans de tout âge, sont puisées aux sources des plus saines notions de physique, de chimie et de physiologie. Il détermine avec une connaissance complète de la matière les causes nombreuses qui peuvent compromettre la santé dans un appartement habité, notamment dans les salles d'école, et fixe les conditions qui doivent présider à leur construction. L'emplacement convenable pour une maison d'école, l'élévation et la composition de l'aire des salles, la capacité qu'elles doivent avoir relativement au nombre d'élèves qu'elles sont destinées à recevoir, l'exposition des fenêtres et des portes, les

(1) PRINCIPES D'HYGIÈNE APPLIQUÉS A L'ÉDUCATION PRIMAIRE ET A LA CONSTRUCTION DES ÉCOLES; par P. Jacquez, docteur en médecine, membre du comité supérieur d'instruction primaire de l'arrondissement de Lure (Haute-Saône), 1845.

tules malignes traitées par la seule décoction de chêne d'Hanhemann auraient toutes été guéries après plusieurs jours d'invasion. Quant à la tumeur charbonneuse citée par le docteur Ferramosca et prétendue guérie par les frictions mercurielles, nous devons observer qu'un bouton de feu avait été préalablement appliqué au centre de la tumeur.

Là s'arrête l'énumération des genres morbides cutanés véritablement sténiques ou inflammatoires : dans l'exposé qu'il nous reste à faire, nous ne retrouverons plus une seule de ces affections que provoquent des causes instantanées, toutes locales, dont les effets s'épuisent dans le lieu même où s'est portée leur influence et sont combattus avec d'autant plus d'avantage qu'on les attaque plus près de leur début, et par des moyens plus directs.

2° Si, en effet, nous passons à notre second groupe, celui des exanthèmes; nous nous trouvons, malgré certaines apparences contraires, en face d'affections toutes différentes : ici, l'inflammation bien qu'évidente, loin d'être la maladie principale, semble, au contraire, établie dans l'intérêt de l'évolution morbide; la preuve en est que le médecin est plus souvent appelé à la provoquer ou à l'entretenir qu'à lutter contre elle; si le siége anatomique de la maladie est encore ici le système sanguin ou lymphatique, ainsi que quelques appareils pourvus d'une certaine activité fonctionnelle, cela tient à ce que ces systèmes prêtent plus que tout autre au mode d'élaboration destinée à purifier l'organisme d'une imprégnation virulente à laquelle échappent bien peu d'individus. Pour nous, les exanthèmes constituent autant d'efflorescences pathologiques qui ne peuvent s'épanouir qu'à la surface des tissus membraneux et dans lesquelles la peau remplit les fonctions d'un véritable émonctoire. A ce groupe appartiennent la variole, la vaccine, la varicelle, la roséole, la rougeole, la scarlatine, la miliaire. Chacune de ces affections présente une marche régulière et périodique; due à la contagion, elle devient elle-même pour ceux qui entourent le malade, à moins qu'ils n'en aient déjà subi l'influence, une source de contamination et de danger : de plus, si le sujet contaminé veut trouver dans l'invasion d'un exanthème et comme dédommagement des souffrances et des soins qu'il impose une garantie contre son retour, il doit en respecter les différentes périodes; car nous restons convaincu que la plupart des rechutes dans les exanthèmes, sont bien moins l'effet d'une prédisposition organique, que le résultat d'une interruption dans la marche d'une première efflorescence, d'où résulte nécessairement une purification incomplète; aussi, le traitement des exanthèmes, malgré leur marche aiguë et leur apparence inflammatoire, est-il tout différent de celui que réclament les affections de la classe précédente.

A. Quel praticien, en présence des symptômes précurseurs de toute éruption exanthémateuse, ne s'imposera pas d'abord une médecine d'examen et d'expectation ? N'est-ce pas déjà faire beaucoup, après avoir pressenti ou reconnu la nature du mal, que d'écarter avec soin tous les obstacles capables d'enrayer sa marche ? Un traitement actif et immédiat, à moins de quelque symptôme précurseur trop saillant, pouvant entraîner l'altération d'un organe important, aurait ici pour moindre inconvénient l'*inutilité*, puisqu'on voit le plus souvent ces sortes d'accidens généraux disparaître comme par enchantement dès que se montrent les premiers rudimens de l'éruption. Ce contraste d'un trouble plus ou moins alarmant, suivi d'un calme souvent profond, se rencontre fréquemment dans la variole, particulièrement chez les jeunes sujets. D'autre part, il faut qu'on sache que l'avortement de cet exanthème, lors même qu'il serait utile de le tenter, ce que je suis loin d'admettre, est chose impossible à obtenir. L'illustre Broussais avoue lui-même que les émissions sanguines les plus abondantes n'empêchent pas la variole confluente de fournir, avec des pustules, un pus à la résorption, *pus d'une odeur spéciale, à virulence incontestable*, qui agit comme un poison sur tout l'appareil encéphalo-rachidien. Nous pensons toutefois que chez les sujets dont la peau, facile à s'injecter, jouit d'une suractivité fonctionnelle, on peut avec avantage chercher à prévenir vers cette membrane un raptus trop violent, en plaçant les malades dans une température peu élevée et à l'abri d'un jour trop éclatant. On sait que l'air ambiant, surtout lorsqu'il est éclairé d'une vive lumière, favorise et souvent même exagère le développement de la pustule variolique. Les expériences de M. Serres ne laissent aucun doute à cet égard. C'est dans le même but qu'on a préconisé les lotions chlorurées. Au dire de M. Chevalier, ce moyen répété chaque jour sur toute l'étendue de la peau, pendant une épidémie de variole, suffirait pour garantir de toute contamination: si cette assertion est fondée, il faut nécessairement admettre que l'infection variolique est due dans tous les cas à l'absorption cutanée, ce dont je doute fort. Quoi qu'il en soit, et sans insister ici sur les diverses hypothèses émises relativement à la nature du principe varioleux, aux formes anatomiques particulières dans cet exanthème, nous sommes heureux de pouvoir exercer sur ses progrès et même son développement une influence incontestable. L'indication s'en présente toutes les fois que le produit varioleux se concentre et s'accumule soit sur un organe qui peut être compromis dans ses fonctions ou même son existence (les yeux, les paupières, etc.), ou bien sur une région dont la régularité importe à la physionomie et par suite aux relations sociales (les différentes parties du visage). L'art possède plusieurs moyens d'atteindre ce but important. Chez les Egyptiens et les Arabes on garantit le visage des personnes atteintes de la variole par des feuilles d'or maintenues appliquées à l'aide d'un peu d'eau gommée : l'illustre Larrey a plusieurs fois obtenu le même résultat par de simples onctions avec l'huile d'amandes douces, etc. Ici les topiques sont évidemment inertes et n'ont d'autre effet que de soustraire complètement les parties à l'action de l'air ambiant. D'autres praticiens, pensant trouver dans la composition des topiques un nouvel élément de succès, préfèrent l'emplâtre de Vigo cum mercurio, différentes pommades mercurielles. Les docteurs Durand et Daveine vantent beaucoup les bons effets de la pommade sulfureuse dans la période de suppuration, Il est certain que ces différens topiques convenablement employés ont reussi à plusieurs praticiens; mais le procédé que je prefère quand il s'agit d'obtenir la résolution ou même l'avortement des pustules varioliques est, sans contredit, la cautérisation avec le nitrate d'argent. Qui ne connaît à cet égard les expériences de MM. Bretonneau, Serres, Meyranx, Damiron, Lenoble, etc. ? Dans notre travail sur la *cautérisation employée comme moyen de traitement externe dans les maladies de la peau* (Revue médicale, cahier d'août 1845), nous donnons la préférence au procédé de M. Bretonneau, qui consiste à cautériser le fond des pustules avec un crayon de pierre infernale plus ou moins aigu, ou un stylet chargé du même corps en poudre, après en avoir enlevé la pointe. On est d'autant plus certain d'arriver à un résultat favorable, que l'opération est faite plus près du début de l'éruption. Cette pratique n'exclut en rien les précautions destinées à prévenir les encéphalites. Mais quel que soit le moyen proposé, ce serait folie et de mauvaise pratique que de songer à étendre

---

appareils d'aération, la disposition des diverses dépendances de l'école, celle des bancs, des tables et autres objets d'ameublement, du poêle et de ses accessoires, rien n'échappe aux prescriptions de l'hygiène. Tout y est réglé d'après les notions que la science prescrit à cet égard. Quant aux devoirs des instituteurs en ce qui concerne l'hygiène des écoles et l'éducation physique des enfans, il ne s'agit pas, comme on le pense bien, d'exiger des maîtres d'école une initiation aux détails de la médecine, ni aux questions transcendantes de l'hygiène. « Disposer, dit l'auteur, aussi bien que possible des moyens qui sont en leur pouvoir pour faire jouir leurs élèves d'un air pur, d'une température douce, d'une lumière suffisante et de toutes les commodités compatibles avec les allures régulières d'une école; s'efforcer de donner aux jeunes gens l'habitude, le goût et l'exemple de la propreté; faire briller cette propreté jusqu'à la coquetterie dans la tenue des salles et de tout ce qui en dépend; éloigner de la classe toutes les causes, tous les élémens d'insalubrité et de contagion; ne faire et ne permettre aux écoliers aucune chose qui soit capable d'occasionner chez eux des maladies, des infirmités ou des blessures; se conformer scrupuleusement aux réglemens sanitaires qui peuvent s'appliquer aux écoles. » Tels sont les simples préceptes dont il faudrait que les instituteurs primaires fussent bien pénétrés et à l'aide desquels ils suffiraient aisément au surcroit de surveillance qu'exigerait d'eux cette réforme hygiénique. Ajoutons à cela des procédés gymnastiques simples, n'exigeant ni local particulier, ni machines, ni frais d'aucun genre, tels que ceux dont l'introduction vient d'être tout récemment demandée au nom de l'Académie (1), et l'on concevra sans peine la possibilité d'une semblable amélioration dans le régime des écoles.

Il ne faut pas se dissimuler cependant que cette réforme, si simple qu'elle soit en apparence et quels que soient les avantages qu'on en doive attendre pour le bien-être des populations rurales, rencontrera plus d'un obstacle à son exécution. M. Jacquez ne se fait aucune illusion à cet égard. Les obstacles les plus grands et les plus nombreux viendront de ceux-là même qui seraient le plus intéressés à son succès. On l'a dit et répété souvent, et cette vérité conservera encore longtemps son à-propos : pour faire le bien des hommes, il faut souvent leur faire violence. L'esprit du peuple est ainsi fait, que toute innovation à ses habitudes est sûre de trouver de l'opposition. Il faut le reconnaître, néanmoins, à la louange de notre époque, cette resistance à se laisser diriger dans des voies meilleures par des institutions mieux appropriées aux besoins et aux intérêts bien entendus des masses, tend tous les jours à s'affaiblir de plus en plus. Le peuple est mieux disposé qu'il ne l'a jamais été à recevoir de ses guides et de ses tuteurs naturels des leçons et des avis qu'il apprend à mieux apprécier, et cette heureuse disposition ne fera que s'accroître à mesure que les lumières pénètreront plus avant dans les derniers rangs des populations rurales et que les préjugés qui les ont si longtemps maintenus sous le joug s'effaceront devant l'enseignement de l'expérience. On ne peut non plus mettre en doute les excellentes dispositions du pouvoir pour tout ce qui concerne le développement intellectuel et moral des masses et la satisfaction de ses intérêts. Mais, pour que de part et d'autre ces bonnes dispositions ne restent pas stériles, il faut un concours unanime vers le même but; il faut que le bon vouloir des autorités supérieures ne soit point neutralisé par les difficultés et les résistances que sus-

(1) Voir la séance du 21 octobre dans le numéro 43.

son application à toute une éruption varioleuse : jamais pensée semblable n'est entrée dans le cerveau d'un praticien logique. La variole, quand on n'a pas su s'en préserver par une inoculation antidotique, devient, une fois contractée, un mal dont on doit respecter les phases régulières et périodiques, heureux encore de pouvoir prévenir, par l'avortement de quelques pustules, les cicatrices du visage et ces ophthalmies rebelles qui entraînent chez certaines sujets le ramollissement de la cornée et la perte de l'œil. Les auteurs de la méthode ectrotique étaient si convaincus eux-mêmes de ces vérités, qu'ils donnent le conseil d'activer la chaleur et la circulation des extrémités inférieures au moyen de larges cataplasmes, pour compenser, par l'accumulation sur ces parties des pustules varioliques, l'absence ou l'incomplet développement de celles qui devaient occuper les régions supérieures.

B. Dans la vaccine, lorsque l'éruption se fait par suite d'inoculations volontaires, sur les points choisis par l'opérateur, la médecine d'expectation est la seule applicable, et l'attention d'écarter avec soin toutes les influences capables de compromettre le développement régulier de la pustule vaccinale, constitue la principale obligation du praticien. Le plus grand inconvénient qu'il y aurait à opérer l'avortement de la pustule vaccinale par la caurisation avec le nitrate d'argent ou par tout autre moyen, serait d'oter à l'inoculation toutes ses propriétés préservatrices et antidotiques et de mettre ainsi dans la nécessité de la pratiquer de nouveau. Nous dirons que loin de chercher à enrayer la marche de ce précieux exanthème, on devrait, au contraire, apporter plus de soins qu'on ne le fait généralement, pour que son évolution soit aussi complète et aussi régulière que possible; que nous importe, en ce moment, la nature du principe vaccinal; ce qui est essentiel à connaître, c'est qu'il constitue le remède contre l'infection variolique et que son action préservative n'est jamais plus entière ni de plus longue durée, que lorsque le virus inoculateur pris sur un sujet *parfaitement sain*, et introduit sous l'épiderme par des piqûres multipliées, y élabore librement sa pustule caractéristique; si on avait l'habitude de respecter le produit vaccinal jusqu'à la chute spontanée des croûtes et si à cette époque, la vaccination restait pour le praticien l'objet d'une surveillance de chaque jour, on aurait moins souvent l'occasion d'accuser le virus vaccinal, soit d'impuissance contre l'intoxication variolique, soit de devenir l'origine et le point de départ d'un certain ordre d'altérations constitutionnelles dont on ne trouve souvent aucune trace chez le sujet ni les ascendans avant la vaccination.

C. Il n'est aucune des considérations exposées à propos de la variole qui ne s'applique également à la varicelle; ce dernier exanthème doit comprendre toutes les variétés de formes éruptives à marche régulière et périodique de nature varioleuse, et qu'on rencontre le plus souvent chez les individus qui ont été vaccinés. La marche de la varicelle est plus rapide que celle de la variole; ses périodes sont moins tranchées; son siége anatomique est plus superficiel; les parties sur lesquelles repose l'éruption sont moins compromises; mais ici le caractère de la maladie conserve la même importance sinon absolue, du moins relative; certaines formes que les médecins modernes désignent par *varioloïdes* et *varioles modifiées*, dénotent que le suget, s'il a été vacciné, est bien près de perdre les bénéfices de cette salutaire inoculation; la plupart conservent la propriété contagieuse; et bien des varioles franches et même confluentes ont été le résultat du peu de prudence avec lequel on laisse approcher les malades par des personnes non inoculées; ici encore, qu'elle doit être et quelle est, en effet, la conduite du médecin? Fait-il autre chose qu'écarter les obstacles, respecter ou favoriser les efforts de la nature; tenter la résolution serait tourmenter inutilement l'organisme, et de plus, exposer le malade au danger d'une résorption purulente.

D. La roséole est une affection généralement si bénigne, et d'une marche si rapide, malgré son caractère évidemment exanthématheux, que nous croyons superflu de lui consacrer un paragraphe séparé.

E. La rougeole mérite davantage de fixer notre attention; cet exenthème, transmissible par l'inoculation, comme le prouvent les expériences de Home, d'Edimbourg (1750), confirmées depuis par le professeur Speranza (1822), constitue avec le genre suivant, le type des inflammations exanthémateuses; c'est une véritable efflorescence du système capillaire artériel; il y a ici la même virulence que dans la variole; une première éruption est ordinairement préservative pour le sujet, ce qui n'empêche pas certaines personnes de la contracter une seconde et même une troisième fois (John Webster). Contrairement à l'opinion de M. le professeur Trousseau, nous pensons être autorisé à admettre que la plupart de ces rechutes sont bien moins souvent l'effet d'une prédisposition organique, que le résultat d'éruptions précédentes rendues incomplètes par une série d'influences dont on ne tient pas toujours assez compte. Le praticien s'effraie avec juste raison de l'extrême mobilité de la rougeole; personne n'ignore le danger de ses répercussions; aussi les plus grandes précautions doivent être prises pour éviter cet accident. Le seul moyen prophylactique efficace contre la rougeole serait jusqu'ici, du moins, l'inoculation; car les essais tentés avec le soufre, les lotions chlorurées et même le sulfate de quinine, ne nous paraissent pas concluantes; la contagion une fois subie, on doit en supporter les conséquences et toute entrave à l'épanouissement du principe rubéolique peut devenir une cause de complication plus ou moins fâcheuse. Je préfère de beaucoup les lotions tièdes sur tous le corps de M. Gœlis, de Vienne, dans les cas de rougeole incomplète ou languissante, que celles d'eau froide conseillées par les docteurs Frœlich et Thaer, comme moyen d'atténuer l'effervescence de la circulation ainsi que le raptus vers la peau; quant aux inflammation organiques internes qu'on rencontre fréquemment comme obstacle au régulier développement de l'exanthème rubéolique, je leur opposerais plus volontiers, soit, au début, quelques évacuations sanguines, soit l'*aconit* s'il s'agissait d'accidens bronchiques, etc., etc. Ici l'abondance de l'éruption m'a toujours paru un symptôme favorable : dans les *rubeola sine rubeolis*, c'est-à-dire dans les cas où le principe exanthémateux détourné de son siége ordinaire se concentre sur le système muqueux, la marche de l'exanthème est presque toujours plus irrégulière et ses suites moins heureuses.

F. Nous n'avons pas d'autres distinctions thérapeutiques à faire valoir à propos de la scarlatine; elles suffisent pour justifier sa présence dans la classe si tranchée des exanthèmes. Ici, le siége anatomique est le système veineux cutané superficiel; les symptômes paraissent différens de ceux de la rougeole; les accidens qu'entraînent une médication irrationnelle ou l'exagération virulente sont également particuliers; et cependant le *caractère morbide* reste identique. C'est encore une maladie contagieuse dont une première atteinte épure et fortifie l'organisme contre de nouvelles intoxications. Ici pas de médications absolument prophylactiques; les tentatives d'inoculation ont presque toutes été infructueuses; la belladone, dont les propriétés antidotiques se sont révélées avec un avan-

---

citent trop souvent dans les petites localités des intérêts mesquins et mal entendus; il faut que les plus intéressés à l'adoption de ces mesures s'y prêtent eux-mêmes et accueillent comme un bienfait et non comme une contrainte les innovations utiles et les faciles obligations qu'elles leur imposent; il faut enfin et surtout que l'on veuille bien reconnaître l'opportunité des réformes sollicitées avec tant de chaleur et de conviction par M. Jacquez, auquel nous nous joignons sincèrement dans cette circonstance.

Nous répèterons, en terminant, ce qui a été dit si souvent déjà dans nos colonnes. La médecine a une mission, sinon plus noble, au moins plus large, plus étendue que celle qu'on lui assigne communément. Restreinte dans les limites de la pratique individuelle, elle rend sans doute tous les jours d'émineus services et elle concourt pour une large part à la somme d'utilité générale que l'humanité retire de l'application des sciences à son bien-être; mais son rôle ne saurait désormais rester circonscrit dans ces étroites limites; elle doit élargir le cercle de ses attributions en s'immisçant à toutes les grandes mesures d'utilité publique, comme aux institutions politiques et sociales, pour en régler ou modifier les conditions qui touchent au bien-être physique et matériel des masses. Mais, pour que la médecine, envisagée de ce point de vue élevé, accomplisse tout ce qu'on peut exiger d'elle, il faut attendre que l'utilité de son intervention ait été reconnue et officiellement consacrée par les hommes en qui sont placées les destinées du pays.

— Le conseil général des hôpitaux s'est occupé, dans sa dernière séance, de la réélection des médecins dont les cinq années d'exercice expireront le 31 décembre 1845. Les médecins réélus sont : MM. Caillard, Honoré, Husson, Jadioux, Serres, Clément, Piorry, Fouquier, Rayer, Cruveilhier, Andral, Kapeler, Guérard, Renauldin, Martin-Solon, Sandras, Requin, Lugol, Gibert, Cazenave, Puche, Guersant père, Duméril, Leuret, Voisin, Moreau, Lélut, Falret, Mitivié, Trelat, Baillarger Duplay, Lafon, Baron père, Labric, Baffos, Roux, Blaudin, Lisfranc, Bérard jeune, Gerdy, Velpeau, Bérard aîné, Lenoir, Jobert, Dubois (Paul), Danyau, Auvity, Thévenot de St-Blaise; les médecins non réélus sont : MM. Jadelot, Marjolin, Rostan, Magendie, Guéneau de Mussy et Récamier; ces derniers avaient demandé à se retirer.

— De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, depuis la renaissance des sciences en Europe jusqu'au dix-neuvième siècle; description des grandes épidémies de délire simple ou compliqué qui ont atteint les populations d'autrefois et régné dans les monastères; exposé des condamnations auxquelles la folie méconnue a souvent donné lieu; par le docteur L.-F. Calmeil, médecin de la maison des aliénés de Charenton, membre de la Légion-d'Honneur. — 1845. 2 vol. in-8°. Prix : 14 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17;

Et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

tage évident pendant certaines épidémies, n'est cependant pas un spécifique certain; la médecine expectante, si ce n'est lorsqu'il existe quelque grave complication, est encore la meilleure; la scarlatine répercutée ou ne pouvant se faire jour à la surface des tissus muqueux ou cutané peut être suivie des accidens les plus graves; il suffit, pour en être convaincu, de consulter les mémoires de M. le docteur Godelle. Ecarter les obstacles qui peuvent enrayer le développement régulier de cet exanthème, surveiller sa marche, favoriser son épanouissement en maintenant le malade dans des conditions qui se prêtent à l'établissement d'une légère diaphorèse ou réprimer par des moyens convenables l'éréthisme de la peau, ou du système muqueux qu'irrite trop vivement le contact du vice scarlatineux; et pardessus tout, éviter toutes les influences capables d'en opérer la répercussion: tels sont encore les meilleurs préceptes à suivre et le plus sûr moyen d'éviter au pronostic douloureux démentis.

G. Est-ce à dire que la miliaire n'est point une affection contagieuse, parce que M. le docteur Lepaulnier a vainement tenté de se l'inoculer? Je crois plutôt qu'il importe d'établir entre la miliaire idiopathique ou exanthémateuse et certaines éruptions miliariformes qu'on devrait rattacher à la vésiculite (herpès), une distinction devenue nécessaire; la fièvre miliaire a tous les caractères de l'exanthème; seulement ils sont moins tranchés et c'est pour cela qu'elle termine notre groupe. Les moyens de traitement qu'on lui oppose ont presque toujours pour but de favoriser son développement ou de la rappeler à la peau si quelque cause de répercussion l'empêche de se fixer sur cette membrane. La fréquence, dans la miliaire, des complications organiques, impose souvent au praticien une médecine active, mais qui n'est plus alors dirigée contre l'exanthème; et la preuve, c'est qu'elle cesse aussitôt que le calme rétabli, permet à l'éruption de reprendre son siége et sa marche régulière.

Tels sont nos deux premiers groupes: dans chacune des affections qui les composent, on observe un égal caractère d'acuité, une marche rapide, le trouble ordinaire des inflammations: le mouvement fébrile plus ou moins prononcé qui les accompagne presque toujours vient de ce que le système sanguin est l'intermédiaire ou le réceptacle des élémens pathologiques; il semblerait que le praticien n'a qu'à porter sur ce système les efforts de sa thérapeutique pour obtenir un égal succès; cependant, nous venons de voir qu'il en est tout différemment. Pouvons-nous désirer une preuve plus convaincante de la nécessité de maintenir entre les dermites et les exanthèmes la ligne de démarcation tracée par Alibert?

3° M. Trousseau a bien raison de se plaindre qu'on ait retranché le mot *gourme* du vocabulaire médical; car il s'y rattache une pensée qui se décolore et s'amoindrit avec toute autre expression; la publication de notre TRAITÉ COMPLET DES GOURMES CHEZ LES ENFANS est une preuve que, loin de donner notre assentiment à cette proscription, nous acceptons au contraire le mot gourme comme traduction d'un fait pratique important; dans notre classification, l'ordre des gourmes ou éruptions chroniques du premier âge représente le groupe des dermatoses teigneuses d'Alibert. Nous y rattachons l'achore, la porrigine, le favus; les deux premiers genres sous le double titre de gourmes, tantôt accidentelles, tantôt dépuratoires, le favus, comme gourme parasite. Assurons-nous maintenant si la thérapeutique de ces maladies justifie nos distinctions et nous autorise à les conserver.

Le praticien se trouve en présence d'affections qui ont pour siége pathologique la tête, pour siége anatomique les cellules épidermoïdes, les follicules cutanés, la membrane pigmentale de M. Flourens; la présence des cheveux imprime souvent aux produits morbides de singulières et bizarres apparences; leur première apparition coïncide fréquemment avec certaines évolutions organiques; leur innocuité habituelle fait souvent contraste avec leur étendue et leur ténacité; elles ont, en outre, chez beaucoup de sujets, un caractère véritablement critique et dépuratoire.

A. Qui contestera ce caractère au premier degré de l'achore (lactumen demanard, pythyriasis capitis W.) à la véritable croûte de lait? Aussi, le mieux n'est-il pas d'abandonner à elle-même cette légère affection, que Lorry regarde comme étant dans l'ordre de la nature, qui ne réclame que des soins de propreté et l'emploi des topiques les plus doux; sans la démangeaison parfois assez vive dont elle est habituellement accompagnée, l'enfant ne s'apercevrait pas de sa présence, et le prurit ne l'empêche pas de conserver sa gaîté et sa fraîcheur, qui sont généralement d'autant plus prononcées que la sécrétion lactumineuse est plus abondante.

Dans des cas plus graves, dans l'achore muqueux (eczéma, porrigo larvalis, W.), le praticien, avant de commencer aucun traitement, se demandera si le mal extérieur est le résultat de causes accidentelles plus ou moins faciles à apprécier et à détruire, ou s'il est la manifestation d'un état diathésique plus ou moins grave; dans le premier cas, il interrogera la dentition, la nutrition, les soins hygiéniques, l'air ambiant, et il lui suffira, pour arriver à une amélioration certaine et souvent rapide, soit de favoriser l'évolution organique, soit de rectifier les erreurs de régime; dans le second, il étudiera les rapports qui existent entre l'état morbide interne et l'affection cutanée; si cette dernière survient chez un enfant jusque-là souffrant et chétif, et qu'on voie chez lui l'équilibre fonctionnel se rétablir et la santé prendre un meilleur caractère, on se gardera bien de guérir, rapidement surtout, la sécrétion achoreuse: c'est une voie de dépuration ouverte par la nature, et qu'elle saura fermer dès qu'elle ne sera plus utile; si, au contraire, l'achore se rencontre chez un enfant vigoureux et bien portant, et qu'il ne soit le résultat ni d'une alimentation surabondante, ni d'aucun oubli des lois de l'hygiène facile à réparer, c'est alors qu'on l'attaquera avec avantage, luttant contre l'inflammation par les antiphlogistiques; contre les sécrétions morbides par les dérivatifs et de légers résolutifs; ces derniers toujours employés avec prudence, malgré l'opinion contraire de Celse et d'Aétius; car la répercussion, même d'un mal extérieur et tout local, est encore à craindre chez l'enfant, surtout si cette sécrétion vicieuse existe depuis longtemps. Quelques dépuratifs qu'on varierait en raison des dispositions organiques seront toujours préférables. Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit dans notre TRAITÉ DES GOURMES, relativement à la dépuration et aux dépuratifs; il suffit d'y renvoyer le lecteur; il y trouvera, pag. 173 et suivantes, cette question traitée avec toute l'importance qu'elle mérite.

B. Les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer à propos de l'achore s'appliquent également à la porrigine, dont Alibert a, le premier, précisé les vrais caractères. Celse voulait qu'on abandonnât cette affection à elle-même et qu'on se contentât de nettoyer les parties malades par l'usage répété du peigne. Mais, d'un autre côté, nous sommes surpris de voir que le traitement de la calotte, transporté plus tard au favus, a été primitivement inventé contre la porrigine, ce qui prouve que les anciens n'étaient pas fort difficiles dès qu'il s'agissait d'établir les caractères des affections cutanées; comme nous venons de le voir dans l'achore, il est des porrigines dont la première invasion coïncide avec un retour évident à la santé; on doit alors les abandonner complètement à elles-mêmes, du moins les traiter par des moyens fort doux, des soins de propreté, en évitant tout ce qui pourrait en provoquer la répercussion; il en est d'autres qui ne sont que la transformation d'achores négligés ou incomplètement guéris, dont l'existence n'est liée avec aucun désordre organique et qui restent comme autant d'affections locales et purement extérieures; ces cas, plus rares qu'on ne le pense généralement, ne lient pas les mains du praticien; réclament rarement les antiphlogistiques et cèdent plus facilement aux résolutifs locaux aidés d'une dérivation plus ou moins énergique; enfin les porrigines causées et entretenues par l'introduction accidentelle ou congéniale d'un vice herpétique (presque toutes les porrigines chroniques ont ce caractère); exigent le même traitement que les dartres proprement dites et ne guérissent souvent qu'avec beaucoup de temps et de persévérance.

C. Pour nous qui pensons, avec M. Gruby, que le favus est un germe parasite et dû à la présence de mycodermes particuliers dans les cellules épidermoïdes, tout en concédant à M. le docteur Bennet, que ces mycodermes peuvent très bien être implantés dans une matière tuberculeuse aux dépens de laquelle elles végéteraient, nous pensons que le traitement local est celui qui doit principalement fixer l'attention du praticien; du reste, nous admettons qu'il est parfois utile d'y joindre l'usage de moyens internes destinés à corriger les funestes effets qu'un favus ancien ou étendu a pu exercer sur la santé des individus; ces remèdes ne peuvent être indiqués ici; ils doivent nécessairement varier en raison de la nature et de la gravité des désordres à combattre; c'est au praticien à les apprécier; quant aux topiques, nous n'avons pas davantage à nous en occuper; ceux que nous employons de préférence et qui viennent encore récemment de nous donner un succès complet dans un cas de favus accidentel et qui résistait depuis longtemps déjà aux applications les plus variées, sont les préparations ammoniacales; l'épilation qu'il faut toujours pratiquer à l'aide des moyens les plus doux est une opération préliminaire fort importante et dont l'utilité ne peut être contestée: Avec la racine des cheveux se détachent des parcelles plus ou moins nombreuses du produit morbide; puis la tête dénudée reçoit plus vite et plus complètement l'action des topiques.

Ainsi, nous venons de voir des considérations thérapeutiques différentes s'appliquer logiquement, et nous pouvons même dire forcément, à trois groupes d'affections cutanées également dissemblables: *dans le premier*, maladies accidentelles, inflammatoires, dont les progrès n'aboutissent qu'à de nouveaux désordres, qu'il est toujours heureux et utile d'arrêter dès le principe et qu'on doit combattre à chaque phase: *dans le second*, des affections en apparence semblables, mais en réalité bien différentes par la nature de leurs causes, par la nécessité de respecter chacune de leurs périodes si l'on veut trouver comme dédommagement et dans la maladie elle-même, une garantie contre une nouvelle rechute; enfin, *dans*

le troisième, des affections appartenant plus spécialement au tissu dermoide, d'une marche lente et chronique, n'offrant plus qu'accidentellement le caractère inflammatoire, exemptes du trouble général que provoquent la plupart des affections des groupes précédens et se rapprochant, par leur persistance et leur fréquente opiniâtreté, des maladies dartreuses par lesquelles nous commencerons notre second et dernier article.

(*La fin prochainement.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(SUITE.)

II. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros d'avril et mai 1845 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Appendice à l'essai sur les maladies du système nerveux*; par M. Blackmore. 2° *Empoisonnement par l'acide hydro-cyanique*; par M. Pooley. 3° *Hématémèse suivie de mort, pour avoir avalé une pièce de monnaie en cuivre*; par M. Dicken. 4° *Quelques observations sur la topographie médicale, le climat et les maladies des baies de Benin et Biafra* (*côte occidentale d'Afrique*); par M. Daniell. 5° *Note sur un cas d'empyeme enkysté datant de douze ans*; par M. H. Lee. 6° *Sur la présence du phosphate de magnésie dans les os et sur une nouvelle méthode pour en extraire l'acide phosphorique*; par M. Gregory. 7° *Cas d'empoisonnement par l'acide prussique*; par MM. Hicks et Waterworth. 8° *Recueil d'observations*; par M. Th. Mayo. 9° *Coup à l'épaule suivi d'un symptôme rare*; par M. Gollier. (Une luxation de l'épaule avait eu lieu; mais la malade (femme de 26 ans) pouvait à son gré la réduire, puis la reproduire, par le seul jeu des muscles. Un bandage et six semaines de repos au lit la guérirent. Aucun autre détail n'est donné par l'auteur.) 10° *Aiguille à hémorrhoides*; par M. Childs. 11° *Accouchement compliqué de hernie recto-vaginale*; par M. Metgs. (Le travail restait stationnaire, à cause de la tumeur herniaire qui obstruait le passage. On la réduisit avec les doigts: la tête prit alors la place des viscères déplacés, et l'accouchement eut lieu sans autre difficulté.) 12° *Observations cliniques de chirurgie*; par M. Meade. 13° *Perforation de l'estomac, avec des symptômes obscurs du côté de la poitrine*; par M. Barlow. 14° *Remarques sur les pertes séminales*; par M. Benj. Phillips. 15° *Vice de conformation du cœur et empoisonnement présumé par la noix vomique*; par M. A.-S. Taylor. 16° *Observations pratiques sur les diverses formes de dyspepsie*; par M. Dick. 17° *Cas de leucorrhée chronique traitée par l'oxide d'argent*; par M. Allnatt. (Il s'agit ici de l'emploi de l'oxide d'argent à l'intérieur. On avait vanté cette préparation comme ne donnant pas lieu à la coloration noirâtre de la peau à laquelle expose l'administration du nitrate d'argent. Il résulte d'une discussion entre MM. Allnatt, Lane et Eyre, que cet accident est aussi arrivé avec l'oxide d'argent. Mais, disent ses fauteurs, les propriétés curatives de ce remède sont si actives qu'il n'est jamais besoin de prolonger son emploi pendant assez longtemps pour qu'on ait à craindre de voir la coloration de la peau survenir.) 18° *Quelques remarques sur l'emploi du trocart et de la canule dans l'opération de la trachéotomie*; par M. Cock. (L'auteur ne propose de ponctionner la trachée avec un trocart qu'après avoir incisé les couches extérieures.) 19° *Notes sur la physiologie de l'ovaire dans l'espèce humaine*; par M. Ritchie. 20° *Sur quelques points de la physiologie et des maladies de l'œil*; par J. Jago. 21° *Sur la pathologie du système nerveux*; par M. Rowland. 22° *Avortement criminel provoqué par des moyens mécaniques*; par M. Macpherson. (On trouva dans l'abdomen une tige de bois de cinq pouces et demi de long, pointue à l'une de ses extrémités et comme cassée à l'autre. L'utérus avait été traversé de part en part et une entéro-péritonite suraiguë s'était déclarée. La mort arriva seize heures après la blessure. L'utérus s'était débarrassé du produit de la conception.) 23° *Traitement de l'empoisonnement par l'acide prussique; affusions froides abondantes; guérison*; par M. Th. Taylor. 24° *Observations pratiques sur les maladies simulées*; par M. Grant Calder. 25° *Remarques sur la manière de constater la proportion des substances solides que l'urine contient*; par M. Golding Bird. 26° *Enfant bicéphale né à terme*; par M. Wickens West. 27° *Considérations sur la nature et sur l'analyse chimique de quelques-uns des principes constituans du sang*; par M. Griffith. 28° *Considérations sur la persistance du canal artériel et le resserrement de l'aorte thoracique, ainsi que sur le procédé selon lequel le canal artériel s'oblitère naturellement*; par M. Norman Chevers. 29° *Guérison à la suite de plusieurs blessures, compliquées probablement d'une fracture de la base du crâne*; par M. J. Stuart. 3° *Modification au procédé ordinaire pour l'application des cautères*; par M. Geoghegan.

OBSERVATIONS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE HYDRO-CYANIQUE; par M. POOLEY.

Les journaux anglais offrent très fréquemment le récit de cas d'empoisonnement par l'acide hydro-cyanique; les suivans nous paraissent avoir assez d'intérêt pour que nous les reproduisions ici d'une manière abrégée.

OBS. I. — M. H..., médecin, revenant de faire de nombreuses visites, très fatigué et éprouvant une vive douleur dans la poitrine, prend dans sa pharmacie la fiole où est l'acide hydro-cyanique et passe dans une pièce voisine pour en boire une petite dose destinée à le calmer, et comme il paraît qu'il l'avait déjà fait plusieurs fois et dans le même but; mais la domestique qui se trouvait là l'entendant chanceler se précipite dans la même pièce et le voit tomber, lâchant de la main une fiole d'une once, à demi-pleine d'acide hydro-cyanique de la force de celui de Scheile, et garnie de son bouchon. Elle crie et appelle au secours, et en moins de cinq minutes le frère du malade, médecin lui-même, se trouvait auprès de lui. La respiration se faisait encore et l'on distinguait le pouls au poignet; mais, malgré l'emploi des moyens les plus appropriés, la mort arriva en quelques minutes, et sans aucun cri ni aucun symptôme.

A l'autopsie, on trouva tous les membres raidis et toutes les parties déclives colorées en rouge très foncé et disposé par taches. Le poumon droit, d'une couleur très foncée, contenait un liquide semi-brunâtre, sans odeur remarquable, et la plèvre droite renfermait au moins 8 onces d'une sérosité citrine. Le poumon gauche, presque exsangue, contenait peu d'air et de sang et était très fortement adhérent à la plèvre costale. Le cœur était petit, contracté; ses vaisseaux étaient dilatés par le sang; et celui de l'intérieur, qui distendait la cavité, n'offrait pas la moindre trace de coagulation ni d'odeur de l'acide prussique. L'estomac contenait environ 15 onces d'alimens à moitié digérés et qui avaient à la fois l'odeur que présentent les alimens à cette époque de la digestion et celle des amandes amères assez reconnaissable; la muqueuse gastrique était à l'état normal et conserva une forte odeur d'acide prussique après qu'on eut enlevé toutes les matières alimentaires. Les intestins étaient, ainsi que le cerveau et ses membranes, à l'état normal; mais les vaisseaux et les sinus étaient remplis d'un sang liquide très foncé, et qui n'avait pas la moindre trace de l'odeur de l'acide prussique.

Bien qu'on n'ait pu constater exactement la quantité d'acide qui avait été prise, cependant il est à remarquer que la mort, arrivée en moins de dix minutes, n'a pas empêché le sujet d'appliquer le bouchon sur la fiole, et n'a été ni accompagnée ni précédée d'aucun cri ni d'aucun mouvement convulsif.

Le cas suivant offre plus d'intérêt encore; car une personne, qui a pu rendre exactement compte de ce qui était arrivé était présente au moment où le poison fut avalé.

OBS. II. — Le 21 mars, le docteur Hicks, appelé à la hâte pour un cas d'empoisonnement, trouve une jeune femme de 22 ans tout à fait insensible, couchée sur le dos, les dents serrées, l'écume à la bouche et la figure presque violette; la respiration était lente, laborieuse et à de longs intervalles; le pouls avait disparu et les battemens du cœur étaient à peine sensibles. Les paupières, en partie fermées, laissaient cependant les yeux faire une forte saillie, comme s'ils eussent été chassés de l'orbite, tandis que les pupilles étaient dilatées et insensibles à la lumière. Tout le corps était soumis à des contractions si violentes que la tête semblait ensevelie entre les épaules, et que les bras étaient complètement contournés par l'action des pronateurs. Il n'y avait ni emprosthotonos ni opisthotonos. — Le docteur attribua, dans un premier mouvement, cet état à une attaque d'épilepsie; mais l'absence du pouls et la faiblesse des battemens du cœur lui rappelèrent bientôt qu'il y avait là quelque chose de plus, et bientôt il apprit que les premiers symptômes avaient apparu au moment où la malade venait de prendre une dose d'un médicament qui, à l'odeur, lui fit connaître qu'il contenait de l'acide prussique. Aussitôt des affusions froides sont appliquées sur la tête, et on cherche à administrer à l'intérieur de l'eau-de-vie et de l'ammoniaque; mais on ne put en introduire qu'une très petite quantité, en raison de l'état de contraction ou de paralysie des muscles de la déglutition. Pendant ce temps, la respiration devenait de plus en plus rare, et la malade expira dix minutes après l'administration des premiers secours. On apprit alors du père de cette jeune fille, qui lui avait vu boire la dose du liquide, qu'aussitôt qu'elle l'eut avalée étant assise, elle se leva, jetant ses bras au dessus de sa tête, faisant entendre une espèce de ronflement, mais non un cri, puis resta ainsi une ou deux secondes, se mit ensuite à courir en avant l'espace de deux yards, et tomba la tête la première sur le sol, pour ne plus se relever, et continuant de faire entendre un bruit plaintif. Pendant cinq minutes, sa respiration était celle d'une personne affectée d'angine couenneuse. Les côtes semblaient avoir été fixées par un spasme tétanique des muscles. Il ne se passa pas plus de vingt minutes depuis le moment où le poison fut pris jusqu'à celui de la mort.

AUTOPSIE QUATRE-VINGT-DIX HEURES APRÈS LA MORT. Au moment où l'on ouvre la poitrine, une forte odeur d'acide prussique saisit immédiatement et plutôt par la constriction qu'elle produit sur la gorge que par l'odeur elle-même. L'estomac contient 2 onces d'alimens mal digérés et ayant une forte odeur d'a-

cide prussique. Tous les autres organes n'offrent rien d'anormal. Le sang des cavités du cœur est complètement fluide et d'une couleur très foncée. On constata par l'analyse que les matières trouvées dans l'estomac contenaient de l'acide prussique, et que le médicament qu'avait pris la jeune fille, et qui était une lotion destinée à l'extérieur, contenait pour 4 onces de liquide, 155 milligrammes d'acide prussique anhydre, et comme elle n'en avait pris que le quart, la quantité d'acide prussique anhydre introduite dans l'économie n'a donc été que d'environ 40 milligrammes.

HÉMATÉMÈSE SUIVIE DE MORT POUR AVOIR AVALÉ UNE PIÈCE DE MONNAIE EN CUIVRE; par M. DICKEN.

Un mois de santé presque parfaite s'est écoulé entre l'ingestion du corps étranger et le début des accidens; ceux-ci, une fois établis, ont amené la mort en quarante-huit heures; enfin, l'autopsie est venue démontrer la lésion, cause de la terminaison funeste : voilà les principales circonstances qui rendent le fait suivant digne d'intérêt.

OBS. — Un enfant, âgé de 10 ans, jouait avec des pièces de monnaie qu'il lançait en l'air en les recevant ensuite dans la bouche, lorsque l'une d'elles (une demi-pence) glissa dans son gosier et fut avalée. Malgré les efforts les plus violens qu'il put faire pour la rendre, elle passa dans l'estomac. Cet accident arriva le 16 janvier 1845. Un médecin, ne voyant aucun symptôme pressant, douta de la réalité du fait qu'on lui annonçait. Il se borna à donner, durant plusieurs jours, des purgatifs huileux; mais néanmoins on ne retrouva pas la pièce dans les selles. L'enfant continua, comme par le passé, à aller à l'école, se plaignant seulement quelquefois de poids et de malaise vers l'épigastre, principalement du côté droit, ainsi que d'un sentiment de distension qui se prononçait surtout trois ou quatre heures après le repas. Il resta dans le même état jusqu'au 12 février, que le soir, un moment après s'être mis au lit, il sentit tout à coup une douleur et vomit à l'instant une quantité considérable de sang artériel liquide. L'hémorrhagie continua par intervalles toute la nuit, et ne put être arrêtée que par l'émétique donné à doses assez fortes pour déprimer l'action du cœur.

Le 13, l'hémorrhagie reparut. Elle durait déjà depuis longtemps, lorsque le petit malade dit qu'il sentait quelque chose qui passait de l'estomac dans les boyaux. Le sang s'arrêta alors; mais l'amendement ne fut que passager. Une nouvelle hémorrhagie se manifesta, et l'enfant mourut dans la soirée du 14, complètement épuisé et anémique.

AUTOPSIE. Corps pâle à l'extérieur. En ouvrant l'estomac, on aperçut une ulcération circulaire de la membrane muqueuse, ayant exactement l'étendue de la pièce de monnaie, mais située à une grande distance de l'orifice pylorique. Les parois ne présentaient au pourtour aucune apparence de vascularisation, ni aucune trace d'inflammation dans le reste du viscère. La demi-pence fut retrouvée à la fin du colon, d'où on la retira facilement. Il n'existait aucune autre lésion dans tout le canal intestinal.

REMARQUES SUR LES PERTES SÉMINALES; par M. BENJAMIN PHILLIPS.

Le travail que nous allons analyser n'est autre chose que les conclusions déduites par l'auteur de 109 cas de pertes séminales qui ont été soumis à son observation. Tout n'est pas neuf dans ces remarques, et tout n'y est peut-être pas non plus démontré. Mais elles sont le fruit de l'observation; c'est dire que, dans les erreurs mêmes qu'elles renferment, il y a un germe d'instruction dont le lecteur trouvera certainement à tirer parti.

Sur les 109 malades observés par M. Phillips, 84 avaient moins de 22 ans; 97 avouaient s'être masturbés et rapportaient à cette habitude l'origine de leur mal. Tous, il est vrai, affirmaient n'y être plus adonnés depuis plus ou moins longtemps; mais l'auteur, dans beaucoup de cas, croit avoir eu de bonnes raisons pour douter de l'exactitude de leur déclaration. Parmi les malades qui n'ont pas avoué cet antécédent, les pertes séminales purent être rapportées, chez 4, à l'irritation produite par un phymosis congénial, chez 2 à une irritation du rectum, chez 2 autres à l'abus des rapports sexuels, et chez 1 ou 2 à un rétrécissement de l'urètre.

Parmi les jeunes gens au dessous de 20 ans affectés de pertes séminales, le plus grand nombre disait n'avoir jamais vu de femmes. Voici, dit M. Phillips, comme les choses se passent chez ces malades. Après l'âge de la puberté, ils enflamment leur esprit par des lectures lascives dont le souvenir vient sans cesse leur retracer l'image des plaisirs de l'amour. Beaucoup d'entre eux se livrent aussi à la masturbation. Sous l'empire de ces deux influences, l'une morale, l'autre physique, une irritation locale permanente s'établit. Les testicules, au lieu de rester dans un état modéré de repos, sont incessamment stimulés, la sécrétion spermatique devient continuelle; les vésicules séminales sont distendues, et si l'éjaculation n'a pas lieu assez souvent pour les débarrasser du liquide qui s'y accumule, celui-ci se fait jour d'une autre manière. C'est alors que surviennent ces émissions par l'urètre d'un liquide filant et transparent à la fin de l'excrétion des matières fécales. L'imagination des malades s'en affecte singulièrement en général. M. Phillips pensait autrefois que ce n'était réellement pas du sperme, mais il a changé d'opinion et dit que si on examine ce liquide au microscope, on y découvre des animalcules spermatiques. Il est plus aqueux que la liqueur séminale; mais cela ne prouve pas qu'il n'en soit pas; car l'on comprend bien que la partie la plus liquide du sperme contenu dans les vésicules est celle qui en est chassée le plus facilement par la pression des matières stercorales contre ces réservoirs pendant l'excrétion alvine.

La cure de ces symptômes comprend deux indications: d'abord tenir les testicules dans le repos en substituant de nouvelles idées aux désirs qui occupaient l'esprit, puis vider les vésicules séminales en permettant de temps en temps les rapports sexuels; et, pour atteindre ce but, rien ne vaut mieux que le mariage. Il est vrai que les malades de cette classe se laissent difficilement persuader de la justesse de ces règles; ils se regardent comme complètement impuissans. Mais, dit M. Phillips, malgré leurs observations et leur résistance, je n'ai jamais hésité à leur conseiller le mariage. Souvent ils allèguent que déjà ils ont essayé leurs forces viriles, et que l'expérience n'a point tourné à leur honneur, soit parce que l'érection restait imparfaite, soit parce que l'éjaculation fut prématurée. Mais ceci, continue l'auteur, n'altère point ma conviction. Quand un homme tente le rapprochement à titre d'épreuve, il ne le fait qu'avec une défiance extrême de ses facultés; et s'il est presque sûr d'avance d'un échec, il échouera toujours. Mais, après le mariage, il se débarrasse peu à peu de cet excès de sensibilité qui l'a d'abord rendu impuissant; il est enfin vainqueur, et un seul triomphe détruit à jamais la crainte qui enchaînait ses forces (1).

L'influence de l'état moral se traduit quelquefois par des exemples vraiment surprenans. Un homme, âgé de plus de 40 ans, vint consulter M. Phillips. Il était bien portant et ses organes génitaux paraissaient dans l'état naturel. Jusqu'à l'âge de 20 ans, il avait eu des érections comme tous les jeunes gens. Il s'adonna alors à la masturbation, et eut des pertes séminales qui revenaient la nuit à l'occasion de songes lascifs. A cette époque, il lut Sauvages, dans lequel il trouva un passage qui, à son sens, semblait indiquer que les pertes séminales telles qu'il les éprouvait condnisent à l'impuissance. Depuis lors, il devint par le fait radicalement impuissant. Le matin, en s'éveillant, il y avait presque toujours une érection complète; mais dès qu'il était bien éveillé l'érection cessait pour ne plus reparaître que le lendemain de la même manière.

Lorsque les malades sont tellement préoccupés de leur état que tout raisonnement demeurerait inutile pour les convaincre, on est bien obligé de leur ordonner quelques remèdes; mais il faut alors les prévenir que leur effet ne se produira qu'au bout de plusieurs mois, et qu'il pourra même manquer s'ils n'ont pas soin de chasser, durant ce temps, toute pensée relative à leur prétendue impuissance.

Si, en passant une bougie dans l'urètre, on rencontre un point plus sensible près du vérumontanum que dans le reste du canal, on peut espérer beaucoup de la cautérisation de ce point.

SUR LA PERSISTANCE DU CANAL ARTÉRIEL ET SUR LE PROCÉDÉ SUIVANT LEQUEL IL S'OBLITÈRE NATURELLEMENT; par M. NORMAN CHEVERS.

Peu satisfait des explications que les auteurs donnent sur le mode d'oblitération du canal artériel, M. Chevers propose la suivante que nous reproduisons d'après le texte même.

Il existe en contact immédiat avec les restes du canal artériel un arrangement de parties bien connu et très remarquable. Le pneumo-gastrique fournit le récurrent laryngé gauche presque au niveau du point où le ligament artériel part de l'aorte. Dans son trajet ultérieur, ce nerf embrasse le canal dont il s'agit, et presse évidemment sur lui en haut, de manière à ce qu'une anse nerveuse complète est formée là autour de l'aorte. J'ai été conduit à penser que cette disposition a un rapport intime avec l'oblitération du canal artériel. Cette idée m'a été suggérée par le fait suivant. Tout anatomiste sait que l'aorte offre invariablement à sa face interne une petite marque transversale dans la partie inférieure de sa courbure descendante; cette marque correspond à deux ou trois lignes environ au-dessous de l'insertion du ligament ou canal artériel. En ce point l'intérieur du vaisseau est ordinairement irrégulier et la portion centrale de la place désignée renferme fréquemment une petite ossification aplatie. Aucune marque transversale semblable n'existe dans l'artère pulmonaire (2). Or le nerf récurrent est exactement appliqué à l'extérieur de

(1) Cette question a déjà été traitée par M. Civiale. Quoique ses conseils soient à peu près les mêmes que ceux donnés par M. Phillips, le lecteur trouvera intérêt à comparer l'une à l'autre l'expérience des deux chirurgiens sur un sujet où il est si facile de dogmatiser, mais si difficile de guérir. (Voy. GAZ. MÉD., 1841, p. 590.) (NOTE DU RÉDACT.)

(2) On regarde en général cette marque comme produite par le travail d'oblitération spontanée du canal artériel. Mais pourquoi son oblitération ne laisse-t-elle pas une trace semblable du côté de l'artère pulmonaire? Pourquoi ce vés-

l'aorte contre cette marque. Le rapport est même si parfait qu'une lancette qui traverserait l'aorte de l'intérieur à l'extérieur au niveau de ce point irait certainement diviser le nerf récurrent. D'après cette observation, la pensée me vint que la pression ou tout au moins la présence du récurrent était la cause d'oblitération du vaisseau. Selon Craigie et d'autres autorités, il commence en effet à se fermer d'abord dans le lieu de son embouchure avec l'aorte. Il est aussi très intéressant de remarquer que le nerf récurrent qui agit pour l'inspiration et pour le cri est l'un des premiers nerfs qui entrent en exercice après la naissance; et c'est à partir de ce même moment que le canal artériel commence à se resserrer. A chaque inspiration suivante, le larynx s'élève entraînant avec lui le récurrent; et l'anse que celui-ci forme autour de l'aorte devient chaque fois plus serrée.

Au moment où j'écris ces remarques, je lis un cas rapporté par le docteur Rœmer de Vienne et dont les détails semblent parfaitement confirmer mon hypothèse. Ce médecin trouva sur un officier autrichien, âgé de 45 ans, l'aorte oblitérée dans l'étendue d'un pouce et demi à son point de jonction avec le canal artériel. Il ajoute que : « le nerf laryngé récurrent gauche était considérablement alongé, et le cercle qu'il décrit autour de l'aorte correspondait au point oblitéré de ce vaisseau. »

Tout n'est pas sans doute absolument à rejeter dans la théorie de M. Chevers, quelque gratuite qu'elle paraisse au premier coup d'œil. Nous terminerons cet extrait de sa communication en rapportant deux cas de persistance du canal artériel, observés par lui. Sur une femme adulte qui mourut de phthisie pulmonaire, ce canal était de moitié environ plus long qu'à l'état normal, et il admettait une sonde conductrice ordinaire. Le passage du sang de l'artère pulmonaire à l'aorte était empêché par une petite masse de végétations qui, fixées au pourtour de l'entrée du canal dans l'artère pulmonaire, faisaient là l'office de soupape. Un courant sanguin tenu aurait pu passer en sens contraire, c'est-à-dire de l'aorte à l'artère pulmonaire. On n'avait pas remarqué de cyanose chez cette malade à part la lividité de la face dans les derniers accès de suffocation qui précédèrent la mort.

Le second cas est celui d'un jeune homme qui mourut de pneumonie. On trouva l'artère pulmonaire en contact avec l'aorte à l'endroit où le canal artériel existe ordinairement. Les deux vaisseaux communiquaient en ce point par une ouverture circulaire irrégulière de près de deux lignes de diamètre. Ce malade avait eu un peu de lividité de la face. L'aorte était considérablement resserrée au-dessus de l'ouverture de communication.

MODIFICATION AU PROCÉDÉ ORDINAIRE POUR L'APPLICATION DES CAUTÈRES; par M. GEOGHEGAN.

Si l'on examine attentivement le mode d'agir de la potasse caustique mise en contact avec la peau, on voit qu'elle ne pénètre pas l'épiderme sur une surface uniforme, mais par petites places isolées qui ne se réunissent entre elles que vers la fin de l'opération. De là, des souffrances plus prolongées pour le patient. M. Geoghegan propose de placer d'abord un vésicatoire de la dimension que l'on veut donner à l'exutoire. La potasse caustique appliquée ensuite sur la surface préalablement dénudée produit son effet en un laps de temps qui ne dépasse pas trente minutes. On évite aussi de cette manière d'étendre involontairement la cautérisation au delà des limites qu'on s'était proposées.

III. THE MEDICAL TIMES.

Les numéros d'avril, mai et juin 1845 renferment les travaux originaux suivans : 1° *Sur la maladie de Bright*; par M. Corrigan. 2° *Sur les maladies des femmes*; par M. Rigby. 3° *Pathologie de l'expectoration*; par M. Wright. 4° *Cas de rupture du cœur*; par M. Brown. (Rupture spontanée.) 5° *Résurrection des enfans morts-nés*; par M. W. Close. (L'auteur recommande l'insufflation pulmonaire pour laquelle il préfère l'air atmosphérique par à celui que le médecin souffle avec sa bouche.) 6° *Sur les maladies de l'utérus et des ovaires*; par M. Lewins. 7° *De la paralysie, avec perte de la parole*; par M. Sayle. 8° *Cas de somnambulisme naturel et de catalepsie, traités par l'hypnotisme; suivi de remarques sur les phénomènes qui se présentent pendant le somnambulisme naturel et pendant celui qui est produit par des moyens artificiels*; par M. James Braid. 9° *Sur la vaccination*; par M. Robert Lewins. 10° *Considérations sur l'hydrophobie, avec un cas de guérison*; par M. Hooper. 11° *Recherches originales sur les sinus frontaux, avec des remarques sur leurs rapports avec les dogmes de la phrénologie*; par M. W. Hamilton. 13° *Plaie empoisonnée faite par un poisson*; par M. Clarke. (Un matelot se baignant à Port-Louis, île Maurice, sentit une douleur subite au pouce gauche. Aussitôt le membre se tuméfia, pouls rapide, délire. De petites plaies situées à intervalles réguliers les unes des autres existaient sur le pouce. Leur cautérisation avec le nitrate d'argent restant sans effet, et les symptômes toxiques empirant toujours, on fit plusieurs scarifications sur le membre malade, et, au moyen de fomentations chaudes, on en obtint une grande quantité de sang. En même temps, on donnait le camphre et l'opium à l'intérieur. Le blessé guérit. Les habitans de l'île connaissent parfaitement le poisson dont la morsure produit ces accidens.) 14° *Observations de la pratique particulière*; par M. Evan Thomas.

CONSIDÉRATIONS SUR L'HYDROPHOBIE, AVEC UN CAS DE GUÉRISON; par M. HOOPER.

Le fait qui soit est l'un de ceux qui méritent le plus d'être portés à la connaissance des médecins, l'un de ceux dont les annales de l'art n'ont malheureusement que trop peu d'occasions d'enregistrer les analogues; c'est un cas de rage bien caractérisée et terminée par la guérison. Il est fâcheux (si l'on peut, en présence d'un si beau résultat, exprimer un semblable regret) que les agens médicinaux auxquels a été due cette réussite ne soient que des remèdes déjà maintes fois employés sans succès dans la même maladie, l'opium et le mercure. C'est à ce dernier médicament que l'auteur anglais rapporte tout l'honneur de la cure.

Obs. — Dans le mois de septembre 1825, dit M. Hooper, je fus prié un vendredi à onze heures du soir de voir un nommé Piper, garçon de 16 ans, qui avait été mordu trois semaines auparavant par un chien atteint d'hydrophobie. Ce même chien avait aussi mordu un homme qui se fit immédiatement exciser par un chirurgien la partie compromise, et une vache, un cochon et un chien, lesquels devinrent tous enragés. Le chien cause de tous ces accidens avait été enchaîné à l'écurie, et c'est là que Piper fut mordu par lui au bras. Il consulta un vétérinaire qui lui fit prendre quelque breuvage soi-disant spécifique. La morsure non cautérisée se cicatrisa promptement sans aucun autre accident.

Depuis quelques jours cependant le pauvre garçon manifestait de l'agitation. La veille du jour où je le vis, il s'était plaint de démangeaison dans la cicatrice et on l'avait vu plusieurs fois la frotter. Il avait ensuite témoigné de l'horreur pour les liquides et n'avait plus pu ni boire ni manger. Lorsque je fus introduit auprès de lui, il était dans un violent paroxysme, et se débattait de côté et d'autre malgré les efforts de quatre personnes occupées à le retenir. Il était agité de spasmes violens; sa contenance était horrible à voir. Sa bouche écumait; une abondante salive visqueuse s'en écoulait. Les assistans comparaient ses cris aux hurlemens d'un chien. Il cherchait à mordre ceux qui le contenaient. L'attaque dura environ six minutes; pendant ce temps, le pouls avait une rapidité telle qu'on ne pouvait en compter les battemens; dès que l'accès cessait, l'agitation et le spasme disparaissaient, il reprenait ses sens et la suite de ses idées. Il nous avertissait alors de nous tenir sur nos gardes pour n'être pas mordus par lui, ce qu'il eût été, disait-il, désolé de faire, mais ce dont il n'était pas sûr de pouvoir s'empêcher dans les momens où le mal empirait. De temps en temps, il se plaignait de soif, de douleur à l'estomac, d'un resserrement autour de la poitrine. Un domestique ayant versé derrière lui de l'eau dans un vase, ce bruit détermina un spasme. Dans l'intervalle des attaques, ses nerfs restaient excessivement sensibles. Le moindre bruit dans la chambre, les pas qu'il faisait, le mouvement de ses jointures, le plus léger courant d'air, une porte s'ouvrant, l'augmentation ou la diminution de la lumière, une ombre projetée sur le mur redoublaient ses angoisses. La vue d'un gobelet de verre amena un accès. Une douleur à l'épigastre alternait avec une autre douleur qu'il ressentait dans la partie mordue. La cicatrice était rouge, mais sans solution de continuité. On sépara ses mâchoires en introduisant un morceau de bois entre les molaires. Je lui fis avaler deux drachmes de laudanum et autant d'esprit de camphre; puis ensuite 5 décigr. de calomel mélangé avec du miel. On fit dans les aisselles et aux cuisses une friction avec 3 drachmes d'onguent mercuriel pour chaque région. Au bout d'une heure, on renouvela la dose de camphre et de laudanum.

Une heure du matin. Les accès ont diminué d'intensité. On donne 4 grammes de laudanum et autant d'esprit de camphre; 12 sangsues à l'épigastre.

Deux heures. Il est plus tranquille, libre de douleurs. On lui demande s'il veut boire : « Oh non! s'écria-t-il; oh! ma poitrine est serrée! » La cicatrice du bras s'est ouverte; il en sort un peu de liquide.

Quatre heures. Il ne dort pas; il a des pressentimens de mort, ne souffre point. Il n'y a pas la moindre tendance au délire, quoiqu'il ait pris 300 gouttes de laudanum. Il n'a pas eu d'accès durant une heure.

Cinq heures. Il s'endort jusqu'à neuf heures. En s'éveillant, on lui présente de l'eau qu'il boit sans difficulté. On donne des pilules avec le mercure et l'aloès, et une mixture avec la magnésie calcinée, la manne, la teinture de jusquiame et le camphre.

Six heures du soir. La salivation a commencé. Il a dormi presque tout le jour et a transpiré. Il a pris un peu de gruau.

Le lendemain matin, la salivation était bien établie. On cessa le mercure; il y eut plusieurs selles brunâtres. A sept heures du soir, moins de soif, pouls à 95;

Lige ne consiste-t-il qu'en une simple ligne transversale et non pas en une dépression circulaire comme dans les autres cas de ce genre? (NOTE DE L'AUTEUR.)

il ne se plaint que de faiblesse, a mangé un peu de pudding et boit sans répugnance.

Le lundi, il retourna chez lui convalescent, quoique le ptyalisme persistât.

M. Hooper a revu ce malade un an après sa guérison; il le traita à cette époque d'une affection des voies digestives.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE.

MODE D'ACTION DES MÉDICAMENS EXTERNES.

M. Edouard Lemaitre, médecin à Rabodanges, adresse un travail intitulé: Nouvelles recherches sur le mode d'action des médicamens dans le traitement des plaies, des ulcères, dartres, cancers, et de toutes les maladies externes, ainsi que des écoulemens de toute nature, et en particulier sur l'emploi du nitrate de plomb comme agent de désinfection et de cicatrisation dans un grand nombre de ces affections.

L'auteur s'est demandé d'abord si c'est sur les solides ou sur les fluides qu'agissent les agens chimiques qu'on emploie dans le traitement des maladies externes.

Pour arriver à ce but, et résoudre cette importante question, il a cru devoir préalablement faire des expériences sur les différens principes qui constituent le sang, le sérum, la fibrine et la matière colorante. Il a examiné attentivement ce qui se passe à la surface d une plaie qui parcourt régulièrement ses périodes de cicatrisation. Il a étudié également ce qui s'y passe quand on la couvre de topiques propres à favoriser la formation de la cicatrice. Enfin, il a étudié l'action des médicamens dont les propriétés sont généralement reconnues dans la pratique médicale, ainsi que l'action de ceux qui produisent des effets contraires; c'est-à-dire qui, loin de favoriser la cicatrisation, semblent au contraire s'y opposer.

Les recherches et les expériences de M. Lemaître l'ont conduit à cette conclusion, que c'est l'albumine du sérum du sang qui joue le principal rôle dans les maladies internes et externes; que c'est elle, seule, qui s'organise pour former les cicatrices et toutes les transformations de tissus: que c'est elle enfin qui se décompose dans la formation du pus.

C'est sur elle qu'agissent les acides et les alcalis, ainsi que les sels à base métallique ou à réaction acide. C'est en la liquéfiant ou en la coagulant qu'on obtient la guérison dans la plupart des maladies, et que l'on prévient ou qu'on arrête la putréfaction et l'infection des surfaces ulcérées, et lorsqu'on n'agit pas sur l'albumine, on ne doit se proposer d'autre but que d'exciter ou de calmer le système nerveux pour régulariser les actions vitales.

L'auteur examine successivement l'action des acides minéraux, des sels à base métallique sur l'albumine; la coagulation de l'albumine par la chaleur et par l'alcool; le mécanisme de la cicatrisation des plaies, des ulcères et des affections catarrhales; le mode d'action des agens chimiques dans le traitement des écoulemens et ulcères, la formation du pus et de la putréfaction à la surface des plaies, etc.

Quant à la désinfection des plaies par l'application du nitrate de plomb, l'auteur la considère comme un moyen capable de rendre les plus éminens services.

Ce sel n'est pas le seul qui jouisse de la propriété d'arrêter la putréfaction. Tous ceux qui précipitent l'albumine jouissent de cet avantage à un plus ou moins haut degré, tels que les nitrates d'argent, de mercure, de zinc, de fer, les sels à base d'albumine, l'acétate de plomb; mais il a sur tous les autres l'avantage de décomposer les chlorures et les sulfates, et de précipiter l'albumine sans irriter les plaies. Il est d'autant plus précieux qu'il peut être employé à l'état liquide et à l'état solide. A l'état liquide, en dissolution concentrée entre 15 et 25, et à l'état solide en le fondant et en le coulant dans une lingotière comme le nitrate d'argent, et l'employant en crayon dans un grand nombre de circonstances.

GOÎTRE ET CRÉTINISME EN ALGÉRIE.

M. Guyon envoie une note sur le goître et le crétinisme en Algérie. Le goître s'observe de temps à autre en Algérie, à Bougie, à Constantine et dans quelques autres points que nous occupons dans le voisinage des montagnes, mais seulement sur des indigènes provenant de ces montagnes.

Tout porte à croire que le goître est connu dans les grandes montagnes de l'intérieur; mais ces montagnes sont encore inconnues.

De toutes nos positions algériennes, il n'en est qu'une seule, Blidah, qui soit en puissance de produire le goître. Comme tous les pays goîtreux, celui-ci se fait remarquer par le pittoresque de sa position comme par l'abondance et la vigueur de la végétation.

Les habitans de Blidah ont généralement le cou épais, empâté, la thyroïde développée. Ce sont surtout les femmes qui offrent cette disposition morbide. Des goîtres bien développés et assez nombreux, eu égard au chiffre de la population, s'observent à Blidah.

M. Guyon ne pense pas que des crétins y soient jamais nés; mais, comme dans toutes les localités goîtreuses non en puissance de produire le crétinisme, on y rencontre bon nombre d'idiots.

Un seul crétin jusqu'à ce jour a été vu par lui en Algérie; il se présenta à Bougie en 1839.

STRUCTURE ET MOUVEMENS DU COEUR.

M. le docteur Parchappe, de Rouen, adresse pour le concours de physiologie expérimentale un mémoire accompagné de planches sur la structure et les mouvemens du coeur.

M. Flourens, en rendant compte de ce travail, insiste sur une des vues de l'auteur, celle qui consiste à regarder l'oreillette comme le siége de contractions actives. — M. Magendie proteste contre cette opinion, qu'il juge mal fondée. Il n'a, dit-il jamais vu dans ses expériences l'oreillette se contracter; elle aurait, suivant lui, un rôle tout à fait passif.—M. Flourens défend l'opinion de M. Parchappe: il a vu, lui aussi, la contraction auriculaire.

— M. Frédéric Moullet a remis un mémoire intitulé: Des êtres en général et de l'être organique en particulier, considéré sous le rapport de ses fonctions physiologiques. C'est un travail presque tout métaphysique et qui n'est pas susceptible d'analyse.

— Enfin, MM. Chauffard, d'Avignon, et Sédillot, de Strasbourg, adressent la liste de leurs titres à l'appui de leur candidature pour la place de correspondant vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE.

M. Durand de Caen lit un mémoire intitulé: Sur la tendance des racines à chercher la bonne terre.

Existe-t-il dans les racines, ainsi que plusieurs physiologistes l'ont dit et le disent encore, une tendance à chercher la bonne terre ou plutôt par ce mot doit-on entendre une sorte d'instinct qui leur ferait franchir de grandes distances, tourner d'impénétrables obstacles pour atteindre telle ou telle terre, etc.? Telle est la question qu'il examine dans ce mémoire et qu'il résout par la négative.

Les expériences de l'auteur le conduisent à repondre ainsi à ces deux questions:

1° S'il faut aux plantes pour vivre et se développer de l'eau, de l'acide carbonique, de l'oxyde d'ammonium, du carbonate ou de l'azotate d'ammoniaque, sources d'oxygène, d'hydrogène, de carbone et d'azote, il leur faut aussi des substances minérales dont les qualités et les quantités doivent se trouver en rapport avec les racines de la plante, rapport qui est constant pour une plante donnée. En conséquence, la bonne terre n'est qu'une chose relative.

Les racines ne cherchent point la bonne terre. Placées sur la limite de deux milieux, dont l'un contient toutes les matières dont elles ont besoin, et dont l'autre ne renferme que des substances qu'elles ne peuvent absorber, elles ne se dirigent pas plus vers le premier que vers le second; elles ne s'accroissent en longueur et en diamètre qu'en raison du milieu dans lequel elles se trouvent; la cause de cet accroissement est dans la nutrition des racines elles-mêmes; leur direction dans un sens plutôt que dans un autre est la conséquence de quelque modification dans cette fonction et leur organisation.

—M. Vallée adresse des notes additionnelles à son quatrième mémoire sur la théorie de l'oeil. Ces notes sont relatives, l'une à l'examen des effets de la non homogénéité du corps vitré sur la vision des images réfléchies et réfractées, servant de complément à la théorie de ces images, la seconde à un phénomène d'astronomie qui paraît s'expliquer par les effets dont il s'agit dans la note précédente.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

ENTÉRO-HYSTÉROCÈLE.

M. Capuron fait un rapport sur un travail de M. le docteur Lechaptois (de Bolbec), intitulé: entéro-hystérocèle, et relatif à un cas de déchirure avec renversement complet de l'utérus.

Il s'agit d'une femme qui après la perte de son mari éprouva une suppression des menstrues. Elle néglige une légère hernie vaginale qui fait des progrès et cause de grands changemens dans la cavité abdominale, d'où résultent des douleurs, des spasmes, des contractions musculaires, etc. M. Lechaptois, appelé, trouve la masse intestinale qui est flottante sur les genoux de la malade, et qui est sortie par la matrice déchirée et renversée. Il roule aussitôt l'intestin, le réduit dans l'enceinte abdominale et l'y maintient Mais après cette réduction la malade, quoique dans un état désespéré, va mieux le lendemain, et après trois mois de convalescence et de guérison presque complète, elle est atteinte d'une pneumonite à laquelle elle succombe. Point d'autopsie, les parens s'y étant opposés.

Le rapporteur fait plusieurs remarques sur cette observation. Il en cite une autre qui ressemble beaucoup à celle-là.

Conclusions. Adresser une lettre de remercîmens à l'auteur, et inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant (Adopté).

PRODUCTION PILIFORME DE LA LANGUE.

M. Landouzy met sous les yeux de l'Académie une production anormale de la langue ayant toutes les apparences d'un appendice pileux. Il s'agit d'un médecin qui, après une pleurésie aiguë, fut pris d'une récidive de la même maladie, dont il guérit. Vers les derniers temps de sa maladie on fut frappé, en examinant sa langue, de la trouver noire et comme recouverte d'une forêt de poils, ou du moins d'une production analogue à des poils. Il était presque inces-

samment occupé à les arracher tantôt avec des pinces, tantôt en raclant avec un couteau.

M. Landouzy, ayant fait des recherches à cette occasion, n'a trouvé que deux observations du même genre, l'une rapportée par Meckel, l'autre consignée dans les ouvrages de Portal.

Il donne à cette production le nom de production piliforme, sans préjuger sa nature et uniquement à cause de sa ressemblance avec des poils; il pense que ce sont des productions de l'épithélium analogues aux productions épidermiques.

M. Delens: Depuis plusieurs années j'ai entre les mains des poils qui ont été recueillis sur la langue d'un malade que j'ai vu avec notre collègue M. Méller. C'est une production épidermique qui recouvre les papilles de la langue.

M. Piorry: Je demande la parole.

M. le Président: Je crois qu'au lieu d'engager immédiatement une discussion sur cette communication, il serait plus convenable de renvoyer la note de M. Landouzy à une commission pour en faire l'objet d'un rapport verbal, et d'ajourner la discussion à cette époque.

M. Velpeau pour une motion d'ordre: On doit agir à l'égard d'un correspondant comme à l'égard d'un membre titulaire; il y aurait inconvenance à faire autrement. Je demande que la discussion continue.

M. le Président: En ce cas j'accorde la parole à M. Piorry.

M. Piorry: Je n'ai pas suffisamment vu les pièces pour me prononcer sur la nature de la production dont il s'agit. Je me bornerai donc simplement à une réflexion sur ce sujet: c'est que, ainsi que je l'ai exprimé il y a longtemps dans le Dictionnaire des sciences médicales, les papilles de la langue sont extrêmement serrées les unes contre les autres et se terminent en petites pointes très aiguës. Or, je crois que la salive, se desséchant couche par couche sur l'extrémité de ces petites papilles, peut à la longue finir par constituer ces petits prolongemens qui ont l'apparence de poils.

M. Blandin voudrait qu'on examinât ces productions à la loupe ou au microscope. Il doute que ce soient des poils; il penche plutôt à penser comme M. Delens, que c'est une production de l'épithélium.

M. Bégin: Eu égard à la grande analogie de cette production avec les poils, je crois qu'il importe d'en faire un examen attentif, sans quoi l'on ne saura jamais sur quoi on discute. Je demande qu'on renvoie la pièce à une commission.

M. Landouzy: Je me suis empressé de dire en commençant que je ne croyais pas que cette production fût constituée par de véritables poils; je l'ai appelée piliforme uniquement par analogie. J'ai prié M. Donné de l'examiner au microscope, et il m'a dit n'y avoir point reconnu la texture des poils.

M. le Président: M. Landouzy consentant à ce qu'une commission soit nommée, je prierai MM. Blandin, Piorry et Delens d'examiner cette pièce et d'en faire l'objet d'un rapport à l'Académie.

— A quatre heures, l'Académie s'est formée en *comité secret*. Cet séance a été entièrement consacrée à la discussion du rapport de M. Falret, relatif aux ouvrages envoyés au concours ouvert, il y a deux ans, sur le traitement des maladies produites par la surexcitation nerveuse. (Prix Civrieux.)

Les conclusions de la commission, qui mettait en première ligne les numéros 11 et 17, et en deuxième ligne les numéros 5 et 2, ayant été adoptées, le président a rompu les enveloppes sous lesquelles étaient cachés les noms des compétiteurs, a proclamé les résultats suivans:

Prix: Consistant en une médaille d'or de la valeur de 1,200 fr.

Ex æquo. M. H. Landouzy, professeur à l'École de médecine de Reims, etc., auteur du mémoire n° 11.

— M. Brachet, chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc., auteur du mémoire n° 17.

PREMIÈRE MENTION HONORABLE.

M. le docteur Emile Marchand, de Ste-Foy (Gironde).

DEUXIÈME MENTION HONORABLE.

M. le docteur de Renzi, de l'Université de Naples.

On ne remarquera pas sans intérêt que c'est la troisième fois que M. Landouzy obtient une médaille d'or au concours Montbyon. M. Brachet avait obtenu une fois aussi cette honorable distinction.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LES CATARACTES ANCIENNES OPÉRÉES AVEC SUCCÈS; communiquée par M. le docteur Tavignot.

J'ai lu avec le plus grand intérêt l'observation publiée par M. Serre, dans le dernier numéro de la Gazette Médicale, d'un malade affecté depuis soixante ans d'une cataracte et qui a été opérée avec succès. Ce fait, comme tout fait rare, est digne de fixer l'attention; il prouve jusqu'à l'évidence que l'ancienneté d'une cataracte n'est jamais par elle-même une contr'indication d'opérer. Théoriquement, en effet, on serait disposé à admettre que la rétine, ayant depuis longtemps cessé de fonctionner, doit finir par perdre peu à peu la faculté d'être impressionnée par la lumière jusqu'à ce qu'il s'en suive une paralysie complète et définitive. Cette opinion paraît au premier abord assez fondée; car lorsqu'on observe comment agit sur l'organe de la vue un séjour longtemps prolongé dans un lieu profondément obscur, on voit souvent que la rétine est devenue de moins en moins sensible à l'impression de la lumière et qu'une amblyopie ou même une amaurose en est la conséquence.

Ces faits sont aujourd'hui bien démontrés et personne n'ignore que les prisonniers que l'on renferme dans des cachots où la lumière n'arrive jamais sont exposés au genre d'accidens dont nous parlons. Dernièrement encore j'ai eu l'occasion de voir un ex-officier de l'armée de don Carlos, qui, ayant été fait prisonnier de guerre, passa trois ans dans les cachots du gouvernement espagnol et en sortit avec une faiblesse extrême de la vue qui persiste encore aujourd'hui nonobstant les traitemens qu'il a suivis.

On ne saurait récuser l'analogie qui existe entre cet ordre de faits et celui qui a trait aux malades affectés depuis longtemps d'une double cataracte; car, à supposer même que l'on attribue les troubles de la vision moins à l'obscurité en elle-même qu'au passage brusque d'un lieu sombre dans un lieu éclairé, les circonstances sont encore à peu près les mêmes, puisqu'il parait assez difficile d'éviter complètement la première impression de la lumière sur un œil que l'on vient d'opérer. Et cependant les résultats sont bien différens.

Sans doute il est encore facile de comprendre, lorsqu'un œil est affecté seul de cataracte depuis dix, vingt ou trente ans, que l'œil du côté opposé, continuant à fonctionner, entretienne en quelque sorte son congénère dans une espèce d'éréthisme physiologique en vertu de ce lien sympathique qui lie intimement les deux yeux dans l'état normal comme dans l'état pathologique.

Mais quand les deux yeux sont affectés simultanément et depuis longtemps d'une opacité complète du cristallin, cette explication n'est plus admissible.

Nous pensons que la persistance de la faculté visuelle de la rétine, alors même que l'œil a cessé de fonctionner pendant un nombre d'années, soixante ans par exemple, comme cela a eu lieu dans le fait de M. Serre, tient exclusivement aux conditions particulières dans lesquelles se trouvent les malades affectés de cataracte. Nous avons parlé tout à l'heure de l'analogie qui paraissait exister entre les sujets plongés pendant longtemps dans des lieux obscurs et ceux qui ont des cataractes. Et nous avons dit que cette analogie venait naturellement à l'esprit lorsqu'on avait à opérer un de ces derniers après vingt ans, ou quarante ans de cécité. Pourtant cette prétendue analogie n'est pas exacte, et en l'établissant, on ne tient pas exactement compte de l'état où se trouvent les personnes atteintes de cataracte. Sans doute, lorsque l'opacité est complète et générale, la vision est abolie; mais l'impression de la lumière ne l'est pas pour cela, et les rayons lumineux, moins nombreux, si vous le voulez, et modifiés par le corps opalin qu'ils trouveront, n'en arrivent pas moins à la rétine et jouent, par rapport à l'excitabilité physiologique de cette membrane, le même rôle qu'ils remplissaient dans l'état normal de l'appareil oculaire. Les malades affectés de cataractes, sans autres complications, distinguent toujours sûrement le jour de la nuit, la lumière des ténèbres.

Ainsi, et d'après ces seules considérations, il ne faut pas abandonner à elles-mêmes les cataractes très anciennes et les considérer comme n'étant pas susceptibles d'être suivies, après l'opération, d'un rétablissement de la vue. Nous ajouterons, et c'est cette considération surtout qui nous a engagé à écrire ces quelques lignes, qu'on ne peut conserver à cet égard le moindre doute. L'ancienneté de la cataracte, qu'elle existe d'un seul côté ou qu'elle se rencontre des deux, n'ajoute rien aux chances favorables que présente toute opération de cataracte convenablement pratiquée. Le fait de M. Serre n'est pas, sous ce rapport, un fait exceptionnel, dans l'acception propre du mot; on aurait tort de le considérer comme tel, car il perdrait ainsi beaucoup de sa valeur. Ce fait a, en ophthalmologie, ses analogues, et en parcourant les détails consignés dans le travail du savant professeur de Montpellier, nous avons été surpris de l'étonnement qu'il a éprouvé lorsqu'il a vu son opération couronnée de succès. M. Serre n'avait pas espéré être aussi heureux; cela est évident, et il l'avoue avec franchise. Nous croyons, nous, qu'il devait avoir, *à priori*, un peu plus de confiance dans l'opération qu'il tentait dans de pareilles conditions; et c'est afin que, par la suite, les chirurgiens qui partagent les mêmes craintes sans avoir la même hardiesse ne reculent pas devant les conséquences d'une opération semblable, que nous avons pris la liberté d'ajouter au fait bien remarquable et bien probant qu'a rapporté le chirurgien de Montpellier quelques autres faits à peu près semblables, je dis à peu près, car je crois, en effet que la cataracte opérée par lui est la plus ancienne de toutes celles que nous connaissons. On comprend cependant fort bien que, passé un certain nombre d'années, dix ans, par exemple, le chiffre n'importe plus guère; car si la rétine a pu rester un pareil espace de temps privée de la faculté de voir, sans rien perdre néanmoins de sa sensibilité, il n'y a plus de raisons

pour qu'elle ne conserve pas bien plus longtemps encore ses propriétés normales.

Les faits de ce genre sont nombreux; mais il nous suffira, pour donner une démonstration satisfaisante, de faire choix d'une dizaine d'entr'eux, ayant tous les caractères de l'authenticité.

1° Cataracte d'un jaune foncé de l'œil droit, avec perte de la vue de ce côté depuis douze ans. Du côté opposé, la cataracte était plus récente; elle datait de neuf à dix mois. Abaissement pratiqué des deux côtés avec succès. — Maître-Jan, Traité des maladies de l'œil, p. 206.

2° Cataracte de l'œil gauche existant depuis plus de douze ans; celle de l'œil droit était plus récente. Extraction pratiquée avec succès. — Wenzel, Traité de la cataracte, p. 113.

3° Double cataracte datant d'une quinzaine d'années, avec cécité complète depuis cette époque. Il s'agissait dans ce cas, remarquable encore sous d'autres rapports, de deux cataractes noires, qui furent guéries par l'extraction. — Pellier, Mém. et obs. sur l'œil, p. 227.

4° Cataracte de l'œil droit développée depuis quinze ans. Extraction pratiquée avec succès. — J. Janin, p. 242.

5° Cataracte de l'œil gauche datant de dix-huit ans, et qui abolit en quelques mois la vue de ce côté. Dix ans plus tard, l'œil droit s'affecta à son tour. L'extraction pratiquée eut un résultat immédiat satisfaisant; mais il se forma, deux mois après, une cataracte secondaire du côté gauche. — Pellier, p. 301.

6° Double cataracte congénitale sur un sujet de 22 ans. L'extraction fut exécutée avec succès, et la malade, après les momens nécessaires pour l'éducation du sens de la vue, a pu jouir des bienfaits de l'opération. — J. Janin, Mém. et obs. sur l'œil, p. 213.

7° Double cataracte congénitale sur un jeune homme de 23 ans. Extraction; guérison. — J. Janin, p. 161.

8° Cataracte de l'œil droit, avec occlusion de la pupille, datant de 26 ans. Œil gauche présentant une opacité générale de la cornée. Etablissement d'une pupille artificielle à droite, avec extraction du cristallin. Rétablissement de la vue. — J. Janin, p. 224.

9° Cataracte de l'œil gauche depuis trente ans; l'œil droit était perdu. Abaissement pratiqué avec succès. — Maître-Jan, p. 213.

10° Cataracte datant de quarante-cinq ans d'un côté, et de six ans seulement, de l'autre. Extraction pratiquée avec succès. — Pellier, p. 226.

Ainsi que l'on vient de le voir, ces faits sont aujourd'hui classiques en ophthalmologie, et ils ne permettent plus au praticien de s'arrêter, dans l'opération de la cataracte, devant l'ancienneté de la maladie.

Opération de cataracte datant de quarante-quatre ans; suivie du rétablissement de la vue; par M. le docteur Dubois, de Neuchâtel (Suisse).

Obs. — Mlle Em. Mont., âgée de 49, de constitution lymphatique vint me consulter au mois de juillet 1841 pour l'œil gauche dont la vue diminuait sensiblement depuis quelques mois. Quant à son œil droit, elle n'en voyait plus du tout depuis l'âge de cinq ans à la suite d'une vive inflammation. Cet œil droit présentait un léger albugo sur le milieu de la cornée et une cataracte capsulo-lenticulaire non adhérente.

Mlle Mont. avait toujours attribué la cécité complète de cet œil droit à la *tache* qu'elle y voyait et fut fort surprise quand je lui annonçais que l'on pouvait rendre la vue à cet œil par une opération, en attendant que la cataracte fut assez formée dans l'œil gauche.

Je pratiquai te 13 juillet l'opération de la cataracte par déplacement sur cet œil droit.

La malade vit immédiatement après l'abaissement du cristallin, et cette sensation fut assez vive ou même douloureuse pour causer une grande émotion et des accidens nerveux.

Pendant les sept semaines que Mlle Mont. resta en traitement, j'eus beaucoup de peine à habituer l'œil opéré à la lumière. Malgré toutes les précautions, il survint à plusieurs reprises des douleurs atroces dans l'œil, causées chaque fois par un rayon de lumière trop vif entré dans la chambre de la malade, qui comparait ses souffrances à celles d'un coup de couteau dans l'œil.

Des applications réitérées d'un grand nombre de sangsues et de compresses glacées soulagèrent chaque fois l'opérée, et au bout des sept semaines elle put s'en retourner chez elle, voyant assez bien de l'œil droit pour lire et faire des ouvrages de dame.

Il y avait donc quarante-quatre ans que cet œil était atteint de cécité, et la vue s'est pourtant rétablie autant que le permettait le léger albugo.

Au mois de mai de 1842, Mlle Mont. vint se faire opérer l'œil gauche, dont la cataracte avait eu le temps de mûrir. L'opération eut un plein succès, et l'œil s'habitua facilement et en peu de temps à supporter le jour.

Il n'est pas nécessaire de dire que Mlle Mont. voit mieux à présent de l'œil gauche que du droit, grâce à la taie de ce dernier.

Quelques éclaircissemens sur la nature et les causes occasionnelles de la pellagre; communiqués par M. le docteur J.-F. Muller, médecin-praticien à Mayence.

Depuis longtemps déjà j'ai voué aux maladies de la peau une attention toute spéciale, non dans le but de bien déterminer leurs formes extérieures, mais de faire ressortir leur signification physiologique, c'est-à-dire d'observer avec exactitude les modifications que subit l'organisme tout entier pendant le cours de ces maladies et les changemens qu'elles déterminent dans le rapport d'organe à organe, pris individuellement. En me plaçant à ce point de vue, j'ai cru pouvoir parvenir à éclairer ce qu'il y a encore de problématique et d'incertain dans nos connaissances sur la nature intime et les causes des exanthèmes. En effet, l'examen des exanthèmes aigus de la peau sous toutes leurs formes, celui des enveloppes muqueuses de l'œil (ophthalmie blennorrhagique, égyptienne, syphilitique, des nouveau-nés), celui des voies aériennes (angine pharyngée, laryngée, trachéale, pectorale, membraneuse), de la muqueuse intestinale (dysenterie, choléra), du péritoine (fièvre puerpérale), m'a constamment fourni les résultats suivans:

Avant l'invasion de la fièvre la sécrétion urinaire avait diminué, et l'urine était plus pâle et plus aqueuse qu'à l'état normal; au début de la fièvre elle était en quantité encore moindre, mais plus colorée. Chez beaucoup de malades la salive devenait âcre, corrosive et occasionnait des stomacaces. L'intestin sécrétait souvent des matières à réaction alcaline, plus ou moins liquides, et, outre le sentiment général d'abattement dans les membres, les malades accusaient une sensation désagréable de pesanteur dans la région des reins. Après l'éruption, la sécrétion de l'urine augmentait de nouveau, reprenait sa coloration claire, sans réaction alcaline, et enfin, au moment de la desquammation, elle redevenait trouble, chargée de phosphate de chaux.

Prenant en considération l'importance majeure de la sécrétion urinaire la plus abondante de toutes, et dont les produits ne peuvent, sans danger pour la santé et pour la vie, être reportés dans le torrent circulatoire; ayant égard en outre à l'étroite connexion qui existe entre les reins et les autres glandes ainsi que le système cutané, je fus porté à présumer (et j'en ai même personnellement la conviction) que la cause fondamentale, essentielle des exanthèmes était un vice, un dérangement quelconque de la sécrétion ou de l'excrétion urinaires; que des principes destinés à être éliminés par les urines, étant retenus ou reportés dans la masse des humeurs, y déterminaient un mouvement de fermentation; que l'organisme, réagissant contre ce mouvement, cherche à suppléer au vice de sécrétion ou d'excrétion urinaire par le moyen d'autres glandes ou du système cutané, et que dans cette inversion fonctionnelle il se développe, sous l'influence de causes externes ou de prédispositions intérieures, différentes formes morbides.

Ces considérations que nous venons d'émettre ont déjà servi à nous former une conviction. Le traitement des exanthèmes, basé sur cette manière de voir, a changé cette conviction en certitude. En effet, en cherchant au début de la maladie à rétablir et régulariser l'uropoëse, j'ai fait souvent avorter l'éruption, ou au moins j'en ai beaucoup diminué l'intensité.

En étendant nos observations aux exanthèmes chroniques avec dyscrasie et au scorbut, j'ai constaté également l'influence du vice de sécrétion urinaire: la thérapeutique n'a fait que confirmer ma manière de voir, et j'ai acquis la conviction qu'aucun système de traitement n'est plus propre à débarrasser l'organisme des principes morbides que le système uropoëtique.

L'apparition récente de la pellagre (*lepra mediolanensis, lombardica, scorbutus alpinus*) dans le midi de la France me fait également présumer qu'une cause analogue, c'est-à-dire un dérangement de l'uropoëse, préside à la formation de cette terrible maladie. En voici la raison.

Les phénomènes généraux de l'ischurie suppléée (*Isch. suppleta*) s'annoncent par une altération des humeurs, dont les caractères spécifiques peuvent être reconnus dans les produits des membranes séreuses et muqueuses et ceux des glandes. Ces produits de sécrétions sont augmentés, âcres, d'une odeur urineuse. Ils déterminent souvent des gonflemens, des ulcérations, etc.; on les désigne en pathologie sous les noms de flux salivaire, lacrymal ou de flux intestinal âcre et colliquatif; d'autres fois ce sont des productions morbides qui se développent sur ces muqueuses buccale, palatine ou intestinale; d'autres fois enfin, le gonflement des glandes parotides et sous-maxillaires. Très souvent ces différentes affections entraînent à leur suite une éruption cutanée quelconque. Au début de ces phénomènes ou pendant qu'ils se manifestent dans la vie végéta-

tive il arrive souvent que le système nerveux est atteint, ce qui s'annonce par de la céphalalgie, des vertiges, du délire, etc.

Parmi les causes déterminantes de suppression de la sécrétion urinaire les principales sont celles qui dérangent les fonctions de la peau; viennent ensuite l'inflammation des reins, l'usage d'alimens âcres ou corrompus, etc.

Ce sont précisément ces phénomènes qui précèdent et accompagnent la pellagre. Cette maladie se manifeste sous des influences analogues, et notre manière de voir, qui attribue la pellagre à une maladie préexistante des reins, trouve une nouvelle confirmation dans l'existence constante d'une douleur dans la région lombaire. Dans cette maladie comme dans celles que j'ai précédemment énumérées, la sécrétion urinaire est réduite au minimum. L'urine est toujours trouble. La sécrétion de la peau est diminuée; cette membrane est recouverte d'un enduit gras, fétide, gluant.

D'après ces considérations je me crois en droit d'attribuer l'origine de la pellagre à un dérangement de l'uropoèse et consécutivement à une altération des humeurs; et de proposer une thérapeutique ayant pour base de rétablir la normalité de la sécrétion urinaire.

Comme moyens curatifs je proposerai en conséquence les diurétiques en général, et en particulier les balsamiques, le copahu, les cantharides, le camphre, etc.

Dans l'intérêt de la science je crois devoir appeler le contrôle de mes confrères sur les idées que je viens d'émettre; elles sont le fruit de recherches et d'investigations de tontes sortes poursnivies pendant nombre d'années. Cette vérification conduira peut-être à la découverte du rôle important que joue l'uropoèse dans l'économie en général, et pourra donner la clé de la nature souvent inexplicable des maladies cutanées, et d'un grand nombre de dyscrasies.

LETTRE SUR L'INFLUENCE DU MAÏS COMME CAUSE DE LA PELLAGRE; par M. DOZOUS, médecin à Lourdes.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans votre GAZETTE MÉDICALE, du 18 octobre 1845, que la pellagre est une maladie propre aux pays où le maïs sert exclusivement à la nourriture des populations. Si cette proposition était rigoureusement démontrée; si partout l'étude des faits la rendait évidente; si dans les populations qui trouvent toute leur alimentation dans les pâtes préparées avec la farine de maïs, cette maladie devait être fréquente, même commune, pourquoi n'en trouverait-on pas beaucoup de cas dans des départemens où les populations ont pour toute nourriture le maïs, nourriture de prédilection, sans laquelle elles croiraient ne pouvoir vivre?

J'exerce la médecine au milieu de populations nombreuses (24,000 ames) depuis vingt-trois ans, populations sobres, laborieuses, fortes, ne vivant que de maïs, fournissant toutes les années à l'armée de magnifiques soldats; eh bien! je n'ai pas encore rencontré un seul cas de pellagre. Je puis assurer que les maladies cutanées sont excessivement rares.

Ce ne sont pas les classes ouvrières de la société qui offrent ces affections, ce sont les classes aisées, celles livrées aux femmes et aux affections vénériennes.

Le virus syphilitique produit seul, par son action lente, continue, par ses diverses altérations, transformations, tous les désordres cutanés dont on parle et qu'on a tort d'attribuer à l'action d'une substance alimentaire aussi bienfaisante que le maïs. Si quelque médecin pensait que ce fût à ce régime alibile seul que la pellagre dût être attribuée, j'offre de lui faire voir ces nombreuses populations, au milieu desquelles je vis, être à l'abri de la pellagre, quoique travaillant beaucoup, se trouvant souvent mal logées et ne vivant que de maïs.

Veuillez, monsieur le rédacteur, insérer ma lettre dans votre journal, afin qu'un fait, qu'on tendrait à établir d'une manière positive, ne soit point accepté, et pour qu'une opinion erronée ne soit pas donnée comme une vérité; car si cette erreur se propageait elle pourrait avoir des résultats funestes, en privant de belles, de fortes populations de croyances salutaires, et en engageant des médecins, faciles à adopter le sentiment des hommes qui écrivent, à conseiller aux classes de la société, qui vivent des pâtes provenant du maïs, à n'en faire que rarement usage.

Croyez-le bien, la science ne saurait généraliser facilement des données aussi peu importantes que celles fournies par M. le docteur Roussel. Il faut, je crois, avant d'émettre une opinion, et la donner comme une vérité, avoir non quelques faits, mais des centaines de faits, faits pris partout, où la même cause devrait produire les mêmes effets.

J'oppose mon pays à ceux indiqués comme dévorés par la pellagre, et je le signale comme devant être dans toutes les conditions voulues (d'après les croyances de M. Roussel) pour la production de la dermatose indiquée, et cependant n'en offrant aucun cas, pouvant être attribué à l'alimentation fournie par le maïs.

Agréez, etc.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DE LA FOLIE, CONSIDÉRÉE SOUS LE POINT DE VUE PATHOLOGIQUE, PHILOSOPHIQUE, HISTORIQUE ET JUDICIAIRE, DEPUIS LA RENAISSANCE DES SCIENCES EN EUROPE JUSQU'AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE; par L.-F. CALMEIL. 2 vol. in-8°. — Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Si l'on pouvait douter de l'influence des idées dominantes d'une époque sur la fréquence et le caractère de la folie, la longue période historique qui comprend les quinzième, seizième, dix-septième et dix-huitième siècles serait là pour en témoigner. De même qu'Esquirol a pu voir la révolution française passer, pour ainsi dire, sons ses yeux, tristement écrite dans ces mille formes d'aliénation, où l'épouvante, la vue de spectacles horribles, une sorte d'ivresse sanguinaire, de grandes ambitions déçnes, la perte de la fortune, avaient jeté tant de malheureuses victimes; de même à la renaissance, au milieu des luttes ardentes de la liberté de conscience contre l'autorité, au milieu des combats sanglans, des excommunications, des bûchers, bien des têtes s'exaltaient jusqu'au délire, bien des cœurs se dégradaient jusqu'à la perversion radicale et incurable des sentimens les plus sacrés de l'humanité. Tout le monde sait quel a été l'élément dominant de la civilisation à cette époque: c'est l'élément religieux. Mais pour comprendre comment cet élément remuait si profondément la société et la jetait dans de si étranges égaremens, il faut se rappeler la phase de développement à laquelle il était parvenu aux quinzième et seizième siècles. La scholastique avait fait son temps, ou peu s'en fallait. Toutes les pointes de sa dialectique s'étaient émoussées contre les armes solidement trempées du philosophisme naissant. La grande querelle du nominalisme et du réalisme commençait à s'apaiser; mais elle avait communiqué une immense impulsion à l'esprit de controverse, et si la voix d'un Abeilard ou d'un Occam ne retentissait plus, le principe d'autorité défendu par l'église ne s'en trouvait guère mieux; car la parole était maintenant donnée à Ramus, à Jordano-Bruno, à Vanini, à Campanella, et Bacon et Descartes n'étaient pas loin. Il ne faut pas oublier non plus qu'au quinzième siècle le problème chrétien était aussi le problème social; qu'il ne s'agissait pas seulement, comme depuis la constitution du pouvoir civil, dans une sphère voilée et sur les hauteurs de la société, mais qu'il pénétrait forcément dans les masses, dont il affectait d'une manière directe les intérêts.

De cet état de choses sont sortis, au point de vue qui nous occupe, deux résultats. Le premier est que la folie de ce temps-là a eu un caractère presqu'exclusivement religieux. Là où l'on se livrait aux discussions les plus subtiles et les plus violentes à la fois sur l'essence divine, la théomanie prenait nécessairement naissance. La démonopathie avec ses mille formes devait fleurir là où l'intervention du démon dans les affaires du monde était de foi théologique. Sous l'appréhension continue de cet hôte étrange, l'imagination populaire croyait voir partout les traces de sa malice. On n'avait pas trop de peine à comprendre qu'il pût vous transformer momentanément en loup: de là la lycanthropie; ou bien se loger dans votre corps et vous communiquer l'appétit de la chair humaine: de là l'anthropophagie. N'était-ce pas lui encore qui, homme, femme ou bouc, incube ou succube, se glissait la nuit dans la couche des moines, des religieuses, de tous les ascétiques, et mettait leur vertu à de cruelles épreuves? Tout cela était parfaitement conforme aux idées du temps; tout cela était donc croyable, logique, nous dirions presque raisonnable. Le diable en avait fait bien d'antres!

Le second résultat d'aussi vives préoccupations religieuses a été le caractère épidémique de la folie. Un exemple un peu saillant, éclatant dans une localité, mettait le feu, pour ainsi dire, aux imaginations déjà échauffées et la même forme d'aliénation se propageait comme un incendie. Il faut lire dans l'ouvrage de M. Calmeil la longue liste de ces épidémies de folie dans lesquelles de malheureuses victimes des hallucinations les plus singulières, des femmes surtout, par centaines, par milliers, venaient s'accuser, en face même du supplice, celles-ci d'avoir mené des danses lubriques avec le démon, celles-là d'avoir cohabité avec lui; les unes d'avoir égorgé et mangé les petits enfans; les autres d'avoir fait partie de bandes de sorciers, etc., etc. Un exemple entre mille, emprunté à M. Calmeil (t. II, p. 149), peut servir à montrer combien est prompte et efficace l'influence épidémique de ces espèces d'aliénations, qui touchent par leur racine aux croyances populaires. Un homme nommé Er-

nouf se livrait souvent à des actions ridicules ou déraisonnables : il lui arrivait de faire des grimaces, des contorsions involontaires, de pousser des cris aigus et subits. Interrogé par le bailli de La Haye-Dupuis, il accusa plusieurs personnes de l'avoir maléficié. L'affaire, conduite par le parlement de Normandie, ayant fait beaucoup de bruit, un ménétrier de village, nommé Baville, signala, à son tour, une nouvelle bande de sorciers, qu'il prétendait avoir rencontrés la nuit au milieu des forêts. Deux cent soixante-cinq témoins furent entendus; cinq cent vingt-cinq personnes de tout âge, de tout sexe, de toutes conditions, furent sur le point d'être compromises. Eh bien! à peine le bruit se fut-il répandu que le diable rassemblait ses élus dans certains endroits de la commune ou des paroisses limitrophes, qu'un nombre considérable de campagnards se prirent à déraisonner sur tous les sujets relatifs à la sorcellerie.

Une étude curieuse à faire, et qui met de plus en plus en relief l'influence du travail de la civilisation sur la production de la folie, consiste à suivre, à travers les quinzième, seizième, dix-septième et dix-huitième siècles, les différentes espèces de folies épidémiques, en regard des transformations successives des élémens sociaux. Au quinzième siècle, quand le philosophisme n'avance encore qu'avec ménagemens, modéré dans ses prétentions, incertain lui-même de sa route et de son but; quand le peuple n'a pas encore entendu discuter devant lui ses croyances les plus enracinées, les folies religieuses épidémiques ne sont pas encore bien fréquentes. Elles pullulent au seizième siècle; c'est l'époque de la réformation; c'est l'époque de Ramus, de Bruno, de Telesio, de Vanini, c'est-à-dire des prédications ardentes, des témérités de la pensée, et surtout des persécutions. Les épidémies sont encore fréquentes dans la première moitié du dix-septième siècle; elles sont le contre-coup et comme les dernières ondulations du terrible mouvement qui avait agité le siècle précédent. Mais, à partir de ce moment, quand la pensée est décidément émancipée, quand elle s'intronise dans des académies, à Londres, à Paris, à Berlin; quand Louis XIV ose résister au parlement qui demandait la mort des sorciers, vous voyez la folle religieuse diminuer rapidement de fréquence et d'intensité. Il est vrai qu'au commencement du dix-huitième siècle vient se placer une des plus graves épidémies de théomanie convulsive dont l'histoire fasse mention; nous voulons parler des *trembleurs des Cévennes*. Mais cela même vient confirmer les données précédentes; car personne n'ignore que cette épidémie prit sa source dans une recrudescence d'agitation religieuse, produite par la révocation de l'édit de Nantes.

Toute la partie historique de l'ouvrage de M. Calmeil, sa description des épidémies, l'indication de leurs rapports avec les principaux événemens politiques, forme, par l'heureux agencement des faits, le bon goût de l'érudition, la concision du récit, l'attrait du style, une des plus attachantes lectures que puisse se donner le médecin philosophe. Mais le mérite du livre n'est pas là tout entier; il n'est même pas là principalement, et nous le trouvons plutôt dans les chapitres intitulés *Théories*, qui précèdent, pour chaque siècle, l'exposition des faits. Il était facile de prévoir que les théories successives dont la folie épidémique avait été l'objet, avaient reçu, comme la folie elle-même, l'empreinte des idées et des croyances dominantes. Mais ce n'en était pas moins un beau et difficile travail que celui de reconnaître dans les documens et de suivre dans ses transformations cette empreinte mobile. M. Calmeil s'est acquitté de cette tâche d'une manière qui fait honneur à la fois à sa sagacité, à son jugement, à sa conscience et à ses habitudes laborieuses. Rappeler après lui toutes les explications des théologiens et des médecins, l'origine ou religieuse, ou psychologique, ou physiologique, ou solidiste, ou vitaliste de ces explications, faire connaître les réflexions dont il les accompagne, serait entrer dans une voie beaucoup trop longue, où, voulant tout voir, on ne verrait rien que dans un vague extrême. Cependant, pour ne pas laisser cette analyse trop incomplète, nous présenterons comme le résumé imparfait de la partie philosophique de l'ouvrage les considérations suivantes :

Dans le premier siècle de la période historique dont nous nous occupons, la théorie de l'estase, de l'épilepsie, de l'hystérie, n'occupe guère que les théologiens, et la puissance séculière ne fait qu'obéir à ses décisions. Or, comme le remarque M. Calmeil, de quelque côté que les théologiens portassent leur regard dans les traditions du passé, sacrées ou profanes, qu'ils consultassent les vrais oracles de la foi, l'opinion des principaux philosophes, ou des poètes, les croyances populaires ou le témoignage des sens, à peu près constamment il se trouvait que la question de l'existence des esprits et de la possibilité de leur apparition avait été résolue par l'affirmative. Ceci admis, ils raisonnaient sur les puissances surnaturelles de la même manière et avec autant de raison apparente qu'on a raisonné sur les esprits animaux. Les démons se jouaient dans la substance cérébrale, et quand ils ne pouvaient pas y atteindre, ils manœuvraient sur les cordons nerveux, sur la corde du tympan, sur le globe de l'œil, et les malheureux qu'ils tourmentaient ainsi croyaient voir ou entendre, comme si les nerfs eussent transmis aux lobes cérébraux des perceptions tirées du monde extérieur. Au seizième siècle, cette théorie sort du clergé, s'élargit, se complète. Ce sont des magistrats, des écrivains, éminens par le savoir et par leur position sociale, qui professent que l'homme pactise avec le démon, qui croient aux stryges et aux lamies, au sabbat, aux loups-garoux, aux vampires, aux incubes. Au nombre des propagateurs de ces doctrines, on regrette de compter un Fernel et un Ambroise Paré, et l'on ne se console un peu qu'en voyant parmi leurs adversaires un Jean-Baptiste Porta et un Baillon. Mais le dix-septième siècle arrive et avec lui cette pléiade incomparable de savans, de philosophes, de poètes, qui éclaire si glorieusement la route de l'esprit humain. Cette fois la médecine offre un beau contingent. C'est Ch. Lepois, Sylvius, Sennert, Willis, les Bonet, qui repoussent toute intervention des puissances occultes, et ramènent les maladies convulsives ou délirantes du système nerveux dans le domaine de la physiologie pathologique. Félix Plater seul, malgré des opinions très avancées sur la physiologie cérébrale, accorde encore, dans quelques circonstances, aux esprits déchus le pouvoir d'intervenir dans les fonctions de l'organisme humain pour les troubler; et il soutient même que la folie démoniaque, tout en présentant le même ensemble de symptômes que la manie ou la mélancolie ordinaires, peut cependant en être distinguée par des signes à peu près certains. En dehors de la médecine, la démonologie est peu attaquée, mais aussi peu défendue; et le seul ouvrage important qu'on ait publié en sa faveur dans ce siècle, l'ouvrage de Pierre Delancre, remonte à 1613 et ne semble ainsi qu'un écho attardé du siècle précédent. Enfin, dans le dix-huitième siècle, pas une voix ne s'élève en faveur des causes surnaturelles, en tant que pouvant résider dans l'organisme vivant et intervenir dans ses fonctions; et les fanatiques de St-Médard ou des Cévennes ne sont plus pour les savans que des maniaques et des hallucinés. Ici commence dans l'ouvrage de M. Calmeil un exposé très détaillé de toutes les théories dont la pathologie mentale a été l'objet pendant le cours du dix-huitième siècle. Ici nous voyons en pleine anatomie et en pleine physiologie avec Vieussens, Pitcarn, Ridley, Stahl, Hoffmann, Perry, Fracassini, Baulin, Pierre Pomme, Morgagni, Sauvages, Lorry, etc. C'est là un voyage plein d'instruction et d'agrément que nous venons de faire pour notre propre satisfaction, et nous conseillons fort au lecteur d'en faire autant.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE, FONDÉ SUR DE NOMBREUSES OBSERVATIONS CLINIQUES; par M. F. BARRIER. Deuxième édition, revue et augmentée. 2 vol. in-8°.

Nous regrettons bien vivement que l'extrême abondance des matières ne nous permette pas de rendre un compte détaillé de cet ouvrage, comme nous nous l'étions proposé. Cependant nos regrets sont un peu atténués par cette circonstance, que le TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE, imprimé pour la première fois en 1841, est aujourd'hui connu de tous les praticiens, et a déjà reçu dans la science la place honorable qu'il méritait. La seconde édition que nous annonçons ne diffère pas beaucoup de la première. Le même plan y a été suivi; c'est dire que le caractère général du livre a été conservé; car ici, le plan n'est pas seulement une affaire de forme et de coordination, réglée pour la plus grande commodité de l'auteur et du lecteur; il est l'expression la plus générale et la plus saillante de la manière dont a été comprise l'étude des maladies; et, comme tel, il a dû recevoir et a reçu en effet l'empreinte de l'esprit éminemment pratique de M. Barrier. Les maladies y sont classées, non suivant leurs affinités de nature, mais suivant leur siége anatomique, et, au lieu que, sous le titre général *Phlegmasie*, par exemple, viennent se ranger toutes les affections inflammatoires du poumon, de la plèvre, du cœur, de l'estomac, etc., c'est sous le titre *Maladies des organes respiratoires*, ou *circulatoires*, ou *digestifs*, que se rangent toutes les affections, inflammatoires, gangréneuses, ou autres, de ces divers appareils. Cette classification est moins séduisante que la première; elle respire un certain empirisme qui est comme un aveu de l'imperfection de la science; car une science parfaite permettrait d'introduire la théorie dans la classification. Mais, à supposer qu'il n'y ait pas témérité à construire dès à présent sur ces bases un ouvrage de nosologie générale, il nous semble que le point de vue doit changer dès l'instant que l'étude se circonscrit à la spécialité. Que doit se proposer, en effet, un historien des maladies de l'enfance? Uniquement de spécifier les caractères qui différencient ces maladies de celles de l'âge adulte. C'est un travail de comparaison. Or, qu'y a-t-il à comparer, au point de vue pathologique, entre l'enfant et l'adulte ou le vieillard? Sont-ce les caractères de l'inflammation en général, de la tuberculisation en général? Ce peut être là, ce doit

être l'objet de quelques considérations préliminaires ou jetées çà et là dans l'occasion, et l'auteur n'y a pas manqué. Mais évidemment, l'objet principal d'un ouvrage de ce genre doit être de fonder, sur des bases fournies par l'observation et consolidées par la comparaison, une étiologie, une anatomie pathologique, une symptomatologie, mais surtout un diagnostic et un traitement spéciaux; de telle sorte que le praticien qui arrive auprès d'un enfant atteint d'une affection du thorax ou de l'encéphale, se trouvant en face de symptômes que l'adulte ne lui présente pas ordinairement, ne se déroute pas et sache reconnaître sous la nouveauté des symptômes, ou la pneumonie ou la méningite tuberculeuse. Et puis, quand, en pathologie, l'esprit s'applique à l'étude des ressemblances et des différences, que de phénomènes n'est-il pas obligé de noter, qui passeraient obscurément dans une nosologie générale, et qui prennent tout à-coup, sous le point de vue où on les envisage, une signification importante! Or, pour ce travail d'analyse comparative, il faut que l'esprit soit à l'aise dans le cadre qu'il s'est tracé; il faut qu'il puisse à l'instant, sans faire violence à sa classification, évoquer, rassembler, disgréger à volonté tous les élémens du problème; il faut, par exemple, qu'à propos des affections du poumon, il puisse mettre en regard toutes leurs formes anatomiques, carnifications, atélectasie, état granuleux, pneumonie lobaire, pneumonie lobulaire, etc.; toutes leurs formes symptomatologiques, les différences de traitement qui leur correspondent, etc. C'est ce que permet de faire la classification adoptée par M. Barrier; c'est ce qui ne nous paraît pas facile, du moins au même degré, avec l'autre méthode de classification.

Quant à l'exécution de cet ouvrage, ne pouvant, faute d'espace, en donner même une idée abrégée, nous nous contenterons d'indiquer les principaux changemens apportés dans cette seconde édition. Ils portent sur l'érysipèle et l'ophthalmie des nouveau-nés, sur l'ophthalmie scrofuleuse et l'otorrhée, sur la péritonite des jeunes filles, sur l'atélectasie, la gangrène et l'apoplexie des poumons, sur les affections vermineuses, les fièvres éruptives et le rachitisme. L'auteur a cru devoir supprimer un chapitre sur la nature des maladies scrofuleuses et tuberculeuses, chapitre qui était, en effet, un hors-d'œuvre et semblait donner un démenti à la tendance pratique que nous signalions tout à l'heure. La seule réflexion que nous puissions faire au sujet de ces différens changemens est qu'ils méritent l'approbation et qu'ils rehaussent notablement le mérite de l'ouvrage. Les additions en particulier, presque toutes tirées de l'observation personnelle, prouvent que M. Barrier, au milieu de ses fonctions chirurgicales, n'a pas délaissé l'objet de ses premières études et ne s'est laissé dépasser par aucun émule.

VARIÉTÉS.

SÉANCE DE RENTRÉE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

Lundi 3 a eu lieu la séance de reutrée de la Faculté; cette séance a offert un intérêt inaccoutumé. Outre la coïncidence de l'ouverture du nouveau musée d'anatomie comparée, M. Royer-Collard devait prendre la parole. On sait que l'honorable professeur est en proie depuis longtemps à une maladie cruelle, qui, sans rien lui faire perdre des belles facultés de son esprit, l'a retenu loin de ses collègues et du public médical. L'accueil qu'il a reçu lui a prouvé combien on a pris part à ses souffrances. Son émotion a été aussi vraie qu'elle a été sincèrement partagée. Dans le discours qu'il a prononcé d'une voix ferme et accentuée, il a répandu à profusion toutes les qualités qui le distinguent. Jamais il n'a été plus clair, plus élégant, plus fertile en pensées fines et ingénieuses. Il avait à faire l'histoire des travaux de M. Breschet; il a parlé de son collègue en homme de cœur, en savant, en philosophe. Cette lecture, plusieurs fois interrompue par la satisfaction de l'auditoire, a été suivie d'applaudissemens unanimes.

Après le discours de M. Royer-Collard, M. Blandin a proclamé les noms des lauréats.

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Grand prix (médaille d'or): M. Duclos (Michel), né à Tours (Indre-et-Loire), le 15 décembre 1822.

Premier prix (médaille d'argent), M. Escalier (Eugène-Alexis), né à Vierzonville (Cher), le 12 novembre 1821.

Deuxième premier prix, M. Verneuil (Aristide), né à Paris le 29 janvier 1821.

Premier second prix, M. Moutard-Martin (Eugène), né à Paris le 16 janvier 1821.

Deuxième second prix, M. Cahen Mayor, né à Paris le 20 janvier 1823.

Mentions honorables, MM. Guibourt, Monod.

PRIX DES SAGES-FEMMES.

Premier prix, mademoiselle Pingeaux.
Deuxième prix, mademoiselle Coupesse.

PRIX CORVISART.

Médaille d'or, M. Stuart Cooper (Écosse).

PRIX MONTYON.

Médaille d'or, M. Delpech (Auguste-Louis-Dominique), de Paris.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1846.

PRIX FONDÉ PAR MONTYON.

Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en une médaille d'or, sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les mémoires pour le prix de 1846 ne seront pas reçus passé le 1er août de la même année.

PRIX FONDÉ PAR CORVISART.

La Faculté a arrêté pour sujet du prix de clinique à décerner en 1846 la question suivante:

« Chercher, par des observations recueillies dans les cliniques médicales de la » Faculté à apprécier l'action des principales préparations de quinquina dans le » traitement des maladies. »

Du 15 août au 1er septembre 1846, chacun des concorrens remettra au secrétariat de la Faculté:

1° Les observations recueillies au n° du lit qui lui aura été désigné;
2° La réponse à la question proposée.

Les élèves en médecine prenant inscription à la Faculté sont seuls admis à concourir pour le prix Corvisart.

— La Faculté croit devoir rappeler aux concurrens que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Nota. Les noms des concurrens doivent être mis sous cachet.

Alfort, 2 novembre 1845.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Hier, dans le discours d'ouverture qu'il a prononcé à la première séance du congrès médical, M. Amédée Latour, secrétaire-général de la commission permanente, a jugé à propos de s'occuper de l'école d'Alfort pour signaler, pour blâmer avec commentaires son refus d'adhérer au congrès.

Cette sortie est d'autant plus difficile à comprendre qu'elle est, dans ce discours, un véritable hors-d'œuvre; car l'école, qui aurait pu alléguer de si graves raisons, s'est bornée à s'abstenir; or, en s'abstenant, elle a usé d'un droit, d'une liberté, qu'elle avait comme tout le monde? Pourquoi dès lors cette mercuriale de la commission qui semble, en lui reprochant publiquement d'en avoir usé, lui contester ce droit, cette liberté.

En principe donc, l'honorable secrétaire a fait une faute; dans la forme, il en a fait une plus grande encore. Il s'est attaqué, sans nécessité comme sans cause, devant un public nombreux, à un corps qui était, qu'il savait être absent. Est-ce bien? est-ce généreux? est-ce loyal? alors qu'il était couvert par un ordre du jour et un règlement qui ne permettaient à personne de répondre.

On comprendra que cela est d'autant moins digne que M. le secrétaire général associait ainsi la commission permanente aux petites rancunes personnelles de M. Amédée Latour, et donnait le congrès pour arène aux querelles particulières de la Gazette des Hôpitaux. En effet, comme je viens de le dire, l'école d'Alfort, qui avait tant à se plaindre de l'étrange conduite tenue à son égard, s'était bornée à ne pas adhérer. Elle n'avait rompu le silence que pour répondre par des faits et des dates à un article de la Gazette des Hôpitaux qui calomniait son abstention; et c'est à la Gazette des Hôpitaux seulement qu'elle s'était adressée par l'organe de son directeur.

Contrairement à toute justice, à toute loyauté, non seulement le rédacteur de ce journal n'a pas inséré un mot de cette réclamation, mais il vient de profiter de la position honorable que ses fonctions de secrétaire lui donnent dans le congrès pour renouveler ses attaques contre l'école, qui là non plus ne peut lui répondre.

J'ai pensé, monsieur le rédacteur, que je pourrais m'adresser à vous avec confiance pour vous prier de signaler ces faits à l'opinion publique médicale, si tant est que vous croyiez devoir l'en occuper.

Agréez, etc.

Le directeur de l'école d'Alfort,
Aug. Arnault.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

La Gazette Médicale a été adjugée lundi 10 novembre à M. le docteur Jules Guérin, au prix de 51,000 fr. Nous ferons connaître, dans le numéro du 29 de ce mois, les améliorations que nous comptons apporter dans les dispositions et la rédaction du journal.

— Nous publierons samedi prochain le résumé général des séances du congrès médical, et nous nous livrerons à une appréciation détaillée des principales conclusions votées par l'assemblée.

Nous dirons, à cette occasion, que M. le ministre de l'instruction publique, qui a assisté à la dernière séance du congrès, a pris l'engagement de présenter, à la session prochaine, une loi sur l'organisation médicale.

THÉRAPEUTIQUE.

Études cliniques sur l'emploi du kermès dans les maladies des voies respiratoires; résumé lu à la section de médecine de la Société helvétique des sciences naturelles, le 12 août 1845, par le docteur Herpin, vice-président de cette section et président de la Société médicale du canton de Genève.

Messieurs,

I.—En choisissant, pour sujet de lecture, dans cette savante réunion, un point de thérapeutique, j'ai été dirigé par le désir de vous occuper de la plus immédiatement utile des branches de notre art. J'y ai été probablement aussi entraîné par ce fait que, dans ce siècle au moins, à côté de belles recherches de physiologie (1) et de statistique (2), la thérapeutique semble être et avoir été l'objet de la prédilection des membres de la Faculté de Genève. Il me suffit, pour en donner la preuve, de citer les découvertes fécondes d'Odier (3) et de Coindet père (4), les travaux variés de notre collègue M. Lombard, et les études remarquables, quoiqu'elles n'aient pas été publiées, de Butini père et du docteur Prevost sur un grand nombre de médicamens.

(1) Docteurs Prevost et Chossat.
(2) Docteur M. d'Espine.
(3) Découverte du bismuth comme médicament et de l'emploi du tartre stibié comme altérant.
(4) Emploi de l'iode en médecine.

Feuilleton.

DU HASCHISCH (1).

De tout temps les hommes ont cherché des remèdes aux maux que la nature et la fortune leur prodiguent depuis l'enfance jusqu'au tombeau; ils s'efforcent de suivre le conseil d'Horace: *Ducere sollicitæ jucunda oblivia vitæ*, « charmer par un doux oubli les ennuis de l'existence. » La philosophie manquant d'efficacité dans le plus grand nombre des cas, ils ont eu recours à des moyens physiques capables d'élargir autant que possible la sphère de l'existence animale. Malheureusement ces moyens sont presque toujours des excitans plus ou moins énergiques, et notre frêle machine ne peut en supporter l'action que dans une limite assez étroite. Le plaisir, la douleur et la maladie se touchent ici par les rapports les plus immédiats. C'est le vin, l'alcool et les liqueurs spiritueuses, c'est le café, le thé, le tabac, c'est l'opium, le bétel, etc., que l'on emploie le plus ordinairement. Dans l'Orient, où les spiritueux sont peu connus, on a singulièrement varié, perfectionné l'art de combattre l'ennui, d'alléger le poids du temps, en stimulant ou en stupéfiant la sensibilité; c'est ainsi que l'oubli des maux ne se fait qu'aux dépens de la vie, qu'on accélère, qu'on précipite, mais qu'on épuise. Parmi ces moyens, il en est un très anciennement connu, vulgaire aujourd'hui dans l'Arabie et en Egypte, c'est le *haschich*, espèce de pâte ou composition faite avec l'extrait de chanvre indien, *cannabis indica*. On a raconté que le Vieux de la Montagne, ce tyran merveilleux et chimérique, enivrait et séduisait par ce moyen les séides qui lui étaient dévoués; de là vient, dit-on, l'expression de *haschischin*, d'où on a formé notre mot *assassin*.

Quoi qu'il en soit de la vérité de ce fait, il est certain que le haschich pris à une certaine dose produit sur le cerveau humain, sur le système nerveux, les plus bizarres, les plus étranges effets. Par son emploi, l'ame passe aussitôt dans une sphère particulière, en raison de l'état extra-normal du cerveau, tant la vie intellectuelle est engagée dans la vie organique, tant la prémotion physique, portée à un certain degré, exerce d'action sur l'activité morale. Plusieurs médecins, et notamment l'auteur de cet ouvrage, ont parfaitement décrit l'espèce de *raptus* mental qui a lieu dans ce cas. Non, jamais l'imagination humaine, quelque élevée, quelque vive, fougueuse, délirante ou volcanique qu'on la suppose, ne produira seule les étranges phénomènes que dans le Levant on désigne sous le nom de *fantasia*. Un spirituel journaliste a voulu aussi l'essayer, et la description qu'il fait de ce qu'il a senti, éprouvé, est aussi brillante dans la forme qu'elle

(1) Du haschisch et de l'aliénation mentale; études psychologiques; par J. Moreau (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre, membre de la Société orientale de Paris. — 1 vol. in-8°. Chez Fortin, Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

Au milieu du vaste champ de cette partie de l'art médical, j'ai voulu vous entretenir aujourd'hui des propriétés d'un remède qui, quoique connu depuis près de deux siècles, quoique généralement employé, m'a paru répondre à des indications en partie nouvelles, en partie mieux précisées qu'elles ne l'avaient été jusqu'à présent.

J'ai suivi avec attention, pendant près de huit années, les effets du kermès minéral dans différentes affections des voies respiratoires; j'ai rédigé auprès des malades même beaucoup d'histoires détaillées, noté brièvement les résultats d'un grand nombre de faits, puis contrôlé mes conclusions dans chaque nouveau cas observé, en mettant encore plus de soin à tenir compte des insuccès que des succès obtenus. Le travail que je vous présente est le fruit de ces études; fait entièrement d'après nature, à défaut d'autre mérite, il aura du moins celui de l'originalité. Aucune théorie préconçue ne m'a préoccupé; et si la forme synthétique que j'ai dû choisir aujourd'hui pour être bref donne à ces pages quelque apparence dogmatique, n'en concluez pas que le sujet m'ait apparu d'abord sous un semblable point de vue. Je ne suis arrivé à des résultats généraux que successivement, et contraint en quelque sorte par le rapprochement des faits.

J'aurais aimé à entrer dans quelques détails, et à citer surtout des histoires particulières; mais je n'ai point oublié qu'avec un nombre aussi restreint de séances, chacun devait être sobre de développemens, et que la discussion qui appelle le concours des lumières du plus grand nombre devait occuper ici plus de place que la lecture des mémoires. Je me suis donc borné à tracer comme une suite de propositions, évitant avec soin tout détail qui n'était pas indispensable pour la clarté du sujet et pour poser avec exactitude chaque indication.

Cela dit, j'entre en matière.

II. — Si l'on recherche quelles sont les propriétés thérapeutiques du kermès, quant aux affections pulmonaires, dans les traités de médecine pratique, dans les ouvrages de matière médicale et dans les dictionnaires généraux, on trouve partout qu'il est spécialement vanté dans les catarrhes chroniques, dans le catarrhe suffocant, dans l'asthme avec sécrétion abondante de mucosités, dans les derniers temps de la coqueluche, dans la dernière période de la pneumonie et surtout dans celle des vieillards. En d'autres termes, on le préconise dans les affections sub-aiguës ou chroniques des bronches, et dans la période des maladies aiguës du parenchyme, où les mucosités paraissent affluer dans les voies aériennes; en un mot *dans tous les embarras formés aux poumons*, comme disait Lieutaud en langage médical de l'autre siècle.

J'ai expérimenté, dans ces cas, le kermès, ce remède *que l'on doit*, suivant l'auteur que je viens de citer, *mettre au nombre des plus excellens que l'art possède*; et il a été loin alors de mériter cet éloge. Mais en partie le hasard, en partie des essais méthodiques, m'ont fait découvrir des effets thérapeutiques remarquables de ce remède, dans des circonstances sinon opposées, du moins fort peu semblables à celles que j'ai énumérées.

III. — Jamais, dans la *pneumonie*, surtout dans celle des vieillards, dans cette dernière période où la prédominance des gros râles muqueux et les symptômes lents d'asphyxie semblent montrer dans les expectorans une planche de salut, jamais, dis-je, je n'ai vu l'emploi du kermès à haute dose qui semblait si bien indiqué être suivi d'effets utiles, même momentanés.

Donné dès le début, dans des pneumonies qui, succédant à une bronchite capillaire, paraissaient offrir plus de chances de succès, le kermès n'a point procuré des résultats comparables à ceux du tartre émétique; et plus d'une fois je me suis repenti, même après les saignées, de lui avoir donné la préférence. A des doses modérées, comme 6 grains, il était sans effet; à de plus hautes doses, il provoquait presque toujours une diarrhée persistante qui forçait à y renoncer.

Dans la *bronchite capillaire* des vieillards comme des enfans, mêmes résultats. Le tartre émétique, à dose altérante, conserve encore ici une incontestable supériorité.

Dans la *coqueluche*, quelle que soit la période, même insuccès. Mais il est bien de prévenir que, dans cet article comme dans ceux qui précèdent, je n'entends pas qu'il ne puisse y avoir une amélioration ou une guérison pendant le cours du traitement; je prétends seulement que, à en juger d'après mon expérience, les cas où le remède est évidemment utile, loin de former la règle, ne doivent être que de rares exceptions.

Dans l'*asthme humide*, c'est-à-dire dans les bronchites profondes qui compliquent l'emphysème, je n'ai pas été plus heureux, quoique j'aie mis souvent quelque persévérance dans l'emploi du kermès et que j'en aie porté la dose aussi loin que j'ai pu le faire tolérer.

IV. — Mais si, quittant les profondeurs du parenchyme ou les extrémités déliées des bronches, nous remontons vers la partie supérieure des voies aériennes, nous trouverons des résultats bien différens qui demandent à être examinés au moyen de quelques distinctions. Nous allons donc parcourir successivement de bas en haut les diverses divisions du canal respiratoire.

Quelques mots d'abord sur le diagnostic de la *bronchite* que j'appellerai *supérieure* : si nous en croyons Laennec, *dès le début d'un catarrhe et lorsqu'il n'existe qu'un coryza presque sans toux ou accompagné seulement d'une légère irritation à la gorge, on entend déjà (au cylindre) un râle souvent très bruyant* (AUSCULT. MÉDIATE; édit. de 1819., tom. 2, p. 69). D'où semble résulter que tout catarrhe donne lieu et dès le début à des signes d'auscultation. Je l'ai cru longtemps sur parole; puis j'ai douté; puis dans l'épidémie de grippe de 1837 j'ai constaté et bien souvent dès lors qu'il y a bon nombre de catarrhes où la respiration reste pure dans tout le cours de la maladie et un nombre assez grand où elle l'est au moins au début. Ce fait remarquable, je le signalai positivement à notre société médicale dans une lecture faite, le 6 avril 1837 sur l'épidémie précitée. M. Louis, à ce que j'ai appris, fit la même observation dans la même épidémie. Et cependant, si vous consultez les meilleurs ouvrages de médecine pratique, même parmi les plus récens, comme le *Compendium*, vous y trouverez toujours l'opinion de Laennec. Notre collègue M. Rilliet et son ami M. Barthez sont les seuls auteurs à ma connaissance qui, dans leur TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANS (1843), aient dit que si, dans la grande majorité des cas, on observe des signes stéthoscopiques dans le catarrhe, cela n'existe pas toujours. Mais ce fait, qui a paru exceptionnel à ces auteurs parce qu'ils observaient dans les hôpitaux, est beaucoup plus commun qu'ils ne le croyaient. Dans la majorité des cas de grippe simple, de roogeole et de rhume, dans un certain nombre de bronchites fébriles et même dans certains catarrhes très opiniâtres, vous trouverez cette absence complète de signes à l'auscultation.

Et comme je le faisais observer d'une manière spéciale, dans un mé-

paraît vraie dans le fond. « Le désir de l'idéal, dit-il, est si fort chez l'homme, qu'il tâche, autant qu'il est en lui, de relâcher les liens qui retiennent l'âme au corps. Et comme l'extase n'est pas à la portée de toutes les natures, il boit de la gaîté, il fume de l'oubli et mange de la folie sous la forme du vin, du tabac, du haschich..... Quel étrange problème! un peu de liqueur rouge, une bouffée de fumée, une cuillerée de pâte verdâtre, et l'âme, cette essence impalpable, est modifiée à l'instant! Les gens graves font mille extravagances, les paroles jaillissent involontairement de la bouche des silencieux; Héraclite rit aux éclats, Démocrite pleure, etc. » — A la fin de l'accès de *fantasia* éprouvé par l'auteur, il ajoute : « A mon calcul, cet état dura environ trois cents ans, car les sensations s'y succédaient tellement nombreuses et pressées que l'appréciation réelle du temps était impossible; l'accès passé, je vis qu'il avait duré un quart d'heure. »

Mais ce qui n'est qu'un objet de curiosité pour certaines personnes a été pour M. Moreau, auteur du livre dont nous rendons compte, un objet d'études sérieuses et approfondies. Il a été en Orient, il a vu comment se prépare le haschich, il en a pris lui-même à plusieurs reprises, et il a pu de cette manière rechercher en quoi consistent la cause et les effets de cette substance, sur quels organes elle agit plus directement, les rapports physiologiques et psychologiques à établir entre les phénomènes qu'on observe, enfin, quel parti on pourrait en tirer pour l'étude et la guérison des maladies mentales. Il y a toujours un sens profond dans les moindres faits de la nature, à plus forte raison quand ces faits sont d'un grand intérêt dans la science de l'homme et des maladies. C'est donc une idée neuve et heureuse d'avoir recours à un pareil moyen pour approfondir l'étude d'une maladie aussi obscure que la folie, et l'on doit savoir gré à M. Moreau de l'avoir conçue et réalisée. « J'avais vu dans le haschich, dit-il, ou plutôt dans son action sur les facultés morales, un moyen puissant, unique, d'exploration en matière de pathogénie mentale; je m'étais persuadé que par elle on devait être initié aux mystères de l'aliénation, remonter à la source cachée de ces désordres, si nombreux, si variés, si étranges, qu'on a l'habitude de désigner sous le nom collectif de *folie*. » Cette prévision de l'auteur nous semble fort juste; puis il ajoute avec raison : « Pour se faire une idée d'une douleur quelconque, il faut l'avoir ressentie; pour savoir comment déraisonne un fou, il faut avoir déraisonné soi-même; mais avoir déraisonné sans perdre la conscience de son délire, sans cesser de pouvoir juger les modifications psychiques survenues dans ses facultés. » C'est-à-dire faire, comme on l'a dit, un *rêve tout éveillé*, phénomène assez rare pour être remarqué.

Or, c'est précisément ce que produit le haschich, quand on le prend à des doses convenables. Aussi est-ce un moyen qui semble tout à fait approprié aux vues d'un médecin instruit, judicieux, pour étudier des phénomènes restés à l'état de problème insoluble. Est-il, en effet, un moyen plus commode de dire aujourd'hui, demain, à jour et heure fixes, je veux devenir et je serai fou, j'éprouverai ce qu'ont les aliénés, des hallucinations, des illusions raisonnées sinon raisonnables, des excentricités intellectuelles? J'aurai des visions de toutes les formes, des idées bizarres, des ébullitions d'enthousiasme, des abattemens qui anéantissent, des joies qui ravissent jusqu'au septième ciel, de ces terreurs qui plongent l'esprit dans les ténébreuses profondeurs de l'empire de Satan? Bien plus, dans cet état d'*animisme excessif*, pendant ce tourbillon d'idées exaltées,

moire lu dans notre société cantnnnale en 1839, cette absence de râles ne tient point à l'absence de mucosités dans les bronches, puisqu'on la trnuve dans beaucoup de cas où les malades expectorent abondamment. Elle doit tenir certainement à ce que les mucosités existent dans des tuyaux assez volumineux pour que l'air n'ait pas à traverser le mucus pour pénétrer dans les vésicules bronchiques. En un mot cette absence de signes caractérise le catarrhe borné aux grosses bronches.

C'est justement dans la *bronchite* avec respiration nnrmale à l'ausculation que le kermès jouit d'une efficacité incontestable, quelle que soit la forme aiguë nu chronique de cette affectinn, c'est-à-dire précisément dans le cas où, si on en juge par l'oreille, il y a le moins d'*embarras aux poumons*, selon l'expérience de Lieutaud. Au contraire encnre de l'npinion généralement reçue, c'est dans l'état aigu de cette affection, à l'époque la moins éloignée du début, que vous réussirez le mieux, et plus la bronchite sera chrnnique, plus elle exigera de la persévérance et de hautes doses. Qu'on ne conclue pas cependant de ce que j'ai dit au commencement de ce paragraphe, qu'nn arrêtera par le kermès la marche de toute affection pulmonaire qui ne présentera d'abord aucun râle à l'auscultation. Non, vous n'enraierez pas la coqueluche, quoiqu'elle débute bien souvent ainsi. Il en sera de même de la pneumonie et de la phthisie qui commencent dans quelques cas sans aucun bruit anormal. Vous réussirez souvent à faire cesser très vite les catarrhes débutant par le haut; cependant vous verrez plus d'une fois les bruits plus ou moins fins de la bronchite plus ou moins profonde, succéder rapidement à la bronchite sans râle. Laissez alors le kermès et si vous voulez juger de son efficacité, n'en poursuivez l'usage que dans la bronchite supérieure bien caractérisée. Alors rarement il vous fera défaut.

Entre cette bronchite et la *trachéite* il n'y a qu'un pas et presque toujours ces deux affections se confondent. Cependant le catarrhe de la trachée a ses nuances et je les indiquerai, parce qu'ici le kermès est encore mieux indiqué que dans la première affection et que ses effets sont encore plus rapides. Les signes plus particuliers de la trachéite sont les suivans: le siége de la douleur est au sommet du sternum, point où la toux provoque souvent une sensation d'érosion; il y a quelquefois un peu de douleur à la déglutition au bas du cou. La toux est rauque, plus ou moins creuse et survient souvent par accès. Il y a quelquefois un peu d'enronement, surtout le soir. Ce catarrhe a souvent débuté par le coryza et de légers symptômes laryngés.

La *laryngite* offre, suivant sa durée, son intensité et sa nature, trop de variétés pour qu'il ne soit pas nécessaire d'introduire dans son étude quelques divisions. Je commence par les *cas aigus* et dans ceux-ci par les plus simples; ils n'offrent pas plus de gravité que la trachéite, quoiqu'ils persistent quelquefois assez longtemps; ils se confondent souvent avec elle et débutent fréquemment aussi par le coryza. Il y a: sensation douloureuse au larynx, surtout au toucher; quelquefois sentiment d'un corps étranger, tantôt au centre, tantôt sur les côtes. La voix est toujours plus ou moins altérée; souvent il n'y a pas de toux proprement dite, mais une succession de petits efforts sonores, comme pour expulser un corps étranger; la nuit surtout la toux est fort rare ou nulle. Cette forme de la laryngite est, comme la suivante, celle où le kermès a les effets les plus remarquables et les plus prompts. Aucun autre remède ne peut lui être comparé. J'ai vu son administration à de très faibles doses, quelques tablettes d'un quart de grain par exemple, enlever en quelques heures l'altération de la voix quand l'affection était récente. J'ai pu rendre ainsi quelquefois à des officiers et à des chanteurs des services qu'ils appréciaient vivement. C'est en 1839 et sur moi-même que je fis la découverte de la qualité spécifique du kermès dans ces cas.

Vous connaissez tous, messieurs, l'affection à laquelle on a donné, depuis quelques années, le nom de laryngite striduleuse ou faux croup. Cette maladie a été longtemps confondue, et par des praticiens du premier ordre, avec le croup membraneux. Cette assimilation était la source de graves erreurs dans l'histoire et surtout dans le pronostic et le traitement de cette dernière affection. Une semblable confusion est aujourd'hui rarement possible, aux yeux d'un médecin exercé, surtout après les premières vingt-quatre heures. Le faux croup est trop connu de vous, pour que j'en trace la plus simple description. Le pronostic de cette maladie est peu grave; toutefois il n'est pas prouvé qu'elle ne puisse pas dégénérer en vrai croup. Elle est susceptible de reparaître plusieurs fois chez le même enfant et l'expérience m'a appris que plus vite on en enraie les accès, plus on a de chances d'en prévenir les récidives toujours si inquiétantes pour les parens. J'ajouterai que la distinction du vrai et du faux croup n'étant pas toujours facile au début, il est heureux d'avoir pour l'un et l'autre cas des moyens qui, sans débiliter les malades, jouissent d'une énergie suffisante pour combattre à temps la plus grave des deux maladies. Sans doute les vomitifs et en particulier l'ipécacuanha rendent dans la laryngite striduleuse d'excellens services; mais le kermès dans ces cas peut aussi, à la volonté des praticiens, agir comme émétique; et en le continuant à dose altérante on obtient des effets curatifs bien plus prompts et plus sûrs qu'avec les autres nauséeux. L'affection dont il s'agit ici est assez commune pour que les résultats que j'énonce soient faciles à vérifier. J'indiquerai, en parlant plus loin des doses et du mode d'administration, comment il faut employer le kermès dans cette maladie, pour lui faire remplir tour à tour le double office d'émétique et d'altérant.

Je me suis félicité d'avoir appliqué le même remède à des cas qui m'ont laissé quelques doutes sur la nature de la maladie, mais qui cependant, soit par les symptômes, soit par la prolongation des accidens, ressemblaient au *vrai croup* débutant par les bronches.

Enhardi par ces succès, j'ai osé, en 1841, employer le kermès, sans le concours d'aucune autre médication dès le commencement jusqu'à la fin, dans un croup membraneux qui, ayant débuté par la gorge, avait permis de reconnaître dès son origine une véritable diphtérite. Cette témérité fut couronnée du plus heureux succès et des lambeaux tubulés rendus par l'expectoration vinrent confirmer et la nature du mal et son étendue. Je regrette que le cadre que je me suis tracé ne me permette pas de vous donner cette observation tout entière. Cependant je dois dire que trois fois, chez de jeunes malades que je n'avais pas soignés au début et qui étaient déjà arrivés à une époque plus ou moins avancée de la maladie, le kermès n'a point rendu les mêmes services. Je dois ajouter encore que le sulfure de potasse m'a paru doué, dans le croup, d'une non moindre efficacité. Ma confiance dans le kermès est telle toutefois que je ne craindrais pas de l'employer au début dans tous les cas, quitte à passer au sulfure de potasse si les accidens continuaient à s'aggraver.

Il est une forme assez rare du croup ou de la laryngite que quelques-uns de vous, messieurs, ont dû observer et dont on trouve des exemples dans les auteurs: je veux parler d'une sorte de *croup intermittent* ou chronique, dans lequel les accès, qui ressemblent à ceux de la laryngite

---

incohérentes, d'images fantastiques, de chimères effroyables ou délicieuses, je pourrai m'observer, je serai un autre sans cesser d'être moi, ou plutôt, j'aurai en quelque sorte deux moi, l'un *objectif*, l'autre *subjectif*; j'aurai tout à la fois la réflexion et l'extravagance, le sangfroid et l'exaltation, la raison et le délire, autrement dit le transport au cerveau et le moyen d'en apprécier les effets, mais sans le pouvoir, dans un temps donné, d'une volonté efficacement répressive. Nous croyons donc, avec l'auteur, que de pareils phénomènes sont des conditions très favorables pour bien étudier l'aliénation mentale, pour trouver le mot de beaucoup d'énigmes. Il y a là, si nous ne nous trompons, une sorte de *panopticon* moral dont il faut savoir profiter: c'est un genre d'expérimentation inconnu jusqu'à ce jour dans la science, et plût à Dieu qu'il fût à notre disposition dans une foule d'autres maladies.

Qu'on ne s'imagine pas d'ailleurs que les effets de la folie *naturelle*, si nous pouvons ainsi nous exprimer, diffèrent beaucoup de la folie artificielle et temporaire produite par le haschich. Il serait facile de citer une multitude d'exemples qui prouveraient cette forme identique. On sait que le célèbre Harrington devint aliéné. Dans ses accès d'hypochondrie, il voyait ses *pensées* s'échapper de son corps, s'envoler au loin sous la forme d'oiseaux et d'abeilles. Il s'était fait construire un petit pavillon roulant sur un pivot et qu'il tournait à volonté du côté du soleil. C'est là que l'auteur de l'OCÉANA, ô fragilité de la raison humaine! venait s'asseoir tout le long du jour, armé d'un balai de crin, pour disperser ces pensées qui se tranformaient si vite en oiseaux et en abeilles. Ce sont bien là un des mille effets produits par la substance dont il s'agit, et qu'éprouvent les mangeurs de haschisch. M. Moreau soutient avec raison « qu'il est impossible d'établir la moindre différence entre eux et les malades que nous soignons dans nos maisons de santé. » Quant à ceux qui, à cet égard, seraient tentés d'élever des doutes, l'auteur est en droit de leur adresser cet argument péremptoire: « Faites comme moi, prenez du haschich, expérimentez sur vous-même, voyez par vous-même. » C'est toujours la grande et excellente maxime, *Doctor, doce te ipsum.*

Du reste, M. Moreau ne s'en tient pas, dans son ouvrage, à de vagues assertions, à des observations qu'il n'est pas possible de rattacher à des principes. Il a, au contraire, pénétré dans le sujet, étudié les effets, remonté aux causes autant que possible. Loin de faire une théorie métaphysico-romantique, il ne s'appuie que sur les faits, à la vérité peu multipliés encore, il fait même dériver tous les phénomènes d'un principe générateur qui est l'*excitation*, et il n'a pas de peine à faire voir combien cette cause, une fois comprise et acceptée, permet non de ces explications logomachiques qui n'expliquent rien, mais des inductions évidemment pratiques et positives.

L'auteur, ayant déterminé les bases, expose ensuite les divisions de son travail, divisions qui reposent sur les effets produits par le haschich et comparés à ceux que présentent les aliénés. Ainsi le premier chapitre est consacré aux phénomènes purement psychologiques; dans le second, se trouvent les conditions physiologiques et pathologiques favorables au développement des hallucinations; le troisième est l'exposé des phénomènes d'hallucination chez les aliénés et un résumé des principes qui ont procédé; enfin on trouve dans le quatrième une estimation des opinions des auteurs pouvant se rapporter aux idées émises par M. Moreau. Nous renvoyons à l'ouvrage même quant aux détails si nécessaires à

striduleuse, sont au commencement courts et éloignés et laissent dans leurs intervalles les enfans dans un état apparent de santé; mais les crises, en se rapprochant chaque jour et en s'aggravant, finissent par menacer la vie des malades. Dans un cas de ce genre où je fus appelé en consultation par notre collègue, M. le docteur Julliard, et où divers traitemens rationnels et énergiques avaient été inutilement employés, le kermès eut très rapidement les plus heureux résultats.

La *laryngite chronique* est quelquefois idiopathique; mais le plus souvent elle complique une affection tuberculeuse des poumons. Dans le premier cas, qui n'est pas très rare, puisque j'en ai observé plus d'une douzaine de cas depuis sept ans, le succès du kermès est en raison inverse de la durée de la maladie. J'ai obtenu cependant un beau résultat dans un cas qui durait depuis un an, chez un homme qui était pour cela à la veille de renoncer à sa carrière, celle de l'enseignement. Lors même qu'il n'y a pas guérison, il est rare qu'il n'y ait pas au moins un soulagement marqué. C'est, du reste, une affection qui récidive facilement une fois qu'on en a souffert pendant un temps un peu long. Il faut donc appliquer ici l'aphorisme : *Principiis obsta.*

Dans la *laryngite ulcéreuse ou non* qui arrive surtout dans la dernière période *de la phthisie*, j'ai tenté aussi, comme palliatif, mon sulfure d'antimoine; mais j'ai rarement obtenu des effets bien utiles. Toutefois dans des cas peu fréquens où la diarrhée n'existait pas ou du moins n'existait qu'à un faible degré, j'ai vu des malades s'en louer, quoique je ne trouvasse pas moi-même les résultats bien remarquables.

Parmi les maladies des voies respiratoires, il en est une à laquelle les médecins allemands ont donné le nom d'*asthme thymique*, et qui est assez rare. J'ai eu l'occasion d'en rencontrer un cas d'une effrayante intensité chez un enfant épileptique. Il avait par jour plus de cent accès de suffocation. Moins de douze grains de kermès, pris en quelques jours, firent cesser complètement les crises qui duraient depuis onze mois. La maladie ayant récidivé légèrement deux ans après guérit aussi rapidement que la première fois par le même remède. L'expérience d'un seul cas ne justifierait pas des conclusions générales, mais ce fait est de nature à appeler votre attention.

Les voies aériennes ne se terminent pas à la glotte; j'ai à vous faire part d'études faites sur l'emploi du kermès dans des régions encore plus élevées. Dans les affections du *pharynx*, je n'ai point obtenu de succès, à moins qu'elles ne se liassent, comme je l'ai vu quelquefois, avec une maladie du larynx.

Mais dans une cavité voisine et qui communique avec le pharynx, dans l'oreille, il existe des affections catarrhales pour lesquelles le hasard, comme pour les affections laryngées, m'a appris que le kermès jouissait de quelque efficacité. L'une des causes fréquentes de la *surdité*, vous le savez, se trouve dans l'obstruction catarrhale de la trompe d'Eustache. Ayant vu, en août 1838, guérir sous l'influence du kermès donné dans un tout autre but une surdité de ce genre qui datait de quelques mois, j'ai répété un grand nombre de fois l'essai de ce remède dans cette affection, et je me suis hâté de faire connaître à mes collègues les bons résultats que j'avais obtenus. J'ai réussi, dans la majorité des cas, quand l'affection ne datait que de quelques semaines, jamais quand elle comptait plusieurs années; mais alors même j'ai obtenu quelquefois une amélioration plus ou moins notable. Dans les cas intermédiaires, la chance de succès a été, en général, en proportion inverse de la durée de l'affection; mais il faut toujours quelque persévérance, et c'est encore une de ces maladies sujettes à récidiver.

Ici s'arrêtent, non pas les essais que j'ai tentés, mais l'utilité constatée du kermès. En effet, les expériences que j'ai faites, même avec quelque suite, dans le *coryza chronique* et dans l'*épiphora* lié à une affection catarrhale du canal nasal, ont été complètement infructueuses.

V. — La loi qui semble découler des faits généraux qui font l'objet de cette communication, et qu'on pourrait formuler ainsi : *Le kermès est, en quelque sorte, un spécifique dans les affections des voies supérieures de la respiration*, cette loi trouverait donc sa limite à la hauteur de la trompe d'Eustache. Le champ d'action de ce médicament n'en est pas moins assez étendu pour que j'aie cru trouver quelque intérêt à vous le faire parcourir.

Mais le travail que je viens de vous présenter ne serait pas complet, même comme résumé, si je ne parlais pas des doses auxquelles j'ai donné le kermès, des divers modes d'administration et des effets physiologiques de ce médicament.

VI.—La *dose* a varié d'un à douze grains en vingt-quatre heures; je ne crois pas avoir dépassé jamais cette dernière quantité et le plus ordinairement j'ai donné de trois à six grains. Si l'on en excepte les enfans au-dessous d'un ou deux ans, il ne m'a pas paru que la dose doive varier beaucoup avec l'âge. Les enfans tolèrent le remède presqu'aussi bien que les adultes.

VII.—J'ai *administré* le kermès sous quatre formes : dans une potion le plus souvent émulsive, en poudre, mélangé avec du sucre, en tablettes et en pilules. Le choix entre ces différentes formes n'est pas indifférent. Prenons pour exemple la laryngite striduleuse : je prescris dans ce cas le kermès à la dose de six grains dans un looch ou dans une potion avec le sirop émulsif (préparation beaucoup plus prompte dans les cas urgens). Le mélange doit être, au moment de l'administrer, agité avec soin en renversant la bouteille sur son bouchon. Si déjà on n'a pas fait vomir le malade, on doit donner immédiatement une cuillerée à bouche qui, presque toujours, amène le vomissement ou, sans faire vomir, arrête le râle quand il est récent. Puis on fait prendre seulement une cuillerée à café d'heure en heure, quelquefois de demi-heure en demi-heure si les accidens n'ont pas diminué après la première dose. Je recommande de revenir à la cuillerée à bouche pour produire le vomissement, dans le cas où les symptômes d'obstacle à la respiration reprendraient de l'intensité. Dans l'affection dont je parle ici, les enfans n'ont presque jamais besoin d'achever la potion qui contient de 4 à 6 onces de véhicule. Dans le croup, traitement analogue; seulement on passe graduellement de la cuillerée à café à la cuillerée à bouche et de six grains à douze grains à mesure que la tolérance s'établit. Dans la trachéobronchite, on peut, comme il n'y a pas d'urgence, commencer par trois grains et la cuillerée à café pour arriver successivement à six grains et à la cuillerée à bouche, si cela devient nécessaire.

Dans les affections subaiguës ou chroniques, je débute encore souvent par une potion kermetisée; c'est un moyen commode de fractionner beaucoup les doses et de faciliter ainsi la tolérance. Après une potion, je prescris des poudres d'un quart de grain à trois grains, graduellement, à prendre trois ou quatre fois dans la journée.

Je n'emploie guère les pilules que dans le but de paraître changer de

connaître pour l'entière explanation du sujet, détails pleins d'intérêt et qu'on lit avec plaisir. Nous avons surtout remarqué un tableau de l'action des diverses substances toxiques sur l'intelligence, telle que le protoxyde d'azote qui produisit de si merveilleux effets sur l'imagination de Humphrey Davy; l'opium qui finira par énerver et détruire la race chinoise et toutes les substances narcotiques. Leur action, d'après M. Moreau, « tient uniquement à la propriété dont elles jouissent de produire l'excitation, de *dissoudre*, que l'on me permette, dit-il, de m'exprimer ainsi, le *composé* intellectuel et de donner naissance à l'état de rêve qui, en lui-même, est la plus haute expression possible des désordres de l'esprit, et dont les folies diverses ne sont que des reflets mêlés à l'état de veille. »

L'auteur termine par un aperçu thérapeutique de la folie, et il se demande si l'on peut espérer quelque succès de l'emploi du haschich. Ce qu'il dit sur ce sujet présente beaucoup de réserve, et il faut l'en féliciter. En général, pour l'aliénation mentale, les moyens de guérison sont incertains, souvent inutiles, quelquefois dangereux. Pourquoi cela? C'est qu'on ignore les causes prochaines de la maladie, c'est qu'un impénétrable voile couvre jusqu'à présent le point initiateur de cette affection, et l'auteur l'avoue sans difficulté. « Comment, dit-il, reconnaître les causes qui se cachent et s'élaborent dans la profondeur intime de nos tissus, qui se déversent pour ainsi dire d'un organisme dans un autre et se transmettent par voie héréditaire. » Les causes occasionnelles ou extérieures, quoique mieux connues et appréciées n'agissent pourtant que par une prédisposition individuelle, mais inexplicable. Il y a à cet égard quelque chose de *fatidique* dans certaines organisations. Mais que peut le pouvoir du moi réprobateur sur un cerveau excité, ardent, sur une imagination naturellement vive et exaltée? La musique tant vantée pour calmer les aliénés n'a point, selon M. Moreau, l'efficacité qu'on lui attribue. L'auteur de cet article partage d'autant plus cette opinion que la musique lui a paru constamment ou inutile ou nuisible, même chez les personnes non aliénées, mais en proie à un vif et profond chagrin; en un mot à la *douleur morale* si fréquente et si terrible dans l'état actuel de notre civilisation (1). M. Moreau pense que le haschich n'ayant rien de cette ivresse ignoble et lourde produite par le vin et l'alcool, disposant au contraire et le plus ordinairement à un sentiment de bonheur et de gaîté qui fait regarder le monde comme une coupe de volupté où il n'y a qu'à s'enivrer sans relâche, pense, disons-nous, que cette substance pourrait être utile pour combattre les idées fixes, mélancoliques. Il avoue pourtant que les essais qu'il a tentés n'ont produit qu'une amélioration passagère; mais, ne se décourageant nullement, il continue à y recourir dans le but de dissiper ou de diminuer l'*excitation maniaque* si fréquente parmi les aliénés.

On voit par cette analyse rapide l'intérêt que doit inspirer l'ouvrage de M. Moreau, soit par le sujet en lui-même, soit par la manière dont il est traité. Aussi son livre est-il tout à fait digne du suffrage des lecteurs difficiles. Ce qui frappe d'abord, c'est la nouveauté, c'est l'existence, la réalité d'un agent énergique, nous faisant espérer la solution de diverses questions relatives à une ma-

(1) ÉTUDES DE L'HOMME DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE MALADIE; 2 vol.; 1845. Le mémoire intitulé : ESSAI DE MÉDECINE MORALE.

remède pour des malades disposés à se lasser de prendre toujours le même médicament.

Les tablettes sont usitées dans les cas légers; ce moyen, très portatif, est fort commode pour les malades qui continuent à vaquer à leurs affaires; mais il offre deux inconvéniens, celui de sembler un remède peu sérieux, et un autre plus grave, c'est que la dose de la substance active n'est pas toujours déterminée dans les tablettes. Il y aurait un grand avantage à ce que tous les pharmaciens les préparassent à la dose d'un quart de grain.

Dois-je ajouter que, pour juger des effets du kermès, il est indispensable de ne l'associer à aucune autre médication active? C'est la règle que je me suis constamment imposée; et, dans des cas assez rares où, par des motifs divers, j'ai été obligé d'agir autrement, j'ai toujours regardé les conclusions comme plus ou moins altérées par cette complication du traitement.

VIII. — Les principaux *effets physiologiques* du kermès sont depuis longtemps fort bien connus; j'en dirai cependant quelques mots dans un but pratique. Il est avant tout nauséeux, émétique ou purgatif, ou produit tous ces effets à la fois, suivant la dose ou l'idiosyncrasie. Vous obtenez presque à coup sûr le vomissement en en donnant trois grains à la fois, et il suffit souvent pour cela d'un ou deux grains chez les adultes, d'un demi-grain chez les enfans, surtout si le remède est un peu étendu.

Il faut, au contraire, pour éviter l'effet nauséeux ou purgatif, commencer par de très petites doses; et celle où la tolérance s'établit d'abord est très variable, beaucoup plus que celle de l'émétique. La première dose, prise le matin à jeun, est celle qui fatigue le plus; celles prises après les repas sont beaucoup mieux tolérées que celles prises avant, et je n'ai pas remarqué que les effets utiles fussent diminués par l'ingestion du remède dans un estomac digérant. En conséquence j'ai pris l'habitude de prescrire, surtout en débutant, les prises après les repas. Le même effet s'observe avec d'autres altérans nauséeux, comme l'oxide de zinc, et rend souvent nécessaire la même précaution.

Le kermès une fois toléré ne paraît pas fatiguer l'estomac; j'ai vu, au contraire, des malades affectés de laryngite et de gastralgie, chez qui les fonctions de l'estomac se rétablissent sous l'influence de ce médicament avant celles de l'organe de la voix.

Quant aux effets physiologiques appréciables du kermès sur la muqueuse respiratoire, il procure d'abord dans le pharynx et le larynx un sentiment de sécheresse et de chaleur, bientôt suivis d'humidité et d'expectoration, sensations plus appréciables encore quand ces parties sont le siége d'une irritation qu'il augmente pendant quelques minutes, pour la diminuer ensuite. Mon collègue, M. Lombard, qui, sur mes indications, a beaucoup employé le kermès et s'en est bien trouvé, m'a signalé un effet de ce médicament, que j'ai retrouvé dans quelques-unes de mes observations écrites, mais que, vu la rareté du fait, j'avais regardé comme étranger au remède. C'est la présence de fines stries rosées dans l'expectoration de quelques malades. Cet effet, qui cessa rapidement, ne m'avait point empêché de continuer le kermès avec succès.

Enfin, les effets diaphorétiques de ce médicament ne m'ont pas paru bien marqués quand il est pris sans adjuvant.

IX. — Placé, messieurs, entre le désir d'appeler votre intérêt sur quelques points que je crois nouveaux en thérapeutique et la crainte d'abuser de votre attention, je ne sais pas si, par la sécheresse de cette communication, je n'ai pas manqué mon but principal, sans avoir pour cela complètement évité l'écueil. Dans tous les cas, je me consolerai si, conservant quelques souvenirs des faits dont je vous ai entretenus, vous réussissiez par le même moyen à guérir quelques infirmités, à soulager quelques souffrances et à conserver à leurs mères quelques enfans bien aimés.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDICINISCHE ANNALEN.

PUBLIÉ PAR PUCHELT, CHELIUS ET NÆGELÉ.

Les deux premiers cahiers du 11e volume contiennent : 1° *Sur les piqûres d'instrumens d'anatomie, la morve et le farcin*; par le docteur Ritter. (Article d'érudition.) 2° *Sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans une caserne de Mayence, parmi des soldats prussiens*; par le docteur Müller. 3° *Quelques mots sur les cures par des raisins*; par le docteur Engelmann. 4° *Sur les eaux minérales du Cronthal*; par le docteur Kuster. (Recommandation de ces eaux.) 5° *Sur la diététique d'Hippocrate*; par le professeur Dierbach. 6° *Observation de paralysie des membres inférieurs précédée de douleurs rhumatismales lombaires*; par le docteur Lieblein. (Traitement par le phosphore et la belladone; guérison.) 7° *Deux observations*; par le docteur Waenker. (L'une de fongus hématode au sein, qui fut enlevé et se reproduisit bientôt après aux yeux, au cou, au dos, etc.; de plus, il y avait des hémorrhagies par le nez et par les yeux; hydropisie; mort. L'autre, de périostite survenue à la mâchoire inférieure, à la suite d'une chute. Le blessé succomba avec des symptômes de méningite. Toute la mâchoire inférieure était en suppuration et privée de périoste.) 8° *Feutrage des cheveux chez une femme affectée d'une inflammation du ventre*; par le docteur Sauerbeck. (Cette femme qui gardait le lit depuis trois semaines pour une hémorrhagie utérine très inquiétante et des douleurs inflammatoires du ventre, attira l'attention du médecin sur ses cheveux, qui étaient roulés en un gros peloton qu'on eut beaucoup de peine à enlever; les racines des cheveux étaient saines.) 9° *Observation d'un spina bifida lombaire avec d'autres difformités des parties inférieures du corps*; par le docteur Ritter. 10° *Sur l'action des eaux minérales de Kreuznach dans les maladies des parties génitales des femmes*; par le docteur Priegn. 11° *Sur les observations météorologiques et sur la constitution médicale de Fulda en 1842*; par le docteur Schneider. 12° *Sur le traitement de la fièvre typhoïde*. (Cinquième article.) 13° *Des préservatifs contre la variole*; par le docteur Lebenbeim. (Recommandation de la vaccine, de la revaccination et de la séquestration dans les cas d'épidémie de variole.) 14° *Cas d'empoisonnement par l'usage de pommes de terre non mûres*; par le docteur Muncke. 15° *Observations*; par le docteur Tott. (Exemples d'ictères et d'orchites produits par des causes diverses.)

---

ladie terrible, dégradante pour l'humanité, peut-être même pour jeter quelques rayons de vive lumière dans cet intérieur si curieux et encore si fermé du cœur humain. En second lieu, c'est que l'auteur, bien pénétré de ce principe que, dans notre science qui est celle de l'homme, aussitôt qu'on s'écarte de l'expérience, on s'éloigne de la vérité, ne marche qu'avec prudence et réserve, s'appuyant toujours sur les faits. Loin d'être préoccupé d'une idée fixe avec apparence paradoxale, c'est un observateur attentif, sagace et circonspect, ayant le mérite beaucoup plus rare qu'on ne croit de savoir, comme Pascal, *douter où il faut, assurer où il faut*.

R. P.

— M. J. BÉCLARD, professeur agrégé de la Faculté de médecine, a été chargé du cours d'anatomie pendant la durée de la vacance de la chaire. Dès la première séance, le jeune professeur a su se concilier le suffrage unanime de l'auditoire et montrer qu'il saura porter dignement le nom célèbre qui lui a été légué.

— Dimanche 16 du courant aura lieu la cérémonie de la translation des restes mortels de Bichat. A dix heures du matin, le corps sera transporté à Notre-Dame, où un service solennel sera célébré. Après le service, le cortége, composé des membres du Congrès, des Académies et Sociétés savantes, des Facultés de médecine et des sciences, du Collége de France, du Muséum et des élèves des Ecoles, se transportera, par les quais et les boulevarts, au cimetière de l'Est.

La commission chargée de présider à cette cérémonie se compose des membres du bureau du Congrès et de MM. Roux, Pariset, Bouillaud, Thierry, Vée, H. Larrey, Moizin, Devilliers, Robinet, Caventou, Cornac, Miquel, Battaille, Blatin, Caffe, Coste, Latil et Béroud; ces deux derniers délégués du département de l'Ain.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND. — QUESTION DE PRIX.

« Donner l'histoire de la pomme de terre et ses différens rapports avec les sciences médicales. »

Par cette question, la Société désire connaître les diverses transformations que la pomme de terre peut subir par la culture; l'influence de ce tubercule considéré comme aliment; ses rapports avec l'hygiène publique; les altérations dont il peut être atteint et les maladies auxquelles ces mêmes altérations peuvent donner lieu, tant chez l'homme que chez les animaux domestiques.

Le prix est de six cents francs.

Les membres résidans de la Société sont exclus du concours.

Les réponses, écrites en français, flamand ou latin, doivent être remises, avant le 31 décembre 1846, franches de port et dans les formes académiques généralement en usage, au secrétariat de la Société, rue des Charreliers, à Gand.

Gand, le 16 septembre 1845.

Le secrétaire de la Société,
E. DE NOBELE.

SUR UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉGNÉ DANS UNE CASERNE DE MAYENCE, PARMI DES SOLDATS PRUSSIENS; par le docteur MULLER (de Mayence).

L'épidémie de fièvre typhoïde s'est déclarée dans une caserne bâtie il y a dix ans et placée près du Rhin. En nctohre 1843, il y ent 6 malades; en novembre 9; en décembre 23; en janvier 1844, 86; et en février 5; en tont 129, sur lesqnels snccombèrent 21. Les soldats de cette caserne étaient dans les conditions hygiéniques identiquement les mêmes que le reste de la garnison. Il n'y avait pas de fièvre typhoïde parmi les antres soldats ni parmi les habitans qui avoisinent la caserne; il fnt dnnc difficile d'expliquer la cause de la maladie, dans laquelle les symptômes abdominaux prédominaient, jusqu'à ce qu'on s'assura de la mauvaise qualité de l'eau du puits, qui déjà, an bnut de qnelques heures, déposait un sédiment brunâtre, et était dans une putréfaction complète vingt-quatre heures après; ce qui était dû à la communication du puits avec les latrines, dont le conduit d'éconlement s'était bouché. Des soldats malades qui furent transportés à l'hôpital communiquèrent la fièvre typhoïde à d'autres soldats qui n'étaient pas venus de la même caserne.

OBSERVATION D'UN SPINA BIFIDA LOMBAIRE, AVEC D'AUTRES DIFFORMITÉS DES PARTIES INFÉRIEURES DU CORPS; par le docteur RITTER.

OBS. — Une femme âgée de 42 ans, rohuste, bien portante, était mère de plusieurs enfans et mariée à un homme qui, en venant au monde, présentait des symptômes de paralysie du côté droit, qui se dissipèrent au point de lui permettre de travailler comme charron avec la main droite. Néanmoins, il lui était resté au pied droit une légère contraction se rapprochant du pied-bot. Cette femme accoucha pour la septième fois, naturellement, le 17 mai 1845, d'une fille à terme, qui présenla dans la région lombaire, distante de 12 pouces 1/2 de l'occiput et 2 ponces 1/2 de l'anus, nne tumeur piriforme, élastique, ayant un pédicnle de 4 pouces 1/2 de circonférence; à la partie renflée 9 pouces 3 lignes de circonférence et 3 pouces 9 lignes de diamètre. Cette tumeur présentait à sa surface des poinls et des lignes blcoes et rouges qui, à la partie la plus déclive, indiquaient un commencement de gangrène d'où suintait une sérosité jaune-blanchâtre, mouillant continuellement le linge; par là, la tomeur avait diminné d'un tiers et s'était manifestement rivée. L'enfant avait les ongles des mains crochns et la peau couverte de dnvet; elle gardait tonjours la position conchée sur le côté, avec les membres inférieurs fortement contractés; le genou faisait un angle aigu et ne ponvait être redressé, à cause du trop peu de longueur des fléchisseurs; à droite, il y avait nn véritable pied-bot, et à gauche le pied était tellement fléchi sur la jambe que son dos touchait à la face antérienre du tibia (pied-bot calcanéen). A l'entrée du vagin, assez grand, oo entrevit le petit utérus prolabé. Un coup de lancette pratiqué sur la tumeur du spina bifida donna issue à environ 6 onces de sérosité; mais la gangrène continua à faire des progrès, et l'enfant mourut dans des convulsions trois jours après sa naissance.

AUTOPSIE. La tumeur affaissée, gangrénée, contenait encore de la sérosité fétide; les parois du sac étaient épaisses; au fond, il y avait une petite ouverture ayant à peine une ligne de diamètre et communiquant avec le canal vertébral.

La face interne du sac était tapissée par une membrane lisse, transparente, d'un rouge sale, facile à isoler et parfaitement semblable à nne séreuse; entre elle et la pean se trouvait un feutre cellulaire rouge-bleuâtre à quelques endroits.

La tumeur fendue et la paroi postérieure du rachis présentaient un écartement d'un ponce 1/2; divisée, on put voir dans l'intérieur du canal vertébral, on n'y trouva plus de trace de moelle épinière, seulement les méninges rachidiennes étaient comprimées et communiquaient avec la membrane interne de la tumeur, qui n'était autre chose qu'un prolongement de ces mêmes méninges. Un peu au dessus de l'onverture, la moelle épinière se terminait par nn renflement bulbeux et manquait au dessus. La substance de la moelle épinière était molle comme une bouillie et entourée de caillots de sang.

C'est entre les deuxième et troisième vertèbres lombaires que se trouvait la communication entre le canal rachidien et la tumeur.

Les parens ne permirent pas d'onvrir les antres organes.

Nous avons rapporté avec quelques détails l'histoire de ce spina bifida, à cause de sa connexion avec les contractures des extrémités inférieures et de la liaison qu'il y a entre les difformités des membres et les maladies du système nerveux.

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'USAGE DE POMMES DE TERRE NON MURES; par le docteur MUNCKE.

On ne cite pas beaucoup d'empoisonnemens par les pommes de terre non arrivées à maturité, et il n'est pas encore démontré à quel principe chimique, la solanine on autre, est due l'action délétère qui a produit les symptômes observés.

OBS. — Le 4 août 1843, l'auteur fut appelé à huit heures et demie du soir chez une femme âgée de 43 ans, maigre, fortement constituée et n'ayant jamais été malade, qui fut prise, vers les trois heures, de fortes strangulations, de vomissemens et de selles contenant des fragmens de pommes de terre nageant dans un liquide mnqueux; elle avait des crampes dans les mollets et dans les doigts, avec les ponces contractés; elle était faible; figure grippée, pupille fortement dilatée; face, poitrine et extrémités froides; yeux hagards, enfoncés dans l'orbite; pouls à 100, vif, petit et vide, quelquefois à peine perceptible; langue nette; épigastre sensible à la pression; respiration irrégulière, parfois interrompue; gémissemens. D'après le dire des parens, la malade était restée sans connaissance, sans pouls et sans respiration, comme une personne morte pendant une demi-heure avant l'arrivée du médecin, et n'était revenue à elle qu'après avoir rendu nne grande quantité de pommes de terre par les vomissemens et les selles. (5 grains de tartre stibié dans nne potion, à prendre une coillerée de dix en dix minutes; sinapismes sur le creux de l'estomac.) Selles et vomissemens de beaucoup de pommes de terre.

La femme, ayant completement repris ses sens, raconta que depuis quinze jours elle avait mangé beaucoup de pommes de terre nouvelles, et qu'elle avait la diarrhée depuis huit jours, et qu'à son dernier repas, à midi, la quantité de pommes de terre surpassait celle des jours précédens. A dix heures et demie du soir, la chaleur générale revint, les contractions spasmodiques diminuèrent, le pouls devint plus rare et plus fort; langue toujours nette. (Continuation de l'émétique jusqu'au lendemain.)

Les vomissemens, qui continuèrent, finirent par être simplement bilieux.

Le 5, une potion laxative produisit sept selles.

Le 6, disparition complète des crampes. (Potion mucilagineuse et un peu de nourriture.) Retour de l'appétit, de la transpiration et du sommeil.

Le 12, guérison.

Etait-ce simplement une indigestion on réellement un empoisonnement? L'auteur penche pour cette dernière opinion, et il s'appuie sur l'absence de l'état saburral de la langue et sor les exemples d'empoisonnement par les pommes de terre rapportés par Ernest-Louis Heim (HORNS' ARCHIV., 1808, v. vij, cah. 2) et par Bourgeois. Quant au principe délétère qui agit dans ces cas, il n'est pas encore certain que ce soit la solanine, découverte par Desfosses.

II. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

PEUT-ON A L'AIDE DE MOYENS DYNAMIQUES ADMINISTRÉS PENDANT LA GROSSESSE PRÉVENIR DES ACCOUCHEMENS DIFFICILES? par le docteur RITTER, à Rottenbourg.

Cette question soulevée par de grandes aotorités reste encore iodécise; à l'appui de ceux qui pensent qu'on peut diminuer chez le fœtus le développement et surtout celui des os, M. Ritter rapporte l'observation suivante, que nous donnons en raccourci;

OBS. — Une paysanne, âgée de 23 ans, forte, mais rachitique dans son enfance, ayant un bassin rétréci, a été délivrée trois fois péniblement d'enfans morts; enceinte pour la quatrième fois et à demi terme, M. Ritter lui fit faire une saignée de six onces, lui prescrivit une eau minérale, légèrement purgative, une diète sévère ne consistant qu'en une petite quantité de légumes, de lait, de pain et de fruit, sans viande ni œufs, ni légumes secs, et lui recommanda les travaux à l'air libre. Six semaines après, on fit une nouvelle saignée de six onces, qui fut encore répétée au bout de deux mois; même régime et eau purgative. La femme était alors visiblement plus pâle et plus maigre; son ventre en besace dans les premières grossesses n'avait pas un grand développement; les mouvemens de l'enfant étaient très distincts. Quelques jours avant le terme présumé de la grossesse, on lui permit de la nourriture plus substantielle, et on suspendit les purgatifs. Les premières contractions qui annoncent l'accouchement eurent lieu dans les champs pendant que la femme était occupée à lier des gerbes. A peine rentrée chez elle, la poche des eaux se rompit, le fœtus se présenta par les pieds et fut expulsé jusqu'à la tête. La sage-femme, se souvenant des couches précédentes, envoya chercher à une demi-lieue de distance un accoucheur; l'enfant était expulsé par les seuls efforts de la nature: il était mort; pourtant pendant que la tête était restée au passage, on avait observé distinctement les mouvemens des membres hors de la vulve. Le corps de l'enfant n'était pas très maigre, mais fortement allongé; les os de la tête se croisaient, les fontanelles étaient grandes, et il y avait à la tête un renfoncement causé par la pression de l'angle sacro-vertébral, mais moins prononcé que chez les enfans des couches précédentes.

Enceinte pour la cinquième fois en 1844, la femme fut soumise de nouveau pendant la seconde moitié de la grossesse au régime débilitant, suivi pendant la quatrième grossesse. Sur le point d'entrer en travail, elle fit venir M. Ritter, qui reconnut au toucher, à travers le col entr'ouvert, la poche des eaux encore entière, la présence d'un bras. Lorsque l'orifice fut entièrement dilaté, il fit la rupture de la poche des eaux dont les membranes étaient très épaisses et alla chercher l'enfant par les pieds; mais la tête étant restée arrêtée au passage, il fallut recourir à l'application du forceps. Le nouveau né dans un état de mort apparent, quoique le cœur battit encore, fut placé dans un bain tiède, avec le placenta qu'on avait eu soin d'extraire avec lui; mais tous les moyens employés pendant une heure entière pour le rappeler à la vie restèrent sans effet. Le cadavre assez fort avait 19 pouces, mesure décimale; les fontanelles étaient grandes, les os de la tête croisés; la plus grande circonférence de la tête, 9 pouces 1/2; son diamètre, 3 pouces.

Malgré l'apparente facilité avec laquelle les deux derniers enfans ont

traversé la filière de ce bassin rétréci, nous voyons qu'il serait dangereux d'établir en règle générale l'emploi d'un régime débilitant, des saignées et des purgatifs très souvent répétés chez les femmes dont le bassin est petit pour empêcher le trop grand développement de l'enfant, et certes les constitutions qui supporteraient une diète si sévère et l'action continuelle des purgatifs sont rares et l'effet qu'on veut obtenir sur l'enfant n'est rien moins que sûr. Et pourquoi avoir recours à des moyens si rigoureux et si incertains quand on a toujours la ressource d'un accouchement prématuré artificiel? Cependant les plus grands partisans de cette dernière opération ne dédaignent pas les moyens recommandés par M. Ritter; c'est ainsi que M. le professeur Stoltz, qui a vulgarisé en France l'accouchement prématuré artificiel, recommande aux femmes qu'il veut accoucher avant terme une grande sobriété et leur défend l'usage d'aliments trop nourrissans; mais il ne veut pas qu'on regarde le régime sévère comme *une des ressources de l'art dans les cas d'extrême difformité du bassin;* de même pour les purgatifs. M. Stoltz ne pense pas qu'il soit prudent de troubler, pendant trois mois et plus, les fonctions digestives des femmes enceintes par des purgations si souvent répétées, sans que pour cela il les rejette complètement. (ARCH. MÉD. DE STRASBOURG; t. II, p. 110 et 111.)

SUR LA GUÉRISON RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE PAR LE SÉTON; par le docteur MOESNER.

Après avoir éprouvé tous les inconvéniens de la méthode par invagination de la peau du scrotum retenue à l'aide d'un fil passé à travers le canal inguinal et retenue au devant de la peau du ventre, l'auteur a eu recours à un autre procédé: il soulève le scrotum et le sac herniaire à l'aide d'un fil conduit sur une espèce de sonde à dard de son invention. Cette sonde consiste dans une canule courbe montée sur un manche creux et terminé par un bouton olivaire, de la grosseur d'un pois également creux; dans l'intérieur de cette canule, il fait remonter à l'aide d'un mandrin adapté à la courbure de l'instrument une aiguille munie d'un fil qu'il peut faire passer par le bouton olivaire de l'instrument, la peau du scrotum invaginée, le canal inguinal et la peau du ventre; le fil ainsi introduit avec tous les soins nécessaires pour ne pas blesser les viscères, il le laisse simplement dans la plaie pour s'en servir comme d'un séton et non dans le but de retenir le scrotum invaginé comme dans les méthodes de Gerdy et autres. Le canal inguinal est ensuite comprimé, et le malade retenu au lit pendant dix-huit à vingt jours qui suffisent ordinairement pour produire une inflammation adhésive de tout le trajet; le fil est ensuite retiré et la compression est encore continuée par précaution avec un brayer pendant quelques semaines. Quatre cas de guérison qui ont déjà plus d'une année de date donnent à cette méthode une certaine valeur.

SUR L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL; par le docteur SCHALLENMULLER, à CRAILSHEIM.

OBS. — Une femme de 24 ans, rachitique dans son enfance, de la taille de 4 pieds 8 pouces 1/2, avec un bassin de 2 pouces 3/4 à son diamètre antéro-postérieur, est accouchée déjà deux fois par la perforation. Le 26 novembre 1843, M. Schallenmuller fit la ponction de l'œuf à peu près huit semaines avant le terme de la troisième grossesse sans qu'il s'en écoulât du liquide. Le 28, il répéta la ponction, et le 29 il s'écoula dans l'espace de deux heures une chopine et demie d'eau; le 9 décembre on fit une troisième ponction et l'eau continua à couler jusqu'au 11 au soir où de véritables contractions commencèrent. Soixante-seize heures après, la femme accoucha facilement d'un garçon bien portant qui continua à vivre; la mère n'a pas pu l'allaiter faute de lait dont la sécrétion avait déjà été nulle après les deux premières couches.

M. Schallenmuller rapporte de plus huit autres observations où l'accouchement prématuré artificiel a été pratiqué dans la trente-deuxième semaine pour cause d'étroitesse du bassin chez des femmes qui auparavant avaient été délivrées, avec des instrumens, d'enfans morts.

Les huit opérations ont été pratiquées sans la moindre suite fâcheuse sur quatre femmes, trois fois sur deux et une fois sur deux autres.

OBS. I. — Une femme de 34 ans, délivrée cinq fois auparavant à l'aide du forceps d'enfans morts, accoucha cinq jours et demi après la ponction d'une petite fille qui naquit la tête la première et continua à vivre. (M. le docteur Horlacher, à Ansbach.)

OBS. II. — Une femme de 30 ans, accouchée deux fois par la perforation, mit au monde, vingt-quatre heures après la ponction de l'œuf, un petit garçon à la tête duquel il fallut appliquer le forceps. Sept semaines après la naissance, l'enfant succomba aux convulsions. (M. le docteur Horlacher, à Crailsheim.)

OBS. III. — Une femme de 37 ans, délivrée cinq fois par la perforation, accoucha vingt-quatre jours après la ponction. Présentation par les pieds; petite fille morte pendant l'accouchement. (Le même.)

OBS. IV. — Trois ans après la même femme mit au monde, trois jours après la ponction, un petit garçon présentant les pieds et qui succomba pendant le travail. (Le même.)

OBS. V. — Encore trois ans après, la même femme accoucha facilement, trois jours après la jonction, d'une fille venant la tête la première, et qui mourut bientôt après sa naissance. Elle n'avait que vingt-huit semaines; la mère s'était trompée sur l'époque de la conception. (M. le docteur Schallenmuller.)

OBS. VI. — Une femme de 28 ans, délivrée une fois par le forceps et deux fois par la perforation, accoucha, vingt heures après la ponction, d'une fille qui mourut pendant le travail. Présentation par les pieds. (M. le docteur Horlacher.)

OBS. VII. — Un an plus tard, nouvelle ponction chez la même femme. Vingt-quatre heures de travail. Présentation de la tête. Garçon qui vécut plusieurs heures. (M. le docteur Frœhlich, à Ilzhofen.)

OBS. VIII. — Encore un an après, la même femme; nouvelle ponction; travail de vingt-quatre heures; présentation des pieds. Fille morte pendant l'extraction. (Le même.)

III. NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG.

DU GOÎTRE SOUS-STERNAL; par le docteur GIEHUL.

Une espèce de goître encore très peu connue est celle qui consiste dans le prolongement d'un des lobes de la glande thyroïde qui s'étend sous la clavicule jusque dans la cavité thoracique, s'y développe et donne lieu à la mort par la compression des viscères contenus dans cette cavité. Un cas peut-être analogue est rapporté par Boerhaave; c'est celui d'un amiral mort avec des symptômes d'asthme, et chez lequel on a trouvé la glande thymus considérablement hypertrophiée.

La première observation que M. le docteur Zingl, à Munich, a décrite dans sa dissertation inaugurale concerne une servante de 28 ans, affectée de dyspnée et de battemens de cœur qui augmentaient lorsque la malade faisait des mouvemens; en même temps, la thyroïde se tuméfiait, des varices se formèrent au cou; elle eut souvent des catarrhes et des points de côté. Peu à peu la dyspnée devint extrêmement forte, la toux plus intense et les battemens du cœur plus obscurs, mais s'étendant à toute la poitrine; souvent douleurs pongitives dans la poitrine, et fièvre; enfin, orthopnée extrême, délire, mort.

A l'autopsie, on trouva la glande thyroïde au cou un peu augmentée de volume, mais elle s'étendait sous le sternum jusqu'au péricarde; ce prolongement dur, presque squirrheux, parcouru par des veines variqueuses, pesait plus de deux livres.

Un second exemple, également observé à l'hôpital de Munich, est celui d'un homme de quarante et quelques années. Il avait une forte dyspnée, la figure boursoufflée, rouge, un pouls plein et dur, de la toux, des battemens de cœur obscurs, des douleurs pongitives dans la poitrine, bruit respiratoire peu distinct aux deux côtés, mais surtout obscur en avant; cou dur sans véritable goître, point d'œdème aux extrémités inférieures; il y avait aux bras de petites taches bleues semblables à des pétéchies, survenues à la suite de deux saignées; orthopnée extrême, anxiété, sueurs froides. Mort le troisième jour après son entrée à l'hôpital.

En enlevant le sternum, on vit une grande tumeur dure, occupant presque toute la poitrine, couvrant le péricarde jusqu'au diaphragme, auquel elle adhérait; en haut, elle s'étendait sous la clavicule jusqu'au lobe gauche de la glande thyroïde, dont elle n'était qu'un prolongement. Elle avait l'aspect et la consistance d'un poumon hépatisé; en l'incisant, il s'écoulait un fluide trouble, blanchâtre, visqueux; les deux carotides, les veines caves descendantes, les nerfs vague et sympathique des deux côtés étaient entourés et comprimés par la tumeur.

Il est assez probable que la tumeur, existant depuis longtemps, n'avait causé que des symptômes peu alarmans; mais qu'à la suite d'une inflammation qui s'y était établie, elle avait pris un volume considérable et avait ainsi entravé la respiration et la circulation, surtout celle des veines caves supérieures; de là les symptômes observés dans les derniers jours.

REMÈDE CONTRE LE VER SOLITAIRE; par le docteur DUPUIS, à Mayence.

Dans dix cas, l'auteur a eu recours avec un succès constant au remède suivant, qu'il donne sans y préparer le malade:

Poudre d'étain anglais..........	1	scrupule.
Tannin pur..........	1/2	—
Gomme gutte..........	1/2	—
Eleorach. de Cajeput..........	5	grains.

A diviser en deux paquets et à prendre à jeun à une demi-heure d'intervalle dans une hostie. Après chaque poudre, on donne deux tasses de café sans sucre.

Ordinairement deux heures après, des selles accompagnées de coliques se déclarent, et le ténia part le plus souvent en entier; si les coliques sont fortes, on donne encore du café noir.

Pour traitement consécutif dans le but de fortifier l'intestin, ou prescrit pendant quinze jours :

Teint. fer. acet. aeth............ 2 gros.
Teint. robur. With................ 1/2 once.

A prendre, toutes les trois heures, 40 gouttes dans du vin rouge.

FEUILLES DE SABINE ET SEIGLE ERGOTÉ CONTRE LES BLENNORRHAGIES ANCIENNES; par le docteur DUPUIS, à Mayence.

Les feuilles de sabine sont principalement efficaces dans les blennorrhagies atones, avec un sentiment de froid dans les parties génitales, flaccidité du scrotum, absence d'érections, écoulement indolent, copieux, de matière jaune blanchâtre, d'une odeur spécifique, le plus souvent suite d'une blennorrhagie violente, qui a exigé un traitement antiphlogistique très énergique. L'auteur donne ce remède en poudre, dans du vin rouge, à la dose de 10 grains au commencement jusqu'à un gros toutes les trois heures; de plus, il fait baigner trois ou quatre fois par jour les parties génitales dans de l'eau froide, applique des fomentations à la glace et met les malades à un régime fortifiant. La guérison a lieu au bout de huit à dix jours, même lorsque l'écoulement date de plusieurs mois. Elle s'annonce ordinairement par des érections indolentes. Pour traitement consécutif, il fait boire tous les matins, pendant six à huit jours, une demi-bouteille d'eau de Wildung.

Le seigle ergoté est principalement indiqué dans les blennorrhagies chroniques lorsqu'il y a éréthisme, érections douloureuses, dysurie et lorsque l'écoulement est ténu, peu copieux, souvent interrompu et lorsque les parties génitales sont un peu plus chaudes que d'habitude, scrotum contracté, pollutions nocturnes, un peu de fièvre le soir. Dans ces cas, le seigle ergoté est le sédatif par excellence et peut être donné à la dose croissante d'un scrupule à un gros toutes les trois à quatre heures. Après chaque dose, le malade prend une tasse de lait et applique sur les parties génitales des sachets aromatiques camphrés; régime adoucissant et boissons délayantes. Six à dix jours de traitement suffisent le plus souvent.

DU NITRATE D'ARGENT CONTRE LA MENSTRUATION TROP ABONDANTE; par le docteur DITTERICH.

Dans les cas de flux menstruel trop abondant, suivi et précédé ordinairement d'écoulement muqueux et âcre du vagin très copieux, M. Ditterich s'est bien trouvé du nitrate d'argent (3 grains dans 2 gros d'eau distillée, à prendre trois fois par jour, 10 à 15 gouttes dans de l'eau sucrée ou du vin rouge), qui, au bout de dix jours, fait considérablement diminuer la maladie; mais, pendant deux à trois mois, il faut souvent répéter l'administration du remède, à cause des récidives. Ce médicament, employé par Kopp (DENKWURDIGKEITEN IN DER AERZLICHEN PRAXIS, V, p. 212) dans la même affection, paraît également avoir été administré avec succès. Ce vieux praticien distingué le donne toutes les deux heures à la dose d'un douzième ou dixième de grain. Il n'est pas convenable d'administrer la solution d'argent dans de l'eau de laurier cerise, comme on l'a déjà fait, parce qu'il s'y forme alors du cyanure d'argent noir, qui se précipite au fond.

IV. JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN;

PUBLIÉ PAR LES PROFESSEURS BAREZ ET ROMBERG.

DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE, DE L'IODE ET DES FEUILLES DE NOYER; par le docteur SCHNITZER, à Berlin.

L'huile de foie de morue est principalement efficace dans les scrofules des enfans pauvres, où la maladie est entretenue ou produite par l'insuffisance ou les mauvaises qualités des alimens; dans ces cas, l'huile de foie de morue agit moins comme médicament que comme substance alimentaire; et c'est si vrai, dit M. Schnitzer, que ce ne sont pas seulement les enfans scrofuleux, mais en général tous les enfans maigres et chétifs des pauvres qui prennent de l'embonpoint et un teint fleuri par l'usage de ce moyen. M. Schnitzer l'a employé dans toutes les formes de scrofules éréthiques et surtout torpides; elle lui a rendu des services signalés dans les maladies scrofuleuses de la peau, moins dans celle des os, dans le traitement desquelles elle est pourtant un excellent auxiliaire. Il ne faut pas se laisser arrêter, au commencement de l'emploi de ce remède, par la répugnance des enfans, par les vomissemens, les diarrhées ou les constipations; si on persiste pendant quelques jours, l'huile est bien supportée, et même il convient mieux de la donner pure que de vouloir la mélanger avec quelqu'aliment pour lequel les enfans pourraient prendre du dégoût. La dose est, selon l'âge, de deux cuillerées à café jusqu'à deux et trois cuillerées à soupe par jour, une ou plusieurs heures après les repas. L'efficacité de l'huile de foie de morue ne peut être attribuée uniquement à la présence de l'iode qu'elle contient; en effet, la quantité de l'iode est si minime qu'un enfant qui consommerait journellement 60 à 100 grammes de l'huile de foie de morue ne recevrait que des traces d'iode; car, d'après Wackenroder, 100 parties d'huile ne contiennent que 0,324 d'iode; d'après Santen, 240 onces d'huile ne contiennent que 3/4 de grain; et d'après longh, 100 parties d'huile ne contiennent que 0,0295 d'iode.

L'iode doit être administré avec plus de précaution que l'huile de foie de morue; son action est plus énergique, et il ne convient pas au tout jeune enfant; il doit être réservé pour les cas de scrofule, les plus graves, lorsque les glandes sont très malades et lorsqu'il existe des engorgemens, des indurations et des maladies des os. L'iode excitant très fortement l'appareil circulatoire, son action doit être surveillée, surtout à l'égard des voies respiratoires, dans lesquelles il se déclare souvent des symptômes de congestion qui exigent l'interruption de l'usage de l'iode, qu'on peut remplacer temporairement par l'huile de foie de morue.

M. Schnitzer prescrit ordinairement, dans les cas les plus graves et chez les enfans encore forts, l'iodure de potassium dissous dans de l'eau distillée, et a recours, chez les enfans faibles, au sirop, dont chaque gros contient 7 grains d'iodure de fer, et il donne de ce sirop 12 à 25 grains, deux à trois fois par jour. Sur les engorgemens des os et des glandes, il applique aussi des onguens iodés.

Les *feuilles de noyer*, préparées et données sous toutes les formes, d'après M. Négrier, ont été expérimentées longtemps et sans succès par le médecin de Berlin, tant dans sa pratique civile que sur les enfans de l'hospice.

SUR L'ACTION DE LA POUDRE DE LYCOPODE, TANT EN POTIONS QU'EN LAVEMENS, CONTRE LES DIARRHÉES DYSENTÉRIQUES DES ENFANS; par le docteur BEHREND.

Ce remède, populaire en Silésie, a été expérimenté avec le plus grand succès par l'auteur et un de ses collègues contre la dysenterie et les diarrhées, avec fièvre; et, à en juger d'après sa composition chimique, on comprend son efficacité. Cadet (BULLETIN DE PHARMACIE, III, 31) y a trouvé du sucre, de la cire, du mucus, de la matière extractive, un peu de sulfate d'alumine, du fer et autres sels; Bucholz (GEHLEN'S JOURNAL, VI, 573), de l'huile fine, du sucre, de l'extractif muqueux, et un principe qu'il appelle *pollenin*, qui est jaune, léger, doux au toucher, insipide et inodore, toujours inflammable, donnant à la distillation sèche, outre les gaz acide carbonique et hydrogène carboné, de l'huile empireumatique; d'après Fritsche, le pollenin serait composé de mucus, d'huile et de fécule.

Le lycopode peut être donné de la manière suivante :

1° En Silésie, le peuple fait triturer avec soin 4 cuillerées à café de lycopode, avec deux jaunes d'œufs et autant de sirop de sucre et d'eau qu'il faut pour faire une émulsion dont on donne deux cuillerées à café toutes les heures.

2° Hufeland a recommandé, contre la strangurie et les diarrhées douloureuses chez les enfans : poudre de lycopode, 2 gros; sirop de guimauve, 1 once et demie; eau de fenouil, 2 onces; une cuillerée à café toutes les heures.

3° M. Behrend le prescrit de la manière suivante : poudre de lycopode, 2 gros; eau de fenouil, 4 onces; gomme arabique et sirop de sucre, q. s.; à prendre deux cuillerées toutes les heures. Aux enfans tout petits (nouveau-nés) : poudre de lycopode et gomme arabique, de chacune 2 gros; sirop d'orgeat, q. s.; à prendre par cuillerées à café.

En cas d'urgence, on peut ajouter de l'opium à ces potions.

Les lavemens de lycopode se donnent aussi en mucilage au jaune d'œuf, et au besoin avec de l'opium. Il est important d'avoir du lycopode pur, qui malheureusement est souvent falsifié.

V. ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG,

PUBLIÉE PAR LE DOCTEUR SACHS.

SUR LA PROSTITUTION A DANOVRE; par le docteur ZIEGLER.

Les maladies vénériennes ayant augmenté considérablement en nom-

bre et en gravité dans le courant de l'hiver dernier, M. Ziegler cherche à se rendre compte des causes probables de ce malheureux accroissement, et il le trouve dans :

1° L'augmentation de la population des militaires, des étudians, des commis négocians et d'une affluence plus grande d'étrangers par les faciles communications des chemins de fer; sur 38,781 habitans, il y en a 5,000 qui ont des rapports sexuels hors mariage.

2° La diminution de plus de moitié des maisons prostituées avouées dans les vingt dernières années; il n'y a d'inscrites dans les bureaux de la police que 24 femmes privilégiées et 6 tolérées, sur lesquelles une seule a été syphilitique dans le courant de l'hiver, tandis que sur 8 femmes arrêtées pour cause de débauche 4 étaient syphilitiques. Le chiffre de 30 est limité, et les places vacantes sont occupées par des femmes dont quelques-unes sont déjà âgées de 40 ans et se livrent à la débauche depuis plus de 25 ans. Il résulte donc de cet état que les prostitutions clandestines deviennent plus nombreuses; aussi en 1843 sur 59 filles syphilitiques traitées à l'hôpital, il n'y ent que 8 prostituées reconnues, et dans ce moment il y a 7 syphilitiques dont pas une inscrite à la police, et, chose incroyable, ce ne sont que des filles bourgeoises qui peuvent être inscrites comme prostituées à Hanovre, et qui paient ce privilége avec une somme de 24 à 30 écus par an.

3° La plus grande dépravation des hommes favorisée par la difficulté des mariages faute de moyens pécuniaires avant un certain âge, et par la facilité de satisfaire les passions en dehors du mariage.

4° L'irréligion et le piétisme par leurs aberrations mentales.

5° L'augmentation du luxe chez les femmes.

6° Le salaire trop minime des ouvrages de femmes.

7° La concurrence des servantes venues de la campagne en ville.

Les moyens que l'auteur indique pour diminuer la syphilis et la débauche sont connus et consistent, principalement à Hanovre, à augmenter le nombre des prostituées avouées, à bien les surveiller et à les choisir plutôt parmi les étrangères qui n'ont pas des sœurs et des amies qu'elles peuvent attirer, et à poursuivre énergiquement la prostitution clandestine.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE.

ÉTAT DU SANG DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES ET LA DYSENTERIE.

MM. LÉONARD et FOLEY, médecins de l'armée d'Afrique, adressent un travail intitulé : RECHERCHES SUR L'ÉTAT DU SANG DANS LES MALADIES ENDÉMIQUES DE L'ALGÉRIE. Ces recherches ont porté principalement sur les fièvres intermittentes et sur la dysenterie, endémies les plus communes en Algérie.

L'analyse du sang des sujets atteints de fièvres intermittentes a fourni les résultats suivans :

1° Dans les fièvres intermittentes à l'état vierge, et quel que soit le type, le chiffre de la fibrine oscille entre les maxima et les minima de ses proportions physiologiques.

2° Il s'abaisse, en général, sous l'influence des récidives, sans cependant dépasser le maximum de l'état normal.

3° Le passage de l'intermittence à la rémittence et à la continuité n'exerce aucune variation dans les quantités de ce principe du sang.

4° Parmi les complications, celles qui sont de nature purement phlegmasique sont les seules qui en élèvent la proportion.

5° Les congestions qui se font dans certains organes, et que l'on peut rencontrer dans tous les types, s'élèvent dans quelques cas rares jusqu'au degré de la phlegmasie, et augmentent à ce titre le chiffre de la fibrine.

6° La cause qui détermine le passage de la fièvre à l'état pernicieux peut avoir une influence sur la quantité de fibrine; mais on ne saurait faire dépendre cet état de la proportion de ce principe, puisqu'elle varie dans des cas divers, quoiqu'à forme identique.

7° La cause qui, dans les fièvres intermittentes, préside à l'engorgement de la rate, ne peut, comme dans l'état typhoïde, être attribuée à la défibrination du sang.

8° Le chiffre des globules n'augmente qu'exceptionnellement. Ils tendent à rester stationnaires ou à diminuer.

9° Leur diminution ne se prononce que sous l'influence de la prolongation de la maladie, de ses récidives et de l'affaiblissement de la constitution.

10° Bien que les cas d'augmentation aient, en général, lieu dans des formes graves, on ne peut cependant établir une relation entre ces deux circonstances.

11° Les matériaux solides du sérum ont une tendance à décroître de quantité; cette décroissance porte simultanément sur les matériaux organiques et sur les matériaux inorganiques.

12° L'abaissement des proportions de l'albumine a lieu d'une manière prononcée; il ne s'opère au profit ni de la fibrine, ni des globules.

13° Les matériaux solubles dans l'eau distillée bouillante offrent une augmentation considérable; mais ce fait, qui n'est point spécialement lié à l'existence de la fièvre intermittente, puisqu'il se rencontre dans d'autres maladies et même dans l'état de santé, doit être attribué à l'influence d'une cause plus générale.

14° Les matériaux solubles dans l'alcool bouillant se sont montrés si variables dans leurs quantités qu'il ne peut être établi aucune proportion à leur égard.

15° Enfin, l'eau du sang, qui ne diminue que dans des cas fort rares, tend généralement à une augmentation qui se trouve souvent très marquée. C'est presque toujours aux dépens des globules que cette circonstance a lieu.

Les auteurs concluent de ces résultats :

1° Que la viciation du sang dans les fièvres intermittentes, telle au moins qu'elle s'est dévoilée à leurs analyses, ne peut être considérée comme primitive, ou comme cause, mais bien comme consécutive, et par conséquent effet de la maladie;

2° Que cette viciation, qui se manifeste aussi dans d'autres maladies comme conséquence de leur durée, ainsi que l'ont appris les travaux de MM. Andral et Gavarret, et de MM. Becquerel et Rodier, ne présente de particulier à ce genre d'affections que d'intéresser à la fois un plus grand nombre des élémens du liquide sanguin;

3° Que si le développement de la fièvre intermittente est le résultat d'une intoxication du sang, ce qu'ils ne repoussent pas d'une manière absolue, la présence du principe qui l'occasionne est encore à chercher, et que pour ce motif on peut avec autant de raison attribuer les premiers troubles qui signalent l'existence de la maladie à une modification morbide, survenue dans l'un des appareils du système nerveux;

4° Que les recherches de pathologie humorale peuvent, jusqu'à un certain point, accepter une part des reproches adressés à l'anatomie pathologique des solides, parce qu'elles ne soulèvent point entièrement le voile qui nous dérobe l'essence des maladies;

5° Que néanmoins la connaissance des changemens de proportions qui s'opèrent dans plusieurs des élémens du sang sous l'influence des maladies, doit être envisagée comme un progrès réel ajouté à la connaissance des lésions qu'éprouvent les solides;

6° Enfin qu'après l'étude des liquides de l'organisme humain, en doit venir une autre : celle des lois par lesquelles agit cette puissance qui domine tous les autres systèmes de l'économie.

DYSENTERIE. — Sur six analyses, la fibrine a été trouvée quatre fois augmentée et deux fois à l'état normal; d'où il paraît résulter que la dysenterie peut s'accompagner ou être l'expression d'un état phlegmasique ou bien exister sans lui. La durée de la maladie ne paraît avoir aucune part dans les variations de la fibrine, puisque la saignée a été faite à des époques plus ou moins éloignées de son début.

Les globules tendent à diminuer.

Les matériaux solides n'augmentent dans aucun cas; dans 4 cas ils sont restés dans leurs limites normales.

Les matériaux organiques ont diminué dans quatre cas; dans deux ils se sont maintenus à l'état normal.

Les matériaux inorganiques ne se sont éloignés, dans aucun cas, de leur proportion physiologique.

L'albumine était diminuée dans les trois cas où elle était isolée.

Les matériaux solubles dans l'eau bouillante n'ont été obtenus que dans quatre cas; ils étaient considérablement augmentés. Ce résultat se fait remarquer par son analogie avec celui qu'ont fourni les fièvres.

Les matériaux solubles dans l'alcool bouillant se sont élevés dans un cas et sont descendus dans les deux autres.

L'eau a été surabondante dans quatre cas et à l'état normal dans deux.

DÉVELOPPEMENT DES OS.

MM. BRULLÉ et HUGUENY communiquent le résultat d'expériences qu'ils ont faites en commun sur le développement des os.

Voici en quels termes ils résument leur théorie du développement des os :

1° Il y a dépôt des parties osseuses nouvelles, soit à la face externe, soit à la face interne des os, mais non pas sur toute l'étendue de chacune de ces deux faces à la fois.

2° Les régions de chacune de ces faces de l'os où ce dépôt ne se produit pas sont le siége de la résorption.

3° Ces faits se passent à la face interne comme à la face externe des os, mais de telle manière que, s'il y a résorption sur une des faces, il y a ordinairement dépôt sur la face opposée.

4° L'augmentation des os en diamètre a lieu par le dépôt de parties nouvelles à la face externe, ainsi que l'ont remarqué Duhamel et M. Flourens.

5° L'augmentation des os en longueur se fait par deux moyens : les extrémités reçoivent des parties nouvelles; c'est ce que M. Flourens a très bien reconnu; le corps est soumis à la résorption dans les parties voisines des extrémités.

6° Les épiphyses se développent séparément, à la manière des os courts, c'est à dire par l'addition de substance nouvelle sur certaines parties et par la résorption sur d'autres.

7° Les os plats se présentent, sous le rapport de leur développement, comme les os longs. Ils sont soumis au dépôt de parties nouvelles et à la résorption de parties anciennes pour ce qui concerne du moins leur face externe.

8° Le périoste et la membrane médullaire sont alternativement les organes du dépôt de la résorption des parties osseuses. Chacune de ces deux membranes a donc les mêmes propriétés que l'autre.

9° Enfin, la mutation de la matière ne paraît consister que dans le mouvement d'augmentation et de résorption, du moins pour ce qui concerne le tissu osseux; elle n'est alors qu'un phénomène d'accroissement.

— Le prince Louis-Lucien Bonaparte a fait l'observation curieuse que du blé qui avait été avarié dans des sentines de navires, par suite d'un contact prolongé avec de l'eau de mer, contenait des quantités très notables d'acide valérianique et d'acide butyrique. Il s'occupe de rechercher les causes sous l'influence desquelles se sont formés ces deux acides, et particulièrement le premier, dont l'existence dans les circonstances qu'il indique est particulièrement digne d'intérêt.

— M. Mayor, de Lausanne, adresse en son nom et au nom de son fils un mémoire intitulé : Les bains tièdes ramenés a leur plus simple expression. Il s'agit, au moyen d'un tissu imperméable, de prévenir l'évaporation du liquide appliqué à la peau. Le papier huilé, la baudruche, peuvent remplir cet objet, mais le tissu le plus efficace consiste dans une toile de coton imprégnée d'huile siccative.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président prévient l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures pour entendre la lecture du rapport de la commission du prix Portal.

LITHOTRITIE.

M. Cazenave (de Bordeaux), membre correspondant, est appelé à la tribune pour une lecture. Il lit une petite notice statistique relative aux opérations de lithotritie qu'il a pratiquées depuis quinze ans. Le nombre de ces opérations s'élève à 52. Sur ce chiffre de 52 opérés, 43 ont guéri, 8 sont morts, 1 seul a continué à souffrir après l'opération, bien qu'il eût été débarrassé de deux calculs volumineux. Sur les 43 guéris, 7 seulement ont offert quelque intérêt particulier. Des 8 sujets qui ont succombé, 3 sont morts par le fait de circonstances entièrement étrangères à l'opération. L'auteur entre dans quelques détails sur ces trois derniers cas.

ORTHOPÉDIE RACHIDIENNE.

M. Pravaz lit un travail sur l'orthopédie rachidienne. L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de répondre aux objections et aux critiques qui ont été dirigées dans une des dernières séances contre l'orthopédie rachidienne, à l'occasion du rapport de M. Bouvier sur la gymnastique. Après avoir examiné et réfuté une à une les différentes observations présentées par MM. Nacquart et Delens, M. Pravaz s'attache à démontrer que, loin d'être morte, comme on l'a prétendu, l'orthomorphie est plus que jamais en progrès de nos jours. Les moyens gymnastiques ne suffisent point, comme cela a été avancé, pour le redressement des difformités de l'épine. Dupuytren, après en avoir longtemps recommandé l'usage, avait fini par en reconnaître l'insuffisance. Encore moins peut-on espérer de voir ces difformités guérir spontanément. Le moyen d'obtenir des succès assurés, suivant l'auteur, est de combiner la gymnastique avec les appareils mécaniques et l'usage de l'air comprimé.

M. Pravaz termine par l'exhibition de deux plâtres représentant le dos d'une jeune fille de 13 ans, l'un pris avant le traitement, le second après le traitement et à dix-huit mois de distance. La difformité est extrêmement considérable sur le premier plâtre ; elle est notablement diminuée sur le second. M. Pravaz demande si l'on pense qu'un pareil résultat eût été obtenu par la gymnastique seule, et si, dans un cas pareil, on pourrait compter sur un redressement spontané.

M. Nacquart : Lorsque j'ai pris la parole sur ce sujet, j'ai voulu éclairer l'Académie sur ce que je crois être une illusion. Que l'Académie veuille consacrer quelques séances pour une discussion franche, sincère, et je me réserve de développer devant elle les motifs de mon opinion. Je déclare persister dans le même sentiment à cet égard, malgré la lecture de M. Pravaz. Ce n'est pas par entêtement, mais par conviction.

M. Piorry : J'ai demandé la parole pour faire remarquer qu'il existe un moyen de dessiner à l'extérieur la forme des vertèbres. Ce moyen me paraît précieux pour résoudre les questions actuellement en débat. J'ai pu me convaincre, à l'aide de ce moyen, qu'en faisant exécuter aux personnes déviées certains mouvemens, on voit les vertèbres se redresser spontanément. Je pourrais citer des faits qui ne laissent aucun doute à cet égard. Ainsi, il est démontré pour moi, d'une part, qu'on peut dessiner assez exactement les vertèbres à l'extérieur pour déterminer d'une manière précise leur situation ; d'autre part, que les malades peuvent volontairement redresser leur colonne lorsque la déviation est peu considérable ou qu'elle ne fait que commencer. N'est-il pas évident, d'après cela, que si la colonne peut être redressée momentanément par les seuls efforts musculaires, on peut espérer la redresser à la longue d'une manière permanente par des moyens gymnastiques ?

M. Pravaz : Je reconnais toute l'importance de ce que vient de dire M. Piorry. Je pense, comme lui, que la gymnastique seule peut, dans quelques circonstances, opérer le redressement de déviations légères, mais c'est à la condition d'être convenablement appliquée, car sans cela elle peut produire des effets tout contraires de ceux que l'on désire obtenir.

M. Londe : Il arrive quelquefois qu'en appliquant la main froide sur le dos d'une personne déviée, on provoque un mouvement spontané de redressement ; mais ce redressement ne dure pas ; pour obtenir un redressement persistant, il faut évidemment le concours de la gymnastique et des moyens mécaniques. Les mouvemens musculaires ne suffisent donc pas à eux seuls pour opérer le redressement des déviations.

Cette discussion n'a pas de suite, et, sur la proposition de M. le président, la note de M. Pravaz sera insérée au Bulletin.

PHARYNGOSCOPE.

M. Haud, correspondant, présente un petit appareil destiné à l'exploration du pharynx, et auquel il donne le nom de *pharyngoscope*.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

PROGRAMME DES QUESTIONS PROPOSÉES PAR L'ACADÉMIE, DANS SES SÉANCES DES 27 OCTOBRE 1844 ET 29 JUIN ET 28 SEPTEMBRE 1845.

I. — CONCOURS DE 1844-1846.

Première question. « Décrire l'état puerpéral, et éclairer, par des faits, la nature et le traitement des maladies auxquelles cet état prédispose. »

Prix : Une médaille d'or de 500 fr.

Deuxième question. « Indiquer les mesures et les précautions à prendre pour la conservation de la santé des détenus dans les maisons pénitentiaires soumises au régime de la séparation complète. »

L'Académie recommande aux concurrens de n'apporter à l'appui de leurs opinions que des faits puisés aux meilleures sources.

Prix : Une médaille d'or de 300 fr.

Un arrêté royal du 20 novembre 1844, rendu sur la proposition de M. le ministre de la justice, élève le prix de la médaille à la somme de 800 fr.

Troisième question. « Donner la structure anatomique comparée de l'utérus ; chez les femelles des animaux domestiques quadrupèdes ; décrire avec précision les modifications que les corps de Gaertner subissent aux différens âges de la vie et dans l'état de gestation, chez les animaux qui sont pourvus de cet appareil organique ; et enfin indiquer le rôle que cet appareil remplit dans l'économie animale. »

Prix : Une médaille d'or de 300 fr.

Quatrième question. « Faites une exposition méthodique et une appréciation raisonnée des applications que, depuis le commencement de ce siècle, on a faites de la physique et de la chimie, à la médecine tant théorique que pratique. »

L'Académie entend que toutes les applications de la physique et de la chimie, faites depuis le commencement du dix-neuvième siècle, à la médecine, prise dans son acception la plus étendue (physiologie, pathologie, thérapeutique, hygiène, médecine publique), soient tout à la fois indiquées, exposées et soumises à une appréciation raisonnée.

Prix : Une médaille d'or de 1,000 fr.

Les mémoires en réponse à ces questions devront être écrits en latin ou en français.

II. — CONCOURS DE 1845-1846.

« Faire connaître les effets du sel commun, tant comme moyen d'améliorer et de conserver les fourrages que comme moyen préservatif contre les maladies des animaux herbivores servant à l'agriculture ; indiquer la quantité qu'on peut donner de ce sel à chaque animal, eu égard à l'espèce à laquelle il appartient, à sa destination, à son âge, à son tempérament, à l'état de sa santé, à la localité qu'il habite, et aux autres conditions hygiéniques plus ou moins favorables dans lesquelles il peut se trouver ; établir quels sont les meilleurs modes d'administration du même sel, soit à titre de condiment, soit pour le faire servir à la conservation des matières alimentaires, et enfin signaler les accidens ou les maladies qui pourraient résulter de son usage à trop fortes doses. »

Les mémoires en réponse à cette question doivent être écrits en français, en flamand ou en latin, dans un style simple et concis, et sous forme d'instruction populaire à la portée des agriculteurs, basée principalement sur les faits et sur les expériences qui ont été publiés sur la matière, par les vétérinaires et les agronomes des différens pays.

Prix : Une médaille d'or de 600 fr.

III. — CONCOURS DE 1845-1847.

Première question. « Faites connaître l'influence que les marais et les *polders* exercent, spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie ; indiquez les moyens de neutraliser cette influence en tout ou en partie, par des mesures d'hygiène tant publiques que privées. »

Prix : Une médaille d'or de 1,200 fr.

Deuxième question. « Déterminer, par des expériences, les modifications qu'éprouvent l'albumine animale, la fibrine, le sucre, la fécule et la gomme, dans le canal digestif ;

» Examiner sous quelle forme ces matières sont absorbées, et comment elles se comportent avant et lors de la conversion du chyle en sang. »

L'Académie désire que ce travail soit accompagné d'une série d'analyses quantitatives des substances provenant des modifications ci-dessus indiquées.

Prix : Une médaille d'or de 800 fr.

Troisième question. « Établir une théorie de la chylose, de la lymphose et de l'hématose, au point de vue des analogies que ces trois actes organiques peuvent présenter ;

« Faire connaître les transformations que le chyle, la lymphe et le sang subissent, et leurs usages définitifs dans l'économie. »

Prix : Une médaille d'or de 1,000 fr.

Quatrième question. « Énumérer les divers traitements qui ont été successivement proposés dans les fractures des extrémités; faire ressortir leurs avantages relatifs, et indiquer quels sont les traitements qui doivent obtenir aujourd'hui la préférence. »

Prix : Une médaille d'or de 600 fr.

Cinquième question. « Faire un examen approfondi de la constitution chimique des corps gras employés en médecine; exposer leurs caractères distinctifs, leurs altérations spontanées, et les moyens de reconnaître leurs falsifications. »

Prix : Une médaille d'or de 500 fr.

Les mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français.

La remise des mémoires devra avoir lieu, savoir :

Pour les questions du premier programme, avant le 1er avril 1846; pour celles du second, avant le 1er juin de la même année, et pour celles du troisième programme, avant le 1er avril 1847.

Les mémoires manuscrits seront seuls admis aux concours; ils devront être adressés, franc de port, à M. le docteur Sauveur, secrétaire de l'Académie, rue du Bois-Sauvage, n° 2, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leur nom à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répèteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître, de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après les termes fixés ci-dessus, seront exclus des concours.

L'Académie informe MM. les concurrens :

1° Que ses membres, les correspondans exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours;

2° Que les jugemens portés sur les mémoires seront respectivement publiés dans les séances publiques de 1846 et de 1847;

3° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses mémoires;

4° Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant sera fixé par le bureau d'administration.

L'Académie rappelle que, dans sa séance du 6 octobre 1844, elle a décidé qu'une médaille d'or sera décernée, à titre d'encouragement, à l'un des mémoires qu'elle a reçus en réponse à la question qu'elle avait proposée sur l'histoire des médicamens ferrugineux. Ce mémoire est celui qui a pour épigraphe : « Les services que le fer rend à la société doivent lui concilier, plus qu'à tous les autres métaux, l'estime des gens habitués à exercer leur esprit. » (Fourcroy, Système des connaiss. chim., t. vi, p. 105.)

L'Académie a décidé que ce travail sera inséré dans le recueil de ses mémoires, si son auteur consent à se faire connaître.

Bruxelles, le 26 octobre 1845.

Le secrétaire de l'Académie, D. Sauveur.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

KLEPTOMANIE; ACCUSATION DE VOL; CONDAMNATION PAR DÉFAUT; APPEL DU JUGEMENT; RAPPORT MÉDICO-LÉGAL POUR CONSTATER L'ALIÉNATION MENTALE; ACQUITTEMENT; par M. H. Girard.

Depuis que la loi du 30 juin 1838 a fixé le sort des aliénés, on s'occupe d'eux avec activité, et la science, se livrant à l'étude des troubles physiques intellectuels et moraux qui caractérisent la folie, soustrait chaque jour aux flétrissures des tribunaux correctionnels, aux expiations des Cours d'assises, des malheureux qu'une apparence de raison semble confondre avec les coupables, mais dont l'état de la sensibilité, de la raison, de la volonté, apprécié avec jugement et délicatesse, démontre la situation maladive. Le désir de concourir à répandre la lumière sur de semblables faits, dignes d'intéresser la société tout entière, m'engage à publier le rapport médico-légal suivant :

Mad. M..., née Lallemant, épouse de M. M..., vérificateur des domaines, résidant à Avallon depuis dix ans, a, le 21 novembre 1844, soustrait, chez un marchand d'Avallon, une pièce d'étoffe, dite alpaga, estimée 43 fr.; elle a été pour ce larcin, et deux autres commis antérieurement, poursuivie par le ministère public, et condamnée par défaut devant le tribunal correctionnel d'Avallon, le 24 décembre 1844, à treize mois de prison et 25 fr. d'amende.

Interrogée sur ce méfait, madame M... allègue pour cause qu'elle était malade, qu'elle y a été poussée irrésistiblement, et par conséquent que sa volonté y est étrangère.

On demande s'il est possible d'admettre une semblable excuse.

Je n'ignore pas combien il faut apporter de réserve, lorsqu'on traite une question qui intéresse, à un degré si éminent, la morale publique et la sûreté des propriétés. Aussi, également éloigné de ne voir dans ces criminels que des monomaniaques, ou de nier d'une manière absolue cette maladie mentale incontestablement admise dans la science, je m'efforcerai d'apprécier avec rigueur et impartialité les circonstances au milieu desquelles l'acte incriminé a été commis, sans torturer les faits, sans leur donner une interprétation qu'ils repoussent (1).

Examinons si avant et après la perpétration de l'acte incriminé, madame M... a offert des signes d'aliénation mentale, si la bizarrerie de l'action qu'on lui impute et les circonstances qui l'ont accompagnée sont en opposition avec sa conduite et sa situation d'esprit normales; car si tous ces faits sont bien établis, il restera évident que madame M... a agi sous l'empire d'impulsions maladives qui l'ont privée de sa liberté morale et que partant elle n'est point coupable.

Madame M... d'un tempérament nerveso-sanguin, est âgée de 32 ans; son père est goutteux depuis l'âge de quinze ans; il est de notoriété publique à la Charité-sur-Loire (Nièvre) que sa mère est affectée d'une propension bizarre, irrésistible pour les boissons alcooliques; il lui arrive habituellement de perdre la raison à la suite de ces excès, dont rien n'a pu la détourner, ni les conseils de ses amis, ni les préceptes de la morale et de la religion. Sa tante du côté maternel, atteinte d'aliénation mentale depuis vingt ans, est actuellement en traitement dans une maison de santé. Un de ses oncles, également du côté maternel, est mort aliéné; il s'est suicidé. Il en est de même de son fils, auteur et acteur dramatique, qui s'est brûlé la cervelle à la suite d'une querelle futile avec le costumier de son théâtre.

Pendant sa première enfance, à l'époque de la dentition, madame M... a éprouvé des convulsions avec délire, qui ont laissé à leur suite une impressionnabilité excessive; à la moindre émotion, elle pâlissait, était agitée d'un petit tremblement pénible, et ne pouvait supporter aucune contrariété; les nuits étaient troublées par des rêves, des cauchemars. Cet état s'est amélioré jusqu'à l'époque de la menstruation annoncée par des maux de tête, des brisemens et des douleurs dans les membres, des bizarreries dans le caractère, dans les goûts. Le premier écoulement menstruel s'accompagna d'attaques de nerfs avec perte de connaissance; les hémorragies étaient difficiles, peu abondantes.

De 16 à 17 ans, les règles s'établirent assez bien; à cette époque, menant une vie douce, calme, régulière, son caractère prit une plus grande consistance, et son jugement se raffermit. Les personnes qui l'ont connue, qui ont vécu avec elle avant son mariage, disent « qu'elles n'ont jamais vu un caractère plus aimable, plus gai, plus uniforme que le sien; » elles ajoutent : « que ce caractère la faisait beaucoup aimer et apprécier. » Elle avait de l'ordre, une moralité à toute épreuve et des sentimens généreux.

Mariée à 18 ans, à la suite d'une suppression menstruelle survenue sans cause appréciable, madame M... éprouva des spasmes convulsifs analogues aux premiers. On observa dès lors quelques désordres physiques et moraux, propres à l'hystérie; mais une perte abondante calma tous ces accidens.

A 19 ans, madame M... fut atteinte par le choléra pendant une grossesse, ce qui augmenta fortement son irritabilité. Depuis cette époque jusqu'au commencement de 1843, les irrégularités de la menstruation, les nombreux devoirs de sa position d'épouse, de mère de famille et cinq grossesses accrurent considérablement son état nerveux, ce qui parfois donnait de vives inquiétudes sur l'intégrité de sa raison (2). A certaines époques, particulièrement à celles coïncidant avec ses grossesses, ou avec les dérangemens de la menstruation, on observait chez madame M... une grande mobilité dans les idées, dans la sensibilité; elle contractait des dettes chez les marchands, achetait des étoffes dont elle ne faisait aucun usage et qu'elle cachait; prenait en haine, sans motif appréciable, son mari, ses enfans, ses amis, et en dégoût sa position, ses occupations de ménage; elle négligeait sa toilette, se plaignait de violens maux de tête, de chaleurs d'entrailles, de soif, d'inappétence, d'insomnie, d'agitation, d'hallucinations, de cauchemars; on parvenait avec beaucoup de peine à fixer momentanément son attention, et sa raison se montrait rebelle aux conseils les plus affectueux; quelque temps après madame M... redevenait calme, raisonnable, économe, appréciait ses torts et s'efforçait de les réparer.

Insensiblement cet état fit des progrès; les intervalles de lucidité, de calme, devinrent plus rares, la menstruation plus difficile, plus irrégulière et les dé-

(1) Je déclare ici que j'ai dû considérer comme authentiques tous les documens qui m'ont été fournis sur madame M... et qui servent de base à mon appréciation.

(2) Les désordres passagers de l'intelligence et de la sensibilité sont très bien décrits dans deux certificats délivrés par les docteurs Finot et Gagnard d'Avallon, qui donnaient des soins à madame M... « L'agitation, l'insomnie, la réaction de douleurs sur l'organisme, dit le premier, l'épuisement produit par les pertes de sang, laissaient à leur suite du *trouble dans les facultés mentales*. Comme ces facultés étaient à la fois affaiblies d'un côté et surexcitées de l'autre, il n'existait plus entre elles cet équilibre normal d'où procède un jugement sain, une claire et libre déduction des idées; les pleurs et les ris, le chagrin et la joie se succédaient tour à tour; de là une foule de déterminations bizarres, contradictoires, qu'une sorte de vertige, une impulsion insolite, irrésistible, faisait éclore spontanément; il y avait aussi dans les fonctions des sens une altération remarquable et j'ai vu quelquefois chez cette dame de véritables hallucinations. »

« Les symptômes variés et extraordinaires que j'observai chez madame M..., dit le second, me firent souvent redouter pour terminaison un dérangement dans les facultés intellectuelles » et plus loin : « dès que j'eus connaissance de la première soustraction de cette dame, dans sa position de fortune et de famille, ma conviction fut établie : je ne doutai plus d'un dérangement du cerveau. »

sordres qui l'accompagnaient acquirent un degré d'intensité alarmant. Ce fut dans une semblable période, qu'au mois de février 1843, tourmentée par d'affreux maux de tête, elle déroba chez un marchand d'Avallon un coupon de dentelle de la valeur de 21 fr., une paire de gants de 2 fr. 50 c. et une pièce de ruban de 3 fr. qui avait été achetée par une demoiselle d'Avallon. Le lendemain elle se para de tous ces objets dans un bal public, où ils furent immédiatement reconnus. Au retour du bal, les règles parurent et avec elles se dissipa encore le trouble physique et moral, que leur absence avait occasionné. Cet état satisfaisant dura jusqu'au mois d'avril 1843; à cette époque madame M..., sous l'influence des mêmes désordres, prend 5 mètres de dentelle de 20 fr., un mètre 1/2 de napolitaine de 3 fr. 50 c., une paire de brodequins de 5 fr., un porte-carte de 3 fr. 50 c., une broche en chrysocale de 5 fr., plusieurs paquets d'épingles de 20 fr. chacun.

En novembre 1843, elle fait un voyage à Paris (elle était enceinte); la personne chez laquelle elle habite remarque « des actes d'une nature extravagante, des discours plus incohérens les uns que les autres; elle prêchait une économie sévère, puis faisait des dépenses sans utilité, sans nécessité : de la joie et d'une hilarité folle, elle tombait dans une tristesse profonde; son langage, ses habitudes, sa mise, ses paroles, ses gestes, tout enfin chez elle annonçait un dérangement notable dans les idées. »

A son retour de Paris, en décembre 1843, madame M... dérobe un cachet en verre bleu de 5 fr. Depuis cette époque jusqu'au 8 avril, jour de son accouchement, elle est retenue dans sa maison par une indisposition; elle se trouve dès lors dans l'impossibilité de donner cours à son penchant dépravé : mais elle est agitée, privée de sommeil, accuse une soif vive, de l'inappétence, des chaleurs intestinales, une constipation opiniâtre, témoigne de la froideur à son mari et aux personnes qu'elle affectionne le plus dans son état normal; mange avec avidité des soupes grasses, des fruits acides, mets pour lesquels auparavant elle avait une répugnance invincible, est dominée par l'idée qu'elle mourra pendant ses couches, et cependant à ce sentiment mélancolique, succède une joie immodérée, ses idées se heurtent, se contrarient et sont en contradiction sensible.

Elle accouche, comme nous l'avons dit au mois d'avril 1844, sans accident, part pour la campagne au mois de mai, y reste jusqu'à la fin de juin : cependant la menstruation n'avait pas reparu et l'on observait alors un retour à l'état d'excitation précédemment décrit : ce fut à cette époque qu'ayant reçu la visite de l'abbé Nicole, cet ecclésiastique qui la connaissait depuis peu de temps, et qui avait déjà observé chez elle une grande exaltation, constata « quelque chose de désordonné dans ses paroles et dans ses manières. »

En octobre 1844, madame M..., naturellement très peureuse, peu religieuse, part sans réflexion à l'approche de la nuit, accompagnée de sa petite fille âgée de onze ans pour Island, village à deux lieues d'Avallon, par de mauvais chemins et ne revient qu'à dix heures. Elle va voir l'abbé Nicole, lui parle de ses projets de réforme, de ses enfans, de son mari, en des termes si expressifs, que ce vénérable prêtre est frappé « de son imagination exaltée, du flux de paroles exagérées qu'il aurait été impossible de régler, de modérer. Elle était, ajouta-t-il, si absorbée par ses projets religieux, qu'elle aurait, sans s'en douter, passé la nuit à en parler, s'il eût voulu l'écouter. »

Le 8 novembre 1844, mad. M... écrit à son mari, en vérification à Vermanton, « qu'elle se trouve dans une situation d'esprit, une tranquillité de conscience telles, qu'elle se croit digne de communier, et qu'aussitôt son arrivée elle fera venir à cet effet l'abbé Nicole. »

Et c'est le 21 novembre que madame M..., qui n'a pas vu ses règles depuis deux mois, après une nuit passée dans l'insomnie, l'agitation, se plaignant de maux de tête, de soif, de chaleurs intestinales, de constipation, d'inquiétudes dans les membres, obsédée du désir de soustraire quelque chose, se lève à sept heures du matin, entre dans un magasin où elle a l'habitude de se servir, aperçoit sur le comptoir, au milieu de pièces d'étoffes étalées, un tissu en laine dit alpaga, de la valeur de 43 fr. Elle veut d'abord résister au désir de s'en emparer, appréciant l'odieux de cette action; mais cette idée de possession la domine au point de subjuguer sa volonté, sa raison : elle est pâle, tremblante, éprouve une violente céphalalgie, et cède à son désir, en ayant soin de cacher son larcin sous son manteau. Elle sort précipitamment; à peine a-t-elle fait quelques pas dans la rue qu'elle est poursuivie par la pensée de restituer ce qu'elle vient de prendre; elle revient jusqu'à la porte du magasin, hésite, tremble encore et se décide à retourner chez elle, où se trouvaient deux lingères, qu'elle invite à confectionner la robe avec elle. Ces deux ouvrières, qui voient souvent la marchande du magasin où elle a enlevé ce tissu, remarquent sur ses traits une profonde altération.

A l'époque où le vol a été commis, madame M... avait dans sa caisse 255 fr., que son mari lui avait laissés pour satisfaire à ses besoins; ce dernier l'affectionnait tendrement, ne lui refusait rien. A cette époque, madame M... avait cinq à six robes pour la saison. Madame M... avait une fortune de 24,000 fr.; son mari jouit, à Avallon, de l'estime et de la considération publiques; il possède pour 44,000 f. de biens-fonds; ses fonctions honorables sont rétribuées 4,000 f.; il a toujours mené une vie simple, modeste; et madame M..., dans ses momens lucides, s'est constamment fait remarquer, particulièrement avant 1843, par une moralité et une probité sévères, souvent même par des actes de charité, de générosité.

Après la soustraction de cette robe, le commis se rend auprès de madame M., portant une lettre de la marchande, qui la lui réclame; elle nie d'abord, demande la fille de boutique, lui rend l'objet volé en obtenant la promesse du silence. Le lendemain, madame M... se transporte chez la marchande, lui adresse des excuses, lui demande encore le secret, revient pleine de confiance dans la promesse qui lui a été donnée; deux jours après, elle parcourt l'espace de huit lieues à pied et à jeun à travers les bois, pour voir un enfant en nourrice, ce qui contraste avec ses habitudes sédentaires; le même jour, elle fait appeler à l'église l'abbé Nicole, qui est cette fois encore tellement frappé de l'incohérence de ses idées et de ses sentimens, qu'il n'hésite pas à la croire atteinte de folie. Ecoutons ce qu'il écrit avec tant de jugement à cet égard :

« La dernière fois qu'elle vint ici, c'était le lendemain ou le surlendemain de sa malheureuse action; elle ne vint pas jusqu'à la maison, elle me fit appeler à l'église; en y entrant, j'entendis dans le confessionnal des sanglots extraordinaires; il y avait quelques personnes du village dans l'église, j'eus beaucoup de peine à calmer cette dame affligée. Lorsque je sortis du confessionnal, elle me suivit vers la sacristie, les yeux baignés de larmes, le visage tout décomposé; voici ses paroles : « Moi, Monsieur, me consoler, il n'y a plus de consolation pour moi, je suis une malheureuse, je n'ai plus ma tête, je suis perdue. »

» Je crus qu'elle craignait de tomber entre les mains de la justice et je la rassurai dans ce sens. « Monsieur, me dit-elle (remarquez bien ces mots), je ne crains pas cela; la personne m'a dit et m'a même juré qu'elle n'en parlerait à personne; elle m'a assuré qu'elle me pardonnait et m'a engagée à aller la voir comme par le passé; ce qui me déchire le cœur, Monsieur, c'est mon péché. On m'a dit hier soir que ma petite, qui est en nourrice à Core, était malade; ce matin je suis partie d'Avallon sans rien prendre; heureusement ma bonne petite fille se porte bien; j'arrive de Cure sans avoir rien mangé; ce soir, en arrivant chez moi, je prendrai un bain de pieds et j'irai me coucher. » Je la forçai alors à entrer à la maison pour prendre un verre d'eau rougie avec un biscuit; je cherchai dans ce court intervalle à la distraire de ses angoisses et de ses tortures intérieures; je lui parlai de ses petites demoiselles; aussitôt cette mère infortunée changea de visage et passa tout à coup de la tristesse la plus profonde à une joie immodérée; je la reconduisis encore jusqu'à Pontaubert; pendant ce trajet assez long, elle ne me parla que de ses enfans, que de leur établissement (remarquez bien cette expression), de leur établissement! trois petites filles dont l'aînée a 11 ans; elle ne m'entretint que de leur bonheur futur, en me racontant tous les avancemens auxquels elle me disait que vous aviez droit. Elle me dit que vous en attendiez un premier et que vous pensiez quitter Avallon très prochainement. Pour cette fois, je fus si frappé des incohérences que je remarquai dans ses idées, dans ses sentimens, dans ses paroles, dans ses projets, que je me proposais d'aller vous trouver : mon intention était de vous faire part de la maladie mentale que j'avais cru remarquer dans votre malheureuse épouse. »

Le lendemain elle se rend à l'église, où elle s'imagine être l'objet de tous les regards; le soir du même jour elle apprend qu'on la poursuit, veut se remettre entre les mains du procureur du roi; un des amis de son mari s'y oppose; alors elle court vers son puits pour s'y précipiter, ce qui serait arrivé si on ne l'en eût empêchée. On la force à partir pour Paris où elle s'isole pendant un mois chez une de ses amies, à qui elle demande souvent s'il est bien vrai qu'elle pense; elle accuse de violens maux de tête. Depuis cette époque jusqu'à ce jour, madame M... est restée constamment enfermée, et je n'ai pu me procurer aucun autre renseignement.

L'influence héréditaire sous laquelle madame M... se trouve; les convulsions avec délire qu'elle a eues pendant son enfance; le choléra dont elle a été atteinte; l'hystérie, cette cousine germaine de la folie, qui l'engendre si souvent et se confond parfois avec elle; les violens maux de tête qu'elle éprouve; l'incohérence, la mobilité qu'on observe à certaines époques dans la sensibilité et dans les idées; la soif, l'inappétence, les chaleurs intestinales, la constipation, démontrent jusqu'à l'évidence que madame M... a été atteinte à des époques irrégulièrement intermittentes d'accès d'aliénation mentale : les faits qui précèdent le dénotent si clairement, qu'il y aurait, à mon avis, superfluité de chercher à le prouver davantage, attendu qu'ils frappent les yeux des personnes étrangères à la science.

La moralité dont madame M... a toujours fait preuve dans ses intervalles lucides; la bonté, la générosité de son caractère, sa position de fortune, de considération; le peu de valeur et quelquefois même la bizarrerie des objets soustraits, viennent encore confirmer le trouble du jugement et prouvent que la raison, la réflexion proprement dites, ne se lient point aux faits qui lui sont imputés. Le simple bon sens ne se refuse-t-il pas à croire qu'une personne raisonnable aurait pu exposer sa considération, son avenir, ceux de son mari et de ses enfans pour des épingles, un cachet en verre, une broche en chrysocale, une paire de brodequins, des dentelles, une robe même, surtout lorsqu'elle peut si facilement satisfaire de semblables caprices? Ce jugement n'est-il pas encore plus fondé lorsque l'on examine l'usage que madame M... fait de plusieurs de ces objets? Elle les porte dans un bal public, dans la rue.

Mais, m'objectera-t-on, nous voyons dans la conduite de madame M..., de la préméditation; elle a conscience de son action, est susceptible de remords. Si l'on entend par préméditation la combinaison de moyens propres à satisfaire un désir, je ne nie point que cette préméditation n'ait existé chez madame M.., (on l'observe en effet chez la plupart des aliénés). Ne voit-on pas tous les jours les monomaniaques et même des maniaques exécuter leurs desseins avec une ruse, une dissimulation qui trompent l'œil le mieux exercé? L'un épie et saisit le moment où il peut se soustraire à la surveillance d'un gardien, pour réaliser des projets de vol; un autre, ceux de suicide, si fréquens dans l'histoire de l'aliénation mentale.

M. Brierre de Boismont raconte qu'une personne de distinction est amenée dans une maison de santé, la plus justement recommandable par sa bonne tenue; on avertit le médecin que le malade a déjà fait plusieurs tentatives de suicide; on le prie de le soumettre à une observation vigilante; il demande à se coucher; trois surveillans assis à ses côtés ne le perdent pas de vue; il les supplie de s'écarter sous prétexte que leurs yeux fixés sur lui l'incommodent, le gênent, l'empêchent de reposer et profite de ce moment pour déchirer une chemise en toile fine, avec laquelle il s'étrangle. Ici, comme dans l'espèce, on ne peut nier qu'il n'y ait eu combinaison de moyens; mais est-ce bien là de la préméditation, de la réflexion? je ne le pense pas; le malade fait un mauvais usage de son jugement qui est faussé, vicié, en un mot aliéné. N'est-il pas évident que la moindre réflexion judicieuse eût porté madame M..., dans le cas où elle eût voulu opérer quelque soustraction dans un but de cupidité, de s'adresser à des objets

de tout autre valeur et de les soustraire aux regards de ceux mêmes chez qui elle les dérobait? On ne peut donc pas dire qu'il y ait eu préméditation, réflexion.

Le second motif qu'on pourrait invoquer pour appuyer la culpabilité, que madame M... avait conscience de son action et qu'elle en a éprouvé du regret, n'est pas mieux fondé. Tous les jours ne voyons-nous pas des aliénés qui ont conscience de leurs actes pervers, et qui cependant ne peuvent les réprimer? Parmi les nombreux exemples de ce genre que fournit l'histoire de la folie, je me bornerai à mentionner les faits suivans, parce que j'ai pu en faire constater l'exactitude par plusieurs magistrats d'Auxerre.

Une femme, nommée Niquel, comprenait les questions qu'on lui adressait et y répondait avec justesse. Cette malheureuse avait la manie d'effiler ses vêtemens. Les conseils les plus affectueux, la promesse de la rendre à la liberté, qu'elle réclamait avec instance, la menace de la douleur, la douche même, ne pouvaient rien contre son irrésistible penchant, et cependant elle avait conscience de sa mauvaise action.

« Je sais bien que je fais mal, disait-elle, mais c'est plus fort que moi; je ne » puis m'en empêcher. »

Une autre femme, nommée Jeanneton, actuellement en démence, affectée du même genre de délire, réprimandée sur cet acte pervers, me répondait avec naïveté :

« Je sais bien que je fais mal; mais quand cela me dit de déchirer, il faut que » je déchire; que voulez-vous? je suis une honnête femme, bien malheureuse; » vous placeriez devant moi des sacs pleins d'argent, je n'y toucherais pas, parce » que cela ne me dit pas d'y toucher. »

Tous les moyens ont échoué devant cette triste maladie.

Mais l'idée du remords, me dira-t-on, cette vengeance du ciel qui poursuit le coupable, est incompatible avec la folie. Si par remords on entend ce sentiment pénible et raisonné, en rapport avec l'importance de la faute, que l'homme porte continuellement dans son cœur, et qui agit d'autant plus vivement sur lui qu'il sent qu'il aurait pu résister à l'impulsion du crime, nous ne le trouvons pas chez madame M... ; elle a d'abord des regrets, mais elle les oublie aussitôt; puis succède un désespoir qui dénote parfaitement le trouble de l'intelligence et de la sensibilité. Elle ignore qu'une plainte a été déposée chez le procureur du roi; elle court cependant à Island, éplorée, gémissant sur son affreuse situation; elle se croit perdue, et à peine son confesseur a-t-il fait diversion à son idée dominante, qu'elle sourit, pense à l'établissement de ses filles, dont la plus âgée a onze ans, à l'avancement de son mari, à son avenir brillant; puis à l'instant qu'elle apprend que sa faute est connue, elle veut se précipiter dans un puits; n'est-ce pas là un des caractères qui démontrent d'une manière frappante le trouble de la sensibilité et du jugement? Il n'y a donc pas eu remords, mais appréciation fausse, viciée, aliénée de l'acte qu'elle vient de commettre.

De tous ces faits je conclus :

Que madame M... était incontestablement atteinte d'aliénation mentale avant et après la perpétration de l'acte incriminé.

Que cette aliénation mentale, irrégulièrement intermittente, est le résultat de l'hérédité (1), des affections convulsives ou hystériques auxquelles elle était en proie, ce qui se voit journellement;

Que tout prouve, à n'en pas douter, que les différens larcins qu'elle a commis l'ont été sans la participation d'une volonté libre, réfléchie; larcins dont elle ne peut supporter la responsabilité.

En conséquence, dans l'intérêt de l'ordre public et de la sûreté des personnes, je pense qu'il est nécessaire de la faire transférer dans une maison de santé, pour y recevoir les soins que réclame son état.

Auxerre, 20 mars 1845.

Le tribunal d'Auxerre, après avoir entendu l'avis et les conclusions conformes de M. Ferrus, consulté dans cette affaire, a déchargé madame M .. de la plainte, le 5 mai 1845, et réformé le jugement rendu à Avallon.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ENCYCLOPÉDIE ANATOMIQUE, COMPRENANT L'ANATOMIE DESCRIPTIVE, L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, L'HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT ET CELLE DES RACES HUMAINES; par T.-G. BISCHOFF, J. HENLE, E. HUSCHKE, S.-T. SŒMMERING, F.-G. THEILE, G. VALENTIN, J. VOVEL, R. WAGNER, G. et E. WEBER; traduit de l'allemand par A.-J.-H. JOURDAN, membre de l'Académie royale de médecine (tomes II, V et VIII, comprenant L'OSTÉOLOGIE, LA SYNDESMOLOGIE ET LA MÉCANIQUE DES ORGANES DE LA RESPIRATION, le TRAITÉ DE SPLANCHNOLOGIE ET DES ORGANES DES SENS, et le TRAITÉ DU DÉVELOPPEMENT DE L'HOMME ET DES MAMMIFÈRES). Trois volumes in-8°, avec deux atlas, l'un de 16, l'autre de 17 planches in-4°. Paris, 1843 et 1845. — Chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Il y a deux ans, nous annoncions les premières livraisons de ce magnifique ouvrage (Voy. GAZ MÉD., 1843, p. 484), et déjà il est aujourd'hui bien près de sa fin. Le zèle du traducteur ne s'est pas refroidi un seul instant devant les difficultés de sa tâche, et nous pourrons bientôt enfin juger de la physionomie que présentera cet important recueil. Nous nous bornerons actuellement à quelques mots d'indication sur chacune des parties successivement publiées, nous réservant de porter une appréciation plus détaillée de l'ensemble de l'œuvre et de son caractère général une fois qu'elle aura paru en entier.

OSTÉOLOGIE, SYNDESMOLOGIE; par S. T. SŒMMERING.

MÉCANIQUE DES ORGANES DE LA LOCOMOTION; par G. et E. WEBER.

La première partie de ce volume est plutôt un résumé étendu qu'un TRAITÉ COMPLET D'OSTÉOLOGIE ET DE SYNDESMOLOGIE. La plupart des descriptions sont claires et bien suffisantes sans doute pour rappeler l'objet à qui l'a déjà étudié ou vu une première fois; mais ce ne sont pas là pourtant les longs développemens auxquels nous ont habitués nos livres classiques d'anatomie graphique. Il semble assez souvent que l'auteur, comme fatigué de ces descriptions élémentaires, ait voulu leur échapper lui-même en groupant et analysant les parties au lieu de les nommer et de les exposer les unes après les autres. De ce plan un avantage est cependant résulté; c'est que les descriptions de Sœmmering sont à la fois plus brèves et plus attachantes que les froids portraits d'après nature tracés par des écrivains plus patiens. Ce n'est plus ces exactes mais fastidieuses divisions et subdivisions par faces, bords et angles, ces éternelles énumérations de cavités, d'apophyses et de sillons. Ce n'est plus un daguerréotype, c'est toute l'animation de la peinture.

La *mécanique des organes de la locomotion* prête à des remarques tout à fait opposées. Presque bornée à la description des actes qui constituent la marche et la course, cette monographie est l'exemple du travail le plus scrupuleux et le plus approfondi que depuis longtemps nous ayons été appelé à apprécier. « Pour bien connaître la marche, disent les frères Weber, on est forcé d'abandonner la simple observation et de recourir aux expériences, d'appeler à son aide tous les moyens que la science fournit, afin de décomposer les phénomènes complexes, d'en étudier chaque partie isolément et de voir comment toutes ces parties se lient ensemble. Il faut examiner le volume, la forme et le mode d'union des parties prises chacune à part; il faut aussi étudier, également chacun à part, les mouvemens qui peuvent leur être imprimés en certaines circonstances par la seule influence de forces extérieures, par exemple celle de la pesanteur. Il faut enfin aller jusqu'à mesurer le temps, l'espace, les masses et les forces. » Tel a été leur programme, et ils ne se sont rebutés ni des travaux nombreux qu'imposait sa réalisation complète, ni des incertitudes auxquelles ils pouvaient, pour dernier résultat, se trouver conduits. Aussi ont-ils répandu sur cette question, déjà si débattue, des lumières qu'il faudrait être bien exigeant pour juger insuffisantes. L'importance de ces recherches n'est pas seulement dans la vérité qu'elles mettent en relief; mieux étudié et mieux compris, le mécanisme de la marche et de la course peut rendre d'utiles services, soit à l'art de construire les machines, soit à la plastique, soit aussi aux sciences militaires, qui ont besoin à chaque instant de combiner, dans le rapport le plus utile possible, le rhythme du pas avec la largeur de chaque enjambée.

Dans les développemens donnés à l'étude des phénomènes de locomotion, on lira avec intérêt les observations faites sur la véritable inclinaison du bassin chez l'homme vivant, et surtout le chapitre concernant les fonctions du ligament rond dans l'articulation coxo-fémorale et l'équilibration de la jambe dans cette jointure par la pression de l'air atmosphérique, l'un des premiers travaux qui aient fait connaître en France le nom des frères Weber.

TRAITÉ DE SPLANCHNOLOGIE ET DES ORGANES DES SENS; par E. HUSCHKE.

Avec le volume précédent, celui-ci complète l'anatomie descriptive. La splanchnologie s'y trouve traitée avec tous les détails que comportent et que nécessitaient les progrès récens de la science, dirigés si assidûment depuis quelques années vers ce sujet spécial. Après avoir exposé la si-

(1) « L'influence de la disposition héréditaire ou de famille est si énergique, si constante, si reconnue, disent Esquirol et Marc dans un savant rapport sur un cas de ce genre, que, pour peu qu'un petit nombre de données dans un cas contesté soient de nature à faire pencher l'avis du médecin en faveur de la réalité du désordre intellectuel, elle ajoute à ce faisceau de données un faisceau de force qui doit exclure le doute. »

tuation, la forme, les rapports et étudié la structure intime des viscères, l'auteur dit quelques mots sur leurs fonctions, sans négliger non plus les considérations qui peuvent intéresser la pathologie interne ou la chirurgie. Il a soin, notamment, de mentionner les différences de configuration et de texture qui se rattachent au sexe et à l'âge; variétés importantes à connaître et qui dans la plupart des ouvrages sont un peu sacrifiées. Enfin une innovation digne d'éloges a encore été introduite par M. Huschke dans cette branche de l'anatomie. A la suite de la splanchnologie il indique les connexions des viscères, la situation relative qu'ils occupent, soit entre eux, soit avec les parois des cavités qui les renferment, soit avec les vaisseaux, muscles et nerfs qui les avoisinent. Dix figures annexées au texte représentent des coupes horizontales faites à diverses hauteurs sur le cou, la poitrine, l'abdomen et le bassin; elles servent à rendre plus claires et plus saisissables ces notions d'anatomie topographique spécialement appliquées aux viscères. Enfin un index bibliographique très étendu précède les descriptions particulières.

Les organes des sens ont été réunis aux viscères. L'auteur les considère comme appartenant au domaine de la splanchnologie; 1° parce qu'ils sont pour la plupart situés dans des cavités, comme les véritables viscères; 2° parce que la formation de l'intelligence leur est confiée, comme à ceux-ci celle du corps; 3° parce qu'ils naissent du même sol qu'eux, le système des membranes muqueuses; 4° parce que leur structure est très compliquée. Sont-ce là des motifs suffisans pour justifier un rapprochement? Le lecteur en jugera; mais malgré cette erreur de lieu, nous devons reconnaître que la description des organes des sens, qui occupe la deuxième partie de ce volume, est aussi complète par le fond des détails qu'attachante par la méthode qui a servi à coordonner ceux-ci.

TRAITÉ DU DÉVELOPPEMENT DE L'HOMME ET DES MAMMIFÈRES; par T. L. BISCHOFF.

Cette traduction contient de nombreuses et importantes additions et rectifications au texte allemand, que M. Bischoff a communiquées à M. Jourdan d'après les résultats auxquels l'ont conduit ses investigations récentes. On y a aussi joint la traduction d'un autre ouvrage du même auteur sur le développement de l'œuf de lapin, qui a été couronné par l'Académie royale des sciences de Berlin. Ainsi, non seulement la traduction française est plus complète que l'édition originale, mais elle offre, grâce à ces additions, l'ensemble des travaux de M. Bischoff sur l'embryologie.

Trois parties composent ce livre écrit avec une remarquable sûreté d'induction. Dans la première, M. Bischoff traite successivement de l'œuf non fécondé des mammifères et de l'espèce humaine, puis de la fécondation et de la séparation de l'œuf de l'ovaire, des changemens qu'il subit pendant son passage à travers la trompe, de l'œuf dans la matrice jusqu'à l'apparition de l'embryon, et enfin de l'œuf depuis l'apparition de l'embryon jusqu'à sa naissance. Les enveloppes de l'œuf sont aussi étudiées, et partout se trouve une érudition qui ne paraît point là un hors-d'œuvre, parce que malgré son abondance elle est toujours choisie, et qu'après les citations on est sûr de rencontrer un jugement.

La seconde partie comprend l'histoire du développement du fœtus, développement suivi tour à tour dans les systèmes nerveux, vasculaire, digestif, génito-urinaire osseux, musculaire et tégumentaire. Là, tout en adoptant comme point de départ la théorie encore mal connue en France, qui assigne pour origine des parties du fœtus trois lamelles ou couches du germe, dont chacune a des rapports directs avec le développement de tels ou tels organes, M. Bischoff restreint à de justes mesures les applications à tirer de cette remarque fort exacte en elle-même. Il s'élève surtout contre l'extension donnée à ce principe par quelques auteurs qui, ayant vu le centre de l'encéphale, les rudimens de l'intestin et le cœur se former chacun sur l'un de ces feuillets, en ont voulu conclure que tout nerf et tout muscle se rattachent au premier; que chaque glande appartient au second; que chaque vaisseau se rallie au troisième. Dans les recherches qui enrichissent cette seconde partie, l'auteur a souvent été obligé de recourir, comme complément, aux animaux, non seulement aux mammifères, mais même aux oiseaux. Cependant il a préféré, comme de juste, les faits recueillis sur l'embryon humain toutes les fois qu'ils ont été suffisans ou qu'il s'agissait de particularités exclusivement propres à cet embryon.

La troisième partie traite des fonctions diverses du fœtus, de tous les phénomènes sensitifs, sensoriels, locomoteurs, nutritifs et sécrétoires qui s'accomplissent durant cette période de l'existence.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE, DE PATHOLOGIE ET DE CHIRURGIE; par le docteur F. RIBES (tome troisième). Un vol. in-8°, avec quatre planches. Paris, 1845. — Chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Ce troisième volume, publié quatre ans après les deux premiers, complète dignement les mémoires scientifiques du médecin, homme de bien, dont le souvenir réveille encore aujourd'hui un sentiment à la fois pénible et touchant. Comme dans les deux premières parties, Ribes se montre toujours le *vir bonus faciendi peritus*, et l'écrivain qui sait attacher par la simplicité de la diction et par les émanations de véracité qui s'exhalent d'elles-mêmes de son récit. Le présent volume offre d'ailleurs la même composition : ainsi que nous le disions en 1841 (V. GAZ. MÉD., p. 526), nous n'aurons donc guère à y signaler aucune opinion, aucun fait qui n'ait depuis longtemps droit de cité dans la science; car les travaux de Ribes sont connus de tous ceux qui se sont tenus au courant des progrès imprimés depuis le dix-neuvième siècle à la physiologie, à l'anatomie et à la pathologie. Il en est cependant quelques-uns qui, à la recommandation d'une expérience déjà ancienne pour appuyer les principes qui y sont émis, peuvent joindre le mérite d'une originalité à peu près entière. Mais ces sujets les plus importans ayant presque tous été présentés dans les premières parties, ce tome troisième se compose plutôt des observations particulières de l'auteur, de ses souvenirs intimes, des fruits que lui fournissait incessamment une clientèle qui toujours fut pour lui un sujet d'études scientifiques.

L'un des mémoires les plus intéressans de ce volume est celui sur les PERFORATIONS SPONTANÉES DE L'ESTOMAC CHEZ LES NOUVELLES ACCOUCHÉES. Chaussier, à qui appartient le fond de ce travail, n'en avait fait l'objet que de quelques communications isolées et trop succinctes, d'ailleurs, pour donner une idée suffisante de la lésion pathologique. Aucune démarche, aucune recherche n'a coûté à Ribes pour recueillir çà et là tous les matériaux épars qui pouvaient le mettre à même d'achever ce monument élevé à la mémoire de son ancien maître. Avec une ténacité qu'on met bien rarement à tirer parti même de ses propres découvertes, il emprunte tour à tour aux bulletins de la société de la Faculté, à ceux de la société du département de l'Eure, des extraits des séances où Chaussier avait dit quelques mots de cette maladie, s'adresse à deux médecins anciens secrétaires de Chaussier, pour savoir s'il ne leur aurait jamais parlé de ce sujet dans ses conversations, dépouille ses propres notes ou les confrontant avec celles de M. Murin, qui en avait de son côté autrefois aussi rédigé sur le même sujet, feuillette une thèse de M. Laîné, à qui Chaussier avait communiqué quelques cas de ce genre. Après ce travail admirable de persévérance, admirable par le but qu'il se proposait, Ribes parvient enfin à compléter les données, à coordonner les divisions de son sujet, à tracer un cadre qu'il remplit de faits pratiques amplement justificatifs... A la tête de ce travail, dont il eût sans doute pu en toute justice réclamer au moins une part de propriété, quel est le titre qu'il écrit : « MÉMOIRE SUR LES PERFORATIONS ACCIDENTELLES AUX PAROIS DE L'ESTOMAC; par M. CHAUSSIER, » heureux d'avoir pu rendre ainsi un dernier hommage à la mémoire de son bienfaiteur, et ne demandant pour toute récompense que l'honneur de placer ce travail à côté de ses productions personnelles.

Le caractère le plus sûr du vrai mérite, c'est l'excès de modestie, c'est une certaine exagération de réserve dans le jugement qu'on porte sur ses propres conceptions. Mais parlez-nous donc de vous, serait-on tenté de dire à de pareils hommes, racontez-nous votre vie, vos impressions; et, tandis que tant de prétendus génies posent en pied à chaque page de leurs livres, ne laissez pas ignorer à nos descendans ce que fut parmi nous l'existence intime d'un homme de bien... A ces questions que le nom de Ribes amène naturellement sur leurs lèvres, les lecteurs trouveront ici une réponse discrète mais suffisante. Dans les dernières pages de ses mémoires scientifiques, l'auteur a placé les souvenirs de sa carrière militaire. C'est un récit simple et rapide, mais à chaque instant entremêlé de réflexions pratiques ou d'anecdotes où le nom des personnages est déjà à lui seul un puissant motif d'intérêt. Nous avons déjà cité ailleurs sa réponse à Napoléon qui, égaré par des rapports hostiles, lui reprochait d'avoir laissé les blessés sans pansement. Le fait suivant, plus indirectement lié à l'objet de ce livre, n'en est pas moins saillant au point de vue historique. C'était en 1813, après la désastreuse bataille de Lutzen. « Nous rentrâmes, dit Ribes, au quartier avec l'empereur, vers dix heures du soir. Le valet de chambre de service près de l'empereur me dit en particulier : Je viens d'entendre quelque chose qui m'a fort étonné; l'empe-

reur a dit au maréchal Duroc: Eh bien! Duroc, voilà une grande victoire que nous venons de remporter; le grand maréchal ne répondit rien. Eh bien! Duroc, vous ne trouvez pas que nous avons remporté une grande victoire? — Oui, sire, mais une mauvaise paix vaudrait mieux que deux victoires comme celle-là. » Quand il s'agit d'événemens et d'hommes tels que ceux-ci, on est heureux que le renom de véracité de l'historien s'ajoute à sa qualité de témoin auriculaire.

La plume de Ribes a encore tracé quelques lignes sur l'histoire contemporaine: mais cette fois un sentiment d'amertume bien légitime se mêlait à ses souvenirs. Il songeait à ses services méconnus, à son existence toute de dévouement, et dont on semblait se plaire à briser violemment le dernier anneau. On ne lit pas sans une tristesse profonde ses adieux aux invalides, et ceux qu'il adresse aux anciens membres de la société médicale d'émulation: « Mes chers confrères, nous voilà réduits à six; encore quelques années et nous aurons tous vécu. » Rarement, nous le savons, un bonheur parfait attend les hommes aussi consciencieux et aussi désintéressés que l'était Ribes; mais il faut bien convenir aussi que jamais injure ne tomba sur un cœur mieux fait pour en ressentir mortellement l'atteinte.

MÉLANGES DE CHIRURGIE, OU HISTOIRE MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON DEPUIS SA FONDATION JUSQU'A NOS JOURS, AVEC L'HISTOIRE SPÉCIALE DE LA SYPHILIS DANS CET HOSPICE, ET COMPTE-RENDU DE LA PRATIQUE CHIRURGICALE DE CET HÔPITAL PENDANT SIX ANNÉES; par J.-E. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'école de médecine de la même ville, etc. Un vol. in-8° de 302 pages. 1845. — Paris, chez J.-B. Baillière, et Lyon, chez P. Dorier, libraire, quai des Célestins, 51.

Le nouvel ouvrage de M. Pétrequin offre à deux ordres de lecteurs un égal et puissant attrait: aux médecins, le recueil des souvenirs d'une pratique non moins remarquable par l'abondance des matériaux que par la sagacité avec laquelle ils ont été utilisés; aux historiographes, le tableau piquant et fidèle des progrès successifs de la science sur l'un de ses principaux théâtres en France, tableau éclairé par le récit des événemens religieux, administratifs ou politiques qui se rattachent naturellement à chaque phase de cette évolution. Une mine aussi riche demande, on le comprend, à être exploitée en détail par le lecteur lui-même; aussi nous bornerons-nous ici à quelques mots d'indication sur le plan et sur le caractère général du livre.

Dans une première partie, qu'il intitule *Compte-rendu de la pratique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, l'auteur expose sommairement les opérations principales qu'il a pratiquées, modifiées ou inventées pendant les six premières années de son exercice à l'hôpital. Les lecteurs de la Gazette médicale ont souvent déjà pu juger par eux-mêmes du mérite de ces perfectionnemens et de leur caractère pratique. Ils trouveront ici distribués en trois séries les cas opératoires les plus curieux que l'auteur a pris soin de recueillir sur plus de 500 malades soumis à son observation. Partout l'idée dominante de ses recherches a été d'ajouter au domaine de la science quelque donnée positive, quelque précepte d'application. Ainsi l'ophthalmologie remarquera des modifications pratiques apportées à la strabotomie, à l'opération de la cataracte, à la pupille artificielle, à l'entropion, une méthode nouvelle pour la cure des adhérences oculo-palpébrales, du staphylôme, etc. — Les amputations ont aussi été l'objet de ses méditations. On lira d'abord avec intérêt des détails inédits sur les opérations de nécrose au radius, à l'humérus, au tibia, etc., branche importante et difficile de la chirurgie, que M. Pétrequin s'est efforcé, avec non moins de bonheur que de talent, d'élever à l'aide de préceptes sûrs au rang des opérations réglées d'après les données de l'anatomie topographique. Il étudie ensuite, au point de vue pratique, les amputations de l'épaule, du bras, de la cuisse, etc. — Signalons en particulier dans ce chapitre l'amputation de la jambe, faite soit aux malléoles, soit au lieu d'élection, opérations entièrement différentes, qu'il compare entr'elles en apportant des faits inédits recueillis dans son service clinique et les résultats à lui communiqués pendant ses voyages par plusieurs chirurgiens étrangers. Il termine cet article par une note sur un mode peu dispendieux de membres artificiels. On distingue encore de nouveaux procédés pour la ligature des artères axillaire, ischiatique et honteuse interne. Cette partie du livre se termine par une innovation chirurgicale que l'avenir peut élever au rang des découvertes les plus brillantes et les plus utiles: il s'agit d'une nouvelle méthode pour guérir certains anévrysmes sans opération. Dès à présent l'auteur pourrait invoquer en faveur de l'efficacité de ce procédé l'encourageante présomption d'une expérience clinique rationnellement poursuivie. Le lecteur prendra connaissance des détails dans l'ouvrage lui-même. — Nous ne terminerons point cette analyse sans mentionner un chapitre d'une tout autre couleur sur la préparation de l'opérateur et de l'opération, où M. Pétrequin, après avoir passé en revue les études de l'homme de l'art, le régime et la thérapeutique des opérés, trace au chirurgien l'austère programme de ses devoirs, et, s'inspirant de son sujet même, s'élève aux considérations les plus élevées sur la médecine morale et sur la bienfaisance dans les hôpitaux.

La seconde section du livre, celle qu'on peut appeler historique, ne présente pas un moindre intérêt; mais il sera peut-être moins facile de le faire ressortir dans une sèche et brève analyse. L'histoire générale de la science n'est rien moins que complète. L'histoire médicale de nos provinces, dans leur rapport avec l'art en France et en Europe, n'a pas même été essayée jusqu'ici. L'ouvrage que nous annonçons marque la première tentative de ce genre, dont le mérite intrinsèque lui promette un succès étendu au delà des bornes de la localité qu'il intéresse plus spécialement. L'Hôtel-Dieu de Lyon possède d'anciennes archives manuscrites, mine féconde, mais où les filons précieux sont le plus souvent enfouis dans une gangue aride et tenace. M. Pétrequin a eu le courage d'y fouiller pendant plus d'une année. Ses efforts ne sont point demeurés stériles. Déjà, à plusieurs reprises, la Gazette médicale a eu, dans les revues trimestrielles, l'occasion d'exprimer sur le compte de ces recherches, publiées d'abord par livraisons, un jugement dont personne sans doute n'a été tenté de blâmer les considérans tout favorables. L'histoire de l'Hôtel-Dieu de Lyon, écrite en partie d'après des documens encore inexploités, ne s'adresse pas seulement aux médecins de la contrée. L'auteur a eu en vue un but plus large. L'Hôtel-Dieu de Lyon, le premier de France dans l'ordre chronologique, a été fondé en 542; à travers cette longue série de siècles s'ouvrait un horizon immense autant que varié, instructif autant qu'attrayant. Laissons parler l'auteur lui-même: « Suivre la médecine et la chirurgie à Lyon dans leurs vicissitudes à travers le moyen âge et la renaissance; esquisser leurs rapports et leurs querelles, leur décadence et leur réhabilitation; peindre, en un mot, la société scientifique de ces époques avec sa législation et ses priviléges, ses coutumes et ses préjugés, puis rechercher le rôle de l'Hôtel-Dieu dans le mouvement de l'art à Lyon et en France; faire voir ses destinées liées à celles de la ville et compléter leur histoire l'une par l'autre; établir la généalogie jusqu'ici inconnue de ses chirurgiens en regard de ses médecins; signaler leur belle conduite dans les épidémies; enfin faire connaître l'origine et les perfectionnemens du majorat, etc., telle a été ma tâche. » C'est ainsi que M. Pétrequin a pu créer une chronologie nouvelle, restaurer des noms et des faits, réparer des omissions nombreuses et fonder la véritable division de l'histoire de l'Hôtel-Dieu en trois époques d'après l'autographe des lettres-patentes de Louis XIII.

L'auteur a pu surtout ajouter un chapitre entièrement neuf sur l'histoire de la syphilis à l'hôpital depuis son invasion à Lyon en 1496 jusqu'à la translation des malades de cette classe à l'Antiquaille en 1803. Cette notice renferme une statistique inédite des vénériens, l'histoire étrange de leur traitement par une femme, les mesures de police, le chiffre des dépenses aux seizième et dix-septième siècles, de curieuses anecdotes sur les préjugés du temps, sur les remèdes secrets, sur les arrêts contre la prostitution, etc., etc.

En résumé, cette nouvelle publication de M. Pétrequin, fruit, comme les précédentes, d'un esprit également ardent et perspicace à discerner d'intéressans aperçus, se signale non moins par l'heureux et piquant choix du sujet, que par l'extrême variété des détails. C'est un bon fragment d'histoire, digne complément des études sur la marche de l'art en France et sur ses perfectionnements progressifs, dans l'évolution desquels l'auteur pourrait d'ailleurs légitimement revendiquer une part plus honorable, un autre rôle que celui de narrateur.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

J'ai d'abord hésité avant de répondre à la lettre de M. le baron Michel, quoiqu'elle exige certainement une réplique: nos positions sont si différentes dans la hiérarchie du corps militaire de santé! Mais je connais assez le caractère de M. le docteur Michel pour savoir qu'il fera abstraction de ces positions pour ne voir ici qu'une simple explication scientifique. D'un autre côté, mes amis, qui connaissent mon indépendance, auraient été surpris de mon silence et peinés

du sacrifice de ma conviction à quelques considérations étrangères à l'art médical proprement dit.

Nous avons écrit dans notre mémoire : « Nous sommes plus réservé que M. le baron Michel, qui trouve la cause prochaine de la fièvre typhoïde et ses premiers phénomènes dans le système nerveux cérébro-spinal et ganglionaire consécutivement. » Nous aurions dû ajouter, dit M. le baron Michel : « et qui ne considère les altérations intestinales que comme l'effet et non la cause de cette maladie. » Et pourquoi aurions-nous dû ajouter cela? M. le docteur Michel est si susceptible que nous aurions mieux fait de ne point parler du tout de lui. Aurions-nous été infidèle dans notre interprétation? Cette phrase de M. le baron Michel semblerait nous en accuser : « Il est dit que l'action morbide *semble émaner* du système nerveux cérébro-spinal avec réaction sur les nerfs ganglionnaires. Il n'y a rien de tranchant ni d'absolu dans l'expression de cette proposition, etc. » C'est vrai, mais je lis, p. 223 : « Mon opinion est que la fièvre typhoïde primitive ou vraie dépend d'une irritation ou phlogose de l'organe cérébro-spinal. » Voilà bien une proposition aussi nettement formulée que possible. Nous maintenons que nous avons été plus réservé, nous qui avons simplement avancé que le système nerveux est (sans préjudice du sang) primitivement atteint par l'agent producteur de la fièvre typhoïde.

Mais nous arrivons au reproche principal : « M. le docteur Jacquot ne s'est pas aperçu, en écrivant son mémoire, qu'il a répété, en d'autres termes, ce que j'avais dit et publié trois ans avant lui. »

La brochure de M. le baron Michel n'est autre chose qu'une statistique accompagnée de quelques réflexions où l'on trouve, au sujet de la fièvre typhoïde, éparses et mêlées à un peu de tout, des assertions et des opinions, mais point de doctrine suivie, discutée et surtout appuyée sur des faits. Tout ce que dit M. le baron Michel sur le rôle du système nerveux se résume en quelques phrases dont la plupart ont été par lui reproduites dans sa lettre du 8 octobre. Et c'est cela qu'on nous reproche d'avoir répété en d'autres termes, quand nous avons, nous, dans notre petit travail, édifié pierre par pierre, régulièrement et sans beaucoup de lacunes ce nous semble, ce point de doctrine restreint sans doute, mais complet, en procédant par induction, en invoquant les analogies, en nous basant sur des observations détaillées et recueillies par nous-même.

Il n'y a pas plus d'analogies entre nos opinions qu'entre notre fièvre typhoïde, qui est celle de tout le monde à peu près, et l'entité complexe que M. le baron Michel décore du même nom. Il confond tant et si bien la *fièvre* et *l'état typhoïdes*, qu'il nous représente (p. 11) les sangsues déterminant quelquefois, dans des circonstances qu'il indique, des symptômes adynamiques, et par suite nerveux, qui donnent naissance à la *fièvre typhoïde*.

Pas plus d'accord sur les lésions : M. le baron Michel les confond avec celles des phlegmasies du tube digestif (v. surtout p. 56). A cela, ajoutez que M. le baron Michel ne croit pas qu'il y ait des fièvres sans siége d'une irritation ou d'une phlogose locale quelconque (p. XIII) ; ajoutez encore qu'il appelle les fièvres typhoïdes méningo-entérites ou entéro-méningites (p. 211), et avouez que ce n'était pas la peine de tant escarmoucher avec M. C. Broussais. La dénomination me paraît peu d'accord avec la croyance de M. le baron Michel, croyance que nous partageons du reste : que les lésions intestinales sont l'effet et non la cause de la maladie. Comment, il y a des fièvres typhoïdes sans lésions intestinales, et vous continuez à les appeler entérites!

On peut ne pas s'entendre et pourtant s'estimer; pour ma part, j'estime considérablement les talens et le caractère de M. le baron Michel. Mais on ne devrait point écrire de phrase comme celle-ci : « Le nouveau symptôme (la stupeur) découvert par M. le docteur Jacquot ne m'empêchera pas de dire très haut que la lumière qui résulte de ses recherches est bien pâle, et que l'état de la question est resté le même, etc. » M. le baron Michel me prête bien gratuitement la ridicule prétention d'avoir découvert un nouveau symptôme, la stupeur. Mais je laisse M. le baron Michel le dire *très haut* : aurions-nous tort de penser que M. le baron Michel n'est point de ceux qui sont réduits à parler *très haut* pour qu'on leur prête un peu d'attention?

Recevez, etc.

Dr JACQUOT (de St-Dié).

— CLINIQUE ICONOGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DES VÉNÉRIENS, recueil d'observations, suivis de Considérations pratiques sur les maladies qui ont été traitées dans cet hôpital; par le docteur PH. RICORD, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, etc. Dixième livraison, contenant trois planches coloriées avec texte explicatif et descriptif. Prix de la livraison : 6 fr.

Les livr. 11 et 12 ne tarderont pas à être publiées; l'ouvrage complet aura de 18 à 20 livr.

Paris, chez Just Rouvier, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

— CONSEILS AUX MÈRES DE FAMILLE, ou Aperçu théorique et pratique des causes, des symptômes, de la marche et de la gravité de quelques-unes des maladies les plus fréquentes des enfans, avec l'indication des premiers remèdes à leur proposer, et un petit Recueil de formules pour les préparations médicamenteuses ordinairement confiées aux soins des personnes étrangères à l'art de guérir; par le docteur ADET DE ROSEVILLE, médecin adjoint de la maison de Saint-Lazare, etc. In-8°. Prix : 2 fr. 50 c.

Chez le même libraire.

— MÉLANGES DE CHIRURGIE; par J.-E. PETREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'Ecole-de-Médecine de la même ville; ouvrage contenant : 1° le Compte-rendu de la pratique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant six années; 2° l'Histoire médico-chirurgicale de cet hôpital depuis sa fondation, en 542, jusqu'à nos jours, écrite d'après ses propres archives manuscrites; 3° l'Histoire spéciale de la syphilis dans cet hospice, de 1496 à 1803, d'après des documens inédits. — 1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

A Lyon, chez P. Dorier.

— APERÇU SUR LA RÉORGANISATION DE LA MÉDECINE EN FRANCE; par le docteur G. SAUCEROTTE, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Lunéville, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc. — In-8° de 26 pages. Prix : 1 fr. 25 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— RÉFLEXIONS CRITIQUES SUR QUELQUES POINTS DE L'ORGANISATION ACTUELLE DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE EN FRANCE; par E.-H. ROCHÉ, docteur en médecine. — Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 25 c.

Paris, chez Fortin, Masson et comp., libraires, 1, place de l'Ecole-de-Médecine.

Auxerre, typographie et lithographie de H. Ducros.

— OBSERVATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR LA STRANGULATION, ou Recueil d'observations nouvelles de suspension incomplète; par A.-E. DUCHESNE, chevalier de la Légion-d'Honneur, docteur en médecine, etc. — Brochure in-8°.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— HYGIÈNE DU CHANTEUR. — Influence du chant sur l'économie animale; causes principales de l'affaiblissement de la voix et du développement de certaines maladies chez les chanteurs; moyens de prévenir ces maladies; par L.-A. SEGOND, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — 1 vol. in-12. Prix 3 fr.; et 3 fr. 50 c. franco par la poste.

A Paris, chez Labé, libraire, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

— LA SAVOIE POÉTIQUE, poème; par ANDREVETAN, auteur du CODE MORAL DU MÉDECIN, autre poème en six chants. — In-18. Prix : 2 fr.

Paris, chez Dentu, Palais-Royal, galerie d'Orléans.

Et chez Saint-Jorre, libraire, 7, boulevart des Italiens.

— DE LA RÉFORME MÉDICALE EN FRANCE, lettre au congrès médical de Paris; par le docteur ACNÉLY, professeur de pathologie à l'Ecole-de-Médecine et membre de la Société médicale de Dijon. — Brochure in-8°. Prix : 1 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

A Lyon, chez Savy jeune, libraire.

— TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE; bandages et appareils, avec planches explicatives intercalées dans le texte; par le docteur CH. SÉDILLOT, chirurgien principal, professeur de clinique et de pathologie externes à la Faculté de médecine, chirurgien en chef et premier professeur de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, etc.

Quatrième partie et dernière. Prix : 4 fr.

L'ouvrage complet formant un très fort vol. in-8°, comprenant 330 fig. intercalées dans le texte, coûte 14 fr.

Paris, chez Fortin, Masson et comp., libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 1;

A Leipzig, même maison, chez Michelsen.

— DE LA FOLIE CONSIDÉRÉE SOUS LE POINT DE VUE PATHOLOGIQUE, PHILOSOPHIQUE, HISTORIQUE ET JUDICIAIRE, DEPUIS LA RENAISSANCE DES SCIENCES EN EUROPE JUSQU'AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE; description des grandes épidémies de délire simple ou compliqué qui ont atteint les populations d'autrefois et régné dans les monastères; exposé des condamnations auxquelles la folie méconnue a souvent donné lieu; par le docteur L.-F. CALMEIL, médecin de la maison des aliénés de Charenton, membre de la Légion-d'Honneur. — 1845. 2 vol. in-8°. Prix : 14 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17;

Et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— TRAITÉ DE TOXICOLOGIE MÉDICO-LÉGALE ET DE LA FALSIFICATION DES ALIMENS, DES BOISSONS ET DES MÉDICAMENS; par le docteur C.-P. GALTIER, professeur particulier de pharmacologie, de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie.

Première partie : POISONS INORGANIQUES OU MINÉRAUX. Un vol. in-8° de 760 pages. Prix : 7 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17;

Et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— ERRATUM. N° 45, p. 724, au bas de la lettre de M. le directeur de l'école d'Alfort, au lieu d'*Arnault*, lisez *Renault*.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cie, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 47. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 22 NOVEMBRE 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

Nous insérons textuellement dans ce numéro la première partie des rapports faits par les sections de médecine au congrès médical. Dans le numéro prochain nous compléterons la publication des autres rapports, suivis du résumé des discussions. Le compte-rendu de la translation des restes de Bichat nous force à renvoyer également au prochain numéro notre article d'appréciation générale sur les principales dispositions votées par l'assemblée. En raison de ces diverses circonstances, nous ne pourrons faire connaître que huit jours plus tard, c'est-à-dire dans le premier numéro de décembre, les changemens et améliorations que nous comptons apporter dans la publication et la rédaction de la Gazette Médicale.

PATHOLOGIE INTERNE.

DES PERFORATIONS INTESTINALES DUES A UNE CAUSE PATHOLOGIQUE, ET DES PÉRITONITES SOIT GÉNÉRALES, SOIT PARTIELLES AUXQUELLES ELLES DONNENT LIEU; par A. Toulmouche, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE A GAUCHE EN VOIE DE RÉSORPTION; TUBERCULES PULMONAIRES; PÉRITONITE OCCASIONÉE PAR TROIS PERFORATIONS DE L'INTESTIN ILÉON; MORT.

Obs. IX. — Lelay, détenue, âgée de 23 ans, d'une forte constitution, fut dirigée sur la maison centrale, dans l'hiver de 1830, au mois de janvier, par un

Feuilleton.

CLÔTURE DU CONGRÈS MÉDICAL. — FUNÉRAILLES DE BICHAT.

Le congrès médical vient de se séparer. Son dernier acte a été la translation des restes de Bichat au cimetière de l'Est et la solennité des funérailles de cet illustre jeune homme. Quelque jugement définitif qu'on porte sur cette assemblée, dont les travaux seront prochainement pour nous l'objet d'un examen spécial, nous serions assez tentés de croire que cette pieuse et patriotique cérémonie est le résultat, sinon le plus important, du moins le plus apparent et le plus clair de ses délibérations. Cette circonstance, qui très probablement n'entrait pas dans les plans primitifs du congrès, est venue inopinément offrir un point de ralliement aux opinions et aux personnes, en dissipant l'obscurité qui, même après quinze jours de discussions publiques, régnait encore sur la signification, le caractère et la portée de cette réunion. La circonspection, peut-être exagérée, qui jusque-là avait porté les notabilités médicales, officielles et autres, à s'en tenir au rôle d'observateurs passifs de tout ce mouvement, a fait place aussitôt à une adhésion franche et sympathique. On n'avait pas, en effet, d'objection à faire à la proposition d'honorer et de fêter Bichat; et c'est à la fois une véritable bonne fortune pour le congrès d'avoir assuré le souvenir de son passage en l'associant à celui d'un événement public dont la date et les circonstances seront conservées par l'histoire, et un véritable mérite de la part de ses ordonnateurs d'avoir saisi l'occasion avec tant de présence d'esprit et d'à-propos. Hâtons-nous d'ajouter qu'en faisant décider et mettre à exécution un projet si longtemps ajourné et presque désespéré, ils ont bien mérité, non seulement de leurs commettans, mais encore de tout le corps médical et de la nation.

Nous constatons donc avec plaisir la complète réussite de cette dernière partie du programme du congrès. Convoqué autour des restes de Bichat pour offrir un dernier et solennel hommage public à sa mémoire, le corps médical s'y est rendu tout entier. La vaste enceinte de la métropole de Paris pouvait à peine contenir cette foule animée de sentimens unanimes et qui, au milieu du recueillement inspiré par le lieu et par le but matériel de la réunion, témoignait en même temps par la satisfaction sereine et l'enthousiasme empreints sur les visages, que tous ces signes de mort et de deuil cachaient des fleurs et des couronnes, et que ce simulacre de funérailles était une apothéose. A l'Hôtel-de-Ville il y a eu des assemblées de médecins; le *congrès* médical était à Notre-Dame.

Les discours prononcés à cette occasion ne nous ont rien appris et ne pouvaient rien nous apprendre de bien nouveau sur Bichat. On lira cependant avec intérêt quelques détails intimes racontés par M. Roux. Il est même plus d'un de ces discours qui aurait pu être supprimé sans inconvénient. Les graves et belles paroles du président, interprète de la pensée et des sentimens de tous, disaient tout ce qu'il y avait à dire dans la circonstance.

Rien ne manque plus maintenant à la gloire de Bichat. La génération con-

temps extrêmement froid. Elle en souffrit beaucoup pendant le trajet qu'on lui fit faire de brigade en brigade, du département du Finistère jusque dans l'établissement. Elle y arriva avec tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie qui fut méconnue par mon prédécesseur et passa à l'état chronique. Depuis elle était restée souffrante et minée par une petite fièvre qui offrait des exacerbations chaque après-midi; en outre, elle toussait.

Lorsque je pris le service médical, au mois de novembre, je la trouvai dans l'état suivant :

Elle était extrêmement maigre, pâle, un peu bouffie. Les pommettes étaient colorées parfois d'un rouge vif. Il y avait de la fièvre chaque soir. La poitrine rendait un son mat dans tout le côté gauche; la respiration ne s'y entendait nullement, excepté vers la partie antérieure et supérieure. On ne percevait aucune égophonie. Je diagnostiquai un épanchement pleurétique. La malade avait une petite toux sèche, fréquente. La langue était assez nette, la peau chaude. Cette lésion chronique fut combattue successivement par les boissons pectorales, les juleps calmans, des applications de sangsues et des vésicatoires sur le côté.

La maladie diminuait lentement; cependant le sommeil était un peu revenu; la toux sèche et courte semblait moins fréquente. Deux cautères furent établis sur la poitrine et entretenus. Lelay voyait le mieux augmenter. La respiration s'entendait dans une plus grande étendue du côté malade; l'appétit augmentait graduellement. Au bout de trois mois de sollicitations pour quitter l'infirmerie, j'accordai la sortie quoique la guérison ne me semblât pas complète.

A cette époque, je ne mets pas en doute que si la considération de l'ennui que devait éprouver la malade d'un long séjour dans les salles et ses importunités fréquentes ne m'eussent pas fait céder, la résorption de l'épanchement n'eût continuée à se faire.

Lelay, au bout quinze jours, rentra à l'hôpital avec une oppression marquée, de la fièvre, une toux plus fréquente, une prostration des forces plus grande.

Reçue le 14 avril, je constatai que la respiration était courte; le son de tout le côté gauche mat; le bruit respiratoire nul, excepté à la partie supérieure du poumon, et l'absence d'égophonie et de bronchophonie. En outre, il y avait de la fièvre avec exacerbation le soir, de la tristesse, de l'inappétence; la langue était nette. (Saignée de 420 grammes, eau gommeuse, deux pilules d'extrait aqueux d'opium, demi-quart lait.)

Le même traitement fut continué, à cela près des tisanes qu'on variait suivant que le dégoût de la malade l'exigeait; tantôt on était obligé de diminuer la quantité des alimens, tantôt de l'augmenter.

Au mois de mai, quelques signes d'irritation gastrique se manifestèrent et nécessitèrent une application de sangsues à l'épigastre qui était douloureux. La langue était lisse, piquetée. Il y avait des envies de vomir. La malade fut mise à la bouillie pour toute nourriture et plus tard à un régime lacté qu'on continua pendant tout le mois.

Durant celui de juin, on remarqua que l'irritation gastrique devenait latente et que de temps en temps des exacerbations avaient lieu et nécessitaient de nouvelles applications de sangsues. La limonade fut continuée, de même que le lait et les pilules calmantes pour la nuit.

L'amaigrissement augmentait. La peau était toujours sèche et brûlante; la fièvre hectique, la toux sèche mais peu fréquente, la langue lisse et le sommeil nul.

Un emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré d'émétique fut appliqué à l'épigastre le 12 juin. Il n'en résulta aucun soulagement.

Bref durant la fin de juin et tout le mois de juilet, la maladie continua à faire des progrès : les forces diminuaient; l'amaigrissement allait croissant.

En août, un examen nouveau de la poitrine fit reconnaître que la résorption d'une partie du liquide épanché avait eu lieu.

Vers la fin de ce mois, la langue continuait à être rouge et lisse; la sensibilité de l'épigastre aussi vive; les traits concentrés vers la ligne médiane; le ventre tendu, météorisé; l'appétit nul. La peau était sèche et le plus souvent brûlante; fièvre continuelle avec des redoublemens irréguliers; décubitus sur le dos; toux courte et sèche; aménorrhée.

1er septembre. L'émaciation était excessive; l'épigastre un peu gonflé et douloureux à la moindre pression.

11. Faiblesse de plus en plus grande; fièvre toujours croissant; amaigrissement effrayant; perte complète de sommeil.

Le 12, la malade succomba à trois heures de l'après-midi.

Autopsie cadavérique faite 18 heures après le décès.

Etat extérieur. Amaigrissement général; son mat au côté gauche et vers la partie postérieure de la poitrine, tandis que le côté droit résonnait assez bien.

Thorax. Il ne sortit aucun gaz de l'un ni l'autre côté lorsqu'on plongea le scalpel dans les espaces intercostaux.

Le poumon du gauche était splénisé, farci de tubercules dont quelques-uns étaient ramollis à son sommet. Il était adhérent fortement par presque tous les points de sa surface. Il était refoulé vers la partie supérieure et antérieure de la poitrine, recouvert de pseudo-membranes celluleuses épaisses de 2 millim. ou plus. Vers sa face externe et au-dessous, on pénétrait dans une cavité tapissée de toute part par la même production albumineuse en partie organisée et encore recouverte de débris anciens ou portion de la même exhalation morbide. Elle contenait à peu près 470 grammes d'une sérosité assez limpide.

Le poumon droit, adhérent de toutes parts, était encore perméable à l'air dans son lobe inférieur et une partie du supérieur, quoique son tissu fut généralement infiltré de tubercules. Il y avait au sommet une petite excavation. Les glandes bronchiques étaient toutes tuberculeuses, ainsi que les glandes du médiastin

Le péricarde contenait à peu près 30 grammes de sérosité.

Le cœur était un peu moins gros que le poing du sujet. Son tissu était un peu molasse et jaunâtre.

Abdomen. Le ventre rendait un son tympanique. Il s'en dégagea, quand on l'ouvrit, une assez grande quantité de gaz ayant l'odeur fécale. Il y existait un épanchement abondant de sérosité trouble, lactescente, jaunâtre, contenant évidemment des portions de fèces liquéfiées. En outre, dans l'excavation du petit bassin, il nageait au milieu d'elle une certaine quantité d'albumine, d'aspect puriforme.

L'estomac renfermait quelques gaz. Sa muqueuse était généralement pâle, ainsi que celle du duodénum. Les intestins étaient adhérens les uns aux autres dans toute la partie inférieure de l'abdomen à l'aide de pseudo-membranes d'apparence purulente. Leur surface était recouverte, surtout vers la fin de l'iléon, d'une quantité innombrable de petits tubercules blancs, saillans, globuleux, dont quelques-uns formaient un relief de plus de 2 millim.; leur siége était au-dessous de l'enveloppe péritonéale.

Il existait une perforation vers le milieu de l'iléon, large de plus d'un centimètre, presque ovalaire, à bords lisses, à pourtour induré un peu au-delà. C'était par celle-ci que s'était fait l'épanchement de matières fécales. Dans une partie de sa circonférence, le mésentère avait contracté des adhérences. Il semblait que la nature eût voulu par-là parer à la déchirure du tissu même de l'intestin.

On trouva, dans la longueur du tiers inférieur du jéjunum, un grand nombre d'ulcères allongés irrégulièrement, à bords taillés comme avec un emporte-pièce qui faisaient saillie par suite de l'engorgement grisâtre du tissu sous-muqueux, un peu au-delà de la partie érodée. Leur fond reposait immédiatement sur la séreuse péritonéale et offrait parfois des tubercules d'un blanc jaunâtre extérieurement. Vus à travers celle-ci, ces ulcères étaient décelés par une teinte violacée, parsemée plus ou moins d'osselets-tubercules. Le bourrelet des bords se dessinait même à travers cette membrane, variablement amincie dans ces points.

Tout l'iléon était adhérent à lui-même, et ses diverses circonvolutions réunies par une inflammation adhésive formaient une masse unique avec les glandes mésentériques, qui avaient acquis la plupart le volume d'œufs de pigeon et avaient été transformées en une matière d'un blanc jaunâtre et de consistance de fromage mou.

---

temporaine a accumulé sur lui les hommages extérieurs avec une profusion telle qu'on ne saurait rien imaginer de mieux pour les plus grands hommes. L'inscription du vestibule de l'Hôtel-Dieu ayant paru et étant en effet peut-être un monument trop modeste pour l'auteur de l'*anatomie générale*, on l'a exhaussé tout à coup jusqu'aux proportions héroïques, et on l'a placé dans le fronton du Panthéon, à côté de Fénélon, de Voltaire, de Rousseau, de Napoléon; bientôt après, son pays natal a élevé sa statue en marbre en présence des députations des Facultés, des écoles de médecine, des institutions et sociétés médicales du royaume; la même statue en plâtre vient d'être placée dans les nouvelles salles du Muséum anatomique de la Faculté de Paris; le congrès médical propose de lui ériger une nouvelle statue en bronze, destinée à décorer une des places publiques de la capitale, et de frapper en son honneur une médaille de grand module; enfin, il est probable que les restes de Bichat devront être abrités par un monument dans le lieu de repos où ils viennent d'être déposés pour toujours. Il ne faut certes pas se plaindre de ce luxe de monumens honorifiques pour une renommée si légitime et si pure; les exemples de prodigalité sont d'ailleurs trop rares, surtout à l'égard des savans et plus spécialement à l'égard des médecins, pour qu'on ait lieu d'en redouter l'abus; mais il est permis de se demander à quoi a tenu cette fortune inouie d'une individualité qui, bien que très brillante assurément et éminemment distinguée, ne saurait pourtant être rangée parmi les génies du premier ordre?

Je ne me souviens plus quel ancien a dit que lorsque les dieux veulent donner une marque particulière de leur faveur à un mortel, ils lui envoient la mort dans la fleur de ses années. Bichat a eu ce privilége; il est, comme Mozart, Raphaël, Pascal, Hoche, André Chénier, une de ces figures auxquelles la mort, survenue avant l'heure, a imprimé je ne sais quelle physionomie aimable et douce dont le charme attire et pénètre le cœur des hommes. L'admiration imposée par le génie est d'ordinaire un sentiment austère dans lequel le respect est l'élément dominant; mais à l'égard de ces jeunes favoris des dieux, l'admiration est accompagnée d'amour. La mort les a surpris en quelque sorte dans l'état d'innocence. Ils n'ont pas eu le temps de faire trop sentir leur supériorité aux hommes, et ceux-ci n'ont pas eu le temps de la leur faire expier; ils ont échappé en outre à la condition fatale réservée au génie qui vieillit, celle de se survivre à eux-mêmes, d'attrister le monde par le spectacle de leur décadence, de fournir ainsi à leurs contemporains un prétexte pour les renier et leur jeter la pierre, et de couvrir eux-mêmes leur renommée de nuages que la postérité a quelquefois bien de la peine à dissiper.

Il n'est pas de réputations scientifiques aussi populaires que celle de Bichat; elle a un certain air démocratique qu'elle tient des circonstances au milieu desquelles elle s'est fondée, du caractère et des habitudes personnelles de l'homme. Bichat est un héros de la science; mais c'est un héros plébéien : il y a servi, il y est mort en simple soldat, et n'y a acquis d'autre grade, d'autres honneurs, d'autre fortune que son nom. Il est le premier né de la jeune école républicaine de Paris, qui l'a toujours traité en mère tendre et passionnée, c'est-à-dire un peu en enfant gâté. Il est surtout l'idole de la jeunesse, qui se plaît à entretenir avec lui, à travers le temps, des relations traditionnelles de familiarité et de camaraderie. Enfin, quoique né et élevé dans une province assez éloignée, Bichat est devenu par les circonstances de sa vie et de sa mort un enfant de Paris, et sa

Cette masse plongeait en partie dans l'excavation du petit bassin. Un point avait même contracté des adhérences avec son fond dans l'endroit d'une vaste ulcération, que ce mode de protection de la nature n'avait pu empêcher de déterminer une perforation. Enfin, un troisième point offrait des traces évidentes d'une semblable lésion, puisque la nature avait formé un véritable bouchon d'une portion de mésentère qui faisait une légère saillie dans l'intérieur de l'intestin, au fond d'une ulcération dont elle avait ainsi formé le plancher, son pourtour ayant contracté des adhérences avec la circonférence de cette perte de substance intestinale.

Le gros intestin, généralement vide, était fortement revenu sur lui-même. La membrane muqueuse était épaissie, ainsi que la totalité de ses parois. Les saillies des valvules conniventes étaient piquetées d'un rouge vif qui se détachait d'une manière marquée sur le fond terne du reste de cette membrane.

Le foie, très volumineux, présentait des adhérences assez fortes dans toute sa surface par suite de la péritonite qui avait existé. Sa couleur était d'un jaune de feuille morte; son tissu compacte, sec, hypertrophié. Ses veines contenaient un sang mêlé de beaucoup de bulles d'air à sa vésicule, une assez grande quantité de bile jaune-verdâtre.

Toutes les glandes mésentériques étaient très tuméfiées et tuberculeuses. La rate assez grosse était molle, son parenchyme friable et ressemblant à de la gelée de groseille noire.

Le rein gauche offrait plusieurs tubercules à sa face externe, au-dessous de sa membrane propre. Son tissu était sain; on n'en trouva dans celui du côté opposé qu'un seul, qui occupait l'un des mamelons de la substance tubulée.

La membrane de l'hymen existait. Le vagin était très étroit, raide; le corps de l'utérus très petit; le museau de tanche peu saillant et petit. On découvrit un tubercule dans son tissu. Les ovaires étaient très volumineux et la membrane péritonéale qui les enveloppe était piquetée d'un rouge vif.

Dans le fait qui précède, les symptômes auxquels on pourrait rapporter la véritable époque à laquelle se fit la perforation de l'intestin iléon, qui donna lieu à une péritonite générale mortelle, furent ceux qui apparurent vers la fin du mois d'août et qui consistèrent dans la rougeur et l'état lisse et le piqueté de la langue, le gonflement et la douleur épigastriques, la concentration des traits vers la ligne médiane, la tension, le météorisme du ventre, la fièvre, la sécheresse et l'état brûlant de la peau, lesquels avaient été précédés de dyarrhée. En effet, les lésions rencontrées dans l'abdomen viennent confirmer cette présomption, puisque je trouvai les caractères anatomiques d'une péritonite peu ancienne, tels qu'adhérences des intestins entre eux dans toute la partie inférieure seulement à l'aide de pseudo-membranes d'aspect puriforme, une assez grande quantité de sérosité trouble, lactescente, jaunâtre, contenant des portions de matières fécales liquéfiées et ayant une odeur semblable des plus prononcée; tandis que la nature, lors des perforations antérieures, avait été assez puissante pour organiser des adhérences préservatrices et prévenir pendant quelque temps les épanchemens de liquides ou de gaz stercoraux qui auraient pu s'effectuer dans la cavité du péritoine, bien qu'un peu plus tard des déchirures eussent eu lieu dans ces mêmes parties ou dans leur voisinage intime, et eussent occasioné la vaste péritonite qui mit fin à l'existence. En effet, au mois de mai, quelques signes d'irritation gastrique accompagnée de douleur, d'état lisse et piqueté de la langue, d'envies de vomir, de chaleur brûlante et de sécheresse de la peau, de fièvre, qui avaient persisté pendant tout le mois de juin, avec des exacerbations, ayant nécessité de temps en temps de nombreuses applications de sangsues, avaient en quelque sorte traduit au dehors le travail phlegmasique partiel qui dut avoir lieu à cette époque, et dont on retrouva les preuves évidentes à l'ouverture du cadavre. Effectivement, on découvrit des adhérences contractées au fond de l'excavation du petit bassin par l'iléon, à l'endroit d'une vaste ulcération, que ce mode si ingénieux de protection ne put empêcher de se perforer plus tard, et une espèce de bouchon formé par une portion du mésentère faisant même une légère saillie dans l'intérieur de l'intestin, au fond d'une autre ulcération à laquelle il avait ainsi fait une sorte de plancher, tandis que son pourtour avait contracté des adhérences avec la circonférence de cette perforation.

Il ne s'attache pas un moindre intérêt, dans cette observation, aux efforts que, d'une part, la nature avait faits pour opérer la résorption du liquide épanché dans la cavité gauche du thorax, travail dans lequel elle fut troublée et arrêtée par la sortie intempestive de la malade et le développement secondaire de tubercules dans les poumons.

ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE A DROITE; A GAUCHE, PSEUDO-MEMBRANE SÉPARÉE DE LA PLÈVRE PAR DU TISSU CELLULAIRE LACHE, OEDÉMATEUX; LÉGÈRE PÉRITONITE; ADHÉRENCE ET PERFORATION D'UNE PORTION DE L'S ILIAQUE DU COLON, LE FAISANT COMMUNIQUER AVEC LE RECTUM ATTEINT DE CANCER CÉRÉBRIFORME ULCÉRÉ; KYSTE HYDATIFÈRE DANS LE FOIE RENFERMANT TROIS A QUATRE ACÉPHALOCYSTES; MORT.

OBS. X. — Boissel, âgé de 43 ans, entra le 10 janvier 1841 à l'infirmerie. Il fut reconnu atteint d'une bronchite et d'une légère pleuro-pneumonie du côté droit. (Saignée de 500 grammes; potion avec 6 décig. de kermès; infusion de capillaire; diète.)

Mieux les jours suivans; fièvre diminuée.

Le 16, il survint de la diarrhée. (Dix sangsues à l'anus; diète; eau de riz gommée; tiers de lavemens opiatiques.)

19. Dévoiement continuant sans douleur abdominale; visage pâle, bouffi; la langue à l'état normal; le ventre volumineux; la peau sèche. (Extrait aqueux d'opium, 5 centigr. en trois pilules; même boisson.)

24. Appétit meilleur. (Demi-quart, et cataplasmes sur le ventre.)

Le 27 et les jours suivans, malgré la persistance des évacuations alvines, considérant cette affection comme une colite chronique avec ulcérations, je permis le quart, puis la demi, et graduellement les trois quarts. Cet homme, qui sollicitait sans cesse son *exeat*, l'obtint le 1er février.

Le 9 mai, il fut remonté à l'infirmerie. Il était pâle, bouffi; il avait un peu maigri; l'abdomen était tuméfié, légèrement météorisé; le dévoiement persistait; la langue était naturelle. (Huit sangsues à l'anus, bouillon, limonade; larges cataplasmes.)

11. Le diagnostic précédemment porté fut maintenu. (Eau de riz; tiers de clystères opiacés.)

Les jours suivans, la quantité des alimens fut progressivement accrue.

19. Bouffissure générale; la peau sèche, comme terreuse. Les jambes, surtout autour des malléoles, étaient œdématiées. (La demie; décoction d'orge nitrée; julep calmant pour la nuit.)

20. Il fallut de nouveau prescrire un régime plus sévère. Je voulus essayer le jour suivant, le matin et le soir, une tasse d'un léger macéré de quina et l'infusion de sauge; mais je fus bientôt obligé de suspendre cette médication. J'y substituai la limonade.

1er juin. Boissel eût offert les symptômes d'une gastro entérite s'il n'eût conservé de l'appétit. Il mangeait en effet la demi-ration et demandait avec instance sa sortie. Je cédai le 7 à ses importunités, mais avec la conviction qu'il ne tarderait pas à rentrer dans les salles.

Le 30 juin, il y fut remonté, ayant toujours la même diarrhée. Je fis appliquer huit sangsues à l'anus, des cataplasmes sur le ventre et donner de l'eau gommeuse, en même temps que 5 centigr. d'extrait aqueux d'opium en pilules. Cette médication fut continuée.

8 juillet. Je fis de nouveau placer des sangsues au siége; la dose d'opium fut portée à 7 centigr., mais sans diminuer les évacuations alvines, qui étaient jaunes et liquides.

---

gloire est une gloire parisienne.

Et pourtant, lorsque les restes de cet homme fameux ont traversé processionnellement la capitale, combien a été petit, dans cette foule qui remplissait les rues, le nombre de ceux qui se sont souvenus d'avoir entendu prononcer le nom qu'ils voyaient inscrit sur ce cercueil! tant est faible et terne la lumière de l'auréole de la gloire, et surtout de la gloire acquise dans les travaux solitaires de la pensée et de la science!

Les dépouilles mortelles de Bichat ont eu une singulière destinée. La tête était restée, comme une précieuse relique, entre les mains de M. Roux, tandis que le reste du corps était obscurément enfoui dans un cimetière abandonné, où il aurait bien pu n'être pas retrouvé si des soins pieux n'avaient de temps en temps renouvelé les signes qui marquaient cette sépulture. Enfin, après quarante années, les ossemens ont été exhumés, on y a joint la tête, et le tout a été définitivement enseveli dans le cimetière de l'Est. Les restes de Raphaël, que nous avons nommé tout à l'heure parmi cette famille de génies aimables à laquelle appartient Bichat, ont éprouvé des vicissitudes analogues : ce n'est qu'en 1833, trois siècles après la mort du grand artiste, que ses ossemens, authentiquement retrouvés et vérifiés, ont reçu les honneurs d'une nouvelle et dernière sépulture solennelle dans l'antique Panthéon de Rome.

Le congrès médical a terminé sa session; mais il paraît ne pas se considérer comme entièrement dissous; car il a institué une commission, dite permanente, chargée de le représenter en abrégé et de continuer son œuvre. Jusqu'à plus amples explications, nous avouons ne pas bien comprendre ce qu'a à faire désormais cette commission, lorsque l'assemblée dont elle émane a cessé, non seulement de fonctionner, mais même d'exister. A qui cette commission a-t-elle à faire? à qui rendra-t-elle compte de ses travaux, quels qu'ils soient? L'assemblée, qui a pris le titre de congrès médical, était de sa nature une réunion toute fortuite, essentiellement temporaire; du moment qu'elle s'est dissoute, elle a par le fait cessé d'être, non seulement dans le présent, mais encore dans l'avenir. Il pourra bien se former une assemblée du même nom; mais ce second congrès n'aurait en fait et en droit aucune espèce de rapport de filiation, de solidarité avec le précédent. On ne saurait assimiler les délibérations ou plutôt les conversations d'une réunion de ce genre à celles d'un corps, d'une société savante, régulièrement institués, qui, soumis à des formes fixes et déterminées, durent et se perpétuent. Les congrès sont des existences éphémères n'ayant ni ancêtres, ni postérité. Les actes, les votes d'une de ces assemblées sont absolument indépendans de ceux d'une autre, et celle qui suit n'a ni le droit, ni la mission, et encore moins l'envie de s'enquérir de ce qu'a pu faire ou résoudre celle qui a précédé. Les commissaires nommés par le congrès sont donc des mandataires sans mandats, des représentans sans représentés. Tout cela s'éclaircira sans doute, et, dans tous les cas, le mal ne sera pas grand.

Nous sommes en ce moment en grande veine de congrès. Après les congrès scientifiques qui courent l'Europe et qui ont une certaine généralité, voici venir les congrès spéciaux. Le congrès médical a ouvert la marche. On annonce déjà des congrès industriels; puis viendront sans doute des congrès littéraires, artistiques, etc.... Heureusement ces congrès sont plus inoffensifs que ceux qui étaient à la mode il y a quelque cinquante ans, dans lesquels les princes se partageaient les peuples. Ils sont même très utiles, non point, à la vérité, par ce

19. Le malade demanda à manger un peu plus. J'accordai le quart. Je me bornai à donner de l'eau gommeuse, ayant reconnu l'inutilité de tous les traitemens essayés.

27. Je voulus encore tenter l'administration de la thériaque à 6 grammes et la décoction de sagou; mais je n'en obtins pas plus de succès.

1er août. L'œdème des extrémités inférieures augmentait, la tristesse était continuelle. Le malade avait des pressentimens de mort. Il se plaignit de souffrir d'hémorrhoïdes. L'inspection de l'anus y fit découvrir un bourrelet circulaire assez volumineux, que le malade parvenait à faire rentrer momentanément. Le ventre était très volumineux, météorisé, la peau pâle, l'amaigrissement du visage augmenté.

4. Boissel mangeait le quart; le dévoiement persistait, mais il cherchait à le dissimuler pour avoir plus d'alimens. Je me contentai de prescrire un julep narcotique pour la nuit.

6. Je tentai l'eau chlorurée à 3 grammes; et les jours suivans j'y associai le laudanum; mais je ne modifiai en rien les évacuations alvines.

10. Le malade se plaignant toujours de la douleur de ses hémorroïdes, je les fis oindre avec de l'onguent populeum auquel je fis ajouter 4 décigrammes d'extrait aqueux d'opium.

Je ne fus point amené à explorer le rectum, la diarrhée habituelle rendant facile l'expulsion des matières fécales, les douleurs qui se faisaient sentir à l'anus et au dessus étant expliquées par l'existence d'un bourrelet hémorroïdal saillant; d'ailleurs, l'eussé-je fait, je n'en aurais obtenu aucun résultat, puisque la lésion du rectum était trop élevée pour être accessible au doigt.

14. En examinant le ventre et le percutant, je constatai à la partie supérieure un son tympanique annonçant la distension du colon par des gaz, et au dessous une fluctuation dénotant un commencement d'ascite. (Régime particulier; tiers de lavemens narcotique; eau gommeuse avec 6 grammes de nitrate de potasse.)

16. Les jambes étaient très œdématiées, de même que le bras gauche. Il était survenu brusquement de l'oppression. La langue était très rouge, l'abdomen météorisé, les urines limpides et ne laissant déposer aucun sédiment albumineux par l'essai avec l'acide nitrique. (Trois pilules diurétiques.)

17. Le visage s'amaigrissait rapidement; orthopnée extrême; chaleur de la peau âcre; fièvre intense. Boissel accusait une douleur vive dans tout le côté droit. La respiration s'y entendait à peine, excepté en haut et en avant, tandis qu'on la percevait bien à gauche. Les urines étaient rares. Le malade laissait aller sous lui involontairement. Je fis ajouter au diagnostic : épanchement pleurétique à droite. (Trois pilules jutep; orge nitrée.)

18. Le patient était beaucoup plus mal. Tout indiquait une mort très prochaine; elle advint en effet le 19, à midi, sans qu'il fût survenu le moindre trouble dans les fonctions intellectuelles.

Autopsie cadavérique faite vingt-six heures après la mort.

État extérieur. Les extrémités inférieures étaient très infiltrées; le prépuce l'était un peu. La verge présentait une grande longueur. Les membres thoraciques, de même que le visage et le cou, étaient aussi œdématiés. On remarquait sur le bras droit, vis-à-vis l'attache du deltoïde, une petite loupe sous-cutanée, de forme oblongue, constituée par une substance homogène. (C'était un athérome enkysté.)

Thorax. A droite, un épanchement de sérosité trouble, lactescente, pouvant être évaluée à trois litres, et qui avait refoulé le poumon en haut et en dedans. Celui-ci, recouvert d'une couche très peu épaisse d'albumine, était encore crépitante dans les lobes supérieur et moyen, mais commençant à se splénifier dans l'inférieur.

Le gauche était intimement adhérent par tous les points de sa surface, et tellement à sa partie inférieure qu'une partie du lobe correspondant resta et qu'on fut obligé de le couper en travers pour enlever l'organe. Ce dernier présentait une fausse membrane enveloppante, parfaitement organisée, séparée de la plèvre par un tissu cellulaire lâche, œdémateux. Le tissu pulmonaire était infiltré de sérosité qui s'en écoulait abondamment à la section. Muqueuse bronchique saine.

La cavité du péricarde ne renfermait que très peu de sérosité. Cœur normal.

Abdomen. Il y existait une certaine quantité de sérosité blanchâtre, trouble. (Indice d'un commencement de phlegmasie péritonéale légère.)

Les intestins étaient généralement distendus par des gaz, surtout le colon, ses portions ascendante, transverse, et le cœcum, tandis que l'S iliaque, plongeant dans l'excavation du petit bassin au devant du rectum, avait contracté de fortes adhérences avec la paroi postérieure de la vessie.

L'œsophage était dans l'état sain.

L'estomac, assez vaste et renfermant beaucoup de gaz, était tapissé par des mucosités. On remarquait, au dessous du cardia et à l'origine du grand cul-de-sac, une rougeur uniforme due à la stase du sang dans les capillaires sous-muqueux.

Le duodénum ne présenta rien de particulier.

Le jéjunum était dans le même cas. Il contenait des mucosités d'un blanc jaunâtre, très liquides et abondantes. Elles devenaient un peu plus épaisses et prenaient le caractère fécal dans l'iléon.

Le cœcum, très vaste et dilaté, ainsi que les deux premiers tiers du colon, par des gaz, était occupé par des matières fécales molles, qui, en approchant de l'angle que fait ce dernier intestin pour former la portion descendante, se convertissaient en véritables magdaléons durs sur lesquels il se moulait en quelque façon, en sorte qu'une grande quantité de gaz retenue par eux en avait distendu énormément l'axe transverse et la portion ascendante.

Dans l'S iliaque, on rencontrait encore çà et là des fèces, tantôt consistantes, tantôt plus molles. Une anse assez considérable de celle-ci plongeait dans l'excavation pelvienne, entre le rectum et la paroi postérieure de la vessie. Elle avait contracté, dès la partie supérieure de cette cavité, des adhérences très fortes et très intimes avec ces deux organes. Il fallut une dissection pénible pour l'en détacher, laquelle fit bientôt reconnaître une tumeur sub-jacente volumineuse attachée d'une manière très serrée au fond de la partie droite de l'excavation du petit bassin. Mais l'instrument, et surtout les tractions, déchirèrent avec la plus grande facilité le point d'adhérence avec la paroi antérieure du rectum, en sorte qu'on put constater qu'il s'était établi une communication directe entre eux à l'aide d'une vaste perforation à bords fongueux renversés.

L'adhérence à la paroi postérieure de la vessie avait lieu au moyen d'un tissu induré, criant sous le scalpel, épaissi, qui semblait le résultat d'une transformation squirrheuse du tissu cellulaire sous-péritonéal; car on trouvait la tunique musculeuse et celle interne de la vessie dans l'état normal.

Après avoir ouvert l'intestin rectum de haut en bas, je reconnus, dans la moitié supérieure de sa hauteur et dans toute sa portion droite et antérieure, un vaste cloaque limité par des bords ulcérés, tomenteux, fongueux, renversés en forme de champignon, aux parois duquel on distinguait de la matière cérébriforme ramollie, des portions de détritus ou fongosités rougeâtres, irrégulières, comme déchiquetées, reposant sur des tissus ici ramollis, là indurés et squirrheux. C'étaient eux qui formaient la tumeur occupant toute la moitié droite de la hauteur et le fond de l'excavation pelvienne, et recouverte par le péritoine.

Les limites inférieures de ce vaste ulcère cancéreux ne s'étendaient pas assez bas pour que le doigt, s'il eût été introduit par l'anus dans le rectum, eût pu y atteindre. Il eût seulement senti à droite la portion inférieure de la tumeur ou des tissus engorgés et indurés; car elle ne faisait qu'une très faible saillie dans l'intérieur de l'intestin, en sorte que cette lésion n'avait aucunement intercepté ou même gêné l'excrétion des matières fécales diarrhéiques.

La membrane muqueuse du rectum, en approchant de l'anus, devenait d'un rouge intense, et son réseau capillaire était très finement injecté. On remarquait au pourtour de celui-ci, tant au dessus qu'au dessous du sphincter, un bourrelet d'hémorroïdes bleuâtres, de forme ovale ou ronde, formées d'un tissu spongieux, comme aréolaire, imprégné de sang.

Le foie, de volume assez prononcé, était d'une couleur jaunâtre et gras. Entre les lobes droit et gauche, derrière la veine ombilicale, existait une petite tumeur formée par un kyste hydatifère, dont la première enveloppe fibreuse, adhérente

qui s'y fait ou ce qui s'y dit,—car dans ces espèces de tournois publics de science il n'y a de bien sérieux que les prétentions, les amours-propres et les intérêts, assez innocens du reste, des promoteurs, ordonnateurs, lecteurs et orateurs,—mais par l'esprit de liberté, de confraternité littéraire qui y règne, par les rapprochemens personnels qui s'y établissent entre les membres d'une même profession, entre les savans qui cultivent la même science; enfin ils annoncent ou plutôt constatent le progrès des habitudes sociales, libérales, pacifiques et véritablement humaines que la civilisation moderne tend à faire prévaloir partout sur les préjugés hostiles, exclusifs, anti-sociaux des temps passés. Dans les pays encore privés de la liberté politique et civile, comme l'Italie et certaines parties de l'Allemagne, les congrès sont les rendez-vous des douleurs, des espérances des plus belles intelligences, des cœurs les plus généreux, et si la science y gagne peu, l'esprit national s'y retrempe et s'y vivifie au contact des ames. En France les congrès n'ont pas heureusement à rendre des services de ce genre; mais ils activent, comme nous disions, ils resserrent les communications et favorisent l'esprit d'association. Du reste, il n'y a rien en ce monde d'absolument inutile, et il suffit qu'il soit démontré qu'une chose n'est certainement pas nuisible pour qu'on soit autorisé à conclure qu'elle doit être profitable par quelque côté, n'aperçût-on pas d'ailleurs bien manifestement son utilité. Les congrès en général, et en particulier les congrès médicaux, méritent donc à ce titre d'être, non seulement absous, mais encore approuvés et encouragés.

— Par décision de la Faculté de médecine de Paris du 6 novembre, M. le docteur Sucquet a été nommé préparateur du Musée d'anatomie de l'École. Cette nomination a été faite à l'unanimité.

— MM. Hyrtl, professeur de médecine à Vienne; Maissiat, agrégé de la Faculté de médecine de Paris; Thibert, docteur en médecine à Paris, sont nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

extérieurement au tissu du foie, était en contact immédiat avec plusieurs hydatides acéphalocystes assez volumineux.

La rate était petite, comme flétrie, d'un tissu rougeâtre pâle, très facile à écraser.

Reins à l'état normal.

La vessie ne renfermait qu'une petite quantité d'urine trouble. Ses parois étaient un peu hypertrophiées.

La prostate, peu volumineuse, était légèrement indurée.

Ce sujet offrit des phénomènes différentiels importans à noter, en ce qu'ils pourraient faire éviter la faute de diagnostic que je commis. En effet, pendant la vie, quelques symptômes insolites à ceux qui pouvaient caractériser une colite avec ulcérations, tels que la bouffissure et la pâleur du visage, l'état naturel de la langue, le volume du ventre, l'œdème des jambes, la persistance de l'appétit, la douleur au dessus de l'anus, l'impossibilité de retenir ses selles auraient dû me frapper; car ils imprimaient un cachet différent à l'ensemble symptomatologique habituel aux ulcérations ordinaires du tube digestif, et cependant je les attribuai à ces dernières.

La présence d'hémorroïdes volumineuses et douloureuses me fit rapporter à ces dernières les souffrances du rectum et négliger d'explorer cet intestin. C'est une preuve qu'en médecine pratique, quelque plausible que soit un raisonnement pour s'expliquer un symptôme, il ne faut jamais s'en tenir exclusivement à un semblable instrument, mais appliquer ses sens ou tout autre moyen d'exploration à acquérir une certitude physique ou matérielle.

Que se passe-t-il, en outre, pendant la durée de l'affection cancéreuse de la partie supérieure droite du rectum, dont le développement squirrheux était devenu tel que cette masse eût fini par oblitérer rapidement la lumière de l'intestin? Un de ces efforts merveilleux du principe conservateur sur lesquels j'ai déjà tant de fois appelé l'attention du lecteur dans le cours de ce travail. L'anse considérable de la fin de l'S iliaque du colon plongeant dans l'excavation du petit bassin, entre la vessie et le rectum, contracta des adhérences intimes avec la face postérieure de la première et celle antérieure du second. Dans ce point, une large perforation s'effectua, vint se mettre en communication avec le cloaque qu'avait formé dans le rectum, en majeure partie détruit et remplacé par des tissus squirrheux ou cancéreux ulcérés, l'affection organique qui s'y était développée. Il en résulta, au dessous du rétrécissement supérieur, une nouvelle voie qui permit aux matières fécales de passer ainsi de la fin de l'S iliaque du colon dans la moitié inférieure du rectum.

Seulement, dans ce cas, le cancer, en gagnant le tissu cellulaire subjacent au péritoine, après avoir détruit les tuniques muqueuse et musculeuse, avait enflammé cette dernière membrane, dont l'exhalation albumineuse plastique lui avait fait contracter des adhérences avec la surface séreuse de l'intestin colon en contact avec elle. Secondairement, le principe cancéreux avait envahi, ulcéré et perforé plus ou moins largement la cloison formée par l'adossement des feuillets péritonéaux des deux intestins; ce qui prouve bien que les choses s'étaient passées ainsi, c'est la quantité notable de sérosité trouble, lactescente, rencontrée dans l'abdomen.

Ajouterai-je que cette observation est encore intéressante sous le rapport de l'existence d'un kyste hydatifère renfermant trois hydatides développées dans le tissu même du foie, et qu'aucun symptôme n'avait annoncé pendant la vie.

Enfin, si l'on rapproche ce fait de celui de Broussais, on verra que, par suite du rétrécissement supérieur de l'intestin rectum dû à la même affection cancéreuse, il existait chez lui une dilatation formant une espèce de poche contenant des matières fécales molles, et au dessus moulées en cylindres, se terminant en cône au delà duquel elles s'accumulaient dans l'S iliaque et la plus grande partie du gros intestin, et qu'il survenait de temps à autre des crises douloureuses que ce médecin célèbre appelait ses débâcles, et cela par suite de l'obstacle au cours des fèces dans le point malade; tandis que chez Boissel, où la nature avait établi une voie artificielle pour leur donner issue, à l'aide d'une communication entre une portion de l'S iliaque et celle du rectum situé au dessous de la lésion cancéreuse, rien de semblable n'avait été observé, et la défécation s'était toujours exécutée avec la plus grande liberté.

VASTE ABCÈS ENKYSTÉ DÉVELOPPÉ DANS LE TISSU CELLULAIRE D'ENVELOPPE DU REIN DROIT, ET DANS CE DERNIER ORGANE LUI-MÊME, COMMUNIQUANT D'UNE PART AVEC LE BASSINET, DE L'AUTRE AVEC LE DUODÉNUM PAR DEUX PERFORATIONS; KYSTES DANS LE REIN; MORT.

Obs. XI. — Planchet, âgé de 47 ans, casseur de bois, jouissant d'une bonne santé, mais ayant l'habitude de l'ivresse, fut atteint le 8 janvier 1843, d'un frisson assez violent qui fut suivi de douleurs vives, de coliques, notamment dans le flanc droit; le ventre se tendit, se ballonna. Les urines diminuèrent de quantité, devinrent sanguinolentes, et leur émission douloureuse. Ces accidens diminuèrent dès la nuit suivante, et finirent par se dissiper sous l'influence de lavemens laxatifs, puis purgatifs.

15. De nouvelles coliques très aiguës se manifestèrent et furent calmées par une potion opiatique.

Le lendemain, il se fit transporter à l'hôpital St-Jean. A cette époque, le ventre était tendu, météorisé. On y sentait une tumeur grosse comme la tête d'un fœtus, située immédiatement au dessous de la région du foie. Elle était rémittente, présentait une légère élasticité à sa partie supérieure et interne. Une pression un peu forte y déterminait de la douleur. Il y avait de la constipation; l'urine était peu abondante, trouble, épaisse, jaunâtre et le pouls à peine fréquent. On remarquait un peu d'anxiété. Le malade fut mis à la diète, prit des lavemens et appliqua des cataplasmes émolliens sur la tumeur, qu'ils ne firent aucunement diminuer. On crut, par un examen fait chaque jour, y sentir à deux reprises différentes une sorte de crépitation et de frémissement qui firent croire à un kyste hydatifère. Il y avait de l'amélioration, plus de liberté dans les selles et aucun vomissement.

21 janvier. On commença les frictions sur la région malade. Elles furent continuées une douzaine de jours avec succès; car Planchet se trouvait parfaitement bien. Seulement les urines étaient toujours un peu épaisses et troubles.

1er février. Le ventre, qui avait notablement diminué, reprit tout à coup un volume considérable, et la constipation recommença. Comme précédemment, les purgatifs firent disparaître ces accidens, et le 15, le malade se trouve assez bien pour demander sa sortie.

3 mars. Il rentra dans le service de médecine avec les mêmes symptômes, mais moins graves. Les évacuans suffirent encore pour le rétablir. Il eut plus tard deux nouvelles récidives, après lesquelles sa constitution commença à s'altérer d'une manière sensible. Son teint devint pâle, terreux. La diarrhée se manifesta, accompagnée de vomissemens de matières glaireuses jaunâtres. Les opiacés furent administrés vainement. Il survint un véritable marasme; le ventre se rétracta comme dans les maladies organiques, et le malade succomba le 12 avril.

Autopsie cadavérique faite vingt-quatre heures après la mort.

Rien à la tête ni au thorax.

Abdomen. Tous les viscères avaient conservé leurs rapports. On apercevait un vaste sac reposant sur le rein droit, qui semblait être constitué par sa dégénérescence. Outre ses adhérences avec ce dernier, il en présentait avec le foie et le duodénum; seulement, les adhérences avec cet intestin étaient facilement détruites, en râclant avec le scalpel jusqu'à quelques millimètres au dessous de l'insertion de l'uretère au bassinet. Mais, à ce point, l'union était intime, et il s'était fait une communication au moyen de deux ouvertures ou ulcérations d'un centimètre de diamètre, séparées l'une de l'autre par un intervalle égal. Cette poche, située sur la face antérieure du rein et dépassant légèrement son bord interne, avait une forme elliptique qui ressemblait beaucoup à celle de l'organe sur lequel elle avait semblé se mouler. Ses parois offraient une disposition particulière. En effet, arrivées au bord convexe et à la partie postérieure de celui concave du rein, chacune d'elles semblait se dédoubler en deux feuillets, les antérieurs venant s'unir sur sa face antérieure et former le fond du sac, les deux autres passant au delà des bords et se rejoignant sur sa face postérieure. Ces deux derniers étaient beaucoup plus minces que les parois proprement dites du sac, et adhéraient tellement à la membrane propre du rein qu'il était impossible de les en séparer.

La cavité de cette poche était vide, contenait seulement trois concrétions noires, peu denses, formées par l'agglomération de petits grains pyramidés qui semblaient d'une nature différente de celle des calculs rénaux ordinaires. Ecrasées, elles donnaient une poudre noire ressemblant à de l'encre boueuse séchée et pulvérisée.

Sa surface interne était tapissée par une fausse membrane d'albumine coagulée qui rappelait la mollesse et l'aspect velouté des muqueuses. Elle présentait une résistance plus considérable dans quelques points. Sa couleur était d'un gris jaunâtre ou bleu d'ardoise. Dans quelques endroits, elle présentait des inégalités à sa surface, et son épaisseur n'était nullement uniforme. Après l'avoir incisée, on l'enlevait par petits lambeaux d'une consistance assez friable. On rencontrait, au dessous de cette fausse membrane organisée, un tissu dur, résistant, comme fibreux, de couleur grise ou ardoisée, suivant les points examinés; quelques-uns étaient même d'un jaune très marqué.

Les parois du sac présentaient une épaisseur moyenne d'un centimètre; mais vers les deux extrémités, et immédiatement derrière les endroits de communication entre lui et le duodénum, elle était de 2 cent. Sa face antérieure était recouverte par la séreuse abdominale, tandis que la postérieure adhérait intimement à la membrane propre du rein, adhérence qui était interrompue par une ouverture de communication existant dans la paroi antérieure du bassinet.

En incisant l'épaisseur de tissu de cette poche, il en suintait des gouttelettes de pus, et en pratiquant la même opération sur le bord convexe de l'organe sécréteur, on pouvait l'enlever avec une grande facilité. La substance propre de ce dernier était décolorée, d'une couleur ardoisée sur sa face antérieure.

Le rein avait conservé son volume normal; mais il présentait çà et là de petits kystes renfermant une sérosité jaunâtre, et qui, percés, laissaient apercevoir une petite cavité ovalaire ou ronde creusée dans sa substance propre: leur grosseur variait depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un petit pois. On remarquait à la surface du même organe les traces d'un abcès ayant laissé un ulcère situé à sa partie supérieure et externe. Son tissu était friable, notamment la substance corticale, dont la pâleur tranchait avec la couleur vineuse de la tubuleuse. Dans son intérieur, on apercevait quelques excavations peu profondes annonçant une déperdition de substance, siége d'anciens dépôts et existant au niveau de la substance tubuleuse, là où les calices semblent disparaître et se perdre dans le parenchyme. Elles étaient tapissées par une sorte de pseudomembrane jaunâtre au dessous de laquelle se dessinaient quelques-unes des ra-

cines des calices. Ces derniers, de même que le bassinet, étaient hypertrophiés et offraient encore les traces d'injection sanguine. De plus, quelques colonnes friables partant du hile du rein se rendaient dans l'intérieur de la poche accidentelle, tout près de l'ouverture de communication qui formait là une sorte d'infundibulum.

Le rein gauche présentait sa substance corticale un peu décolorée, légèrement friable.

Tous les autres organes étaient sains.

Il reste maintenant à déterminer quelle fut la nature de l'affection morbide décrite dans cette observation, son siége primitif, et enfin son mode de formation. Tout porte à croire qu'il se développa d'abord un abcès dans le tissu cellulaire qui entoure le rein, lequel resta épaissi, induré, et contracta des adhérences avec le duodénum, par suite de l'inflammation qui eut lieu aux points de contact; et que, secondairement, il s'ulcéra, perfora le rein et établit de la sorte une communication avec son intérieur. En effet, peut-on admettre qu'au lieu d'un abcès, c'est un kyste hydatifère qui se sera primitivement formé, parce que cette poche ressemblait à celle de ces kystes, parce qu'on y avait constaté à trois reprises différentes pendant la vie une sorte de frémissement? Difficilement; car elle s'était vidée une première fois, et les matières alvines, examinées avec soin, on n'y avait trouvé aucun débris d'acéphalocystes. En outre, ce frémissement se manifesta de nouveau une quinzaine de jours avant la mort, quand déjà le sac s'était vidé deux fois d'une manière complète; et à l'ouverture du cadavre, il n'y fut rencontré aucune trace de la présence de ces animaux. On peut d'ailleurs se rendre facilement compte du mouvement vibratoire, en admettant qu'il était produit par les parois du sac, devenues presque cartilagineuses dans quelques points, bruit auquel auraient pu concourir encore quelques noyaux de matières fécales indurées.

L'abcès se sera-t-il formé primitivement dans le tissu du rein, à la suite d'une inflammation de celui-ci? En examinant cet organe, on y trouva bien à la vérité des lésions, mais elles étaient beaucoup plus récentes que celles observées dans le tissu adipeux qui l'entoure; car il avait fallu un temps très long pour produire un épaississement aussi considérable des parois de la poche et lui permettre une organisation aussi complète que celle qu'on y remarquait. Enfin, les symptômes du côté de l'organe sécréteur de l'urine ne se manifestèrent qu'en dernier lieu. En effet, ce ne fut que le 8 janvier 1843 que le malade ressentit les premières douleurs dans la région des reins, qu'après des coliques douloureuses dissipées par des déjections alvines, qu'il urina du sang, lorsque déjà existait la communication entre le duodénum et la poche adhérente au rein, et que les urines devinrent épaisses et jaunâtres. L'inflammation du tissu du rein ne fut donc que secondaire ou consécutive à celle du tissu cellulaire qui l'enveloppe, mais probablement augmentée par la compression exercée sur cet organe, par la tumeur décrite et le séjour forcé de l'urine qui en fut le résultat.

Dans cet exemple encore, comme dans les précédens, les adhérences qui s'établirent entre la tumeur enkystée, et le foie, le rein et le duodénum durent s'effectuer en vertu du développement d'une péritonite partielle, par suite de la propagation de l'inflammation de la pie-mère à cette membrane séreuse.

Il m'eût été facile de multiplier dans ce mémoire les exemples de perforations intestinales, à la suite des ulcérations si fréquentes de la dernière période de la phthisie pulmonaire, ou des épanchemens pleurétiques chroniques se terminant par le développement de tubercules secondaires, car j'en ai pu recueillir un grand nombre dans le service médical de la maison centrale de détention de Rennes; mais j'ai pensé que je n'aurais pu le faire sans fatiguer le lecteur. J'ai donc dû me borner à celles qui m'ont présenté le plus d'intérêt, tant sous le rapport de la symptomatologie que sous celui de l'anatomie pathologique, que cette dernière eût rapport seulement à la lésion intestinale, ou qu'elle eût trait à d'autres maladies organiques l'ayant précédée ou étant venues s'y ajouter comme complication.

CHIRURGIE PRATIQUE.

OBSERVATIONS D'AMPUTATIONS DE LA JAMBE DANS L'ARTICULATION FÉMORO-TIBIALE; recueillies dans la pratique de M. MURVILLE, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Lille, par le docteur OLLAGNIER.

Malgré les travaux de quelques chirurgiens modernes du plus grand mérite, les praticiens sont loin de s'accorder sur la valeur de la désarticulation fémoro-tibiale. Les uns, s'en exagérant la gravité, la regardent comme devant être rejetée du manuel opératoire; les autres, et c'est le plus grand nombre, la considèrent comme présentant plus de dangers que l'amputation de la cuisse; enfin il en est qui appliquent à cette opération le principe général, d'après lequel une amputation est d'autant moins grave qu'elle est pratiquée dans un point plus éloigné du tronc. Cette dernière opinion paraît, jusqu'à un certain point, la plus vraisemblable; toutefois l'expérience ne l'ayant pas suffisamment sanctionnée, il est nécessaire de faire connaître tous les faits capables d'en confirmer ou d'en infirmer la justesse. C'est dans ce but que nous soumettons au jugement des praticiens les observations suivantes, dont la première est textuellement extraite des notes de M. Murville, chirurgien en chef et premier professeur à l'hôpital militaire de Lille.

FRACTURE COMMINUTIVE DE LA JAMBE GAUCHE, PAR SUITE DU PASSAGE D'UNE ROUE DE CHARIOT; SPHACÈLE REMONTANT JUSQU'AU NIVEAU DE LA TUBÉROSITÉ ANTÉRIEURE DU TIBIA; AMPUTATION DANS L'ARTICULATION FÉMORO-TIBIALE; GUÉRISON.

OBS. I. — La nommée Victorine Desfontaines, enfant de vingt mois, native de Chéreng (Nord), eut la jambe écrasée par le passage d'une roue de chariot sur la partie moyenne de ce membre. Appelé auprès de la petite malade, un officier de santé constata la nature de l'accident et crut devoir employer le bandage ordinaire des fractures de la jambe. Mais au lieu d'obtenir une consolidation, il vit se développer une inflammation phlegmoneuse très violente, qui, malgré l'emploi des antiphlogistiques, entraîna le sphacèle de toute l'épaisseur de la jambe, jusqu'à un travers de doigt environ au-dessous de la tubérosité interne du tibia. C'est alors seulement (22 juin 1835) et quatorze jours après l'accident que je fus appelé en consultation. La gangrène était parfaitement bornée par une ligne légèrement ondulée et déjà en suppuration; il y avait de la fièvre, mais rien n'annonçait encore un travail de résorption purulente. Dans cet état de choses, il n'y avait évidemment pas à hésiter sur le parti à prendre: l'amputation était nécessaire. Mais en raison de la hauteur considérable à laquelle remontait la mortification, il n'était plus possible de pratiquer cette opération dans le lieu d'élection, ni même dans l'épaisseur des condyles du tibia, d'après le procédé du baron Larrey. Il fallait donc, comme cela se pratique en pareille occasion, en venir à l'amputation de la cuisse ou bien suivre le conseil de quelques auteurs et pratiquer la désarticulation tibio-fémorale. Je m'arrêtai à ce dernier parti en m'appuyant 1° sur le précepte général qui dit qu'une mutilation est d'autant moins grave qu'elle s'éloigne davantage du centre; 2° sur les avantages très grands que présente le moignon résultant de la désarticulation du genou sur celui obtenu à la suite de l'amputation de la cuisse, puisque le premier permet de porter une jambe de bois, tandis que le second oblige de recourir au cuissart; 3° sur les succès nombreux obtenus dans les articulations en général et particulièrement sur celle de l'épaule; 4° sur l'opinion de quelques auteurs et surtout sur celle de M. Velpeau.

L'étendue du sphacèle, la forme de la ligne de démarcation placée entre le mort et le vif, indiquaient tout naturellement le mode opératoire auquel il fallait recourir. C'était nécessairement à la méthode circulaire. L'amputation fut immédiatement pratiquée d'après cette méthode; j'eus soin de conserver autant de peau que possible, ainsi qu'une couche épaisse de muscles de la partie postérieure de la jambe, afin de pouvoir bien remplir l'échancrure inter-condylienne, et d'obtenir un moignon bien étoffé. L'opération marcha bien; les fibro-cartilages furent enlevés d'une manière complète; l'artère poplitée et deux autres musculaires furent facilement liées. Après quoi il ne resta plus qu'à s'occuper du pansement. On réunit par première intention, à l'aide de quatre points de suture et de bandelettes agglutinatives; enfin (et j'insiste beaucoup sur cette précaution infiniment utile, sinon indispensable au succès de l'opération) pour empêcher la pénétration de l'air dans le cul-de-sac synovial sus-rotulien, le séjour de la sérosité ou du pus dans cette cavité, l'infiltration des liquides dans le tissu cellulaire du creux poplité, j'appliquai deux compresses graduées, l'une en avant, l'autre en arrière de l'extrémité du moignon. Le reste du pansement n'offrit rien de particulier. La cuisse fut placée sur un plan horizontal, afin de favoriser l'écoulement du pus et de l'empêcher de séjourner dans les points ci-dessus mentionnés. Les premiers jours se passèrent sans le moindre symptôme fébrile; la petite malade manifesta même de la gaîté. On procéda au renouvellement du pansement; les pièces de l'appareil sont imprégnées d'un peu de sérosité sanguinolente, d'une certaine quantité de synovie et de pus. La plaie est très belle et agglutinée dans presque toute son étendue. La malade accuse un grand appétit, mais peu de soif; on commencé à la nourrir. Deux jours après ce premier pansement, le cinquième de l'opération, on enlève les bandelettes et les points de suture devenus inutiles, on panse simplement, mais en continuant l'usage des compresses graduées. Deux jours plus tard, on peut enlever les deux petites ligatures; ce n'est que le dixième jour que la ligature principale se détache. L'enfant est dans un état parfait; la plaie est presque entièrement cicatrisée, c'est-à-dire qu'il ne reste plus que deux points aux angles qui fournissent encore un peu de pus. Au bout de quelques jours, cette suppuration se tarit. Le moignon est très beau, bien nourri, et permet, quarante jours après l'opération, d'y adapter une jambe de bois assez grossièrement faite par le père de l'enfant. La petite Desfontaines ne tarde pas à s'habituer à marcher avec ce membre artificiel. Depuis lors, elle n'a pas éprouvé le moindre accident à son moignon; elle s'est bien portée, bien développée, et en voyant aujourd'hui (juin 1844) la facilité et l'agilité qu'elle montre dans tous ses mouvemens, on se douterait à peine qu'elle a subi une mutilation aussi importante.

ÉCRASEMENT DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE LA JAMBE ET DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE; GANGRÈNE S'ÉTENDANT JUSQUE PRÈS DE L'ÉPINE ANTÉRIEURE DU TIBIA; DÉSARTICULATION DU GENOUX PRATIQUÉE SEIZE JOURS APRÈS L'ACCIDENT, D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE ROIN ET BRASDOR; GUÉRISON.

OBS. II.—Le blessé qui fait le sujet de cette observation est un nommé P. Platet, natif de Belgique, âgé de 43 ans, d'un tempérament bilieux et d'une constitution robuste, marié, scieur de long dans la commune de Bondue, près de Lille.

Le 2 avril 1844, cet ouvrier eut la partie inférieure de la jambe droite ainsi que l'articulation tibio-larsienne écrasées par la chute d'un gros bloc de bois destiné à être scié et élevé à cet effet sur des chevalets à six pieds au-dessus du sol. Ce blessé resta cinq jours sans recevoir les soins que sa position réclamait si impérieusement; et pendant ce temps les accidens primitifs, locaux et généraux firent des progrès rapides. Le 7 avril, M. Murville, appelé pour la première fois auprès du malade, trouva la jambe violemment tuméfiée, tendue, offrant une teinte violacée; la gangrène paraissait imminente; il existait au niveau de la malléole externe une plaie occasionnée par la saillie d'un fragment osseux; le blessé était en proie à la fièvre, et depuis deux nuits il éprouvait du délire. Dans cet état de choses, l'amputation de la jambe, parfaitement indiquée par la nature, l'étendue et le siége des désordres locaux, praticable avant le développement des accidens inflammatoires, ne présentait plus assez de chances de succès en raison de l'acuité des symptômes généraux et de l'imminence de la gangrène. On jugea donc prudent de la différer jusqu'au moment où l'affection soumise à un traitement convenable serait entièrement localisée. On se contenta de pratiquer de larges incisions, dans le but de diminuer l'étranglement, d'obtenir une déplétion sanguine locale et d'extraire une certaine quantité d'esquilles enfoncées dans les tissus dilacérés. Le malade fut saigné plusieurs fois et le pied maintenu dans l'immobilité, recouvert, ainsi que la jambe, de fomentations émollientes.

Le 12 avril, onze jours après l'accident, la jambe était aussi tuméfiée et aussi douloureuse qu'à la première visite; elle était en outre couverte de phlyctènes développés jusqu'à quelques travers de doigts au dessous de l'articulation fémoro-libiale; elle offrait une teinte érysipélateuse; le pus fourni par la plaie exhalait une odeur caractéristique; le pouls était petit et fréquent, la soif vive; l'ensemble de tous ces phénomènes annonçant l'existence de la gangrène, on opposa à la marche de cette complication de larges débridemens, suivant l'axe du membre. Deux incisions longues de 5 à 9 pouces furent pratiquées dans l'épaisseur des tissus de la région antérieure de la jambe, et deux autres de même dimensions dans l'épaisseur de ceux de la région postérieure. Les aponévroses furent debridées transversalement à la direction de leurs fibres. A l'aide de ces incisions, on put constater que la gangrène envahissait le tissus cellulaire sous-cutané, et que des fusées de pus s'étendaient depuis le siége des principaux désordres jusque dans les gaines musculaires. On eut recours à ces divisions non pas dans l'espoir de prévenir la nécessité de l'amputation, qui n'en restait pas moins indiquée, mais dans le but de rendre cette opération praticable le plus tôt possible en cherchant à borner le travail à la gangrène.

Le 18, l'effet de ce traitement énergique paraissait obtenu. Le travail inflammatoire s'étant localisé autant qu'on pouvait l'espérer, la marche dela gangrène s'étant bornée à un travers de doigt de l'épine antérieure du tibia, il fut jugé prudent de ne pas différer davantage, dans la crainte de voir survenir une résorption purulente, que quelques prodrômes semblaient présager. L'ablation du membre fut donc proposée au malade, qui, dans l'espoir d'être enfin débarrassé d'une cause continuelle de douleur, se soumit sans répugnance à cette nécessité. Mais la hauteur à laquelle s'élevait la désorganisation de la peau rendait l'amputation impossible dans la continuité de la jambe; il fallait choisir entre l'amputation de la cuisse et la désarticulation du genou. M. Murville se décida pour cette dernière opération, d'après les motifs exposés dans l'observation précédente, et il y procéda ainsi qu'il suit:

L'opérateur placé en dehors du membre, divisa la peau par une incision circulaire s'étendant depuis la partie latérale interne jusqu'à la partie latérale externe du genou, en passant à deux travers de doigts au-dessous de la rotule. La peau, fortement rétractée, laissa voir le ligament rotulier qui fut divisé ainsi que les ligamens latéraux et inter-articulaires; ensuite portant le couteau à plein tranchant, derrière l'extrémité du tibia, il termina par un lambeau postérieur. Les cartilages semi-lunaires furent enlevés aussi complètement que possible, et l'on appliqua des ligatures sur toutes les artères qui fournissaient du sang: leur nombre s'élevait à dix. La plaie fut réunie au moyen de six points de suture et de compresses agglutinatives; des compresses graduées destinées à remplir les indications énoncées ci-dessus furent placées l'une au-dessus de la rotule, l'autre au niveau de l'espace inter-condylien; le pansement terminé, le malade fut placé dans son lit et le moignon maintenu dans une position horizontale.

L'opération, qui n'a duré que 30 secondes, n'a rien présenté de particulier dans sa marche. Le patient a modérément souffert; mais quelques heures après la douleur s'est éveillée et elle s'est prolongée jusqu'au lendemain matin; il a éprouvé dans la nuit quelques accidens nerveux qui ont cédé à l'usage de l'opium.

Le premier appareil est levé le 21, trois jours après l'opération; le moignon est trouvé dans l'état le plus satisfaisant: suppuration louable mêlée à une certaine quantité de fluide séreux; faciès annonçant un mieux être bien établi; état général favorable, peu ou point de fièvre traumatique.

Le 26, six jours après l'opération, on enlève les points de suture; cinq ligature se détachent facilement: parmi celles-ci se trouve celle de l'artère poplitée; l'appareil est imbibé d'une grande quantité de sérosité.

Le 27, le travail de cicatrisation fait des progrès rapides; on retire encore quatre ligatures; enfin la dernière tombe le 1er mai, époque à laquelle la plaie est réunie dans les deux tiers de son étendue. En comprimant au niveau du cul-de-sac sus-rotulien, on fait sortir par la plaie une cuillerée de liquide transparent, limpide, légèrement visqueux, qui n'est autre chose que de la synovie; on continue le même mode de pansement en appliquant une compression légère partout où ce liquide peut séjourner.

Le 10 juin, cinquante-deux jours après l'opération, la cicatrisation de la plaie est retardée par l'ouverture de petits trajets fistuleux donnant passage à un liquide constitué par un mélange de pus et de synovie; mais le 20 juin une bonne cicatrice s'est effectuée: tout annonce une guérison solide, et le 5 juillet le moignon se présente dans l'état que nous allons décrire.

Une cicatrice linéaire, transversale, est située au sommet du moignon, qu'elle partage en deux parties: une antérieure, un peu plus petite, dans laquelle se trouve la rotule fortement rétractée, peu mobile vers sa partie inférieure; une postérieure, dans laquelle est compris le point le plus saillant des condyles, celui sur lequel la pression de la jambe de bois doit porter. Le moignon est suffisamment étoffé; la pression exercée dans tous les sens avec la main ne produit aucune douleur; l'état général de l'amputé est parfait.

Depuis le 5 juillet jusqu'à ce jour, 10 octobre 1845, il ne s'est manifesté, à l'extrémité de ce moignon, ni la moindre égratignure ni la plus légère trace d'irritation. C'est vers le milieu de juillet 1844, que cet amputé a commencé à faire usage d'une jambe de bois ordinaire; et depuis qu'il est habitué à ce moyen prothétique, il continue à s'en servir, avec autant de facilité, que s'il avait été opéré dans la continuité de la jambe et au lieu d'élection. Ce n'est que lorsqu'il va faire une course un peu longue, d'une à deux lieues, par exemple, qu'il s'aide encore d'une béquille pour soulager son moignon; mais il n'est pas douteux qu'il ne s'affranchisse bientôt de ce soutien pour marcher aussi librement que le fait la petite fille de Chérang.

Voilà donc deux observations présentant toute l'authenticité désirable et de nature à jeter quelque jour sur une question qui, pour être résolue, aurait besoin de l'autorité d'un grand nombre de faits bien détaillés. Dans les deux cas dont l'histoire précède, l'opération a été pratiquée consécutivement après l'amendement des phénomènes inflammatoires très graves. Chez la petite Victorine, enfant de vingt mois, on a suivi la méthode circulaire; chez le nommé Platet, âgé de 43 ans, la méthode à lambaux, et dans l'un et l'autre cas, la guérison ne s'est pas fait longtemps attendre. Prévenu, par l'expérience des praticiens modernes et par la disposition anatomique des parties qui entrent dans la composition du moignon, des accidens qu'on avait à redouter, l'opérateur a mis en usage les moyens capables de les prévenir, et par conséquent de diminuer les chances d'insuccès particulières à cette opération. Il est à désirer que d'autres praticiens, encouragés par les exemples de réussite et aussi heureux que l'habile et savant professeur de Lille, viennent enrichir la science de nouveaux succès. Cette opération procure un résultat infiniment plus avantageux que l'amputation de la cuisse; mais il reste toujours à prouver qu'elle n'est pas plus grave que cette dernière. Si l'expérience se prononce un jour en faveur de cette opinion, l'amputation du genou pourra être considérée comme l'une des plus utiles conquêtes de la chirurgie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE NEW-YORK JOURNAL OF MEDICINE AND THE COLLATERAL SCIENCES.

Numéro de mars 1845: 1° *Histoire de la législation médicale dans l'état de New-York*; par M. Coventry. 2° *De l'action et des usages de l'aloès*; par M. Peters. 3° *De l'asphyxie des enfans nouveau-nés*; par M. Green. 4° *Blessure de l'artère axillaire et du plexus nerveux; amputation au-dessous de l'articulation scapulo-humérale; hémorrhagie secondaire; ligature de l'artère sous-clavière*; par M. Post. 5° *Cas d'hémorrhagie utérine interne*; par M. Coventry. (Une femme enceinte de huit mois fit un effort; depuis ce moment, elle sentit des douleurs dans les reins, eut à diverses reprises des défaillances; elle devint pâle et faible. Deux jours après, pendant un effort pour aller à la selle, une hémorragie se déclara et elle perdit par le vagin une demi-pinte de sang. M. Coventry rompit les membranes et l'accouchement se fit. Il ne sortit point de sang après l'expulsion de l'enfant; mais quand le placenta fut détaché, il vint avec lui une masse considérable de sang coagulé, dont on trouva aussi sur la face utérine du placenta.) 6° *Cas remarquable de compression de la moelle épinière, dans lequel on fit l'ablation des vertèbres qui causaient la compression*; par M. A. Potter. 7° *Notes sur les rapports de l'aliénation mentale avec la législation*; par M. A. Lee.

DE L'ACTION ET DE L'EMPLOI DE L'ALOÈS; par JOHN PETERS.

Le but principal de cet article est d'établir, en ce qui concerne l'action de l'aloès, la vérité de ce principe qu'un remède qui produit des symptômes en apparence semblables à ceux d'une maladie donnée, guérit cette maladie en exerçant sur elle une action *altérante* ou *perturbatrice*. A l'aide d'un grand nombre de citations empruntées à différens auteurs, il montre que, dans beaucoup de cas, l'aloès produit des effets opposés à ceux que son action spécifique connue aurait fait supposer, ou guérit des affections caractérisées par des symptômes que l'aloès produit lui-même habituellement. Par exemple, ses effets cathartiques diminuent souvent à mesure qu'on l'emploie à plus forte dose; il guérit certaines hémorrhoïdes, bien qu'il produise lui-même la congestion hémorrhoïdaire. Donné à petites doses fréquemment répétées, il est un des meilleurs remèdes que nous possédions contre certaines hémorrhagies utérines, bien qu'il soit lui-même un puissant emménagogue. De ces exemples et de beaucoup d'autres analogues, l'auteur tire cette conséquence que l'action spécifique de l'aloès sur les vaisseaux utérins ou hémorrhoïdaux est une action stimulante, propre tout à la fois à provoquer l'écoulement sanguin dans l'état habituel, et à le modérer quand les vaisseaux sont dans un état de débilité. Voilà pourquoi il arrête souvent les métrorrhagies passives qu'on observe quelquefois à l'âge critique.

Le docteur Peters compare les deux sortes d'effets, en apparence contraires, de l'aloès, avec ceux que produisent certains autres médicamens. Ainsi, le fer, l'alun, qui produisent ordinairement la constipation en déterminant une sorte de sécheresse et de contraction du colon, peuvent guérir une constipation qui serait produite par un état de relâchement et de torpeur de cet organe. La noix vomique qui, elle aussi, arrête l'action des gros intestins en en déterminant l'état spasmodique, peut guérir une constipation d'un état semi-paralytique, etc.

Cette manière de comprendre l'action de certains médicamens est, comme on le voit, tout à fait opposée à la doctrine homéopathique et spécialement au principe *similia similibus curantur*. En effet, suivant l'auteur, un même médicament ne produit deux effets différens et même opposés qu'en vertu de deux modes d'action parfaitement distincts : « Chaque remède, dit-il, a deux sortes d'action : l'une primitive et l'autre secondaire ; la dernière est exactement opposée à la première. L'action primitive d'un remède homéopathique est semblable à celle de la maladie pour laquelle on l'administre; mais l'action consécutive en est précisément le contraire, et c'est elle en définitive qui produit la guérison. »

Nous nous contentons de rapporter ici ce nouveau principe substitué par l'auteur au principe homéopathique. Nous croyons qu'il mériterait d'être soumis à un examen critique approfondi; mais cet examen entraînerait nécessairement des développemens que le lieu ni l'espace ne nous permettent pas.

DE L'ASPHYXIE DES NOUVEAU-NÉS; par M. HORACE GREEN.

Le but tout pratique de l'auteur est de montrer que les accoucheurs désespèrent en général trop promptement de ramener à la vie les enfans qui ne respirent pas au sortir du sein de la mère. Il rapporte à cet effet deux observations dans lesquelles la respiration ne s'établit qu'après des tentatives longtemps prolongées et quand tout espoir paraissait perdu. Dans le premier cas, l'enfant était abandonné comme mort depuis *trois quarts d'heure*, quand M. Green, remarquant qu'il ne présentait ni décoloration de la peau, ni signe de putréfaction, résolut de tenter l'insufflation accompagnée de pressions répétées sur le thorax, de frictions sur la plante des pieds et la paume des mains. Au bout de trente minutes, le cœur commença à battre; puis, peu de temps après, eut lieu une inspiration brusque, comme convulsive; et enfin la respiration et la circulation se rétablirent entièrement; mais, au bout de vingt-quatre heures, l'enfant fut emporté par un accès de convulsions. Dans le second cas, les mêmes moyens furent employés pendant une heure avant que l'enfant donnât signe de vie. Il vécut douze heures et mourut, comme le premier, de convulsions.

Quelle a été la cause de l'asphyxie chez ces deux enfans? Cela serait difficile à déterminer. La lecture des observations ne fait connaître aucune circonstance de nature à rendre compte de cet accident. Dans la deuxième, il est vrai, le seigle ergoté avait été administré, et l'on sait que l'emploi de ce moyen est regardé par plusieurs accoucheurs comme propre à amener l'asphyxie du fœtus. Mais l'ergot n'avait pas été employé dans le premier cas, et, pour celui-là du moins, la difficulté reste tout entière.

BLESSURE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE ET DU PLEXUS NERVEUX; AMPUTATION AU DESSOUS DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE; HÉMORRHAGIE SECONDAIRE; LIGATURE DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE; par M. POST.

Si la coïncidence d'une blessure grave, de l'une de ces opérations que l'on appelle *majeures*, d'une conduite chirurgicale aussi judicieusement raisonnée que courageusement soutenue, enfin d'un succès complet peut rendre une observation intéressante, celle dont nous donnons ici l'analyse mérite assurément sous ces divers rapports de fixer particulièrement l'attention.

OBS. — Un cordier, âgé de 37 ans, de bonne constitution, fut reçu à l'hôpital de New-York dans la matinée du 16 novembre 1843. La veille au soir il s'était fait avec un instrument en forme de faux une plaie transversale dans l'aisselle droite, qui avait divisé près de la moitié des parties molles du bras. L'artère et la veine axillaire ainsi que les nerfs du plexus brachial furent coupés. Un chirurgien qui se trouvait là fort à propos lia l'artère quelques minutes après l'accident. Lorsqu'on examina le membre lors de l'admission du malade, il était très gonflé, froid, dans un état tellement voisin de la gangrène que tous les chirurgiens jugèrent l'amputation du bras indiquée. Elle fut pratiquée deux pouces au-dessous de la tête de l'humérus. Pendant l'opération, comme l'artère axillaire paraissait dénudée au-dessus de la première ligature, on en fit une seconde deux pouces plus haut. La suppuration s'établit quarante-huit heures après, et le malade, relevé par les toniques et par une alimentation généreuse, reprit peu à peu ses forces. Les suites étaient donc très heureuses, lorsque le 30 novembre à minuit et demi (deux jours après la chute de la ligature), il survint par la plaie d'amputation une hémorrhagie qui s'arrêta spontanément après avoir fourni douze onces de sang. On enleva le pansement ; le sang ne coulait plus; on recouvrit la plaie de charpie continuellement arrosée d'eau froide, et le malade fut tour à tour veillé par plusieurs étudians qu'on avait avertis de comprimer la sous-clavière sur la première côte en cas de retour de l'hémorrhagie. Le 6 décembre, à midi et demi, elle reparut tout à coup. Le sang perdu peut être évalué à une pinte. M. Post appelé comprima aussitôt la sous-clavière sur la première côte. M. Watson arriva ensuite et fut chargé de faire la compression au-dessous de la clavicule, pendant que M. Post procéda à la ligature de la sous-clavière au point où elle émerge d'entre les scalènes. L'opération n'offrit rien de remarquable, si ce n'est qu'à un moment où l'on venait de faire une légère incision à la veine jugulaire externe, une ou deux bulles d'air s'introduisirent en faisant entendre un bruit de gargouillement très distinct. M. Watson remédia promptement à l'accident en posant le doigt sur la plaie veineuse. On dut couper et lier l'artère scapulaire supérieure. Enfin, on serra un fil autour de la sous-clavière; l'on appliqua ensuite un bourdonnet serré de charpie sur la solution de continuité de la veine, et les bords de l'incision des tégumens furent rapprochés au moyen d'agglutinatifs. La suppuration s'établit et entraîna peu à peu le bourdonnet, qui avait été laissé en place. La ligature tomba le 2 janvier 1844, c'est-à-dire au bout de vingt-sept jours.

Le 9 avril, le malade quitta l'hôpital en bonne santé, le moignon étant parfaitement cicatrisé.

M. Post l'a encore revu le 1er janvier 1845; il était parfaitement bien portant et venait, à l'occasion du nouvel an, lui témoigner sa reconnaissance.

CAS REMARQUABLE DE COMPRESSION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, DANS LEQUEL ON FIT L'ABLATION DES VERTÈBRES QUI CAUSAIENT LA COMPRESSION; par M. A. POTTER.

OBS. — Olivier Eddy, jeune homme de 21 ans, de constitution athlétique, était occupé le 23 février 1844 à abattre un arbre, lorsqu'il fut jeté à terre par la chute d'une branche. Cette branche de 5 pouces de diamètre et de 7 pieds de longueur, tomba sans rencontrer d'obstacle d'environ 60 pieds de hauteur et l'atteignit à la partie postérieure du col pendant qu'il se tenait un peu penché en avant. Le coup ne produisit ni meurtrissure apparente ni changement de couleur à la peau; mais le blessé resta immédiatement sans connaissance. Apporté dans cet état à l'hôpital, sa respiration était stertoreuse, tout le corps froid, le pouls petit et presqu'imperceptible.

Le lendemain (24), on le saigna, mais sans produire d'amélioration; il vomit plusieurs fois et eut le hoquet.

Le 25, il sortit de son insensibilité, mais y retomba au bout d'un instant.

Le 26, le vomissement s'arrêta, la connaissance revint. On remarqua qu'après le cathétérisme il sortait de la vessie une grande quantité de pus.

Vers la troisième semaine, il se forma, dans le dos, des abcès qui bientôt couvrirent cette région tout entière. Un autre abcès se développa dans les muscles fessiers et fusa jusqu'au genou. Il s'en écoulait une suppuration abondante. — Il n'y avait plus ici sensibilité ni myotilité à partir du niveau du haut de la poitrine. Le malade ne pouvait pas dire quand on le touchait ni quand on le piquait, à moins qu'on ne le remuât assez pour faire mouvoir son cou, cas dans lequel la sensibilité était très grande.

Trois semaines après l'accident, sa santé s'était améliorée; il avait du sommeil, de l'appétit; bref, la nature semblait s'accommoder de cet état. Au bout de huit à dix jours, il reparut de l'insomnie, le pouls redevint petit et faible; puis, une semaine après, l'état redevint plus favorable. La nature semblait ainsi lutter contre la maladie, gagnant et perdant alternativement du terrain. Cependant, à la fin du mois de mai, il reprit des forces, les abcès se couvrirent de granulations de bonne nature. Mais lorsque leur suppuration commença à cesser, il survint une expectoration purulente, et la santé générale parut de nouveau décliner.

Tel était son état, lorsque le 3 juin, M. A. Potter visita le malade. Après l'avoir examiné attentivement, il fut d'avis qu'il y avait compression de la moelle et qu'il serait possible d'en enlever la cause par une opération. Néanmoins, comme il n'avait jamais ouï dire qu'une opération semblable eût été faite, ce ne fut qu'avec quelque réserve qu'il en donna le conseil. Le malade y ayant toutefois consenti, il la pratiqua le lendemain en présence de MM. les docteurs Hanchett, Hurd, T. C., deux étudians et quelques amis du patient. Il commença par une incision conduite hardiment de la seconde vertèbre cervicale à la troisième dorsale, directement sur les apophyses épineuses. Ensuite, au milieu de beaucoup de difficultés causées par l'épanchement de la substance osseuse, il sépara les tégumens des apophyses épineuses, les rejetant vers le corps des vertèbres, enleva les apophyses et fit enfin une incision dans la substance intervertébrale entre la troisième et la quatrième cervicales, de manière à pouvoir y introduire l'extrémité de son instrument. (Il faut ici remarquer qu'après avoir essayé infructueusement plusieurs instrumens, il eut recours aux cisailles à os dont on se sert dans les amputations, et que ce fut celui-ci qui lui réussit le mieux.) Il procéda alors à enlever les apophyses épineuses et les portions des vertèbres pièce par pièce jusqu'à ce qu'il arriva sur la moelle; et, dès qu'il y eut de l'espace, il introduisit le manche d'un petit scalpel sous les vertèbres qui causaient la compression, de manière à ne pas injurier la moelle pendant qu'il continuait à employer l'instrument. Il enleva de cette manière plusieurs parties des quatre cervicales inférieures et des deux dorsales supérieures. Les vertèbres étaient tellement ossifiées qu'il était difficile d'assigner avec précision le point où existait la compression. Il parut cependant qu'il n'y en avait que quatre qui fussent fracturées de façon à produire la compression, quoique les apophyses épineuses des deux vertèbres inférieures enlevées fussent plus ou moins fracturées. L'ossification s'était développée partout. — L'opération dura environ quarante-cinq minutes.

Tous les médecins présens eurent l'occasion d'observer la moelle épinière, de voir et de sentir ses pulsations. Le malade recouvra la sensibilité presqu'immédiatement, et pour la première fois depuis le moment de l'accident. Il supporta très bien l'opération, qui fut achevée sans qu'il eût besoin de lier aucune artère. Quatre ou cinq heures après, il pouvait aisément dire quel pied ou quel orteil on lui touchait. La sensibilité était parfaite, excepté dans le membre qui avait été le siége d'un abcès; là elle était au dessous de l'état normal.

La plaie de l'opération ne détermina aucun inconvénient sérieux. Des granulations de bonne nature se formèrent et remplirent la cavité, et la cicatrice commença à se faire autour des bords. Cependant, l'expectoration et la difficulté de respirer allèrent en augmentant, et le malade mourut le 22 juin, dix-huit jours après l'opération, vraisemblablement par suite de la suppuration des poumons, mais sans que l'opération eût produit autre chose qu'une légère inflammation.

L'autopsie n'est pas rapportée; probablement elle n'a pas été faite.

— Nous avons scrupuleusement reproduit tous les détails que le texte contient relativement à l'opération et à ses suites, parce que ce sont là de ces cas d'un intérêt majeur, tels que la chirurgie américaine a presque seule le privilége d'en produire de semblables, et qui peuvent devenir l'occasion d'un progrès sérieux ou tout au moins d'un enseignement réellement profitable. Ce n'est pas toutefois que la science ne possède déjà quelques faits analogues; déjà la trépanation a été pratiquée à la suite de fractures du rachis par MM. Cline, Tyrrell et Barton, dans le but d'extraire la matière d'un épanchement ou de relever des esquilles enfoncées. L'observation de M. Potter se place naturellement à côté de ces trois exemples; et, quoique la terminaison, comme dans ceux-ci, ait été malheureuse, il est cependant permis de voir dans les circonstances qui l'ont entourée un motif puissant d'encouragement et d'espoir. Si l'on réfléchit en effet: 1° que l'extraction des pièces osseuses a pu être achevée; 2° que la sensibilité est revenue immédiatement; 3° que la mort a été due à un état pathologique existant avant la trépanation et indépendant par conséquent de celle-ci, on ne peut contester que l'opération n'ait atteint complétement son but et qu'elle ne l'ait atteint en toute sécurité pour le malade; et l'on ne peut guère se défendre d'affirmer qu'un succès absolu l'eût sans doute couronnée, si elle eût été pratiquée avant le développement des complications viscérales qui ont amené la mort.

Nous ne saurions trop vivement regretter l'absence absolue de détails concernant le diagnostic porté par M. Potter. Il eût été curieux de connaître les motifs qui, en présence d'une paralysie d'un degré aussi complet et d'une marche aussi continue que celle-ci, ont pu le déterminer à juger qu'il ne s'agissait que d'un enfoncement de fragmens. En général, dans des cas semblables, l'interception du mouvement et du sentiment ne persiste pas au même point ni sans discontinuité depuis le moment de l'accident; les mouvemens imprimés au malade l'augmentent ou la diminuent; enfin, cet état est de temps en temps remplacé par de vives douleurs dans les membres affectés. La non existence de ces signes, la non interruption de la paraplégie permettaient assurément de soupçonner ici ou une désorganisation de la moelle ou tout au moins une infiltration sanguine dans l'épaisseur de sa substance, comme nous en avons nous-même observé un exemple (voy. BULLET. DE LA SOC. ANAT., 1836); et dans cette hypothèse, la trépanation était contr'indiquée comme complétement inutile. Ce cas est donc, en quelque sorte, l'opposé de ce qui se passe communément; mais il n'en mérite que davantage d'être recueilli et médité avec soin; car, en fait de diagnostic, les exceptions ont plus d'importance encore que les événemens prévus d'après les lois ordinaires. Il met de plus en évidence une propriété remarquable de résistance du tissu de la moelle, puisqu'on voit que celle-ci, comprimée pendant plus de trois mois à un degré tel que toutes ses fonctions étaient entièrement suspendues, a pu, une fois la cause de compression levée, reprendre *presqu'instantanément* la faculté de conduire l'influx nerveux sensitif et moteur.

II. THE ST-LOUIS MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Numéro de juin 1845 : 1° *Observations sur les accouchemens dans le nouveau Mexique*; par M. Masure. 2° *Mortalité à St-Louis, surtout parmi les enfans*; par M. Fourgeaud. 3° *Cas de naissance de plusieurs enfans*; par M. Pollak,

OBSERVATIONS SUR LES ACCOUCHEMENS DANS LE NOUVEAU-MEXIQUE; par M. MASURE.

M. Masure, qui a exercé la médecine dans le nouveau Mexique, a pu voir de ses propres yeux la manière dont s'y font les accouchemens. Quand une femme est sur le point d'accoucher, on attache une corde à nœuds à l'une des poutres de la chambre, en lui donnant assez de longueur pour que la patiente puisse la saisir, soit en se tenant debout, soit en se mettant à genoux, deux attitudes qu'elles prennent ordinairement dans cette circonstance. A chaque douleur, la femme saisit cette corde des deux mains et tire violemment sur elle, pensant ainsi seconder les efforts de la nature. On place sous elle un petit tapis de laine ou plus ordinairement une peau de mouton. La prétendue sage-femme s'assied ou se met à genoux devant sa malade. Quand la douleur commence, que les membranes soient rompues ou non, que le travail soit naturel ou artificiel, on tourmente la malheureuse d'une façon révoltante. Un homme, le plus souvent un domestique de la maison, se tient derrière elle et la serre dans ses bras, croyant ainsi l'aider pendant les douleurs; mais ils empêchent de la sorte les muscles abdominaux de remplir l'office qui leur est assigné dans cette fonction.......... Après l'expulsion du fœtus, la sage-femme, au lieu de lier le cordon ombilical, attend que le placenta sorte, temps du travail qui est appréhendé par elle autant que par la mère. Quand la délivrance tarde beaucoup, elles font quelquefois la ligature du cordon, et plusieurs l'attachent à la partie supérieure de l'une des cuisses de la mère. Souvent on observe la rupture du cordon, résultat de l'ignorance où elles sont des axes des deux détroits du bassin. Dans un cas qui eût requis l'intervention de l'art, l'auteur a vu une femme être suspendue par les pieds, probablement pour changer la situation du fœtus : la mère et l'enfant succombèrent. Mais supposons que la délivrance se soit opérée heureusement, l'accouchée est replacée dans son lit, le domestique l'accompagne, toujours les bras placés autour de son corps, comme durant le travail, et il reste quelque temps dans cette position.

MORTALITÉ A SAINT-LOUIS, PARTICULIÈREMENT DES ENFANS, PENDANT L'ANNÉE 1844; par M. FOURGEAUD.

La mortalité à Saint-Louis est habituellement plus considérable que dans les autres villes de l'Union; elle l'a été surtout en 1844. Sur un total de 1585 personnes de tout âge, mortes dans le cours de cette année, on compte 807 enfans au dessous de 7 ans, plus de la moitié du chiffre total!

L'auteur se livre à des considérations et à des recherches statistiques très étendues pour montrer que cette triste préférence de la mort pour l'enfance, à Saint-Louis, doit être attribuée aux trois causes suivantes : 1° le changement de climat, dont l'action doit s'exercer d'autant plus facilement que les émigrans qui arrivent dans cette ville sont, pour la plupart, dénués de ressources; 2° les vicissitudes atmosphériques : elles ont été très prononcées, surtout pendant les mois de juillet et août 1844, et ces deux mois ont donné, eux seuls, un chiffre de 294 décès; 3° les inondations : une crue extraordinaire du Mississipi a amené, en 1844, l'inondation d'une partie de la ville de Saint-Louis, et, par suite, une grande misère; le débordement du fleuve commença vers le milieu de juin et continua jusqu'au 27; puis, après quelques heures d'un état stationnaire, les eaux commencèrent leur mouvement de retrait, qui dura jusqu'à la fin d'août, et laissèrent une énorme quantité de vase mêlée de matières végétales en décomposition; 4° l'insuffisance du service médical.

Les rédacteurs du JOURNAL DE SAINT-LOUIS, en appelant l'attention de leurs confrères sur le sujet traité par l'auteur, font remarquer avec raison qu'il faudrait, dans un travail de ce genre, tenir compte du nombre

proportionnel d'enfans que renferme la ville. Or, ils croient que le chiffre en est plus élevé que dans toute autre ville de l'Union, ce qui atténuerait plus ou moins la portée des remarques de M. Fourgeaud.

III. THE AMERICAN JOURNAL OF INSANITY.

Numéros de juillet et octobre 1844 : 1° *Courte notice sur l'asile des aliénés de New-York.* 2° *La folie célébrée par l'histoire d'hommes distingués et par les écrits des poètes et des nouvellistes.* 3° *Lettre de sir James Mackintosh à Robert Hall, relativement à la guérison de ce dernier d'un premier accès de folie.* 4° *Des asiles exclusivement consacrés aux aliénés incurables.* 5° *La folie étudiée d'après des observations et d'après la conversation et les lettres des aliénés.* 6° *Nombre des insensés et des idiots, avec une courte notice sur les hôpitaux d'aliénés dans les Etats-Unis.* 7° *Définition de la folie; nature de la maladie.* 8° *De la folie causée par imitation.* 9° *Fragmens sur la folie;* par M. John Galt. 10° *Médecine légale de la folie;* par M. Coventry. 11° *Cas d'aliénation mentale;* traduits du français de M. Miguel, par M. Pliny Earle. 12° *Liste de livres sur l'aliénation mentale.*

PLUSIEURS CAS D'ALIÉNATION.

Les rédacteurs rapportent huit observations détaillées sans aucun rapport direct entre elles, et le plus souvent sans remarques critiques. Ne pouvant en donner la relation, même succinctement, nous en extrairons seulement quelques particularités intéressantes.

La plus curieuse de ces observations est peut-être la première. Un homme de 48 ans, qui avait eu une attaque de paralysie, est frappé subitement d'aliénation à la vue d'un *sheriff* venant pratiquer une saisie chez lui. Trois ou quatre mois plus tard, en mars 1843, il fut admis dans un asile d'aliénés. Il y était depuis quelques semaines, quand il fut amené dans le bureau de l'intendant, avec lequel il eut pendant quelque temps une conversation fort décousue, ne paraissant pas même savoir ce qu'il disait. Tout à coup, promenant ses regards autour de lui : « *Est-ce que je n'ai jamais été dans cette chambre auparavant?* demande t il; dans quelle ville suis-je? » *Utique*, lui répond-on. Après avoir réfléchi quelque temps : « Je sais bien, dit-il, que je suis dans un asile d'aliénés. » A partir de ce moment, la raison ne l'a plus quitté, et il jouit maintenant d'une bonne santé.

Une autre observation curieuse à un autre titre est celle d'un homme de 55 ans, atteint de manie, avec prédominance d'idées ambitieuses, qui guérit au bout de trois ans tout à fait inopinément après qu'on eût mis vainement en usage toutes les ressources de la thérapeutique morale.

Enfin, nous signalerons un cas remarquable de mélancolie, compliquée de désordres singuliers du mouvement. Le malade ne se livrait jamais à la marche ou à toute occupation nécessitant l'exercice du corps, sans être pris immédiatement d'une grande agitation et sans exécuter les mouvemens les plus désordonnés. S'agissait-il de passer d'une chambre à l'autre ou de franchir le seuil de la porte, il hésitait longtemps, tout son extérieur révélait la terreur et l'agitation ; il s'appuyait sur sa chaise et puis s'élançait avec une extrême rapidité. Il ne se livrait d'ailleurs jamais au mouvement sans y être, en quelque sorte, forcé. Un séton à la nuque, des bains tièdes, des toniques, amenèrent avec le temps quelqu'amendement dans ces symptômes. Le malade fut ensuite perdu de vue. — Le rédacteur pense qu'il s'agissait ici d'une affection du cervelet; cette opinion est, en effet, assez bien justifiée par les données actuelles de la physiologie. Mais il paraîtrait, par une phrase glissée à la fin de l'observation, que ce fait, tout en donnant raison à ceux qui font du cervelet le régulateur des mouvemens, ne donne pas tort à Gall, qui y place, comme on sait, l'instinct de la génération. « Ce cas, dit l'auteur, peut servir à confirmer l'opinion de Gall, *bien que nous n'ayons pas détaillé les circonstances sur lesquelles nous nous fondons.* »

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE.

SYSTÈME NERVEUX GANGLIONNAIRE.

M. le docteur BRACHET, de Lyon, adresse un mémoire sur le système nerveux ganglionnaire. L'auteur commence par établir que la science positive doit procéder par l'analyse, et non par la synthèse, si elle ne veut pas courir le risque de s'égarer dans les espaces imaginaires. Faisant l'application de ce principe au sujet qu'il traite, M. Brachet retrace l'historique des fonctions du système nerveux ganglionnaire ; il rappelle que Winslow soupçonna le rôle du grand sympatique ; Buffon avait aussi pressenti les deux vies. Bichat féconda cette pensée, et il basa sur elle la grande division des actes de la vie en deux classes : actes de la vie organique et actes de la vie cérébrale. Legallois ébranla cette doctrine; ses expériences le conduisirent à considérer la moelle comme la source d'où les nerfs ganglionnaires eux-mêmes tiraient leur principe d'action.

En 1821 d'abord, en 1830 ensuite, M. Brachet publia ses travaux sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire, travaux couronnés par l'Académie des sciences. Il fit revivre la doctrine de Bichat, avec des modifications toutefois. Ainsi Bichat avait vu deux ordres de fonctions vitales : les fonctions d'assimilation et celles de relation. N'ayant pas analysé les actes de chaque fonction, il n'avait pas vu que plusieurs fonctions nécessitaient pour leur accomplissement la participation des deux ordres d'actes nerveux, le cérébral et le ganglionnaire. Une analyse sévère fit admettre à M. Brachet un ordre de fonctions mixtes.

L'auteur développe cette idée que dans les animaux inférieurs, les principaux actes de la vie s'opèrent par l'influence du système nerveux ganglionnaire. Ces animaux végètent presque exclusivement. Ils se reproduisent par tronçons ; ils reproduisent les parties qu'on leur a enlevées. Cette faculté reproductive se conserve encore, quoique bien amoindrie, chez les vertébrés à sang froid, les reptiles et les poissons, parce que chez eux le cerveau est encore peu développé ; mais elle disparaît complètement dans les oiseaux et les mammifères. Ainsi, à mesure que les sensations, à mesure que l'intelligence, qui sont l'apanage réel de l'encéphale, prennent plus de développement, on voit diminuer les fonctions nutritives de reproduction : à mesure qu'on s'élève dans l'échelle des êtres, le cerveau acquiert une prépondérance plus grande ; à mesure qu'on descend, il perd cette prépondérance, et la vie végétative prend le dessus. Il y a là *deux forces inverses et différentes.*

M. Brachet résume ainsi ses conclusions : 1° le système nerveux ganglionnaire existe seul ou presque seul dans les classes inférieures ; 2° à mesure que l'organisation s'élève et se complique, il s'y joint successivement les portions d'encéphale qui sont appelées à influencer ces organes nouveaux, cette vie de relation ; 3° le système nerveux cérébral s'ajoute en devant pour constituer le cerveau, et le système nerveux ganglionnaire reste en arrière dans le ventre, comme on peut le voir surtout dans les arachnides, chez lesquelles le ganglion central ou intestinal est si différent du ganglion cérébral ; 4° dans les animaux des classes élevées, le rôle des deux systèmes nerveux devient de plus en plus marqué et distinct, ainsi qu'il est constaté par les expériences directes et surtout par les écarts tératologiques, ainsi que par les phénomènes morbides.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE.

M. MOULLET adresse à l'Académie un nouveau travail qui est la suite du développement de ses idées sur l'être en général et sur la vie. Comme dans sa première communication, l'auteur s'est proposé pour but de prouver que la vie n'est pas le résultat de l'organisme, mais que c'est l'organisme au contraire qui est l'effet de l'action d'un principe organisateur. Ainsi l'organisation, loin d'être la raison de l'existence des êtres, n'en est que la conséquence.

Voici quelques-unes des propositions que cherche à établir M. Moullet :

« La vie n'existe que par un ensemble de relations, quoiqu'elle ne provienne point de ces relations elles-mêmes.

» La vie n'est qu'une réaction, et une réaction a toujours lieu à la suite d'un mouvement.

» L'existence organique diffère de l'existence en elle-même, en ce qu'elle n'est qu'une existence de relation ou de domination d'être sur être, une existence d'usurpation en un mot. Voilà pourquoi l'être s'éteint, meurt et succombe.

» L'organisme tout entier, par ses fonctions, a pour but de préserver l'être vivant de l'action du milieu dans lequel il est placé.

» Le corps de l'être vivant est le moyen par lequel il correspond avec le dehors. C'est un rouage qui s'engrène avec le dehors, contre lequel il lutte en tournant contre lui les *roues* dont il dispose.

» La vie n'est point un phénomène simple et ne peut être connue que tout autant que sont connues les actions diverses qui se passent en elle. »

DES FISTULES GASTRO-INTESTINALES ARTIFICIELLES.

M. BOYER, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse la note suivante sur ce sujet :

En 1842, M. Boyer pratiqua sur des lapins des fistules gastriques et duodénales artificielles: les animaux périrent avant que les fistules ne fussent établies. En 1843 parut l'excellent travail de M. Blondlot sur la digestion, et M. Boyer résolut de reprendre ses premières expériences en opérant sur des chiens. Ce projet a été mis à exécution en avril 1845 : des fistules duodénales ont été faites sur des chiens ; l'opération a pu être pratiquée par un procédé très simple; en trois ou quatre jours, la fistule est établie et l'animal n'en paraît point incommodé. On peut étudier ainsi facilement et d'une manière directe la digestion duodénale.

En pratiquant l'ouverture vis-à-vis les points d'insertion des conduits cholédoque et pancréatique, et jetant une ligature sur le canal cholédoque, on peut obtenir du suc pancréatique et faire agir isolément ce suc sur la pâte chymeuse. Ne pourrait-on pas, sur des espèces plus volumineuses, faire directement des fistules du canal pancréatique, pour se procurer ce fluide en plus grande abondance?

A l'aide d'une série de fistules gastro-intestinales à diverses hauteurs, on peut suivre les diverses phases du travail digestif et répandre un nouveau jour sur cet intéressant sujet.

USAGES THÉRAPEUTIQUES DU SUC GASTRIQUE.

Dans une note annexée à la précédente, M. Boyer appelle l'attention sur les propriétés du suc gastrique, qui lui semblent pouvoir être utilisées en thérapeutique. Voici quelques-unes des propositions qu'il a cru pouvoir déduire de ses expériences sur ce sujet.

1° Le suc gastrique de chien (à 38° c.) dissout assez rapidement les portions d'os d'un certain volume; il ne serait pas difficile de le porter sur des séquestres ou des cas difformes pour en opérer ou en faciliter la destruction.

2° Il dissout aussi les tissus fibrineux, albumineux, gélatineux, et entre autres, ainsi que M. Boyer annonce s'en être assuré directement, le cancer cérébroïde, les tubercules, les fausses membranes. Ne pourrait-on pas, ajoute-t-il, en faire usage dans certains cas pour faire disparaître quelques productions anormales?

3° Dans une expérience que M. Boyer annonce avoir faite, il a neutralisé, à l'aide du suc gastrique, le venin d'une vipère. Ne pourrait-on pas par le même moyen produire les mêmes effets sur les veineux et les virus en général? On sait que ces substances introduites dans l'estomac ne produisent plus d'effet fâcheux. M. Boyer croit que cela dépend de l'action décomposante du suc gastrique.

Si de pareils résultats se confirmaient et s'étendaient, dit en terminant M. Boyer, le suc gastrique pourrait être fort utile dans les blessures faites par des animaux venimeux, dans des lésions compliquées de l'introduction d'un virus, dans les maladies septiques, gangréneuses, etc. Il n'est pas difficile aujourd'hui de se procurer du suc gastrique naturel au moyen de fistules artificielles pratiquées sur des chiens; on pourrait d'ailleurs le remplacer par du suc gastrique artificiel.

OBSERVATIONS SUR LA RAGE.

M. le docteur BELLANGER (de Senlis) rappelle qu'il a communiqué à plusieurs reprises (en 1839) à l'Académie le résultat de ses recherches et de ses observations sur la rage. Il exprimait alors l'opinion que la rage n'est point contagieuse, qu'il n'existe point de virus rabique inoculable, et que la terreur est l'unique cause de la rage chez l'homme. Depuis cette époque, il a poursuivi ses recherches sur ce sujet, et il en est résulté, dit-il, que sa conviction à cet égard, loin d'avoir changé, n'est devenue que plus inébranlable. Il propose en conséquence à l'Académie de nommer une commission devant laquelle il ferait les expériences nécessaires pour arriver à la solution de ce problème.

INVASION DES SAUTERELLES EN ALGÉRIE.

M. GUYON adresse d'Alger une note sur l'invasion de *criquets* et d'*œdipodes* qui a eu lieu en Algérie au printemps dernier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la séance publique annuelle aura lieu mardi prochain 25 du courant, à 2 heures. L'ordre du jour de la séance est fixé de la manière suivante:

1° Notice sur Chervin, par M. Dubois (d'Amiens);
2° Lecture par M. Jolly, intitulée: DE L'IMITATION CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PHILOSOPHIE, LA MORALE ET LA MÉDECINE;
3° Proclamation des prix;
4° Éloge de Larrey, par M. Pariset.

— L'Académie a procédé à la fin de la dernière séance à la nomination par scrutin de cinq membres choisis dans la section d'anatomie et physiologie, pour faire partie du jury de concours pour la chaire d'anatomie près la Faculté de médecine. Les membres élus sont MM. Longet, Husson, Poiseuille, Renault et Baron.

M. ROCHOUX (à l'occasion du procès-verbal) se plaint d'avoir été victime d'une infraction au règlement. Il s'agit de la motion d'ordre par suite de laquelle la parole lui a été refusée sur le fait communiqué par M. Landouzy. On m'a retiré la parole, dit-il, sous le prétexte que la communication était renvoyée à une commission; mais vous n'avez jamais refusé la parole aux personnes qui sont venues vous faire des communications sur la peste, bien que cette question ait été confiée à l'examen d'une commission. Si l'on devait empêcher de parler sur tous les sujets qui sont entre les mains de commissions, il ne serait plus possible de parler sur rien.

M. LE PRÉSIDENT: M. Rochoux est inscrit; il sera appelé à son tour à la tribune.

ANÉVRISMES.

M. VELPEAU lit un rapport sur un travail de M. Montrole, médecin de l'hôpital de Langres. Ce travail renferme trois observations d'anévrisme de petites artères; l'un de ces trois cas en particulier est relatif à un anévrisme de l'artère coronaire du cœur.

Après une analyse détaillée de ces trois observations, le rapporteur conclut en proposant d'adresser les remerciemens à l'auteur et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant.

M. DUMÉRIL demande l'insertion du rapport dans le BULLETIN. (C'est de droit.)

M. MÉRAT demande le renvoi du travail de M. Montrole au comité de publication. (Adopté.)

Les conclusions du rapport, avec l'amendement proposé par M. Mérat, sont mises aux voix et adoptées.

—M. RICAL (de Gaillac) donne lecture du procès-verbal d'exhumation des reste de Bichat. (Voir aux Variétés.)

—M. ROUX est invité à donner lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de Bichat. Ce discours, que nous reproduisons textuellement, a été accueilli par de vifs applaudissemens.

— M. CAMILLE BERNARD lit un travail sur l'usage du forceps assemblé et sur les résultats de sa pratique obstétricale depuis un certain nombre d'années.

RUMINATION.

M. DUPUY lit une suite à ses précédens mémoires. Le travail qu'il communique aujourd'hui a spécialement trait à l'histoire physiologique de la rumination.

M. BARTHÉLEMY: Le sujet dont M. Dupuy vient de nous entretenir n'offre rien de nouveau. Tout ce qu'il a dit sur la rumination est enseigné depuis trente ans dans toutes les écoles.

M. DUPUY: Si ce que je viens de lire n'était pas le résultat d'observations nouvelles, je ne me serais pas permis d'en faire l'objet d'une communication à l'Académie. Rien de ce que je viens de dire n'est dans les livres; la preuve, c'est qu'on appelle encore *rumen* un organe qui ne sert pas à la rumination.

PRODUCTIONS PILIFORMES.

M. ROCHOUX a la parole. Il lit une petite note sur les production piliformes de la langue. Il s'efforce de prouver dans cette note que ces productions ne sont point des poils, qu'elles n'ont ni bulbe, ni la disposition tubuleuse des poils, et que c'est à tort qu'on les a assimilées aux productions pileuses. Il partage entièrement à cet égard l'opinion émise par M. Delens lors de la discussion qui s'est élevée sur ce sujet.

Il est cinq heures, la séance est levée.

CONGRÈS MÉDICAL.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

Le congrès a commencé ses délibérations publiques le 1er novembre. La première séance, consacrée à la lecture du rapport de la commission préparatoire et à la nomination du bureau définitif, a été inaugurée par l'allocution suivante, prononcée par M. Serres, appelé à la présidence:

Messieurs et chers collègues,

Les époques sociales ont des caractères qui les distinguent et les commandent.

Le caractère dominant du dix-neuvième siècle est le perfectionnement du bien-être physique et moral de l'homme: sciences, art, industrie, tout tend vers ce but, tout est entraîné dans ce mouvement général, les hommes comme les gouvernemens.

Parmi les sciences humaines il en est une qui, depuis trois mille ans, veille et médite sans cesse sur les besoins de l'humanité.

L'humanité lui doit en grande partie le bien-être physique dont elle jouit présentement.

Cette science, c'est la médecine, dont le domaine embrasse la chirurgie, la pharmacie et l'art vétérinaire.

Il suit de là, Messieurs et collègues, que la famille médicale enlace de toutes parts la société française.

Elle sillonne les mers avec nos vaisseaux;
Elle est avec nos soldats dans les camps et sur les champs de bataille;
Elle veille au foyer domestique, dans les hôpitaux et dans les prisons.

Les vicissitudes humaines la trouvent présente partout, et partout elle la trouvent dévouée.

Plus la famille médicale est nombreuse, plus sont importans, plus sont indispensables les services qu'elle rend à la société, plus le gouvernement doit être attentif aux institutions qui la régissent, plus il doit la couvrir de l'égide protectrice des lois.

De là, Messieurs et collègues, sa sollicitude; de là l'appel qu'il a fait maintes fois aux sociétés médicales pour être secondé dans son action; de là même votre réunion.

Nous instruire pour être le plus utiles possible à nos semblables, voilà notre premier devoir à tous.

Protéger l'application de cette instruction et étendre cette protection à tous les membres de la famille, voilà le devoir du gouvernement.

Messieurs et collègues, un de nos maîtres disait: « Je ne connais rien de plus méprisable au monde qu'un militaire lâche et qu'un médecin ignorant; le premier parce qu'il compromet la patrie au jour du danger; le second parce qu'il compromet à chaque instant la vie et le bien-être de ses semblables. »

Grâces à Dieu, il n'y a pas de militaire lâche en France.

Le gouvernement doit donc tous ses efforts à la société pour qu'il ne puisse pas y avoir de médecin ignorant.

Ne l'oublions pas, Messieurs et collègues, dans l'état présent de la société française, l'instruction doit être la clé de voûte de toutes les institutions médicales. C'est elle qui doit servir de principe et de base à toutes les garanties que vous avez droit d'attendre et d'espérer de la marche progressive de l'intelligence humaine et du gouvernement.

En terminant cette courte allocution, qu'il me soit permis de dire un mot sur le congrès médical.

C'est un spectacle nouveau pour notre société si tourmentée que le concours de tant de collègues accourus sur un simple appel des divers points de la France, et accourus pour venir déposer dans cette enceinte le fruit de leur expérience et de leurs lumières.

C'est un spectacle instructif, surtout par son abnégation, car tous nous devons rester désintéressés dans les questions qui vont se discuter dans le congrès.

L'utilité publique est seule en cause.

Ces paroles ont été vivement applaudies.

SECTION DE MÉDECINE.

RAPPORT DE LA COMMISSION Nº 1. — FACULTÉS ET ÉCOLES.

(M. GINTRAC, rapporteur.)

Messieurs,

Votre première commission vient, par mon organe, vous proposer la solution des questions dont l'examen lui avait été confié. Ces réponses et leurs considérans sont les résultats de la presque unanimité des opinions recueillies.

La première question porte : L'enseignement des sciences médicales est donné aujourd'hui dans des Facultés et des Ecoles preparatoires. Cette division est-elle utile ? Quels sont ses avantages ?

Si la médecine est une science extrêmement vaste, si son domaine embrasse des parties nombreuses et distinctes, si les connaissances dont elle se compose se lient, s'enchaînent, se subordonnent, il faut mettre dans leur enseignement un ordre régulier, une gradation méthodique. Les faits les plus évidens, les données les plus essentielles, les principes les plus simples et les plus positifs doivent être présentés en première ligne. Il faut donc que l'enseignement médical soit d'abord élémentaire.

La médecine a une langue qui lui est propre ; les termes qu'elle emploie doivent être exactement définis, sinon on ne peut s'entendre ; aucune notion première ne doit être laissée vague ou douteuse : il faut donc que les premiers instituteurs de la jeunesse médicale se trouvent rapprochés d'elle, que des rapports nombreux, un contact fréquent leur permettent de veiller avec un soin pour ainsi dire paternel à cette difficile et importante initiation.

Pour que les idées acquises soient exactes et précises, les sens doivent prêter leur concours à l'entendement. En même temps que la parole du professeur s'adresse à l'esprit, les objets dont il traite doivent parler aux sens. Il faut que ces objets soient vus, revus, touchés, examinés sous toutes leurs faces pour laisser dans la mémoire une impression profonde et durable.

L'enseignement dans les Ecoles préparatoires remplit cette triple condition. Il ouvre la carrière, initie aux premières vérités de la science et fournit à l'éducation médicale ses bases les plus solides.

L'enseignement dans ces Ecoles doit donc être élémentaire et essentiellement pratique. C'est là en effet que les dissections peuvent être faites avec facilité, à cause du petit nombre des élèves ; c'est là aussi que l'observation clinique peut avoir lieu sans encombre, sans inconvénient pour les malades par le même motif.

Si vous comparez, Messieurs, cet enseignement à celui des Facultés en général, à celui surtout de la Faculté qui sert de type, que de différences ne trouverez-vous pas ! Quel professeur s'astreindrait à ne donner que des notions élémentaires ? pourrait-il oublier le rang qu'il occupe ? Il n'y a pas certainement deux anatomies, deux physiologies, deux pathologies ; mais il y a vingt manières d'envisager et d'enseigner l'anatomie, la physiologie, la pathologie.

Les Facultés se considèrent avec raison comme chargées d'un haut enseignement ; là sont présentées avec un grand talent les développemens les plus étendus, les détails les plus lumineux, les vues les plus profondes, les aperçus les plus ingénieux sur les lois de l'organisme vivant, sur ses modifications diverses, sur ses altérations nombreuses, sur les ressources et la puissance de notre art ; mais, des leçons si pleines d'intérêt, de quel avantage sont-elles pour l'élève qui ignore jusqu'au langage de la science, pour lequel tout est également neuf, et les notions les plus vulgaires et les considérations les plus transcendantes ? Il n'en recueille aucun profit, et, s'il ne veut perdre son temps, il est obligé de chercher, dans des instructions plus simples et plus intelligibles, les élémens qui lui manquent. De là, Messieurs, l'indispensable nécessité, surtout près des grandes Facultés, des cours particuliers.

Cette lacune est comblée loin des Facultés par les écoles préparatoires ou secondaires.

Telle est, Messieurs, leur nécessité, que presque partout elles sont nées spontanément et depuis fort longtemps. Lorsque la première révolution eut renversé les anciennes Facultés de médecine et les colléges de chirurgie, on vit des hommes zélés élever sur ces ruines respectables les premières bases d'un modeste enseignement. Des décrets impériaux vinrent consacrer l'existence de ces Ecoles, qui plus tard furent appelées secondaires, et qui naguère ont reçu le nom de préparatoires.

Ces écoles, a-t-on dit, ne servent que pour les aspirans au titre d'officier de santé. Serait-ce vrai, ce reproche ne saurait les atteindre. Le titre d'officier de santé n'est pas encore aboli ; c'est un malheur. Mais puisque la loi permet, même de nos jours, aux jurys médicaux de le conférer, pourquoi trouverait-on mauvais que ces aspirans vinssent chercher dans les Ecoles préparatoires le peu d'instruction dont ils sont obligés de faire preuve ?

Du reste, qu'on se rassure ; les élèves destinés au doctorat sont en grande majorité dans la plupart des Ecoles préparatoires.

Ces écoles sont soumises dans la direction des études à des règles auxquelles les Facultés ne pourraient être assujetties.

Les leçons sont nombreuses ; la succession des cours est régulièrement fixée, des interrogations sont faites chaque jour, des appels fréquens témoignent de l'exactitude ou de l'inassiduité des étudians ; à la fin de chaque année scolaire, un examen général constate leurs progrès, les arrête ou leur permet d'avancer. En vertu de ces sages précautions, si elles sont religieusement observées, les élèves des écoles préparatoires doivent prendre des habitudes d'assiduité, de travail, d'émulation.

Ces écoles offrent des avantages inappréciables aux familles, qui peuvent ainsi, non loin du toit paternel, essayer de la vocation de leurs enfans, et les introduire dans la carrière professionnelle, sans les perdre de vue et sans s'imposer d'onéreux sacrifices.

Pour les hôpitaux près desquels existent les Ecoles de médecine, il y a avantage réel, il y a utilité réciproque. Sans hôpital, point d'Ecole de médecine possible ; et sans école, pénurie d'élèves pour le service des malades.

Les villes, enfin, dans lesquelles les écoles sont établies, ne peuvent que gagner à leur possession ; là où il faut enseigner il faut savoir, et pour savoir il faut apprendre sans cesse. Un enseignement même modeste oblige le professeur qui ne veut pas rester au dessous de sa mission à suivre les progrès et les révolutions de la science. Et qui nierait que le corps entier des médecins de la même ville ne reçoit pas une heureuse influence de ce besoin de lumières, ne subit pas les effets d'une louable émulation ?

Votre commission, vous le voyez, Messieurs, porte sur les écoles préparatoires un jugement favorable ; elle a, en outre, consulté les opinions exprimées par les diverses sociétés qui ont manifesté leurs vœu au congrès : il y a eu à peu près unanimité.

— Ainsi, la société médico-pratique de Paris, la société médicale du Temple, les sociétés de médecine des 4e et 9e arrondissemens de cette ville, le cercle médical de Lille, les sociétés de médecine de Bordeaux, de Besançon, d'Angers, de la Moselle, de la Loire Inférieure, l'association médicale de la Gironde, celle de la Haute-Garonne, la commission médicale de Nantes, les médecins de Pontoise, de Château-Gontier, de l'arrondissement de Bauvais, de l'arrondissement de Gannat, du département de l'Allier, les médecins d'Avranches, de Castres en Albigeois, etc., etc., ont positivement demandé que l'enseignement médical fût divisé entre les Facultés et les écoles de médecine.

Après des manifestations aussi nombreuses, et par les motifs précédemment exposés, votre commission vous propose de répondre que la division de l'enseignement médical entre les Facultés et les écoles préparatoires est utile et avantageuse.

Deuxième question. — L'enseignement donné dans les Facultés répond-il aux besoins de la science et de l'art ? Dans le cas de la négative, indiquer les modifications nécessaires, et spécifier pour chacune des Facultés, de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, et pour chaque division de cet enseignement, les améliorations que l'on croit utiles ?

Votre commission ne doit pas vous dissimuler, Messieurs, l'embarras dans lequel elle s'est trouvée lorsqu'il a fallu répondre à cette question. Pouvait-elle se livrer à une enquête quelconque ? Devait-elle demander et attendre des documens ? Non, Messieurs ; elle a senti qu'au lieu d'entrer dans des détails, il valait mieux s'en tenir à des vœux généraux, ayant pour but de combler des lacunes. Ainsi, sans autre explication, elle désire qu'à Paris soit fondée une chaire d'histoire de la médecine, et qu'à Montpellier soit fait un cours d'anatomie pathologique.

Il serait de plus avantageux que les hôpitaux de Paris consacrés au traitement de quelques maladies spéciales, tels que celui des Enfans, de Saint-Louis, etc., fussent utilisés et servissent à un enseignement régulier et obligatoire.

Le troisième chef de question est ainsi conçu : Le nombre des Facultés est-il suffisant ? est-il trop considérable ? Dans le cas où il serait jugé insuffisant, dans quelles villes conviendrait-il d'en instituer de nouvelles ? Dans le cas où il serait trop considérable, lesquelles supprimer ? Y aurait-il avantage à n'avoir qu'une seule Faculté ?

Votre commission, Messieurs, repousse l'idée d'une seule Faculté. Pour arriver à ce résultat, il faudrait en venir à la cruelle nécessité de détruire. Or nous ne voulons point détruire ; nous désirons améliorer.

D'ailleurs, à quoi servirait la destruction de deux Facultés ? Augmenterait-elle le lustre de celle qui resterait ? Ferait-elle que l'enseignement y fût plus régulier, plus complet ? Elle ne tendrait qu'à augmenter l'encombrement des élèves et à favoriser un monopole qui aurait de graves inconvéniens.

Espérerait-on obtenir l'unité de doctrine qui, dans le fait, serait désirable si la science avait dit son dernier mot ? Mais où trouver cette unité ? Existe-t-elle au sein de chacune des Facultés elles-mêmes ? elle est impossible. Les trois Facultés doivent rivaliser de zèle et d'émulation. Il serait beau de les voir lutter avec des armes égales ; mais que la susceptibilité de quelques-unes ne s'en offense pas, il y aura toujours inégalité entre elles, parce que, selon les ressources locales, selon le nombre et l'importance des hôpitaux, l'étendue de la population, la proximité ou l'éloignement du grand foyer des lumières, des moyens d'action et de progrès seront, ou facilement obtenus pour quelques-unes, ou nécessairement refusés aux autres, quel que soit d'ailleurs le mérite des professeurs qui les composeront.

On demande si le nombre des Facultés est insuffisant. Nous pensons qu'il suffit. La création d'une Faculté nouvelle serait une œuvre d'une extrême difficulté. Si, parmi les trois Facultés aujourd'hui existantes, l'une d'elles a quelque peine à se maintenir au rang où l'ont élevée ses longs services et le talent de ses professeurs, peut-on prévoir et garantir le sort d'une fondation nouvelle ? Toutefois, Messieurs, cette question ne saurait être encore définitivement résolue.

Nous passons à la quatrième question. L'enseignement donné dans les écoles préparatoires répond-il aux besoins de la science et de l'art ? Dans le cas de la négative, indiquer les modifications nécessaires et spécifier pour chacune de ces écoles les améliorations que l'on croit utiles.

Votre commission n'a pas eu de documens écrits sur cette question ; mais elle s'est entourée de renseignemens exacts. Elle a appris avec satisfaction que plusieurs écoles préparatoires répondent au but de leur institution et ne laissent rien à désirer sous le rapport du matériel ; mais si quelques-unes ont le nécessaire, d'autres manquent de l'indispensable.

L'enseignement dans les écoles préparatoires doit être, avons-nous dit, essentiellement pratique ; il faut donc que les dissections soient favorisées par des locaux appropriés et un nombre suffisant de cadavres ; que les manipulations chimiques puissent être assez multipliées ; que des laboratoires, des collections, une bibliothèque soient mis à la disposition des élèves.

Il importerait que partout l'enseignement clinique fût facilité, que les services des hôpitaux fussent en harmonie avec les exigences de l'instruction des élèves, que les cliniques d'accouchement fussent délivrées de quelques obstacles qui les rendent trop souvent stériles.

En nous occupant des améliorations dont les écoles préparatoires sont susceptibles, une circonstance nous a frappés. Instituées par l'Université, ces écoles

sont cependant communales. Leur matériel, leur budget, les traitemens des professeurs sont soumis au vote annuel des conseils municipaux. Cette dépendance est fâcheuse; elle donne une vie incertaine, une existence vraiment précaire à des institutions qui auraient besoin de consistance, de considération et de garanties. Pour remédier à cet état, il importerait que les écoles préparatoires devinssent tout à fait universitaires.

Enfin, Messieurs, votre commission a jugé que, pour rendre l'instruction plus forte, plus solide, plus générale, et s'en assurer, chaque élève ayant pris huit inscriptions devrait subir plusieurs examens sérieux, d'où dépendrait l'obtention d'un certificat, ou mieux d'un premier grade, celui de bachelier, sans lequel il ne pourrait passer outre et prendre de nouvelles inscriptions.

La délivrance de ce titre, engageant la responsabilité des professeurs, en même temps qu'elle deviendrait la récompense de leur zèle et de leurs travaux, serait pour les élèves un frein salutaire et un juste motif d'émulation.

D'après les motifs qui précèdent, votre commission vous propose, Messieurs, d'exprimer les vœux suivans :

L'enseignement dans les écoles préparatoires doit être favorisé sous le rapport pratique. Ces écoles doivent être mises en possession d'un matériel suffisant. Avec l'enseignement clinique doivent s'harmoniser les services des hôpitaux Les écoles préparatoires doivent devenir entièrement universitaires. Elles conféreront, après examens, à leurs élèves arrivés à la huitième inscription, le titre de bachelier ou un certificat de capacité, sans lequel ceux-ci ne pourront prendre de nouvelles inscriptions.

Conclusion. 1° La division de l'enseignement des sciences médicales entre les Facultés et les écoles préparatoires est utile et avantageuse.

2° Il conviendrait de créer une chaire d'histoire et de philosophie de la médecine à la Faculté de Paris.

3° Il conviendrait d'établir un cours d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

4° Il serait avantageux que les hôpitaux de Paris consacrés à quelques maladies spéciales, comme celui des Enfans, de Saint-Louis, etc., fussent utilisés et servissent à l'enseignement.

5° Le nombre des Facultés actuelles est suffisant. Il n'est pas trop considérable. Il y aurait inconvénient à n'avoir qu'une Faculté.

6° L'enseignement dans les écoles préparatoires doit être favorisé sous le rapport pratique.

Ces écoles doivent être mises en possession d'un matériel suffisant.

Avec l'enseignement clinique doivent s'harmoniser les services des hôpitaux.

Les écoles préparatoires doivent devenir entièrement universitaires.

Elles conféreront, après examen, à leurs élèves ayant pris la huitième inscription en médecine, un certificat d'aptitude, sans lequel ceux-ci ne pourront prendre de nouvelles inscriptions.

Après une discussion longue et animée, les conclusions du rapport de la commission n° 1 ont été adoptées avec de légères modifications. Plusieurs propositions ont été faites relativement aux Facultés, qui ne tendaient pas à moins qu'à modifier profondément ou à changer même radicalement quelques-unes des principales dispositions du rapport; mais un très petit nombre d'entre elles a été pris en considération, et les autres ont été repoussées par le vote de la majorité. Parmi ces propositions, nous signalerons celles de M. le docteur Bernard (de Château-Salins), qui demandait la suppression de la Faculté de Strasbourg et sa translation à Lyon; de M. Landouzy (de Reims), qui aurait voulu que la Faculté de Paris fût constituée en Faculté de médecine supérieure et seule investie du pouvoir de conférer le droit d'exercice de la médecine. Une proposition analogue, mais plus catégoriquement formulée, a été présentée par M. Sanson. Il se serait agi de diviser l'enseignement en trois degrés : le premier, comprenant les sciences préparatoires ou accessoires à la médecine, eût été confié aux écoles préparatoires; le second aurait compris l'anatomie, la physiologie, la pathologie générale et la médecine légale, qui eussent été enseignées dans les Facultés de Montpellier et de Strasbourg; le troisième enfin, spécialement consacré aux cliniques, serait resté dans les attributions de la Faculté de Paris, qui eût seule conservé le droit de conférer le titre de docteur. L'assemblée a passé à l'ordre du jour sur ces propositions.

MM. Parchappe (de Rouen), J.-P. Tessier, Ch. Place, ne trouvant pas suffisant l'enseignement donné actuellement dans les Facultés, ont demandé la création de nouvelles chaires, et une plus grande extension pour quelques-unes des branches professées. L'enseignement de la philosophie de la médecine, celui de la psychologie, de l'hygiène publique, de l'histoire de la médecine, ont particulièrement fixé leurs vœux. M. Parchappe, se fondant sur des considérations d'un ordre élevé, a exprimé en outre le désir que, dans l'organisation nouvelle de la profession médicale, on admît deux élémens, l'*art* et la *science*, le *savant* et le *praticien*, auquel cas l'enseignement devrait être autrement compris qu'il l'a été dans le programme et dirigé vers un double but, savoir : instruire le praticien de manière à donner toute garantie aux individus; développer chez le savant des aptitudes spéciales capables de donner des garanties à la société entière.

Quant aux écoles préparatoires, quelques membres, en très petite minorité, ont été d'avis qu'elles devraient être supprimées comme renfermant, suivant l'expression de l'un d'eux, M. Bourguignon, tous les germes de la décadence de l'art et de la science; quelques autres, reconnaissant leur utilité, mais les trouvant trop multipliées, ont proposé d'en restreindre le nombre. Le plus grand nombre a été d'avis de les conserver, mais en donnant plus de développement à l'enseignement qui y est fait. Enfin plusieurs membres ont insisté pour que les études fussent rendues plus pratiques et qu'on multipliât pour les élèves les moyens de s'exercer aux manœuvres opératoires et particulièrement à la pratique des accouchemens.

La commission, tout en tenant compte des vœux exprimés relativement à la création de chaires nouvelles et aux moyens de rendre les études plus pratiques, a cru devoir s'opposer à ce qu'on introduisît dans l'expression des vœux du congrès les propositions qui tendaient à modifier l'organisation actuelle des Facultés et des écoles.

Enfin, sur la proposition de M. Marchal de Calvi le congrès a décidé qu'il serait demandé la création d'une école préparatoire pour la Corse.

La première conclusion a été adoptée sans discussion.

Un amendement a été proposé à la seconde conclusion; il consiste à demander pour les trois Facultés du royaume une chaire de philosophie et d'histoire de la médecine. Cet amendement appuyé par un grand nombre de membres a été mis aux voix et adopté à une grande majorité.

La quatrième proposition a été adoptée avec un amendement de M. Marchal de Calvi, consistant à déclarer *officiel* l'enseignement qui serait donné dans les hôpitaux spéciaux de Paris.

En conséquence, voici la nouvelle rédaction des conclutions modifiées :

2° Il conviendrait de créer une chaire d'histoire et de philosophie de la médecine dans toutes les Facultés du royaume.

4° Il serait avantageux que les hôpitaux de Paris, etc., fussent utilisés et servissent à un enseignement officiel.

6° L'enseignement dans les écoles préparatoires, etc.

Il sera manifesté le vœu qu'une école préparatoire de médecine soit instituée en Corse.

Les autres conclusions ont été adoptées telles que les avait présentées la commission.

RAPPORT DE LA COMMISSION N° 2. — ENSEIGNEMENT LIBRE.

(M. Thierry, rapporteur.)

Messieurs,

D'après le programme adopté par la commission permanente, la commission n° 2 avait à s'occuper de l'enseignement libre, et sa tâche est ainsi formulée :

« L'enseignement donné par les Facultés et par les écoles préparatoires est l'enseignement légal et officiel, à l'existence duquel il est interdit et d'ailleurs impossible de porter atteinte.

» Mais les prérogatives de cet enseignement officiel interdisent-elles l'enseignement libre?

» Quel est l'état de la législation sur ce point?

» Rechercher quels sont les droits, relativement à l'enseignement libre, des medecins et des chirurgiens des hôpitaux, et de tout autre membre du corps médical. »

Votre commission, tout en regrettant le peu de temps qu'elle a eu pour présenter un rapport, prenant en considération la gravité de la question qui lui a été soumise et les différens incidens qui sont venus successivement protéger ou détruire en France l'enseignement libre de la médecine, suivant, pour ainsi dire, les variations de la politique; votre commission a cru qu'il était de son devoir, puisque les docteurs en médecine, d'après les ordonnances de 1830, ont le droit de concourir pour les chaires de professeurs, de vous exposer les motifs sur lesquels elle appuie son opinion, car elle trouve nécessaire de faire convertir en droit, par un article de la loi sur l'organisation, une tolérance élastique qui permet à toutes les autorités de mettre des entraves à l'enseignement libre de la médecine en France.

Avant la révolution, tous les docteurs en médecine des Facultés du royaume ont eu le droit d'enseigner les différentes sciences qui se rattachent à la médecine, telles que l'anatomie, la physiologie, la physique, la chimie, etc., etc., en se soumettant aux lois.

Le droit d'enseigner n'a jamais été contesté aux docteurs en médecine; on a toléré même son exercice parmi les élèves instruits. Dans un rapport adressé au roi en 1830, M. de Broglie, alors ministre de l'instruction publique, a sanctionné la liberté de l'enseignement.

Depuis que les Facultés existent, il s'est toujours élevé près d'elles, en France, en Allemagne, en Italie, un enseignement libre, particulier, qui leur a fait une espece de concurrence : concurrence honorable, qui tourne au profit de la science et des élèves.

Les élèves en médecine devraient être répartis entre les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, et ceux qui appartiennent à des services publics, pour se familiariser avec la pratique de la science et de l'art.

Une trop grande affluence dans un cours de clinique nuit à l'enseignement et aux malades. La multiplicité de l'enseignement dans de justes bornes profite au malade et au médecin. Nous avons vu encore la fin de cet enseignement particulier qui a donné tant de professeurs célèbres, qui a été l'école d'où sont sortis les hommes les plus distingués dans l'enseignement officiel des Facultés. Tous les professeurs qui enseignent dans nos écoles l'anatomie, la physiologie, la chimie, la chirurgie, MM. de Blainville, Marjolin, Chomel, Lallemand, Dubreuil, Cauvière, Bégin, Velpeau, Dumas, Orfila, Jules Cloquet, Magendie, etc., etc., ont été professeurs particuliers. C'est au milieu de cet enseignement que Bichat et Dupuytren ont pris naissance et que Broussais s'est produit. Ceux-là, l'enseignement officiel peut les accepter pour ses modèles.

Déjà une génération nouvelle se présente pour recueillir leur héritage. L'enseignement de cette génération est-il aussi complet que celui de leurs aînés? Ont-ils les mêmes facilités? Nous pouvons répondre : Non.

L'enseignement particulier ayant moins d'influence que par le passé, l'enseignement des Facultés perdra peu à peu de son éclat. C'est donc l'avenir qu'il faut envisager; c'est pour l'avenir qu'il faut travailler. Les Facultés prenant leurs professeurs dans l'enseignement particulier, celui-ci déclinant, les professeurs des Facultés sont exposés à subir le même sort.

Deux enseignemens existent en médecine : l'un public, officiel; l'autre particulier; le premier est fait au nom de l'Université dans les Facultés, l'autre est une espèce de noviciat fait par ceux qui se destinent à la carrière de l'instruction, et un moyen qui a fourni à plusieurs hommes remarquables la possibilité de continuer une carrière dont ils ont fait la gloire.

Après la révolution de 1789, des amphithéâtres particuliers furent libéralement ouverts dans le but commun de s'instruire et d'instruire les autres. Plusieurs jeunes hommes studieux, et de ce nombre étaient Bichat, Boyer, Ribes, Chaussier, s'associèrent chacun avec leurs amis, leurs compagnons d'études, pour diriger et former des élèves. La plupart des travaux les plus importans en anatomie et en physiologie ont été faits dans les amphithéâtres particuliers. Les livres de Bichat et de Boyer, les recherches de Chaussier et de Ribes n'ont pas d'autre origine.

L'enseignement médical se divise en enseignement dogmatique et en enseignement pratique. L'enseignement dogmatique est facile; il ne s'agit pour le professeur que d'avoir un local et des élèves. Mais, pour l'enseignement pratique, il faut les élémens de cet enseignement, c'est-à-dire des sujets, des ani-

maux vivans pour l'anatomie et la physiologie, des malades pour la chirurgie, des pièces d'anatomie pathologique pour les cours de médecine; des amphithéâtres où l'on puisse disséquer, faire des expériences, des hôpitaux pour y recevoir des malades, enfin des musées pour comparer entre eux les différens produits organiques, etc.

La grande difficulté de l'enseignement particulier consiste dans l'absence de locaux convenables.

Une ordonnance de police a fait fermer les amphithéâtres particuliers, à la condition que les Facultés de médecine fourniraient les moyens nécessaires à cet enseignement. Or, quand on n'appartient pas à l'enseignement officiel, il est impossible d'avoir les élémens qui servent à l'étude de l'anatomie, de la médecine opératoire et à l'anatomie pathologique. De bonne foi, un élève en médecine peut-il apprendre la science et l'exercice de sa profession en suivant strictement les cours de la Faculté? Je répondrai que c'est impossible. Pour former des élèves, il faut les classer et les exercer : comment voulez-vous qu'un professeur de la Faculté qui a de nombreux élèves puisse faire toucher du doigt une préparation à chacun d'eux? Il y a des élèves, croyez-le, Messieurs, qui passent des examens et répondent convenablement au professeur sans avoir jamais vu ce qu'ils décrivent, parce qu'ils l'ont appris par un effort de mémoire, et qu'un instant après ils l'oublieront.

D'ailleurs, les cours des Facultés ne se terminent pas dans l'année, et ils sont insuffisans.

Le doyen de la Faculté de Paris et les professeurs ont bien senti cette lacune en mettant les amphithéâtres de l'école pratique à la disposition des professeurs particuliers; à leur exemple, les conseils municipaux, qui fournissent à l'enseignement officiel un local convenable, ne pourraient-ils pas aussi, toutes les fois qu'un nombre de docteurs en médecine suffisant s'engagerait à faire une série de cours, mettre à leur disposition une salle où ils pourraient faire leurs leçons?

Que les médecins étrangers à la ville de Paris visitent les amphithéâtres particuliers de l'école pratique, ils verront si ces lieux froids et humides ressemblent à des amphithéâtres consacrés à de hautes études. Il est urgent de former autour des Facultés de médecine du royaume et dans les grandes villes de France une réunion de docteurs en médecine qui feraient des cours particuliers sur les différentes branches des sciences médicales, et qui se rendraient capables de fournir un jour des professeurs aux chaires des Facultés.

Je sais que l'enseignement officiel des Facultés compte des hommes d'un haut talent que personne n'a la prétention de remplacer; mais toujours est-il que si les traditions viennent à s'éteindre, l'enseignement des Facultés, réduit à lui-même, perdra de son importance et de son éclat.

Au reste, l'opinion de votre commission, au sujet de l'enseignement libre, est partagée par le plus grand nombre des sociétés de médecine de toute la France; en effet, sur dix-neuf rapports qui ont été pris au hasard et dont l'analyse a été faite, dix-sept émettent le vœu de l'enseignement libre.

D'après ces motifs, aux questions adressées par la commission permanente, votre commission répond en émettant les vœux suivans, qu'elle prie le congrès de sanctionner et d'adresser aux autorités compétentes comme le résumé de son opinion :

1° Que tout membre appartenant légalement au corps médical en France ait le droit d'enseigner les sciences médico-chirurgicales, et que ce droit soit spécifié dans un article de la nouvelle loi;

2° Que la liberté de l'enseignement médical soit aussi large et aussi étendue que possible, et que le gouvernement, à Paris et dans les principales villes de France, mette un local convenable et tous les moyens matériels servant à l'enseignement pratique à la disposition de tous les membres du corps médical, et lui prête ainsi un utile concours;

3° Que l'enseignement libre ne puisse ni ne doive porter atteinte à l'enseignement officiel, l'enseignement libre ne conférant aucun grade universitaire, soutenant seulement des opinions et des doctrines, et venant en aide à l'enseignement officiel;

4° Qu'une nouvelle loi vienne sanctionner l'enseignement libre à la fois si utile à la science et à l'humanité, jusqu'à présent la législation ayant tellement varié à ce sujet, et l'enseignement libre ayant été tantôt établi dans sa plus large expression, tantôt entravé de diverses manières;

5° Que quant à l'enseignement clinique fait par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, la commission émet le vœu qu'à l'occasion de la présentation du nouveau projet de loi, MM. les ministres de l'intérieur et de l'instruction publique soient invités à y faire insérer un article spécial pouvant complètement satisfaire aux besoins du libre enseignement clinique, tant dans la capitale que dans les départemens.

Première proposition. M. Marchal (de Calvi) a proposé un amendement ainsi conçu : Tout *docteur en médecine ou en chirurgie* aura le droit de professer les sciences médicales. Cet amendement, vivement combattu par le rapporteur et par M. Lisfranc, qui ont voulu que la porte de l'enseignement restât ouverte aux élèves comme aux docteurs, n'a pas été adopté. La rédaction de la commission a été maintenue.

Deuxième proposition. M. Auzias aurait voulu qu'on spécifiât en particulier les dispositions convenables pour les locaux destinés aux études anatomiques. M. Dupré a demandé la réunion des amphithéâtres de l'École et de Clamart sous la même direction. Ces proposition n'ayant pas été appuyées, la deuxième conclusion a été adoptée dans les termes rédigés par la commission.

Les troisième et quatrième propositions ont été adoptées sans discussion.

Cinquième proposition. Deux amendemens ont été proposés, l'un exprimant le vœu que l'enseignement clinique soit obligatoire dans tous les services de tous les hôpitaux; le second, que dans l'enseignement libre les professeurs eussent le droit de faire les autopsies de tous les sujets qui succomberaient dans leurs services.

Sur l'observation de M. le rapporteur, que la première de ces deux propositions était contraire à la liberté, que la seconde constituait une disposition qu'on ne pouvait imposer aux familles, ces deux amendemens ont été retirés. La rédaction de la commission a été adoptée.

Les conclusions de la commission ont été par conséquent textuellement maintenues.

SECTIONS DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE RÉUNIES.

RAPPORT DE LA COMMISSION n° 3. — PROFESSEURS. — AGRÉGÉS.

(M. GAULTIER DE CLAUBRY, rapporteur.)

Messieurs,

La Commission n° 3, dont j'ai l'honneur d'être l'organe, composée de médecins, de pharmaciens et de vétérinaires, avait pour mission de :

Rechercher quel est le meilleur mode de nomination des *professeurs*, et si l'institution des *agrégés* ne serait pas susceptible d'amélioration.

Je vais avoir l'honneur de vous faire connaître brièvement le résultat des délibérations longues et consciencieuses auxquelles la commission s'est livrée dans les trois séances consécutives que vous lui avez assignées à cette fin. Notre travail sera naturellement partagé en deux divisions principales : ce qui regarde les *professeurs*; ce qui a trait aux *agrégés*.

Des professeurs. Quel est le meilleur mode de nomination des professeurs?

Vous le savez tous, Messieurs, le mode de nomination des professeurs dans les Facultés de médecine en particulier a beaucoup varié depuis cinquante ans : nomination directe par l'autorité supérieure, nomination après présentation d'une liste de candidats, nomination par élection directe des corps enseignans; nomination par voie de concours.

Il ne faut pas vous le taire, Messieurs, il y a des inconvéniens dans chacun de ces modes. Qu'y a-t-il de parfait dans les institutions humaines? Mais quelques modes sont incontestablement plus vicieux que d'autres. Le moins imparfait, celui qui présente moins d'inconvéniens, qui offre plus de garanties en tout genre, est celui auquel il conviendra de s'arrêter.

Or, Messieurs, la nomination directe par l'autorité supérieure est le plus mauvais de tous les modes. Il ne faut pas se le dissimuler, sans prétendre aucunement incriminer les intentions de personne : les ministres sont des hommes comme les autres; ils se laissent influencer dans les choix qu'ils font par les mêmes motifs qui entraînent la détermination des autres hommes. Ces motifs sont toujours, soit l'estime particulière qu'ils portent à la personne qu'actuellement et par cette raison ils jugent la plus digne, soit trop souvent des influences de tout genre auxquelles ils ne peuvent se soustraire, et qui ne valent pas mieux les unes que les autres. Votre commission, à l'unanimité, a donc écarté ce mode, et elle en dit autant pour la nomination aux chaires de nouvelle création. Si ces chaires ne sont pas, dans la pensée de l'autorité, une faveur spéciale qu'elle veut faire à quelque protégé qui n'arriverait pas autrement, pourquoi risquer de faire un mauvais choix pour les remplir, s'il est des modes meilleurs pour y pourvoir?

La nomination sur liste de présentation ne vaut pas mieux, et ne présente pas de moindres inconvéniens. On ne peut se le dissimuler, les listes sont une véritable tromperie. Le premier candidat qui y figure est bien celui que les présentateurs préfèrent et qu'ils désirent voir nommer : les noms suivans sont, ou bien ceux de candidats sérieux, ou des noms de remplissage pour forcer la main de l'autorité qui doit faire un choix, en lui présentant un seul nom qui soit digne de ses suffrages. Dans le premier cas, il est incontestable que ces candidats, tout sérieux qu'ils soient, n'ont pas obtenu les suffrages de la majorité, puisque le premier rang leur a échappé; dans la seconde supposition, songez que l'autorité peut légalement choisir le second, le dernier même sur la liste, et dans ce cas, quel professeur aura-t-elle donné? Votre commission a, en conséquence, également écarté ce mode de nomination.

Il est un autre mode de nomination sur des listes de présentation qu'on demande à la fois au corps enseignant et à quelque autre corporation, quelquefois scientifique, comme l'Académie royale des sciences, mais aussi quelquefois administrative, comme le conseil royal de l'Université. Ainsi, ce n'est pas exclusivement au corps enseignant, qui connaît ses besoins, qu'on s'adresse, et l'on a vu l'autorité, usant du droit légal dont elle était investie, choisir un professeur dans la liste qu'elle avait elle-même confectionnée par les mains du conseil royal. D'un autre côté, si, comme on l'a vu, les deux corporations, qu'elles se soient concertées ou non, présentent chacune le même candidat, distinction sans doute honorable pour celui-ci, que devient le libre arbitre de l'autorité? Le choix ne lui est-il pas imposé? Votre commission a encore écarté ce mode de nomination.

Nomination directe par les Facultés. — La nomination directe par les corps enseignans est un mode moins défectueux peut-être. On peut difficilement se persuader, en effet, qu'un corps enseignant, gardien vigilant de son honneur, veuille admettre librement dans son sein un sujet qui en sera décidément indigne. Mais, Messieurs, l'esprit de parti, les jalousies individuelles, les misères du cœur humain, peuvent porter un corps enseignant à écarter, par une opposition systématique, le sujet le plus digne d'égards, avec lequel il aura à craindre la comparaison, dont il redoutera la concurrence, dont il craindra d'avoir à supporter un jour le joug pesant. Il est de la prudence de garantir les hommes contre leur propre faiblesse. — D'ailleurs, il ne faut pas se le dissimuler, parce que les faits l'ont prouvé, l'homme honorable sous une foule de rapports, qui aura obtenu les suffrages d'une Faculté dans laquelle il comptait autant d'amis que de juges, pourra fort bien ne pas posséder à un degré éminent toutes les qualités qui sont indispensables pour le professorat, et l'expérience n'a que trop souvent démontré que les savans illustres que les corps enseignans se sont empressés d'appeler dans leur sein, étaient loin de répondre aux besoins de l'enseignement et ne justifiaient pas, comme professeurs, la bonne idée que leurs brillans travaux, leurs succès dans la pratique, avaient fait concevoir d'eux. Ce sont ces considérations qui ont déterminé votre Commission à vous proposer d'écarter encore ce mode de nomination de professeurs.

Nomination par la voie de concours. — ... Reste donc le concours, et nous nous empresserons de vous dire que votre Commission a été unanime pour vous proposer de solliciter vivement et de la manière la plus formelle la conservation de ce mode de nomination des professeurs pour les corps enseignans qui en sont déjà en possession, et de l'étendre immédiatement à ceux dont les nominations se sont faites jusqu'à présent suivant d'autres modes; et dans cette détermination, votre Commission n'a pas été retenue par quelques considérations qu'elle

n'ignore pas avoir été présentées contre les concours; comme celle-ci, que des hommes hauts placés, qui ont fait leurs preuves, et que l'estime publique regarde comme dignes de figurer parmi les professeurs d'une Faculté, ne voudront pas s'exposer aux chances toujours incertaines d'une lutte avec des jeunes gens, devant des juges dont plusieurs ont bien pu être leurs élèves, et venir compromettre par des épreuves faibles, par quelque échec sérieux, leur réputation jusque là si bien établie.

Messieurs, si ces hommes honorables sont réellement d'un mérite supérieur, et s'ils possèdent en même temps les qualités qui constituent le professeur, la palme leur est assurée; ils peuvent entrer avec sécurité dans la lice. Avec un mérite égal, dont il leur sera aisé de faire preuve dans les exercices du concours actuel, ils apporteront leurs titres antérieurs, dont l'appréciation équitable leur assurera un appui qui les rendra victorieux de leurs compétiteurs. D'ailleurs, Messieurs, il ne s'agit pas de réglementer seulement pour l'état présent des individus, mais bien d'établir des règles pour l'avenir; et si, dans le moment actuel il était vrai que le concours écartât quelques hommes vraiment supérieurs, on peut dire avec assurance que, plus le temps marchera, et moins il se trouvera d'hommes de mérite capables d'être professeurs publics, qui ne seront pas façonnés aux luttes du concours.

Votre commission n'a pas dû examiner une autre objection qu'on a soulevée timidement, savoir, que ces hommes honorables au sort desquels on semble prendre un si vif intérêt ne possèdent peut-être pas toutes les qualités d'élocution facile, de clarté d'expression, de netteté d'exposition, d'a-plomb enfin que le professorat public rend indispensables. Ce serait, en effet, reconnaître explicitement que ces honorables praticiens ne sont réellement pas capables d'être pourvus d'une chaire publique.

Enfin, objectera-t-on peut-être, le concours ne donne pas la garantie absolue que le plus digne sera toujours nommé. Eh! Messieurs, les autres modes de nomination la donnent encore moins, cette garantie, et il est indubitable que, par le concours, on n'aura jamais un professeur sans aucune capacité, sans aptitude pour le professorat. Si, par un malheur qui arrivera rarement, on n'a pas toujours le plus digne, on aura au moins toujours un homme parfaitement en état de transmettre ses idées et d'exposer méthodiquement l'état de la science.

Aussi, Messieurs, le concours public est-il le mode que vingt-huit Sociétés savantes et un grand nombre de médecins de la plus haute distinction, dont plusieurs sont professeurs dans des Facultés ou des écoles secondaires, réclament avec force contre deux Sociétés de Paris, qui préfèrent l'élection par l'autorité; et votre commission, se réunissant à l'unanimité à une aussi imposante majorité, vous propose de demander avec instance et énergie le *concours* pour la nomination aux diverses chaires qui deviendront à l'avenir vacantes dans les Facultés de médecine, les écoles secondaires et les écoles vétérinaires. Que ce soit un des articles de la loi qui sera présentée prochainement aux Chambres, afin que cette mesure, une fois revêtue de la sanction législative, ne puisse plus être suspendue ou abrogée par un ministre tout-puissant, encore moins par le chef du Conseil royal, au profit du népotisme et de la médiocrité.

Le concours est donc le mode auquel nous venons vous proposer de donner une adhésion entière. Mais pour qu'il procure tous les avantages qu'on en attend, il est d'une immense importance de bien constituer le *Jury* qui est chargé de faire la nomination, sous peine de voir le concours devenir illusoire et présenter à son tour la plupart des inconvéniens graves qui vous détermineront sans doute à écarter les autres modes, il faut qu'il offre toutes les garanties désirables de lumière, d'indépendance dans les juges.

Formation du Jury. A cet égard, de toutes parts il s'est élevé une opinion fortement appuyée, tendant à faire prendre ce qu'on n'a pas craint d'appeler des garanties contre les tendances des corps enseignans. Sans aller jusqu'à réduire ces derniers au rôle secondaire d'examinateurs devant un Jury étranger aux Facultés, aux écoles, et qui seul jugerait en dernier ressort, on s'est généralement accordé à demander qu'à l'instar de ce qui se passe depuis quelques années pour la Faculté de médecine de Paris, on formât un Jury mixte, où les juges étrangers fussent dans une proportion que les uns ont demandée double, les autres égale au nombre des professeurs-juges. Votre commission a mûrement étudié cette question et pesé les raisons qu'on a fait valoir dans les divers systèmes; voici à quoi elle s'est arrêtée.

Le Jury doit être mixte, c'est-à-dire composé de professeurs et de juges pris en dehors des Facultés et écoles. — Les juges que ces dernières fourniront devront être, comme cela se pratique pour la Faculté de Paris, les titulaires de chaires diverses invariablement désignées à l'avance, selon qu'il s'agira de pourvoir à la vacance de telle autre chaire. Dès lors, rien n'est laissé à l'arbitraire. Si le nombre des juges que les chaires désignées fournissent est jugé insuffisant, le corps enseignant choisit un ou plusieurs juges au plus, par la voie du sort, parmi les titulaires dont les chaires ont des rapports déterminés avec la chaire vacante. Dans tout cela, comme vous le voyez, point de place à l'intrigue, à l'opposition systématique à l'égard d'un candidat. Les juges sont légalement désignés à l'avance, avant même que la chaire ait été déclarée vacante.

Quant aux juges à prendre en dehors de la Faculté, voici ce qui se passe à Paris pour la Faculté de médecine, et que nous vous proposons de maintenir pour cette Faculté, et d'appliquer à l'école de pharmacie. L'Académie royale de médecine, par suite d'une ordonnance rendue sur l'avis même de cette compagnie, charge certaines des sections qui la composent, et qui, comme les chaires correspondantes de la Faculté, sont désignées à l'avance par une disposition permanente, de choisir dans leur sein ou dans toute l'Académie un nombre déterminé de juges et de suppléans, qui s'adjoignent aux professeurs-juges pour composer le jury du concours. Ce choix des sections de l'Académie se fait au scrutin secret et individuel, à la majorité absolue des suffrages.

Pour l'école de pharmacie, outre les juges fournis par les corps eux-mêmes, les autres juges seront demandés aux sections de chimie et de physique médicale, de pharmacie et de médecine légale de l'Académie royale de médecine, à la condition expresse que ces juges seront ou auront été des pharmaciens légalement reçus.

Dans les Facultés de médecine et les écoles de pharmacie autres que celles de Paris, outre les juges-professeurs qui seront fournis par ces corps eux-mêmes, les juges du dehors seront choisis par les Facultés ou les écoles tout entières, au scrutin secret et individuel, parmi les membres des sociétés savantes reconnues et existant dans la ville où se trouve la Faculté ou l'école, antérieurement à l'époque à laquelle est devenue vacante la chaire dont le titulaire est à nommer. A défaut de sociétés médicales ou pharmaceutiques, le choix sera fait parmi les médecins et les pharmaciens établis dans la ville.

Quant à la *proportion* à établir entre les juges des corps enseignans et les juges du dehors, bien que quelques corporations médicales et quelques personnes en particulier aient demandé que cette proportion fût de la moitié et même des deux tiers en faveur des juges pris en dehors des Facultés et écoles, la commission, s'étant rendu un compte exact des résultats des divers jurys mixtes qui ont été formés pour la Faculté de Paris depuis plusieurs années, vous propose à l'unanimité de fixer cette proportion au *tiers* seulement, attendu qu'il est d'expérience que les juges-professeurs ne sont pas unanimes dans leur choix, et que si, par un motif quelconque, leur majorité faisait fausse route, la minorité trouverait infailliblement dans les juges de l'Académie le moyen de prévenir une erreur ou une faute. On peut même avancer avec certitude que, depuis que l'Académie royale de médecine concourt aux jugemens, c'est elle qui a fait ou amené les nominations. A cette occasion, votre commission émet le vœu formel que toujours, au moment de prononcer le jugement, les juges se trouvent *en nombre impair*, par l'adjonction immédiate d'un des suppléans, afin qu'en cas de partage des voies le président du concours n'ait pas le désagrément de faire usage d'un suffrage prépondérant, ce qui a toujours quelque chose de désobligeant pour le candidat qui se voit éliminé ainsi à découvert, puisque, dans le cas de partage égal des suffrages, le président est obligé de déclarer à haute voix pour quel candidat il a voté.

Pour la nomination dans les écoles vétérinaires, la commission s'étant éclairée des lumières des vétérinaires qu'elle comptait parmi ses membres, et aussi des renseignemens spéciaux qu'elle s'est procurés auprès de la section de médecine vétérinaire qui existe dans le Congrès, votre commission, dis-je, vous propose un jury composé de huit membres sous la présidence de l'inspecteur général de ces écoles, et, à son défaut, du directeur de l'école où le concours aura lieu. Quatre de ces membres seraient choisis par le ministère parmi les professeurs de l'école vétérinaire et de la Faculté ou école de médecine de la même ville. Les quatre autres membres seraient désignés par le sort, à Paris, sur une liste de quinze vétérinaires non professeurs, et pour les autres départemens sur une liste de dix, et ces listes seraient formées par MM. les préfets des départemens respectifs, qui seraient invités à y faire entrer toutes les notabilités vétérinaires de ces départemens et des corps en garnison dans la localité.

Une question grave s'est présentée ensuite à votre commission, qui y a consacré toute son attention et ne s'est prononcée qu'après une mûre délibération. Il s'agissait, en effet, de décider si les fonctions du professorat ne doivent avoir d'autre terme que celui de la vie même du professeur.

Fonctions des professeurs *temporaires*. — Messieurs, loin de l'esprit de votre commission, loin du vôtre également, de prononcer durement le désobligeant *solve senes centum*. Les hommes savans qui ont mûri dans les veilles et les travaux de la science, et blanchi dans les fatigues du professorat, où beaucoup d'entre eux ont altéré leur santé, et qui, par une réputation justement méritée comme professeurs, comme juges dans les questions les plus ardues de la science, font l'honneur et la gloire de l'école qui les possède à la tête de son enseignement; ces hommes que tant de générations d'étudians se sont heureusement accoutumées à environner de leurs respects, à écouter avec une juste confiance; ces hommes, disons-nous, une Faculté ne peut consentir sans peine, sans des regrets amers, à s'en voir privée. Il en est même dont l'autorité semble s'accroître avec les années. Qui de nous n'aime à recueillir les avis, les décisions des anciens professeurs de clinique, des vieux professeurs de médecine légale? Il n'y a, en quelque sorte, pas d'âge pour les titulaires de semblables chaires.

Cependant, Messieurs, personne ne peut se le dissimuler, avec les années on devient moins capable de supporter les fatigues de l'enseignement. On aimerait à prendre quelque repos, on se sent tout disposé à s'en donner au détriment des devoirs de la chaire qu'on occupe. Surtout il arrive un âge où les facultés les plus brillantes d'un professeur jettent moins d'éclat, où ce dernier ne se soutient plus à la hauteur où il s'était jadis placé et où si longtemps il s'était maintenu. Il arrive un âge où, si l'on prêtait une oreille attentive, on entendrait sonner l'heure de la retraite.

Ce sont ces deux ordres de considérations contraires qui ont fait admettre par votre commission, en cela d'accord avec un grand nombre de sociétés savantes qui ont répondu à votre programme, — que les *fonctions du professorat public devront désormais être temporaires.*

Mais quel terme fixer au professorat? Deux systèmes se trouvaient en présence, et des motifs plausibles semblaient pouvoir également les appuyer. — Fixer la durée absolue du professorat. — Etablir l'âge où le professorat cessera.

Adopterait-on une durée invariable, vingt, vingt-cinq ou trente ans? Mais la position des professeurs ne serait point égale pour tous, relativement à l'aptitude à remplir leurs fonctions jusqu'au terme fixé. S'il arrivait exceptionnellement qu'un médecin, qu'un pharmacien, entrât fort jeune, à trente ans, par exemple, dans le professorat, il pourrait fort bien être très-capable encore de professer, après trente ans d'exercice, à soixante ans d'âge. Mais s'il n'était avancé qu'à quarante-cinq ans, et, à plus forte raison à cinquante, il resterait donc professeur jusqu'à soixante-dix ans, jusqu'à quatre-vingts, c'est-à-dire jusqu'au-delà des forces et du possible des hommes les mieux partagés de la nature.

D'ailleurs si l'un arrivait à trente ans et que l'autre n'arrivât qu'à quarante-cinq, soyez bien persuadés, messieurs, qu'à l'âge de soixante ans, le second, qui n'aura eu que quinze ans de professorat, sera aussi fatigué par les travaux de l'enseignement que le premier qui s'y sera livré pendant trente ans. Ce n'est donc pas dans la durée même du temps du professorat qu'il faut chercher la limite qu'il semble convenable de fixer à la carrière du professeur; mais bien dans l'âge même de ce dernier, à quelque époque qu'il soit parvenu à une chaire publique.

Ici, messieurs, votre commission, toute pénétrée qu'elle était de la justesse des considérations que j'ai eu l'honneur de vous présenter en son nom, sur l'aptitude réelle que conservent exceptionnellement quelques hommes favorisés de la nature; votre commission, dis-je, s'appuyant sur l'opinion unanime de tous ceux qui ont répondu à la question, a arrêté qu'elle vous proposerait de fixer les limites de l'âge des professeurs à *soixante-cinq ans*.

Mais, messieurs, en se privant à regret des services d'honorables professeurs, ne convient il pas d'assurer à ceux-ci une position digne d'eux, digne de leur services passés, digne de ceux qu'ils peuvent encore rendre!

Ici encore, il y a eu unanimité pour demander que les professeurs qui cesseront leurs fonctions à soixante-cinq ans jouiront de l'intégralité de leur traitement jusqu'à l'âge de soixante-dix ans, époque à laquelle ils feront valoir leurs

droits à la retraite ; qu'ils conservent le titre de professeurs honoraires des Facultés auxquelles ils appartiennent ; qu'ils continuent à siéger dans les Assemblées, à avoir voix délibérative dans toutes les affaires administratives et relatives au perfectionnement de l'enseignement sans toutefois faire partie des jurys de concours ou d'examens.

Organe des vœux de tous les corps savans qui ont envoyé leur adhésion écrite ou leur représentant parmi vous, votre commission forme ici le vœu que vous sollicitiez de l'administration supérieure toutes les mesures qui pourront tendre à améliorer la condition de retraite des professeurs : — que *l'époque*, fixée par la retraite, *soit abaissée de trente à vingt ans*. En effet, Messieurs, dans les bureaux de l'administration, un jeune homme, à peine âgé de vingt ans peut entrer dans la carrière des emplois, sans aucune préparation bien importante, et parcourant sans grande fatigue la modeste voie qui lui est tracée, parvenir avant soixante ans au terme fixé pour sa retraite qui lui est liquidée au maximum. Mais, quand à trente-cinq ans, et plutôt encore à quarante, à quarante cinq, un médecin deviendra professeur, que d'années de sa vie n'a-t il pas dû consacrer aux plus sérieuses études, aux travaux les plus appliquans, que de dépenses n'a-t-il pas dû faire ! Et dans cet état des choses, lorsque pour lui arrivera l'âge des infirmités, ou, si l'on adopte la disposition que nous vous avons proposée précédemment, quand il devra descendre de sa chaire à soixante-cinq ans, les règlemens administratifs ne lui assigneront-ils un traitement de retraite qu'autant qu'il aura trente ans de services !

Il est donc de toute justice que le terme de la retraite soit abaissé de vingt ans, — que, quel qu'ait été le temps pendant lequel le professorat aura eu lieu, une retraite proportionnelle soit accordée, — que l'administration supérieure soit instamment priée d'aviser au moyen d'élever le chiffre du traitement de retraite, ce à quoi on arriverait en partie par l'augmentation du montant de la retenue exercée sur les appointemens au profit du fonds de retraite.

Avant de terminer sa mission relativement à ce qui concerne les *professeurs*, votre commission, messieurs, mettant à profit l'omnipotence dont vous l'avez investie, a formulé un vœu qu'elle m'a chargé de vous faire connaître, à savoir que, dans la loi à intervenir sur la médecine et la pharmacie, il soit établi que les Facultés et les écoles de pharmacie détermineront chaque année la durée respective des divers cours qui se font dans leur sein.

Ecoles secondaires. — Passons aux *écoles préparatoires*. — Votre commission, s'abstenant de reproduire les motifs qui ont déterminé son vote, vous propose d'arrêter en principe que les nominations se feront *dans les écoles préparatoires* de médecine *par la voie du concours*, ce qui aura pour avantage de rappeler dans leurs provinces, de fixer auprès de leurs familles, en leur fournissant un faible mais honorable commencement de position médicale, beaucoup de jeunes gens laborieux et instruits, que l'envie de se produire, de se faire une position qui si souvent leur échappe cependant, retient à Paris, contre leurs premières intentions, contre le vœu de leurs familles, contre leurs intérêts propres bien entendus.

Le concours est également le mode de nomination que nous vous proposons pour les écoles préparatoires de pharmacie.

Dans l'un comme dans l'autre cas, pour soustraire les juges et les concurrens aux inconvéniens graves des petites rivalités, des influences trop restreintes des localités, et uniquement dans ce but, il est à désirer que le concours ait lieu dans la Faculté de médecine ou l'école spéciale de pharmacie dans le ressort de laquelle se trouvera placée l'école préparatoire. Le jury sera composé, comme par le passé, de professeurs et d'agrégés desdites facultés de médecine et écoles spéciales de pharmacie.

Il nous reste à examiner une dernière question.

« L'institution actuelle des *agrégés* n'est-elle pas susceptible d'améliorations utiles ? »

Nous serons court.

L'institution actuelle des agrégés doit être maintenue.

Parmi les jeunes gens d'instruction et de mérite, il n'est personne qui, plus tôt ou plus tard, ne devienne agrégé. Plus le temps marchera, et plus il est certain que des corps des agrégés seuls sortiront les professeurs.

Les agrégés doivent être nommés par la voie des concours, conformément à ce qui a lieu dans l'état actuel des choses.

Il n'y a pas de motif suffisant pour changer le titre d'agrégé en celui de professeur-suppléant. Les professeurs-suppléans des autres Facultés sont nommés à vie, sont chargés d'un enseignement spécial, sans devenir de droit professeurs en remplacement des professeurs de certaines chaires, qui s'appellent professeurs-titulaires. Mais la commission émet le vœu que les agrégés obtiennent un traitement fixe, indépendamment de ce qui leur revient pour leurs droits de présence aux examens.

Un dernier vœu tout dans l'intérêt de l'institution des agrégés est qu'à la fin de chaque année scolaire, si, comme on semble disposé à l'établir, les élèves sont soumis à passer des examens qui fassent connaître s'ils ont étudié les matières de l'enseignement et s'ils sont instruits, les agrégés soient chargés de cet examen. Il y aura une question subsidiaire à examiner, savoir s'il convient oui ou non que la présidence soit décernée à un professeur.

Tel est, Messieurs, le rapport que votre commission mixte m'a chargé de vous présenter sur la série de questions que vous aviez renvoyée à son examen. Voici le résumé des opinions auxquelles elle s'est arrêtée à l'unanimité, et qu'elle vous propose de sanctionner par votre vœu.

1° La nomination des professeurs dans les facultés de médecine, les écoles spéciales de pharmacie et les écoles vétérinaires, aura lieu par la voie du concours public.

2° Le jury pour les Facultés et pour les écoles de pharmacie sera composé, à Paris, de professeurs et de membres de l'Académie royale de médecine ; ceux-ci y entrant dans la proportion d'un tiers, les uns et les autres étant pris dans des séries déterminées à l'avance d'une manière invariable.

3° Pour les Facultés et les écoles spéciales du reste du royaume, le jury sera composé dans la même proportion de membres de ces corps enseignans et de juges choisis au scrutin secret par les Facultés et les écoles entières parmi les membres des sociétés de médecine et de pharmacie reconnues et préexistantes et à défaut de ces sociétés, parmi les médecins et parmi les pharmaciens établis dans la ville.

4° Pour les écoles vétérinaires, le jury se composera de quatre professeurs de l'école vétérinaire et de l'école de médecine, et de quatre juges tirés au sort sur une liste dressée par le préfet, parmi les vétérinaires non-professeurs et de dix pour les départemens.

5° Les fonctions des professeurs seront désormais temporaires, et cesseront à l'âge de soixante-cinq ans. — Les professeurs seront nommés professeurs honoraires et participeront aux conseils, délibérations et travaux administratifs des Facultés et écoles spéciales.

Ils jouiront de l'intégralité de leur traitement jusqu'à l'âge de soixante-dix ans, époque à laquelle ils feront valoir leurs droits à la retraite.

Il sera demandé que les limites pour la retraite soient abaissées de trente ans à vingt ans.

6° Dans les écoles préparatoires, la nomination des professeurs aura lieu par voie du concours devant un jury composé de professeurs et d'agrégés des facultés de médecine et des écoles de pharmacie dont les écoles secondaires relèvent.

7° L'institution des agrégés doit être maintenue telle qu'elle existe en ce moment.

8° Il n'y a pas de motifs pour changer la dénomination qu'ils portent.

9° La nomination des agrégés continuera à avoir lieu par le concours, conformément aux dispositions en vigueur.

10° Il sera demandé que les agrégés jouissent à l'avenir d'un traitement fixe, outre leurs droits de présence aux examens.

11° S'il est arrêté qu'il y aura des examens à la fin de chaque année, il sera demandé que les agrégés composent le jury d'examen sous la présidence d'un professeur.

Ces conclusions de la commission ont été l'objet d'une longue et vive discussion qui a eu pour résultat d'y apporter de larges modifications. Le concours a été attaqué par plusieurs membres dans son principe et dans son mode d'application. Le principal inconvénient qui a été signalé dans le mode actuel de concours est de n'admettre que des jeunes gens rompus à ce genre d'exercice et d'éloigner des hommes d'âge et d'expérience. La difficulté de composer un jury à l'abri des influences a paru constituer pour quelques-uns une des objections les plus sérieuses contre le concours. Se fondant sur quelques-uns des motifs, M. Burguet a demandé au nom de la société de médecine de Bordeaux, dont il est délégué, que, pour les professeurs, l'élection directe par les corps enseignans fût substituée au concours, ce dernier mode de nomination n'étant convenable que pour les fonctions d'un ordre inférieur. — M. Combes (de Toulouse) a formulé la même idée dans l'amendement suivant : « Le concours pour tous les degrés inférieurs de la hiérarchie médicale, y compris les agrégés et les professeurs des écoles préparatoires ; nomination directe pour les chaires des Facultés qui existent déjà ou que l'on voudrait créer à l'avenir. » — M. Tournié (de Besançon) a proposé un mode combiné. Il aurait voulu que l'on pût choisir parmi les professeurs particuliers ; de plus, que pour les hommes qui n'occupent pas ces degrés inférieurs de l'enseignement, il y eût une agrégation d'hommes choisis dans laquelle on pût puiser des professeurs : qu'on pût choisir, par exemple, dans chaque classe un certain nombre de professeurs, d'après certaines proportions, tant parmi les professeurs particuliers que parmi les hommes ayant des titres scientifiques autres que le professorat. Les listes de présentation eussent été dressées par l'Académie, par les Facultés, etc.

Parmi les membres qui ont soutenu le concours, presque tous ont insisté sur la nécessité de tenir plus rigoureusement compte qu'on ne le fait communément des titres antérieurs. Ce dernier vœu seul a été pris en considération par la commission ; les amendemens que nous venons de mentionner ont été rejetés, ainsi qu'une proposition faite par M. Ricord, conçue dans les termes suivans : « Le concours tel qu'il est pour les chaires établies ; l'élection par le plus grand nombre pour les chaires nouvelles, ou le concours entre des candidats déjà désignés par une élection préalable. »

En ce qui concerne les écoles de pharmacie, la commission a appuyé un amendement de M. Bordet, consistant à dire : « Que les professeurs de pharmacie, soit dans les écoles spéciales, soit dans les écoles préparatoires, seront nommés par la voie du concours, mais seulement parmi les praticiens qui auront cinq ans d'exercice soit comme pharmaciens des hôpitaux, soit comme pharmaciens ayant officine ouverte. » Cet amendement a été adopté avec une modification proposée par M. Serres, laquelle consiste à substituer les mots : *cinq ans de diplôme*, aux mots *cinq ans d'exercice*.

Un amendement analogue, pour les professeurs des écoles vétérinaires, présenté par M. Hamont a également été adopté : « Pour la médecine vétérinaire : condition d'admission à la candidature pour le professorat, 4 années d'exercice, une part très large aux titres scientifiques. »

L'article de la commission, ainsi amendé pour la pharmacie et l'art vétérinaire, et maintenu textuel pour les médecins, a été adopté.

Une modification importante a été introduite dans la deuxième conclusion, sur la proposition de M. Delasiauve : « d'adjoindre au jury pour la nomination des professeurs un certain nombre de médecins pris parmi les praticiens de la ville. » Le rapporteur, adoptant cette modification, a proposé que le nombre des praticiens adjoints au jury fût égal à celui des membres de l'Académie. Enfin un amendement de M. Rigal (de Gaillac) fixe à 5 ans d'exercice la condition d'admissibilité dans le jury. La proposition ainsi amendée a été adoptée.

Une disposition semblable pour les Facultés de province et les écoles spéciales de pharmacie est substituée à la rédaction de la commission. Elle est ainsi conçue : « Pour les Facultés de médecine et les écoles spéciales de pharmacie du reste du royaume, le jury sera composé dans la même proportion de membres de ces corps enseignans, et il sera spécifié dans l'article que le jury sera nécessairement en nombre *impair* pour éviter le double vote du président.

L'article relatif aux écoles vétérinaires est adopté avec une modification de M. Leblanc, qui propose que les vétérinaires désignés par le préfet pour faire partie du jury aient au moins 5 ans de pratique.

La cinquième conclusion, combattue par M. Forget, est adoptée avec un amendement proposé par M. Magne, disant que les professeurs honoraires seraient admis à être juges de concours malgré leur retraite.

La sixième conclusion a été vivement combattue par M. Barnetche, de Bordeaux, qui ne veut pas que les écoles secondaires relèvent des Facultés.

Un amendement de M. Huneau, ainsi conçu, a été adopté : « Appliquer purement et simplement aux écoles secondaires de médecine tous les principes et le mécanisme admis pour les concours du professorat dans les Facultés. »

Pour les septième, huitième, neuvième et dixième conclusions, un amendement

proposé par M. Delasiauve a été substitué à la rédaction de la commission. Il consiste à demander : « que des appointemens fixes et plus considérables soient affectés aux agrégés et qu'il leur soit assigné des fonctions actives qui leur donnent une influence directe sur l'instruction des élèves. »

Sur la proposition de M. Malgaigne, la dixième conclusion a été renvoyée à la commission des examens.

Les conclusions adoptées par l'assemblée sont donc formulées ainsi :

1° La nomination des professeurs dans les Facultés de médecine aura lieu par la voie du concours public.

Les professeurs de pharmacie, soit dans les écoles spéciales, soit dans les écoles préparatoires, seront nommés par la voie du concours parmi les praticiens qui auront 5 ans de diplôme.

Pour les écoles vétérinaires, les conditions d'admission au concours seront : 4 années d'exercice ; une part très large devra être faite aux titres scientifiques.

2° Le jury du concours sera composé, pour la Faculté de Paris, par tiers, de membres de cette Faculté, de membres de l'Académie de médecine et de médecins pris parmi les praticiens de la ville. Ces derniers devront, pour être admis à faire partie du jury, avoir au moins 5 ans d'exercice.

3° Pour les Facultés et les écoles spéciales de pharmacie du reste du royaume, le jury sera composé, dans la même proportion, de membres des corps enseignants et de juges choisis parmi les membres de sociétés savantes et les praticiens de la ville.

4° (Rédaction de la 4e conclusion de la commission avec l'addition de ces mots : *ayant au moins cinq ans de pratique.*)

Le jury sera dans tous ces cas en nombre *impair* pour prévenir l'inconvénient du double vote du président.

5° (Ajoutez à la rédaction de la commission ces mots : « Les professeurs honoraires seront admis à être juges des concours malgré leur retraite. »)

6° Appliquer purement et simplement aux écoles préparatoires de médecine tous les principes et le mécanisme admis pour les concours du professorat dans les Facultés.

7° Des appointemens fixes et plus considérables seront affectés aux agrégés, et il leur sera assigné des fonctions actives qui leur donnent une influence directe sur l'instruction des élèves.

Les quatre propositions suivantes sont ainsi annulées.

SECTION DE MÉDECINE.

RAPPORT DE LA COMMISSION N° 4. — ÉLÈVES.

(M. Cansse, rapporteur.)

Messieurs,

La commission n° 4 s'est réunie les jours indiqués. Elle a nommé pour président M. Méher, pour son vice-président, M. Philippe, et m'a confié la mission honorable de présenter et soutenir ses opinions sur les questions proposées devant le congrès médical.

Permettez donc, Messieurs, à son organe, de vous soumettre quelques principes que vous devez considérer comme un exposé des motifs qui ont entraîné notre manière de voir. Je serai précis autant qu'il me sera possible : car le temps me manque pour vous offrir tous les développemens que vous pourriez désirer. Allons droit au but, et faisons en sorte que les vœux que nous allons exprimer soient utiles et réalisables.

Accordez-moi, Messieurs, une bienveillante attention.

Les questions que la commission avait à résoudre sont les suivantes :

1° Quelles garanties d'aptitude faut-il demander aux élèves qui se destinent à l'étude de la médecine?

2° Rechercher si les réglemens actuels concernant l'ordre des études, la manière dont elles sont suivies, et la preuve qu'elles ont été suivies sont suffisantes et efficaces.

3° Dans les cas de la négative, indiquer une organisation nouvelle.

4° Examiner la valeur des projets sur l'assimilation des élèves en médecine avec les élèves de quelques écoles spéciales du gouvernement.

5° Indiquer un mode efficace d'obliger tous les élèves à la fréquentation des hôpitaux.

La première question est de la plus haute importance ; elle a pour but l'avenir des générations médicales, et à ce titre elle mérite toute notre sollicitude. Aussi la commission l'a-t-elle prise en sérieuse considération. Elle a émis le vœu que l'élève qui voudrait étudier l'art de guérir fût pourvu, avant toute inscription, des deux diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences physiques.

En exigeant du jeune étudiant ces connaissances préliminaires, elle a voulu qu'il fût capable d'interpréter et de bien comprendre les dogmes de la médecine; car il importe à la société, ainsi qu'à la science, de ne point confier, autant que faire se pourra, à des mains inhabiles les armes dangereuses de la thérapeutique. Les moyens proposés par votre commission ont encore un autre but : elle a voulu déblayer ainsi les avenues du temple de la médecine. Il n'y aura que ceux qui se sentiront dignes et capables qui demanderont à entrer dans le sanctuaire. Sans doute, dans le temps où nous vivons, il faut rendre toutes les carrières accessibles au fils de l'artisan comme à celui de l'homme riche; mais avant tout, il faut que l'un comme l'autre donnent des garanties à l'art par des études préparatoires qui les rendent aptes à parcourir la carrière médicale.

Ainsi donc, sur la première question, votre commission émet le vœu : que les deux diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences physiques soient obtenus par l'élève en médecine préalablement à la première inscription, soit dans une Faculté, soit dans une école préparatoire.

La seconde question présente trois points à considérer :

1° L'ordre des études ;

2° La manière dont elles sont suivies;

3° La preuve qu'elles ont été suivies.

La commission a été unanimement d'avis que pour faire de bonnes études médicales et complètes, il fallait en prolonger la durée. Elle a pensé qu'une période de cinq années était nécessaire, alors surtout que l'élève sera désormais soumis à d'autres exigences par suite des nouvelles chaires qui ont été créées.

Quant à l'ordre des études, voici ce qu'elle vous propose dans le tableau suivant :

Le 1er examen comprenait l'anatomie et la physiologie;

Le 2e, la pathologie interne et externe;

Le 3e, la chimie, la physique, la pharmacie, la pharmacologie, l'histoire naturelle ;

Le 4e, l'hygiène, la matière médicale, la thérapeutique, la médecine légale et la toxicologie;

Le 5e, les accouchemens, la médecine opératoire et la pathologie spéciale;

Le 6e, la clinique interne et externe et la pathologie générale.

La Commission a pensé qu'il devait y avoir un déplacement dans l'ordre des examens, par cette raison, que vous approuverez sans doute, que l'élève venant de subir l'examen pour obtenir le diplôme de bachelier ès-sciences ne devait pas de suite recommencer ses études, et qu'il était plus convenable qu'il abordât immédiatement l'étude de l'anatomie et de la physiologie, qui, il faut le dire, ne sont pas assez longuement étudiées dans les Facultés, ainsi que l'a reconnu votre commission. L'étude du cadavre, comme aussi celle de l'homme vivant, sont la base de toute bonne éducation médicale; elles en sont le pivot, et à ce titre on doit lui consacrer un temps suffisant.

Quant au second point, savoir la manière dont les études sont suivies, voici, Messieurs, l'opinion de votre commission. Il est des élèves studieux, et pour qui les réglemens sont inutiles; mais il en est d'autres qu'il faut obliger et forcer en quelque sorte à suivre les cours et les cliniques de leurs professeurs. Sans cela ils prennent, comme on l'a vu assez souvent, leurs inscriptions, et font ensuite d'assez longues absences, ou ne paraissent même pas du tout dans les Facultés; c'est contre ces fâcheuses dispositions q'il faut prendre des mesures réglementaires, pour les mettre dans l'impossibilité de suivre une pareille voie; car si au jour de leurs examens les professeurs sont indulgens, ils feront bien malgré eux des docteurs qui souvent n'auront pas assisté une seule fois à leurs leçons.

La commission a cherché quelles mesures elle pourrait employer pour empêcher ces déplorables abus; elle a pensé qu'on devait classer les élèves par année et les obliger à suivre les cours qui leur seraient indiqués.

Quant à la preuve que ces cours ont été suivis, l'appel nominal est bon en lui-même, mais impraticable dans les Facultés, où il y a de nombreux élèves; l'expérience en a fait justice. Aussi, nous ne vous le proposons pas.

Nous le restreignons seulement aux écoles secondaires, où il est réellement applicable par suite du nombre peu considérable des élèves, qui sont presque tous connus du professeur.

Quel moyen cependant vous proposerons-nous pour établir la preuve que les études ont été suivies dans les Facultés? Le voici, Messieurs, tel que votre commission l'a formulé. Elle veut que dans les Facultés l'élève inscrive son nom sur un registre *ad hoc* une fois par semaine.

On a dit, Messieurs, que des faux privés pourraient être commis. Nous en sommes convenu; mais si ce cas se présentait, il faudrait que l'élève coupable, s'il était connu, et il le serait, fût puni d'abord par la perte de quatre inscriptions pour la première fois, et par son expulsion de l'école à la seconde.

Il existe un autre moyen d'assurer les études, et celui-ci a réuni les suffrages unanimes de la commission.

Nous émettons le vœu que les élèves, tant dans les Facultés que dans les écoles préparatoires, ne puissent passer d'une année à l'autre qu'après avoir soutenu un examen probatoire et gratuit comme garantie de leur assiduité aux divers cours de l'année et de leur capacité. Ceux qui ne satisferaient pas à cette épreuve pourraient être ajournés à trois mois et à six mois.

Cette mesure permettrait de revenir à l'ancien mode des examens, que le candidat soutenait à la fin de ses études.

Voici la réponse que nous faisons à l'ensemble de la deuxième question.

Deuxième question. — Il serait bon de régler les examens d'après l'ordre établi; de diviser les élèves par année, et les obliger à suivre les cours indiqués; de voter l'appel nominal pour les écoles secondaires; l'inscription sur un registre *ad hoc* du nom des élèves une fois par semaine dans les Facultés, et surtout la mesure des examens probatoires annuels.

Troisième question. — La troisième question, examinez la valeur des projets sur l'assimilation des élèves en médecine avec les élèves de quelques écoles spéciales du gouvernement, a paru à votre commission et à l'unanimité d'une difficile réalisation, sinon d'une impossibilité absolue. Quels bâtimens ne faudrait-il pas pour caserner, passez-moi l'expression, les nombreux élèves en médecine qui sont appelés dans les Facultés, et en particulier dans celle de Paris? Comment les soumettre à un régime uniforme? Comment leur faire suivre les différentes cliniques disséminées dans la ville? Comment, enfin, les lier par un règlement obligatoire, eux qui n'ont souvent d'autre but en étudiant la médecine que de s'engager dans une profession parfaitement indépendante?

Quatrième question. — La commission s'est enfin occupée d'indiquer un mode efficace d'obliger tous les élèves à la fréquentation des hôpitaux. Elle a senti toute l'importance de cette question. C'est par la clinique faite au lit du malade que se forment les véritables praticiens; c'est dans la fréquentation de ces asiles consacrés libéralement à toutes les infirmités humaines que le médecin se forme au diagnostic et apprend l'art de guérir, en voyant l'application journalière d'une thérapeutique rationnelle. Aussi tous les grands médecins recommandent-ils la fréquentation des hôpitaux. C'est là le véritable livre que nous devons tous interroger; c'est là que se brisent les systèmes enfantés dans le silence du cabinet. La nature nous y rappelle souvent au véritable sentier de l'observation. Heureux ceux que le prisme de leurs opinions n'aveugle pas au point de méconnaître ses salutaires avis.

La Commission propose le moyen suivant, qu'elle soumet à votre sanction, et qu'elle a adopté à l'unanimité.

Elle émet le vœu qu'à dater de la deuxième année les élèves seront répartis par services entre les différentes cliniques de la Faculté, et leur assiduité obligatoire sera constatée par les chefs de clinique, sous la direction desquels ils devront être placés. Les élèves pourront être autorisés à suivre les cliniques de l'enseignement libre, et devront justifier de leur assiduité à ces cliniques. De cette manière, les élèves seraient contraints à fréquenter les hôpitaux, et, par un roulement bien entendu, pourraient apprécier les qualités diverses qui, soit

dans le manuel opératoire, soit dans la médecine pratique, distinguent les professeurs de ces cliniques. Si ce mode était applicable à Paris, il le serait encore davantage dans les autres Facultés, ainsi que vous pouvez vous en convaincre.

Pour étendre et justifier les études pratiques, la commission émet le vœu que chaque élève soit tenu à faire un service actif dans les hôpitaux pendant six mois au moins.

Conclusions. — 1° Obtention des deux diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences physiques, par l'élève en médecine, préalablement à toute première inscription, soit dans une Faculté, soit dans une école préparatoire.

2° Pour l'ordre des études :

1° Anatomie et physiologie;
2° Pathologie interne et externe;
3° Chimie, physique, histoire naturelle, dans leur application immédiate à la médecine, pharmacie et pharmacologie;
4° Hygiène, matière médicale, thérapeutique, médecine légale et toxicologie;
5° Accouchemens, médecine opératoire, spécialités;
6° Clinique interne et externe, pathologie générale, histoire générale de la médecine et thèse.

3° Diviser les élèves par années et les obliger à suivre les cours indiqués;

4° L'appel nominal dans les écoles secondaires;

5° L'inscription du nom des élèves sur un registre *ad hoc* dans les Facultés une fois par semaine.

6° Examens probatoires et gratuits de fin d'année pour tous les élèves.

7° L'assimilation des élèves en médecine avec les élèves de quelques écoles spéciales du gouvernement a paru à votre commission d'une impossibilité absolue dans l'état actuel des choses.

8° A dater de la deuxième année, les élèves seront répartis par séries entre les différentes cliniques de la Faculté, et leur assiduité obligatoire sera constatée par les chefs de clinique, sous la direction desquels ils devront être placés. Les élèves pourront être autorisés à suivre les cliniques de l'enseignement libre, et devront justifier de leur assiduité à ces cliniques.

9° Enfin le dernier vœu de la commission est que chaque élève soit tenu de faire un service actif dans les hôpitaux pendant six mois au moins à Paris, et un an dans les écoles préparatoires.

Première proposition. Un grand nombre d'amendemens ont été déposés sur le bureau.

Plusieurs membres se sont élevés contre la première proposition de la commission, les uns demandant que le baccalauréat ès sciences ne fût exigible que pour les Facultés seulement, les autres réclamant l'abolition de l'examen par lequel ce grade est conféré, comme faisant double emploi avec les matières du premier examen de médecine. L'un des principaux motifs sur lesquels on s'est fondé est que l'obligation nouvelle imposée aux élèves des écoles préparatoires ferait déserter ces écoles et les réduirait à néant.

Un grand nombre des amendemens déposés sur le bureau se rallient à celui de M. Laussedat (de l'Allier), formulé en ces termes : « L'élève, pour être admis dans une école ou dans une Faculté de médecine, devra présenter seulement le diplôme de bachelier ès lettres. » Cet amendement a été mis aux voix et rejeté.

Un second amendement, déposé par M. Forget (de Paris), et conçu en ces termes : « 1° Le grade de bachelier ès lettres sera exigible pour prendre la première inscription dans les écoles préparatoires; 2° le grade de bachelier ès sciences sera exigible pour prendre la première inscription dans les Facultés de médecine, » a été adopté.

Mais, sur l'observation de M. Rigal, que par cet amendement on ruinait les Facultés au profit des écoles préparatoires, auprès desquelles se réfugieraient à l'avenir les élèves, l'assemblée a adopté un article additionnel de M. Tardieu formulé ainsi : « Pour les Facultés, bachelier ès lettres avant la première inscription, bachelier ès sciences avant la cinquième », ce qui revient au *statu quo*.

Deuxième proposition. Sur l'observation de M. Forget, que c'est là une disposition purement réglementaire, l'article est supprimé.

Les quatre propositions suivantes ont été votées sans discussion; les troisième, quatrième et sixième adoptées, et la cinquième rejetée.

Après quelques observations présentées par MM. Camille Bernard, Vannier, Sanson et Delasiauve sur l'utilité et les bons effets de l'internat des élèves, l'assemblée a adopté l'amendement suivant de M. Bernard, qui a été substitué à la proposition négative de la commission : « Le congrès exprime le vœu que le gouvernement ouvre des établissemens destinés à l'internat facultatif des élèves. »

M. Lisfranc a vivement réclamé, à propos de la huitième proposition, en faveur des prérogatives de l'enseignement libre, qui, suivant lui, serait singulièrement restreint par l'adoption de cette rédaction. Il a proposé de substituer aux mots *pourront être autorisés*, ceux-ci : *pourront sans autorisation suivre les cours*, etc.

Sur la proposition de M. Burguières, cet article a été supprimé.

La neuvième conclusion a été ainsi modifiée par un amendement de M. Magne : « Les élèves feront un service actif dont la durée sera de deux ans au moins. »

Enfin, d'après une proposition additionnelle de la commission, formulée par M. le rapporteur, le temps des études médicales sera désormais fixé à cinq ans au lieu de quatre. (Adopté.)

Voici en conséquence quelles sont les conclusions adoptées.

1° Le grade de bachelier ès-lettres sera exigible pour prendre la première inscription dans les écoles préparatoires;

Pour les Facultés, on exigera le grade de bachelier ès-lettres avant la première inscription, bachelier ès-sciences avant la cinquième.

2° L'article deuxième de la commission est supprimé;

Le troisième devient par conséquent deuxième.

3° Il est maintenu dans les termes proposés par la commission.

4°, 5° et 6° Il en est de même des quatrième et sixième, qui deviennent troisième et cinquième.

L'article 5 de la commission est rejeté.

7° Le congrès exprime le vœu que le gouvernement ouvre des établissemens destinés à l'internat facultatif des élèves.

8° Supprimé.

9° Les élèves feront un service actif dont la durée sera de deux ans au moins.

10° (Article additionnel.) Le temps des études médicales sera désormais fixé à cinq ans au lieu de quatre.

RAPPORT DE LA COMMISSION N° 5. — EXAMENS, RÉCEPTIONS.

(M. Malgaigne, rapporteur.)

Messieurs,

La commission qui m'a fait l'honneur de me nommer son rapporteur avait à s'occuper des examens et des réceptions; questions graves et importantes qui servent de complément à celles que vous avez déjà jugées, et qui sont comme l'introduction obligée de celles qui restent à juger encore. Jusqu'à présent, en effet, vous avez réglé les bases, les formes, la durée de l'enseignement; vous avez pourvu à l'éducation des élèves : aujourd'hui ces élèves, déjà en quelque façon sortis des bancs, se présentent sur le seuil, frappent à la porte de la profession; et vous avez à voir à quelles conditions vous les jugerez dignes d'y entrer.

Rappelons d'abord en peu de mots quel est l'état actuel des choses. Il y a cinq examens, savoir : le premier, sur les sciences accessoires, qui doit être soutenu après la quatrième inscription et avant la cinquième; le deuxième, sur l'anatomie et la physiologie, placé après la douzième inscription et avant la treizième; — les trois derniers, embrassant les autres parties de l'art, sont renvoyés après la seizième inscription. Le jury, pour chaque examen, se compose de deux professeurs et d'un agrégé. Dans trois de ces examens, il y a trois candidats, interrogés chacun trois quarts d'heure; pour les deux autres, le troisième et le cinquième, deux candidats seulement, interrogés chacun une heure. Enfin à la thèse, le candidat reste seul devant ses juges, au nombre de quatre, savoir : deux professeurs et deux agrégés, qui l'argumentent tour à tour dans l'espace d'une heure.

Les choses établies de la sorte, votre commission avait à rechercher si elles offrent des garanties suffisantes, et tout d'abord la question capitale à débattre était celle-ci :

Y a-t-il des inconvéniens à ce que les examens probatoires soient faits exclusivement par les professeurs?

Votre commission, Messieurs, n'a pas voulu accepter la question absolument dans ces termes. Elle aurait craint de laisser entrer dans ses délibérations quoi que ce fût de personnel contre les hommes si justement honorés qui sont à la tête de l'enseignement médical; et nous sommes prêts à reconnaître que dans leur position ils font tout ce qu'il leur est possible de faire. Que pleine et entière justice leur soit rendue; votre commission a été unanime à cet égard. La question qu'elle a voulu traiter et qu'elle m'a chargé de vous présenter, est une question de principe : est-il juste, est-il raisonnable que le corps médical presque tout entier soit exclu du droit de contrôle et de suffrage dans les admissions des nouveaux membres qui vont entrer dans cette grande famille, et qu'on lui adjoigne chaque jour de nouveaux confrères auxquels on aura conféré sans son avis ce beau titre de confraternité? Ou, pour reproduire en la retournant la question du programme :

Y a-t-il des inconvéniens à ce que les examens probatoires soient faits par des représentans du corps médical réunis aux professeurs?

Il faut bien le dire, Messieurs, bien que la destruction des anciennes facultés, avec leurs abus et leurs priviléges, ait été acceptée par des acclamations unanimes, il est resté dans la génération actuelle un souvenir et comme un regret de ce qu'elles avaient de beau et de louable : l'union, la force, la dignité. Alors les actes probatoires ne se passaient pas obscurément dans un tête à tête entre trois candidats et trois juges; la Faculté tout entière, professeurs et docteurs, c'est-à-dire presque tout le corps médical de la cité, assistait à l'examen, qui devenait ainsi une véritable solennité; chacun avait le droit d'interroger, chacun avait le droit de suffrage, et le nouvel élu se parait à bon droit du titre de confrère, librement déféré par tous ses pairs.

Ces choses ne se peuvent plus revoir, Messieurs; nos institutions médicales sont fondées sur d'autres bases, et une corporation étroite et jalouse, comme était l'ancienne Faculté, qui ne compta jamais deux cents membres, ne saurait se comparer à la Faculté actuelle, qui compte ses docteurs par milliers. Mais, sans convoquer tout le corps médical aux actes probatoires, ne pouvait-on l'y faire participer par délégués, et rendre du moins aux réceptions une partie de leur solennité perdue?

En recherchant quels avaient été à cet égard les vœux de ceux qui nous ont précédés, nous voyons que dès 1806 l'adjonction de juges étrangers aux Facultés avait été demandée; que cette demande fut reproduite jusqu'en 1811; qu'en 1817 le professeur Boyer la formulait lui-même; et enfin, en nous rapprochant de notre époque, la commission des médecins de Paris en 1828, l'Académie de médecine en 1833, l'association de prévoyance des médecins de Paris en 1834, ont été unanimes pour la renouveler. Parmi les documens adressés au congrès, et ce qu'on pourrait appeler nos cahiers, un grand nombre des sociétés ou associations médicales répètent encore le même vœu, et une telle persistance est tout d'abord de nature à faire une profonde impression.

On fait valoir d'ailleurs en faveur de cette innovation des raisons qui ne sont pas de peu de poids. Il ne faudrait pas, si une doctrine exclusive quelconque venait à prévaloir dans un corps enseignant, que le professeur fût en quelque sorte juge et partie, et qu'un élève fût obligé d'abandonner ses convictions peut-être pour ne pas se trouver en butte avec son examinateur. Et si le candidat, trop docile encore à la parole du maître, se laissait dériver vers des théories par trop systématiques, n'y aurait-il pas un réel avantage pour lui à rencontrer de bonne heure des contradicteurs propres à le remettre sur le droit chemin, dans des juges exempts de préoccupations théoriques et à qui la pratique a révélé la vanité des systèmes? La composition plus variée du jury garantit également d'un autre écueil : des interrogateurs qui sont toujours les mêmes ne tardent pas à se faire une habitude des mêmes interrogations, et ce cercle habituel une fois connu, l'élève n'étudie plus l'examen, il étudie l'examinateur. On rappelle aussi que quelques juges d'une autre époque étaient tombés dans ce travers facile de s'écouter eux-mêmes avant d'écouter les élèves, et d'allonger si bien les demandes qu'il ne restait plus de temps pour les réponses. Enfin, même de nos jours, malgré des améliorations que tout le monde se plaît à reconnaître, tout

le monde convient également qu'il y a encore bien des examens trop peu sévères, bien des réceptions trop indulgentes; et l'on espère, en introduisant un nouvel élément dans le jury, lui rendre plus de fermeté et de vigueur. Ainsi, l'intérêt des candidats d'une part, l'intérêt des bonnes et fortes études de l'autre, enfin l'intérêt même du corps enseignant, qui se trouverait ainsi déchargé en partie d'une lourde responsabilité, telles sont les raisons qui militent en faveur de l'innovation proposée. Et pourquoi n'ajouterait-on pas qu'en amenant des rapports plus fréquens entre les professeurs, parfois trop enclins à sacrifier aux théories, et les praticiens parfois trop oublieux des doctrines et trop insoucieux des progrès de l'art, il n'y aurait pas bénéfice pour tous, ces tendances opposées se balançant et se corrigeant l'une par l'autre? Pressée par tous ces motifs, Messieurs, votre commission n'a pas hésité à décider en principe, par un vote presque unanime, qu'il serait désirable de pouvoir composer le jury de professeurs et de praticiens.

Mais pour que les meilleurs principes portent leurs fruits, il faut qu'ils soient réalisables; il faut que leur application n'entraîne pas des inconvéniens égaux ou peut-être supérieurs à leurs avantages; il faut surtout que des essais prématurés, en bouleversant de fond en comble une institution dont, après tout, l'on n'a pas eu trop à se plaindre, ne viennent pas compromettre par leurs fâcheuses conséquences l'institution nouvelle qui donne de si légitimes espérances pour l'avenir.

Or, et dès qu'il s'est agi de passer à la question d'application, les meilleurs esprits se sont trouvés divisés; et vous ne serez pas surpris, Messieurs, que votre commission se soit trouvée profondément divisée elle-même. En effet, le principe admis, jusqu'où l'étendra-t-on de prime abord? Le concours des praticiens sera-t-il réclamé pour tous les examens, ou pour quelques-uns, ou seulement pour la thèse? Les nouveaux examinateurs interrogeront-ils comme les autres; ou bien, personnages muets durant l'examen, seront-ils réduits au droit de suffrage? En quel nombre se fera l'adjonction? Ces fonctions seront-elles rétribuées ou non? Les absens seront-ils condamnés à une amende?

Il y a eu une question, messieurs, sur laquelle nous sommes rapidement tombés d'accord, celle de la thèse. Ici l'adjonction était plus pressante que pour les premiers examens; car pour ceux-ci, l'élève est encore élève, et l'on peut à toute force le laisser aux mains de ses professeurs; tandis qu'à la thèse, les professeurs n'ont plus rien à lui apprendre : il les quitte, en quelque sorte, en portant ses regards ailleurs; il demande à entrer dans le corps médical, et le corps médical a tout intérêt à connaître, à juger le nouveau membre avant de lui ouvrir ses rangs. Avec l'adjonction, cet acte de la thèse, aujourd'hui le plus insignifiant de tous, reprendra le rang et l'éclat qui lui appartient; le candidat, en face d'un aréopage agrandi, sentira le besoin de se fortifier davantage; les thèses en seront meilleures, et d'ailleurs ne sera-ce pas quelque chose d'heureux pour un jeune médecin, à son début, de trouver cette occasion de se faire connaître et apprécier par ses confrères, chose aujourd'hui si difficile et qui exige tant de travail et de temps. Ainsi, quant à la thèse, votre commission n'a vu dans cette mesure que des avantages sans mélange, et elle vous propose formellement l'adjonction des praticiens.

En quel nombre devront-ils entrer dans le jury? Nous n'avons pas voulu qu'ils fussent en nombre supérieur aux membres de la Faculté; car nous rejetons toute idée de défiance envers ces derniers; nous ne revendiquons qu'un droit légitime. Nous n'avons pas voulu qu'ils fussent en nombre inférieur; il fallait que des deux élémens l'un ne fût pas assez fort pour opprimer l'autre. L'égalité nous a paru satisfaire aux droits et aux intérêts de tous.

Par ce même motif, nous vous proposerons de décider que vos représentans auront, comme les professeurs, le double droit d'interrogation et de vote; toute espèce d'infériorité ne nous a paru ni juste, ni convenable.

Mais lorsque de la thèse on remonte aux premiers examens, alors les avantages décroissent et les inconvéniens augmentent. Disons même tout de suite que pour les sciences accessoires, la chimie, la physique, la botanique, votre commission s'est trouvée aussi bien d'accord que pour la thèse, quoique dans un autre sens, et elle n'a pas hésité à reconnaître qu'il valait mieux laisser cet examen aux Facultés. La discussion s'est trouvée ainsi réduite aux quatre derniers examens actuels ou à ceux qui pourraient les remplacer à l'avenir.

Vous avez entendu, Messieurs, les raisons qui militent en faveur de l'adjonction; voici celles qu'on a fait valoir contre. Elles sont de deux sortes : matérielles et morales.

La première se tire de la difficulté, de l'impossibilité peut-être, dans le nouveau système, d'assurer le service des examens. Je m'explique.

Il y a à Paris huit cents élèves et plus d'un millier d'actes probatoires par année. Le service du jury est assuré par les vingt-six professeurs d'une part et les vingt-quatre agrégés de l'autre. Afin d'éviter les absences, et aussi afin d'éviter les retards, tout agrégé qui dépasse le quart d'heure de grâce encourt une amende de 30 fr. Cette pénible tâche des examens rapporte environ 800 fr. à chaque agrégé, 200 fr. par trimestre; naturellement, plus on leur adjoindra de collaborateurs, plus les émolumens baisseront. Ils seront bien moindres encore pour les praticiens de la ville, qui ne sauraient accepter un service aussi actif que celui des agrégés; et dès lors, qui garantira contre les retards et les absences? Or, à la fin de l'année surtout, une absence fait manquer un acte, et un acte manqué renvoie un malheureux candidat à l'année suivante et entraîne une perte de temps et d'argent dont les familles supportent avec douleur le poids inattendu.

On a bien dit que les praticiens choisis par leurs confrères se trouveraient assez flattés d'un tel honneur pour accepter avec empressement les charges correspondantes; qu'ils ne demanderaient pas même d'émolumens, et qu'il n'y aurait pas lieu de leur appliquer les amendes. Tout en reconnaissant ce qu'il y a de vrai dans ces assertions, il faut cependant avouer aussi que les hommes sont hommes; que ces examens multipliés jusqu'à deux, trois et quatre chaque jour, constituent le labeur le plus ingrat et le plus fastidieux qu'on puisse imaginer; que les praticiens ont des nécessités de profession qui les commandent, et que si des agrégés payés à 200 fr. par trimestre, malgré l'amende énorme qui les menace, ont quelquefois des empêchemens plus puissans encore que cette amende. Il n'est pas possible de répondre de l'assiduité, de la ponctualité constante et absolue de praticiens occupés, et que rien ne dédommagerait des plus belles heures de leur journée perdue.

Mais les considérations les plus fortes, et qu'on a surtout fait valoir, se tirent du danger de livrer à l'instant, et sans essai préalable, les examens les plus importans à des interrogateurs peu expérimentés. Quels sont parmi les médecins voués depuis un certain temps à la pratique ceux qui oseraient entreprendre un candidat sur les détails minutieux de l'anatomie, de la physiologie, de la matière médicale, de la médecine légale? Même pour les parties de l'art les plus rapprochées de la pratique, la pathologie interne et externe, il y a un talent d'interroger qui n'est pas donné à tous et qui ne s'acquiert que par l'expérience. On ne s'improvise pas professeur; on ne s'improvise guère mieux interrogateur. Les hommes les plus compétents en pareille matière savent bien, et les élèves l'apprennent quelquefois à leurs dépens, combien c'est un art difficile de poser nettement une question, de la faire pénétrer dans l'esprit du candidat, de le ramener quand il s'égare; de faire dans les réponses douteuses la part de l'ignorance et celle de la timidité. Si des professeurs mêmes, vieillis sous le harnais, laissent quelquefois à désirer sous ce rapport, que sera-ce de nouveaux venus, brusquement investis d'une fonction qu'ils n'ont jamais exercée? Enfin, même pour les examens cliniques, où leur introduction semblerait particulièrement avantageuse, n'est-il pas à craindre qu'ils argumentent parfois à armes inégales contre des candidats d'élite, rompus aux plus délicates applications de la mensuration, du sthéthoscope, du plessimètre? C'est là ce qui fait briller un élève, et ce n'est pas là ce qui distingue le plus un praticien; l'art de démêler et de saisir les indications fugitives, le tact médical, comme on dit, voilà ce qui est le fruit d'une longue expérience, et sur quoi le candidat, attendu surtout le peu de temps accordé pour l'examen au lit du malade, pourra être le plus difficilement jugé.

Et après tout, que reproche-t-on au système actuel? Quelques erreurs, une indulgence parfois trop grande; choses qui ne tiennent pas aux institutions, mais aux hommes. Certains professeurs ont leur système; chaque praticien ne caresse-t-il pas aussi un peu le sien? Il est des juges trop indulgens; les nouveaux juges seront-ils tous constamment sévères? Les sollicitations qui prennent d'assaut le cabinet du professeur ne s'arrêteront pas devant la porte du praticien.

Je viens, messieurs, de vous exposer le pour et le contre; il y a de bonnes raisons des deux côtés; des deux côtés il y en a de faibles. Ce qui a particulièrement frappé la majorité de votre commission, c'est le péril d'une révolution prématurée : elle a pensé que l'innovation appliquée à la thèse montrerait bien vite ce qu'on peut légitimement en espérer ou en craindre; en un mot, elle a voulu une expérience préliminaire, qui elle-même lui a paru sans danger. Ainsi donc, réunie sur la question de principe, divisée sur l'application, elle a rejeté les adjonctions pour tous les examens autres que la thèse, mais seulement pour cause d'inopportunité actuelle, et faisant toutes réserves pour l'avenir.

Maintenant, Messieurs, pour l'adjonction à la thèse, comment sera organisée cette portion du jury prise en dehors du corps enseignant officiel? La question nous a paru facile à résoudre. Vous aurez prochainement à voter sur l'organisation d'associations médicales, et quel que soit le nom que vous leur donnerez, elles embrasseront toujours nécessairement le corps médical de la cité; elles auront leur conseil ou leur bureau pour les représenter. Nous avons la ferme confiance que le congrès dotera enfin notre profession de cette grande et forte institution si impatiemment attendue. Ce sera donc le collége médical de Paris qui nommera lui-même ses représentans, et ainsi à Montpellier, ainsi à Strasbourg. Ce principe une fois posé, le reste est purement réglementaire.

C'est ainsi, Messieurs, que votre commission a débattu et résolu la plus difficile sans doute des questions dont elle avait été chargée; cependant, en laissant les examens aux professeurs et aux agrégés, pouvait-elle dire avec sécurité que le mode actuellement suivi offre des garanties suffisantes? A part quelques imperfections de détail que l'expérience corrige de jour en jour, nous devons dire que depuis la création des Facultés nouvelles, jamais les examens n'ont été mieux disposés pour s'assurer de la capacité des élèves. Il y a déjà trois épreuves essentiellement pratiques : la préparation anatomique, les opérations sur le cadavre et les épreuves cliniques. Nous espérons que l'on ne s'arrêtera pas dans cette voie, et que, dans les examens de chimie, de toxicologie, d'accouchement, on arrivera à faire exécuter aux candidats des préparations, des expériences, des manœuvres : la commission vous proposera même d'émettre un vœu formel à cet égard.

Il y a quelques améliorations purement réglementaires, qui ne méritent pas sans doute qu'on les soumette au vote du congrès, mais que la commission a jugé utile de consigner brièvement dans ce rapport. Dans l'examen clinique, le candidat est obligé de faire une composition écrite en latin sur une question de pathologie. Le choix du latin, en cette circonstance, nous a paru malheureux, le choix de la question plus malheureux encore; et il serait à désirer que, conformément à ce qui se passe dans les concours du bureau central, cette composition fût remplacée par une consultation écrite en français sur l'un des malades soumis à l'exploration de l'élève.

Nous voudrions cependant réserver une petite place au latin dans l'examen sur la matière médicale et la posologie. Il est souvent bien important qu'une formule demeure secrète pour le malade, et ne soit point écrite dans la langue usuelle. Les candidats auraient donc à tracer quelques formules en latin.

Enfin, Messieurs, en même temps que nous désirons tous donner aux examens une couleur de plus en plus pratique, il nous a paru essentiel de réserver un dernier examen sur les questions générales, aujourd'hui trop oubliées dans nos écoles. Le congrès nous avait tracé la voie à cet égard; nous ne faisons que compléter une des décisions qu'il a déjà prises. Vous avez voté l'établissement d'une chaire d'histoire et de philosophie de la médecine, et vous n'avez pas voulu qu'elle fût un ornement inutile. Par les raisons qui ont déterminé le congrès, et qu'il serait superflu de reproduire, nous vous proposons d'exprimer le vœu qu'avant la thèse, tout candidat soit soumis à un examen spécial sur l'histoire et la philosophie médicales.

En résumé, voici les conclusions que la commission a l'honneur de vous proposer.

CONCLUSIONS. — 1° Pour l'argumentation de la thèse, le jury sera composé en nombre égal : 1° d'examinateurs nommés par la Faculté; 2° d'examinateurs pris en dehors par la Faculté.

2° Cette deuxième partie du jury sera nommée par le collége médical de la ville où siégera la Faculté.

3° Le congrès, tout en reconnaissant des améliorations apportées dans le mode

suivi pour les examens, émet le vœu qu'ils soient rendus de plus en plus pratiques.

4° Le congrès exprime le vœu qu'après l'examen clinique et avant la thèse, tout candidat soit soumis à un examen spécial sur l'histoire et la philosophie médicales.

Sur la première proposition de la commission, le *statu quo* a été vivement défendu par MM. Landouzy, Tardieu, Barguières, Marchat (de Calvi) et Fleury. Plusieurs amendemens tendant à annuler ou à modifier la proposition ont été successivement rejetés. Le premier, présenté par M. Landouzy, et consistant à demander le maintien du mode d'examen actuel, n'a point été appuyé. Le second, présenté par M. Tardieu, et conçu en ces termes : « Lors de l'argumentation de la thèse, sept docteurs en médecine assisteront le jury d'examen, exclusivement composé de membres du corps enseignant », a été rejeté. A été également rejeté un amendement de M. Bérigny, formulé ainsi : « Adjoindre aux examinateurs trois praticiens qui n'auraient que *voix consultative*. »

L'article de la commission, chaleureusement soutenu par le rapporteur et par MM. Ferrus et Forget (de Strasbourg), a été adopté.

Les deux propositions suivantes, complétant la première, ont été adoptées presque sans contradiction.

M. Amussat a proposé, sur la quatrième conclusion, qu'on ajoutât aux matières du cinquième examen les opérations sur les animaux vivans. Cette proposition n'a pas été appuyée.

Malgré l'avis de M. Forget (de Strasbourg) et de M. Magne, que l'histoire et la philosophie médicales ne fissent point l'objet d'un examen spécial, l'article de la commission a été adopté.

En conséquence, l'assemblée a adopté sans modification les conclusions de la commission.

(*La fin au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DU PROFESSEUR LALLEMAND; publiée par M. HERMANN KAULA, son élève particulier. Tome Ier; première partie. Un vol. in-8°. — Paris, 1845, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 4.

Aucun secours n'a été négligé par M. Kaula pour rendre son œuvre digne du maître dont il a entrepris d'y reproduire les doctrines et la pratique. Non content d'avoir suivi pendant plusieurs années M. Lallemand dans son service d'hôpital et dans ses visites ou consultations particulières, il a encore pris soin de rassembler tout ce que d'autres avant lui avaient déjà publié sur les divers points que l'ex-professeur de Montpellier a éclairés des vives lumières de son esprit à la fois ingénieux et positif. Cependant, au milieu de ces matériaux surabondans, il fallait faire un choix; car si le professeur de clinique est tenu d'enseigner aux élèves tout ce qui est acquis à la science sur les cas qui se présentent à leur observation, on s'exposerait à d'incessantes et fastidieuses répétitions si l'on voulait sténographier fidèlement un cours de cette espèce, quel que fût d'ailleurs le mérite du professeur. M. Kaula s'est donc attaché à réunir ici de préférence celles des vues du savant chirurgien qui n'ont été jusqu'ici qu'incomplètement livrées à la publicité, à reproduire surtout les cas insolites, remarquables par des succès difficiles ou par des accidens inattendus, afin de faire connaître de nouveaux points de vue pratiques ou de mettre en garde les médecins contre des circonstances insidieuses.

La première partie, la seule qui ait encore paru, contient les idées du professeur sur trois sujets importans: les affections vénériennes, les rétrécissemens de l'urètre, les affections de la prostate. Essayons de donner en quelques mots au lecteur un aperçu de la manière dont le livre est conçu: nous n'avons point la prétention de l'analyser, car une bonne clinique est peut-être ce qui s'analyse le moins.

1° *Affections vénériennes.* Comme tous les praticiens à longue expérience, M. Lallemand s'est souvent rencontré en face de maladies qui, par leur siége seul, semblaient échapper à la syphilis, mais dont le succès d'un traitement spécial est venu ensuite démontrer la véritable nature. Un grand nombre de ces cas intéressans sont ici relatés, et l'on n'aura garde de les trouver trop multipliés si l'on considère que chacun de ces exemples peut épargner au médecin la responsabilité d'une erreur ou d'un revers.

Parmi une foule de remarques d'une haute importance sur le choix à faire entre les divers agens anti-syphilitiques et sur la méthode à suivre dans leur administration, nous avons particulièrement distingué l'observation suivante. Ces remèdes, quand ils sont poussés trop loin, peuvent quelquefois, en vertu même de leur propriété *spécifique*, faire reparaître à la fin du traitement quelques-uns des symptômes qu'ils avaient d'abord guéris. M. Lallemand en cite plusieurs cas; « Mais lorsqu'on voit, dit-il, à la suite d'un traitement trop énergique ou trop prolongé, survenir de nouveaux symptômes analogues à ceux qui avaient disparu, il faut bien se garder d'en conclure que le virus n'a pas été déraciné, qu'il sévit avec une nouvelle activité, comme sont disposés à le croire ceux qui n'ont pas une expérience suffisante de cette maladie. Ces nouveaux symptômes n'indiquent pas une rechute, mais une action exagérée des agens employés; jamais une *récidive* ne survient *à la fin* d'un traitement antivénérien énergique et prolongé: elle ne se déclare que longtemps après la cessation de toute médication. Au reste, on a bientôt la preuve que cette exaspération n'est due qu'à une espèce d'intoxication de l'économie, quand on voit le repos, les bains, les antiphlogistiques dissiper tous les accidens. »

Dans ce même chapitre, où il y a tant à louer, tant à imiter, nous trouverions cependant quelques idées moins faites pour recevoir l'approbation générale. Ainsi M. Lallemand croit à l'existence d'une blennorrhagie virulente sans chancre du canal; ainsi il admet la possibilité de symptômes consécutifs chez un malade n'ayant eu qu'une blennorrhagie; il recommande formellement la circoncision comme méthode générale dans le cas de phymosis causé par des chancres sous le prépuce. — Sur ces divers points, le suffrage du public sera moins facilement acquis aux idées de l'illustre chirurgien, et pour le convertir à ces doctrines, ce n'eût pas été trop, nous le pensons, des développemens qu'il eût pu donner lui-même à leur exposition.

2° *Rétrécissemens de l'urètre.* L'habileté de M. Lallemand dans la pratique de cette spécialité est si généralement appréciée, que tout éloge de notre part serait une répétition superflue. Nous dirons seulement que le secret de ses succès est ici largement mis à la portée des lecteurs. L'abondance avec laquelle sont intercalés les faits particuliers aide puissamment à la clarté de ces confidences. Dans une affection si variable par sa forme, son siége, sa nature, ses complications, chaque nouveau cas demande presque une application spéciale; et pour n'être pas pris à chaque instant au dépourvu, le médecin a surtout besoin de rassembler et d'accumuler sans cesse observations sur observations dans sa mémoire. Sous ce rapport, la clinique de M. Lallemand offre aux praticiens un secours qui ne leur fera que rarement défaut dans l'occasion.

C'est principalement au sujet des principes de traitement que le professeur multiplie les détails instructifs. Aucune méthode, selon lui, ne convient d'une façon exclusive: toutes peuvent être utiles dans des circonstances données; aucune ne doit être rejetée d'une manière absolue. Pour les cas simples, M. Lallemand adopte le procédé par *dilatation rapide.* Voici comment il l'exécute. Quelle que soit la forme, la nature, la dimension de l'instrument introduit pour la première fois dans la vessie, on le laissera en place pendant 7 à 8 heures, ou même pendant toute une journée, pour frayer la voie; si c'est une sonde métallique qui a d'abord été employée, celle de gomme élastique qu'on lui substitue ne doit pas être d'un calibre plus fort à cause de la difficulté plus grande que présente toujours son introduction. Le rétrécissement comprimé s'affaisse, se dégorge, et après 7 à 8 heures de séjour, cette sonde peut être facilement remplacée par une autre d'un numéro plus fort; toutefois, avant de retirer celle qui est en place, on s'assurera toujours qu'elle est bien mobile dans le rétrécissement en la poussant et la retirant un peu; si elle ne joue pas librement, elle sera laissée quelques heures de plus. En procédant ainsi, on parvient ordinairement, dans l'espace de trois à quatre jours, à passer dans le canal la plus grosse sonde que ce conduit puisse supporter. Chaque nouvelle introduction d'une sonde plus forte est même plus facile et moins douloureuse que les précédentes.

3° *Affections de la prostate.* C'est là, sinon le plus important, du moins le plus original des chapitres du livre. M. Lallemand passe tour à tour en revue les abcès de la prostate, dont il indique les divers modes de terminaison et le traitement; puis la prostatite, qu'il divise en folliculeuse et celluleuse ou phlegmoneuse; enfin les affections chroniques de cette glande, notamment l'engorgement, dont le traitement, selon lui, consiste surtout dans la compression opérée par l'introduction fréquemment réitérée de sondes volumineuses qu'on laisse quelquefois à demeure.

Dans l'impossibilité d'accompagner plus loin l'auteur, nous terminons non sans recommander toutefois encore à l'attention des praticiens l'opération par laquelle il a pu, en fendant la prostate comme dans la taille bilatérale, vider un foyer de suppuration formé dans cette glande et obtenir le recollement de ses parois désorganisées.

VARIÉTÉS.

FUNÉRAILLES DE BICHAT.

Ainsi que nous l'avions annoncé, dimanche 16 du courant a eu lieu la cérémonie de la translation des restes de Bichat. A 8 heures du matin la commission permanente du congrès médical, chargée de présider à cette cérémonie, s'est rendue à l'ancien cimetière Sainte-Catherine, au lieu où la sépulture de Bichat était indiquée par une pierre tumulaire. Là en présence du frère et du neveu de Bichat et de quelques médecins spontanément accourus pour être témoins de cette touchante cérémonie, on a procédé à l'exhumation, dont on trouvera les détails ci-après dans le procès-verbal dressé par la commission. Les restes de Bichat, placés sur un riche corbillard, ont été transportés à Notre-Dame, escortés de toutes les personnes présentes à l'exhumation. Le cortége est arrivé à 11 heures aux portes de la métropole, où était réuni un concours immense de membres du corps médical et d'élèves des écoles. Après la cérémonie funèbre, qui a été exécutée en grande pompe, le cortége s'est dirigé à 2 heures vers le cimetière du Père-Lachaise. Le deuil était conduit par le frère de Bichat. Les coins du poêle étaient tenus par M. Serres, membre de l'Institut, président du congrès médical; M. Roux, professeur à la Faculté de médecine; M. Caventon, président de l'Académie de médecine; M. Beau, professeur agrégé; M. Gillette, président de la société médicale d'émulation, et M. Rigal (de Gaillac), l'un des secrétaires du congrès. En tête du cortége marchaient les membres de la commission permanente, des membres de l'Institut, de l'Académie de médecine et de la Faculté de médecine; puis suivaient en foule les médecins de Paris et des provinces, membres du congrès, et les élèves des écoles. Parmi quelques notabilités étrangères à la médecine, nous avons remarqué M. le comte de Rambuteau, préfet de la Seine, M. Dupin aîné et quelques membres du conseil général des hôpitaux. Cet immense cortége, après avoir suivi dans un recueillement religieux les quais, la place Saint-Germain-l'Auxerrois, la rue Saint-Honoré, la place des Victoires, la rue Montmartre et les boulevarts, est arrivé à quatre heures au cimetière du Père-Lachaise. Là, tous les assistans se sont formés en cercle autour de la tombe qui allait recevoir les précieux restes du grand anatomiste, pour entendre les derniers adieux exprimés au nom de toute une génération médicale.

Des discours ont été prononcés par M. Serres, au nom du congrès; par M. Gillette, au nom de la société médicale d'émulation, dont Bichat était membre et fondateur; par M. Roux, ancien élève et ami de Bichat; par M. Rigal (de Gaillac), au nom des médecins des départemens; par M. Souberbielle, contemporain de Bichat; par M. Beau et M. Tournié, ses compatriotes, et par M. Leblanc, au nom des médecins vétérinaires. Nous les reproduirons textuellement.

PROCÈS-VERBAL D'EXHUMATION DES RESTES DE BICHAT, LU A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DANS LA SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1845; par M. RIGAL (de Gaillac).

L'an mil huit cent quarante-cinq et le seize novembre, à huit heures du matin, la commission du congrès médical de France, chargée de présider à l'exhumation des restes de Xavier Bichat, et à leur translation dans le cimetière de l'Est, où le conseil municipal de la ville de Paris a fait concession à perpétuité d'un terrain destiné à recevoir ces restes, après avoir obtenu de M. le ministre de l'intérieur, comte Duchâtel, de M. le pair de France, préfet de la Seine, comte de Rambuteau, et de M. le pair de France, préfet de police, Gabriel Delessert, toutes les autorisations à ce nécessaires, procédant en présence de M. Bouthon, commissaire de police du quartier du Jardin-des-Plantes, s'est réunie dans l'enceinte de l'ancien cimetière de Sainte-Catherine, au lieu de Clamart. Étaient présens :

MM. Roux, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, officier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, membre de l'Institut (Académie royale des sciences) et de l'Académie royale de médecine. etc., etc.;

Devilliers, membre de l'Académie royale de médecine;

Cornac, médecin en chef de l'hôtel royal des Invalides, officier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine, etc., etc.;

Baron Larrey, professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, chevalier de la Légion-d'Honneur, vice-président de la Société médicale d'émulation;

Battaille, président de la Société médico-pratique de Paris;

Blatin, secrétaire de la Société médicale d'émulation;

Malgaigne, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'ordre du mérite militaire de Pologne, membre de la Société de chirurgie de Paris;

Amédée Latour, secrétaire général du congrès médical;

Richelot, membre de la Société de médecine du département de la Seine, secrétaire général de la Société médico-pratique de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur;

Caffe, secrétaire général de la Société médicale d'émulation, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur;

Beau, médecin au Bureau central;

Latil de Thimécourt, de Trévoux;

Bérond, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nantua, tous trois délégués du corps médical du département de l'Ain;

Vée, pharmacien, maire du cinquième arrondissement de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur;

Fournier, professeur d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine de Besançon, délégué de la Société de médecine de la même ville;

Miquel, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*, chevalier de la Légion-d'Honneur;

Dubail, pharmacien;

Rigal, chirurgien en chef de l'hôpital de Gaillac (Tarn), chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'ordre du Christ de Portugal, membre correspondant de l'Académie royale de médecine;

Et Labarraque, vice-président de la Société médico-pratique de Paris;

Ces deux derniers spécialement chargés, comme secrétaires de la section de médecine, de dresser, au nom du congrès médical de France, le procès-verbal d'exhumation.

La commission avait fait prévenir les membres de la famille de Bichat qui résident à Paris. Se sont présentés :

MM. Bichat (Pierre-Jean-Baptiste-César), âgé de 70 ans, frère puîné de Xavier Bichat;

Bichat (Hector), âgé de 38 ans, fils de Pierre-Jean-Baptiste-César Bichat;

Adet de Roseville, médecin-adjoint de Saint-Lazare, époux de dame Olympe Bichat, fille de Pierre-Jean-Baptiste-César Bichat;

Culliéron de Lacour, époux de dame Marie-Rose-Félicie Bichat, fille de Pierre-Jean-Baptiste-César Bichat.

MM. les docteurs Sanson (Alphonse), agrégé de la Faculté de médecine de Paris; Garnier, médecin-adjoint de l'hôpital militaire de Versailles; Morel-Lavallée, membre de la Société de chirurgie de Paris; Cloquet (Ernest), prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, se trouvaient sur les lieux.

M. le docteur DEVILLIERS a conduit les membres de la commission vers une enceinte formée d'un treillis de bois ayant un mètre de large sur deux mètres de long et s'appuyant par une de ses extrémités contre le mur est du cimetière Sainte-Catherine. On y voit une pierre sépulcrale verticalement posée, sur la face de laquelle se lit l'inscription suivante : *A Xavier Bichat, par les membres de la Société d'instruction médicale.* Une couronne d'immortelles appendue au mur, des vases de fleurs, témoignent que le modeste tombeau n'a pas cessé d'être l'objet d'un culte pieux.

La pierre et le treillis étant enlevés, les fouilles ont commencé à huit heures et demie précises du matin, et ont été poussées jusqu'à la profondeur d'un mètre soixante-dix centimètres. Là se sont trouvés les débris d'un cercueil. Les talus du terrain présente deux couches bien distinctes : la supérieure, épaisse de soixante-dix centimètres, est humide et assez meuble; l'inférieure, épaisse d'un mètre, est fortement tassée, d'une sécheresse remarquable, et paraît mêlée de matières calcaires. Les recherches sont ici devenues attentives et minutieuses. Bientôt elles ont amené la découverte d'un squelette dans le plus bel état de conservation, et disposé de telle sorte que les pieds touchaient au mur, les parties supérieures du corps étant tournées vers le cimetière.

Tous les os du tronc sont assemblés selon leur articulation naturelle et leur superposition régulière. Cette remarque s'applique spécialement à la colonne épinière, et plus particulièrement encore aux sept vertèbres du cou, dont l'intégrité est parfaite. Il en est de même des extrémités thoraciques et pelviennes. L'attitude générale est celle d'un cadavre enfermé dans sa bière, couché sur le dos, les jambes allongées, les bras etendus sur les côtés. La tête manque. Vainement une fouille de quarante centimètres de rayon a été faite de côté et d'autre et dans la profondeur du sol pour la retrouver. Alors est intervenu M. le professeur Roux, lequel a déclaré que, par des circonstances inutiles à rappeler dans cet acte, il était devenu possesseur de la tête de Bichat trois ans après la mort de celui-ci. M. Roux nous a représenté cette tête, en faisant remarquer les particularités suivantes : 1° une fracture à l'os occipital, fracture qu'il produisit lui-même lors de l'autopsie de Bichat; 2° l'oblitération des alvéoles de la première grosse molaire supérieure gauche et de la première grosse molaire supérieure droite, que Bichat avait fait arracher dans les derniers temps de sa vie, après en avoir beaucoup souffert, comme il le dit lui-même à l'article *Dents* de son *Anatomie générale*; 3° le rapport parfait des condyles de l'occipital avec les condyles de l'atlas découverts dans la fosse : toutes circonstances qui établissent, de manière à ne laisser aucun doute, que la tête présentée par M. Roux est celle de Bichat, et que le squelette découvert au-dessous de la pierre tumulaire du cimetière Sainte-Catherine est aussi le squelette de Bichat.

M. Malgaigne avait disposé dans un cercueil de chêne, selon l'ordre anatomique, tous les ossemens au fur et à mesure de leur exhumation. M. Roux a complété le corps de Bichat en lui restituant, de ses mains, la tête qui en était séparée depuis quarante ans.

Cela fait, la commission a déposé à côté de Bichat une branche de laurier et au-dessus de sa tête la couronne d'immortelles qu'elle avait trouvée suspendue près de la pierre tumulaire. Le tout a été couvert de son et enveloppé du linceul; puis le couvercle du cercueil, surmonté d'une plaque de plomb portant la date de la mort de Bichat et celle de son exhumation par le congrès médical, a été solidement vissé; enfin à l'heure de midi moins un quart, le cercueil a été placé sur un char funèbre pour être conduit à l'église métropolitaine Notre-Dame.

De tout quoi nous avons dressé le présent procès-verbal pour être déposé en original dans les archives du congrès médical de France, et copie authentique en être remise à M. le professeur Roux, pour lui servir selon que besoin serait.

Fait à Paris, le dix-sept novembre mil huit cent quarante-cinq, d'après les notes prises la veille sur les lieux.

Et ont signé les membres présens.

DISCOURS DE M. SERRES.

Messieurs et très-chers confrères.

Après quarante-deux ans de repos, nous venons retirer cette noble poussière de la demeure obscure où l'avait déposée la piété religieuse de ses disciples. Le Panthéon de l'Est la réclame, la France médicale tout entière l'accompagne.

Ce n'est ni à un puissant de la terre, ni à un illustre guerrier que s'adresse cet hommage éclatant. C'est à Bichat, médecin modeste de l'Hôtel-

Dieu, dont le génie offrit un appui tutélaire à l'humanité souffrante et auquel, après un demi-siècle de méditation, l'humanité vient offrir une couronne de reconnaissance.

Sans le concours du congrès médical de France, nulle voix n'eût été assez puissante, Bichat, pour te faire parvenir ses accens! Puissent mes faibles paroles s'élever jusqu'à toi! Puissent-elles être entendues des Desault, des Corvisart, des Laënnec, des Dupuytren, des Béclard, des Portal, des Broussais, des Meckel, des A. Cooper, des Larrey, des Breschet qui t'entourent et se pressent autour de toi dans un moment si solennel.

Ils te diront, ces illustres émules, avec quel enthousiasme la médecine française reçut et adopta les principes nouveaux et féconds que ton génie venait de lui dévoiler! Pour la première fois et par une action spontanée et unique dans les annales de la science, l'école se tut devant toi. Elle dépouilla ses armes rouillées dont elle reconnut l'impuissance. Elle fit taire sa maxime d'esclave: *Ipse Dixit*, (le maître l'a dit), avec laquelle elle cherche toujours et partout à imposer silence à la vérité et à la raison.

La liberté de la pensée fut conquise pour toujours à la médecine, et pour toujours elle assura sa marche en s'appuyant, selon tes préceptes et ton exemple, sur l'anatomie et la physiologie. Au nom de l'humanité, Bichat, la médecine de France te félicite et te remercie de cette conquête.

L'esprit vivifie la science, avait dit notre grand maître Hippocrate il y a déjà trois mille ans. Platon l'enseigna à Aristote; Galien l'apprit aux médecins de l'ancienne Rome; Harvey, Sydenham et Boerhaave aux écoles étonnées du dix-septième siècle.

C'est à l'ombre de cette haute philosophie, qui soumet la matière à l'intelligence, que se sont élevées toutes les sciences naturelles, et que toutes se sont pressées autour de la médecine, leur mère commune, pour lui apporter le fruit de leurs veilles et de leurs efforts! Pensée sublime et profonde de vérité que le congrès médical a accueillie de ses acclamations unanimes quand, sympathisant à ses travaux, notre ministre de l'instruction publique l'a proclamée à notre tribune.

C'est par là, Bichat, c'est par la consécration de cette haute philosophie médicale que tu fermas dignement le dix-huitième siècle, et que tu ouvris avec tant d'éclat le dix-neuvième! C'est elle qui entoure tes écrits d'une auréole d'immortalité! c'est elle qui porte la lumière dans nos routes quelquefois si ténébreuses! c'est elle enfin qui, au lit des malades, éclaire et fortifie nos consciences.

Tu étais avec nous, au milieu de nous, Bichat, quand aux accens d'une voix éloquente les mille voix du congrès prononcèrent le vœu de la création d'une chaire de philosophie médicale dans nos Facultés. Ce cri de la conscience du premier concile médical de France est la plus éloquente de ses manifestations, toutes empreintes de cet esprit de sagesse et de force que la volonté des masses imprime à ses délibérations. Sa dernière t'appartenait, Bichat! Seule, cette grande et imposante solennité pouvait clore dignement un congrès qui avait inscrit sur son portique ces paroles qui trouveront de l'écho dans les cœurs de tous les médecins du monde :

Avant d'être confrères, nous sommes tous frères.

En nous séparant, Messieurs, et très chers confrères, recevez ces adieux de votre président.

Médecins, vous êtes l'élite de la génération présente, ainsi que vous l'a dit avec tant d'éloquence, avec tant de dignité, un ministre éminent. Avant d'être revêtus de votre sacerdoce, seuls en France vous donnez à la société la garantie des lettres, seuls vous donnez à la société la garantie des sciences. Lettres et sciences, voilà votre entrée dans le monde, voilà les symboles du rang que vous y occupez.

Délégués des départemens, portez à nos confrères l'impression si profonde et si majestueuse de nos séances et de nos délibérations. Portez à nos confrères des départemens l'expression des sentimens qui aujourd'hui encore nous animent autour de la tombe d'une des premières illustrations scientifiques du dix-neuvième siècle.

DISCOURS DE M. GILLETTE.

Messieurs,

Si, après la voix imposante que vous venez d'entendre, j'ose prendre la parole, c'est comme interprète de la Société d'émulation de Paris, qui doit à Bichat, son fondateur, un hommage solennel.

Il y a cinquante ans de nobles jeunes gens, nobles par la pensée, par leur amour pour la science, par leur dévouement à l'humanité, voulurent fonder une Société où ils pussent s'éclairer mutuellement, s'encourager et s'aider dans leurs travaux, s'animer, dans la recherche du vrai, d'une louable rivalité. A leur tête étaient Bichat et Larrey, tous deux destinés à une grande renommée, mais que le sort allait séparer. Celui-ci, au milieu des guerres les plus terribles, devait prolonger sa carrière; il devait vivre pour donner à la chirurgie un glorieux modèle, pour mériter l'estime du grand homme qui connut le secret des faiblesses de tant d'autres. Celui-là, usé par les veilles, consumé par le feu même de son génie, tombait bientôt dans toute la force de l'âge, mais aussi au champ d'honneur, sur les marches mêmes de l'hôpital où il consacrait sa vie aux pauvres malades.

Les voilà réunis de nouveau dans cette terre hospitalière, et par vos soins religieux, et par la reconnaissance de la ville de Paris.

C'est une sainte pensée, Messieurs, que celle qui rassemble ici ce nombreux concours d'hommes honorables accourus de nos villes et de nos campagnes. Après tant de travaux accomplis en si peu de temps, après ce mémorable dénombrement des forces médicales de la France, vous avez voulu que vos adieux se fissent autour d'une tombe; car la présence des tombeaux évoque toujours dans le cœur de l'homme de graves, de généreux sentimens. Et qui méritait mieux nos hommages que cet homme chez lequel, dit un de ses contemporains, les plus aimables qualités morales relevaient encore l'éclat du mérite? Vous honorez l'écrivain de génie qui embrassa la médecine dans son vaste ensemble, qui sut imprimer à l'observation une direction précise et lui faire une large part, mais sans vouloir réduire l'esprit humain à l'esclavage des sens; vous honorez aussi la franchise et la candeur de l'honnête homme, la sincérité du savant, la générosité et le dévouement du professeur, la constante sollicitude du praticien envers ses malades, la confiance et l'attachement du médecin envers ses confrères.

La mort après tant d'années a perdu tout ce qu'elle a d'amertume et de douleurs; elle n'a détruit que ce qu'il y a de moins regrettable, même chez l'homme supérieur. Que l'ame donc qui animait ces dépouilles se lève radieuse, car il est arrivé pour elle un grand jour. Qu'elle se réjouisse; ses désirs commencent à s'accomplir. Grâce à ce qu'ont semé nos pères, la récolte commence. Voici que les études anatomiques dont Bichat agrandit le domaine offrent aux générations actuelles des trésors qu'il n'eût osé espérer; voici que l'esprit d'association dont il ne put faire qu'un timide essai s'étend et domine; il pénètre chacun de nous, et entraîne jusqu'aux indifférens; nous avons compris enfin qu'il fait l'honneur et la force du corps médical.

DISCOURS DE M. ROUX.

Messieurs,

On a désiré qu'une seconde fois, après plus de quarante années passées, je prononçasse encore quelques paroles près du cercueil qui renferme les restes depuis si longtemps inanimés de notre Bichat. Je n'ai point décliné cet honneur, tout en sentant qu'à quelques égards la tâche eût été mieux remplie par d'autres que par moi; je l'aurais réclamé, au contraire, heureux de pouvoir, au milieu de l'élite du corps médical de la France, et dans la solennité imposante qui nous rassemble, exprimer toute mon admiration, toute ma reconnaissance pour Bichat, qui fut mon premier maître chéri, qui daigna m'associer à ses travaux, qui m'honora de son amitié, à qui j'ai toujours rapporté le peu que je vaux, le peu que j'ai pu faire, et que j'ai toujours cherché à prendre pour modèle dans ce que les hommes ont qu'on puisse imiter.

Mes premières paroles doivent être : grâces soient rendues aux dignes représentans de la France médicale qui, réunis en congrès, ont voulu couronner leurs travaux par une grande manifestation en faveur du plus grand physiologiste dont nous puissions nous honorer; grâces leur soient rendues pour s'être associés à un vœu depuis longtemps formé par les amis de la science, et pour avoir, par leurs soins, hâté le moment où les dépouilles mortelles de Bichat reçoivent une nouvelle sépulture. Ces dépouilles, elles gisaient dans une terre que lui-même, et pour les travaux qui l'ont tant illustré, avait tant de fois foulée; non loin, il est vrai, de celles de Desault, dont il avait été l'élève privilégié et le sincère admirateur; un lieu maintenant abandonné, et qu'il avait tant de fois parcouru, les renfermait depuis bientôt un demi-siècle; elles vont prendre place à côté de celles d'un si grand nombre d'hommes qui, dans les arts, dans les sciences, sur les champs de bataille et dans la carrière politique, qui a aussi ses génies et peut enfanter des héros, ont le plus honoré notre patrie.

Bientôt aussi, il faut l'espérer du moins, nous viendrons déposer sur cette tombe, et inaugurer encore une fois l'œuvre de David, le monument de ce grand artiste, qui, déjà élevé à Bourg, chef-lieu du département de l'Ain, rappellera à la postérité que Bichat naquit dans cette partie de la France. Alors, et seulement alors, ce sera chose convenable d'exposer de nouveau ses titres à l'immortalité; de dire quelle a été la portée de son génie, quels caractères ses travaux ont imprimé à la science depuis le commencement de ce siècle, quelle influence ils ont eu sur ses progrès. Des bouches plus éloquentes que la mienne, des esprits plus transcendans, auront à reproduire les pensées déjà si bien exprimées dans une autre circonstance par nos confrères MM. Pariset, Royer-Collard et Hippolyte Larrey. Que sais-je, alors réclamerai-je et m'accordera-t-on la faveur de faire entendre ma faible voix? Ce sera un devoir pour moi de tresser à ma manière, et comme je la comprends, la couronne scientifique de Bichat, et de remplir une tâche qu'à mon grand regret je me suis trouvé contraint d'abandonner, lorsqu'il y a deux ans et demi je l'avais acceptée avec tant de plaisir.

Mais ici, messieurs, à l'issue d'une cérémonie tout empreinte d'un caractère religieux, lorsque la présence même d'un cercueil enlevé depuis quelques instants à la terre pour lui être confié de nouveau, reporte ma pensée vers ce moment si douloureux où Bichat termina prématurément sa carrière; où dans le lieu même dont nous sortons, une foule innombrable, comme celle qui m'entoure aujourd'hui, de maîtres et d'élèves assistait à ses obsèques et se montrait si consternée, combien serait déplacé un éloge en quelque sorte académique, voir même une simple appréciation des éminents services que, pendant sa courte apparition dans ce monde, Bichat a rendus aux sciences médicales! Eussé-je voulu entreprendre de nouveau ce que d'autres ont déjà fait avec bonheur, le temps m'aurait manqué. A peine quelques jours se sont écoulés depuis qu'a été décidée, arrêtée, préparée la cérémonie qui nous rassemble. Il fallait que le congrès médical pût ajouter par sa présence à l'éclat, à la grandeur, au caractère de sincérité de ce nouvel honneur rendu aux mânes de Bichat. Jamais peut-être manifestation publique n'a eu lieu ou ne se fera au milieu et par le concours d'un plus grand nombre d'hommes éclairés. On dira qu'elle a été digne de celui qui en était l'objet.

Et d'ailleurs, messieurs, que pourrai-je dire de la vie scientifique de Bichat, dont vos esprits ne soient déjà depuis longtemps pénétrés. Faudrait-il vous rappeler la précocité et la prodigieuse fécondité de son intelligence! Vous le savez, il avait vingt-cinq ans à peine quand pour rendre hommage à la mémoire de Desault, il rassembla en corps d'ouvrage, sur les maladies des voix urinaires d'abord, puis sur l'ensemble des maladies chirurgicales, les éléments épars de la doctrine et de la pratique de ce grand chirurgien; et telle était son étonnante aptitude à méditer avec fruit sur des objets très divers, que s'étant à peine occupé de chirurgie, il a introduit dans cette partie de la science des procédés nou-

veaux et des aperçus ingénieux que le temps a consacrés. Puis quittant ce champ trop étroit pour son génie, et prenant l'anatomie et la physiologie considérées en elles-mêmes et sous le rapport de leurs applications pour objet spécial de ses méditations et de ses recherches, en moins de six années il a doté la science de ce beau traité des membranes, qui a été comme le préambule ou le frontispice de son anatomie générale; de ses recherches sur la vie et la mort, si riches d'expériences et de faits, et qui sont comme toute une physiologie nouvelle; de cette anatomie générale, où l'organisation de l'homme est considérée sous un point de vue si nouveau, et la plus grande partie de son anatomie descriptive. Une telle fécondité, une fécondité si précoce, c'est déjà presque le génie; et Bichat mourant lorsqu'il avait à peine atteint son sixième lustre, ne justifia-t-il pas ce qu'a dit quelque part Montaigne, qu'un homme à trente ans doit avoir montré, comme l'ont fait Descartes, Pascal, Newton, tout ce qu'il peut être un jour.

Aurais-je eu besoin de proclamer devant vous la haute estime acquise à ses travaux? Qui de vous n'en connaît toute la valeur, toute l'importance? Je le dirai toutefois: soit que telle doive être la destinée de certains hommes, comme de certaines choses, soit que des intérêts présents et des ambitions vivantes aient enchaîné quelque peu l'élan général, Bichat ne fut peut-être pas prisé autant de son vivant qu'il l'a été depuis sa mort. C'est à nous surtout, c'est à la France qu'il faut reprocher d'avoir été quelque peu tardive dans la juste appréciation de la haute puissance intellectuelle dont Bichat avait été doté par la nature. Des étrangers ont été plus prompts à pressentir jusqu'où il était capable de s'élever; et l'on sait qu'un des derniers grands disciples de l'École de Leyde, le célèbre Sandifort, disait à l'un de nos compatriotes en parlant de Bichat, qui vivait encore: « Dans dix ans, votre Bichat aura dépassé notre Boerrhaave. »

Et n'y aurait-il pas quelque témérité de ma part, tout imbu que j'ai été des grandes vues anatomiques et physiologiques de Bichat, tout nourri, tout plein que je suis encore de ses principes, de ses doctrines, à les juger, à faire ici le départ de ce qu'elles ont de positif, de ce qu'elles ont au contraire de hasardé et d'incertain! Mais j'aurais été très-certainement votre interprète fidèle, ma pensée n'aurait fait que reproduire les vôtres, si j'avais dit: Oui, en physiologie, Bichat a su, comme il avait la volonté de le faire, allier la méthode expérimentale de Haller et de Spazallanni avec les vues grandes et philosophiques de Borden; oui, en anatomie pathologique, il a marché heureusement sur les traces de Morgagni, et rassemblé des matériaux pour ceux qui ont ensuite systématisé et Bayle et Laennec et Dupuytren; oui, Bichat a pénétré, plus que personne ne l'avait fait avant lui, dans les profondeurs de notre organisation. Les belles analyses anatomiques qui ont donné naissance à l'anatomie générale sont devenues comme un des fondements de la médecine de nos jours; partout celle-ci en est empreinte, et ce n'est pas seulement dans nos écoles, c'est dans toutes celles de l'Ancien comme du Nouveau-Monde que les grandes vues de Bichat en anatomie sont consacrées et professées. Et peut-être me serais-je laissé aller à dire que ses vues sur le principe de la vie et sur les propriétés qu'il en fait émaner, et qui suivant lui n'en sont que des manières d'être diverses, loin d'être comme aucuns le pensent aujourd'hui un ensemble de suppositions stériles et d'hypothèses gratuites, semblent renfermer au contraire la vraie solution de cette grande et importante question: la vie est-elle un principe et le grand moteur de l'organisation, ou n'est-elle au contraire qu'une conséquence de celle-ci?

Permettez-moi plutôt, messieurs, de considérer Bichat sous un autre point de vue. On s'est beaucoup occupé de l'homme de génie, du savant, du professeur profond. On n'a point assez parlé de l'homme lui-même. On ne sait pas de quelle perfection morale la nature l'avait doué. Qui mieux que moi peut vous le faire connaître? Et combien je jouis de pouvoir vous communiquer tous les souvenirs relatifs à Bichat, qui tant de fois ont occupé ma pensée, et qui ont fait en partie le charme de ma vie!

J'avais dix-huit ans quand j'assistai pour la première fois à ses leçons; j'en avais vingt-deux et demi lorsqu'il mourut. Pendant le laps intermédiaire à ces deux époques, je ne quittai pas Bichat un seul jour; sa dernière leçon sur un point de matière médicale, je l'ai entendue, je me la rappelle encore. Je n'avais encore que de faibles notions en anatomie, acquises près de lui, lorsqu'il me proposa de remplacer, pour la préparation de ses leçons et pour la surveillance de son amphithéâtre d'anatomie, un de mes compatriotes, M. Hay, par qui je lui avais été recommandé et qui devait s'éloigner de Paris provisoirement. Bientôt il me chargea de répéter aux élèves moins avancés que moi la leçon de chaque jour. Puis je l'aidais dans toutes les expériences qu'il faisait. Plus tard, et devenu familiarisé autant que cela pouvait être avec sa manière de considérer les choses en anatomie, je concourus à la rédaction de son anatomie descriptive.

Cette tâche, je la partageai avec son parent Buisson, qui lui-même, plus tard, a concouru avec moi à la rédaction des deux derniers volumes de ce grand ouvrage; et quand vint le coup fatal par lequel il nous fut enlevé, c'est dans nos bras et dans ceux d'un autre de ses élèves qui n'est plus, Esparrons, que s'est éteinte cette grande lumière dont le temps n'a fait que rehausser l'éclat. Et durant ces cinq années de relations non interrompues et en quelque sorte de vie commune, que d'épanchemens entre nous! que d'occasions ne m'ont pas été offertes d'apprécier la belle ame de Bichat et son beau caractère! Que de fois j'ai reçu la confidence de ses pensées, soit au milieu de nos occupations les plus sérieuses, soit lorsque, malgré la différence d'âge qui existait entre nous et oubliant la distance qui séparait le maître du disciple, il me faisait partager jusqu'aux doux amusemens et aux paisibles distractions par lesquels son esprit se détendait complètement pour se préparer à de nouvelles méditations!

Oui, quoi qu'on ait dit après sa mort, elles étaient paisibles et honnêtes, elles étaient modérées, les distractions que prenait Bichat, encore si jeune, encore à cet âge où la passion de l'étude et les labeurs du génie ne mettent pas toujours un frein absolu à des penchans désordonnés. Bichat ne connut d'autres excès que ceux du travail. Avec un autre genre de vie, il aurait affligé le cœur d'une autre mère qui s'occupait incessamment de ses besoins: son respect était trop grand pour la veuve de son ancien maître, pour madame Desault, qu'il n'avait pas quittée, dont il partageait la demeure et la vie domestique, et qui recueillit son dernier soupir.

Bien que l'orgueil et la présomption ne soient jamais excusables, on les tolère, on les comprend jusqu'à un certain point chez les hommes supérieurs. Ces sentimens, contre lesquels il est peut-être bien difficile de se prémunir, ils étaient complètement étrangers à Bichat. Jamais il ne parlait de lui. Il s'occupait à peine du sort d'un ouvrage qu'il avait terminé, de l'impression que cet ouvrage avait pu faire naître, et quand en sa présence des conversations s'engageaient à ce sujet, avec quelle bonhomie, quelle urbanité il entendait les observations critiques qui lui étaient présentées! avec quelle simplicité il défendait ses vues, ses opinions! Et pourtant il avait la confiance de ses forces; mais il fallait la deviner; du moins la voyait-on percer dans les communications intimes, au milieu d'un entretien plaisant et sans objet, plutôt qu'elle n'éclatait au grand jour ou dans de graves circonstances. « J'irai loin, je crois, » me dit-il un jour. Nous étions en tête-à-tête; c'est la seule fois que dans nos si longs rapports de telles paroles soient sorties de sa bouche.

A l'époque où vivait Bichat, époque qui fut si féconde en hommes remarquables et en grandes choses, il n'y avait point cette ardeur à faire parler de soi; on ne connaissait guère non plus, j'en conviens, cet amour pour la polémique scientifique, qui imprime à notre temps, il faut le dire, un triste caractère. Les hommes travaillaient pour la science bien plus que dans leur intérêt personnel et sans songer beaucoup à la fortune. En eût-il été autrement, Bichat serait resté pur de tout sentiment haineux, de tout penchant à la récrimination. La preuve en est dans sa belle conduite lors d'une critique qui fut faite de son TRAITÉ DES MEMBRANES; c'était la critique la plus acerbe, la plus injuste, j'ai presque dit la plus injurieuse, la plus malintentionnée: elle s'adressait à Bichat lui-même presque autant qu'à son livre, et cependant l'auteur de cette critique, qui excita l'indignation générale, avait avec Bichat des relations scientifiques: il en avait reçu des témoignages d'amitié; tous deux étaient originaires du même département, un était de Belley, l'autre de Poncin, et cet aristarque si sévère, si injuste était l'auteur des NOUVEAUX ÉLÉMENS DE PHYSIOLOGIE, qui, à chaque édition nouvelle, se sont agrandis et jusqu'à un certain point perfectionnés ou enrichis, mais silencieusement, de tout ce que Bichat avait introduit de nouveau dans la science.

Bichat se tait, ne se plaint en aucune manière de cette agression qu'il ne prévoyait pas, de cet oubli des saints devoirs de l'amitié; il prépare ses recherches physiologiques sur la vie et la mort, attend la publication de cet ouvrage, et, pour toute vengeance ou pour toute réponse à ce qui avait été écrit contre lui, consigne dans la préface ces belles et simples paroles qu'on lit encore sans doute maintenant sans en bien saisir le sens et l'application:

« J'ai reproduit avec beaucoup d'extension quelques divisions déjà énoncées dans mon TRAITÉ DES MEMBRANES, et je les ai reproduites comme étant de moi, quoiqu'on les ait attribuées à Buffon, à Borden, à Grimaud. Ces auteurs sont si connus que j'ai cru inutile de relever l'inexactitude des citations critiques. C'est ainsi que je n'ai point essayé de dissiper des doutes mis en avant sur quelques faits anatomiques que j'ai publiés. Je renvoie à l'inspection cadavérique ceux à qui on a fait naître ces doutes. Quant à ceux qui les ont fait naître, cette inspection leur est inutile; ils ne peuvent avoir oublié que j'ai disséqué avec eux et que je leur ai montré ce qu'ils me reprochent de croire avoir trouvé et de n'établir que sur des conjectures. »

Une telle conduite n'est-elle pas significative du plus noble caractère?

Ce qu'on ne saurait trop priser dans la vie d'un homme, c'est la constance en amitié, c'est le sentiment de la reconnaissance. Bichat possédait l'un et l'autre à un haut degré. Dans la maladie qui a terminé si promptement ses jours, maladie dont on n'a pas bien connu dans le temps certaines circonstances (c'était la fièvre ataxique d'alors la plus violente), presque dès le début, Bichat désira qu'un médecin fût appelé près de lui: il en eut deux, Corvisart et M. Lepreux, qui était son chef à l'Hôtel-Dieu. Sa confiance eût été en Pinel, dont l'esprit se rapprochait tant du sien, dont la science lui plaisait, et qu'il considérait comme le plus éminent d'alors en médecine pratique comme en médecine philosophique; telle était du moins sa conviction profonde: « Si jamais je tombais malade un peu gravement, m'avait-il dit cent fois, je voudrais que ce fût M. Pinel qui me traitât. » Mais il vivait plus avec Corvisart qu'avec Pinel; mais Corvisart avait été l'ami intime de Desault, qui sous quelques rapports avait formé Bichat, et Bichat lui-même en recevait de grands témoignages d'intérêt; mais une commensalité fréquente existait entre Corvisart, la veuve de Desault et Bichat, et malheureusement, faut-il le dire? il y avait incompatibilité d'humeur et de vues médicales entre Corvisart et Pinel. On ne pouvait pas invoquer leur concours; il fallait opter entre les deux, et Bichat étant tombé malade, n'hésita pas: la conviction de l'esprit fut sacrifiée aux sentimens du cœur; les devoirs imposés par l'amitié dirigèrent Bichat. Ce fut Corvisart qui fut appelé près de lui, Corvisart dont on n'eut d'ailleurs qu'à admirer la tendre sollicitude et le dévouement.

Je m'arrête, messieurs: ces quelques traits, ces quelques circonstances de la vie de Bichat font assez comprendre ce qu'il y avait de remarquable dans le caractère de l'homme extraordinaire qui ne pouvait être connu de vous que par les œuvres qu'a enfantées son génie. Après bientôt un demi-siècle écoulé depuis que la Parque a si cruellement interrompu ses jours, nos regrets ne peuvent plus être les mêmes que ceux qui furent si spontanés, si universels, si profonds à l'époque de sa mort. Maintenant, et s'il eût vécu jusqu'à ce jour, Bichat aurait complétement rempli sa destinée; il aurait presque atteint le terme de sa carrière. Comment l'eût-il poursuivie? Par quelques autres travaux, par quelques autres découvertes, par quelques autres impulsions données à la science, l'eût-il rendue plus éclatante encore? Quand et comment l'eût-il couronnée? C'est le secret de la Providence, qui n'a pas permis tout le développement d'un tel génie. Mais maintenant encore nos ames ne se remplissent-elles pas d'une douce émotion, et ceux qui nous succéderont ne l'éprouveront-ils pas aussi en pensant que la nature avait si merveilleusement associé chez Bichat le plus heureux carac-

tère, les plus nobles qualités de l'âme à une des plus belles intelligences qui puissent être? C'était un homme bon par excellence; il était doux, affectueux, expansif, simple dans son ton, dans ses manières, sans vanité, sans orgueil aucun comme sans envie. On ne pouvait pas ne pas l'aimer tendrement quand on l'avait connu; et je ne dis pas ce qu'il y avait de charmes dans ses eçons, bien que son élocution fût un peu pénible et embarrassée. Tout a été juste dans le recueillement et la douleur qui l'ont accompagné une première fois à sa demeure éternelle; tout est également mérité dans le nouvel hommage que nous rendons à sa mémoire. Qu'advienne le jour où j'aurai payé le tribut à la nature, on ne me rendra pas les mêmes honneurs qu'à Bichat, je ne les aurai pas mérités; ma mort n'inspirera pas les mêmes regrets; mais qu'on puisse dire que pour Bichat j'ai été fidèle au culte de l'amitié et de la reconnaissance, et je serai heureux de penser qu'on pût dire de moi que je lui ai ressemblé au moins par quelque côté.

DISCOURS DE M. RIGAL (DE GAILLAC).

Messieurs,

Les émotions profondes n'ont point d'impatience.. .. Vous écouterez encore. La province médicale a eu sa place marquée auprès des restes de Bichat; elle est fière de cet honneur et vous en remercie par mon organe.

Une chose frappe par-dessus toutes dans la carrière si courte et si féconde à la fois du grand homme auquel nous rendons en ce moment de pieux devoirs, je veux parler de l'infatigable activité de Bichat. Il produisait sans cesse, et répandait sans mesures les trésors de son génie. Jamais il n'attendit au lendemain pour décrire un fait découvert par son scalpel, pour donner par l'écriture un corps à sa pensée, fût-elle enveloppée encore dans les nuages d'une conception première. Il remplit ainsi religieusement sa mission d'initiateur : il régla au jour le jour ses comptes avec la postérité, et, quand il tomba martyr de son dévouement, le modeste Bichat avait le droit de s'écrier comme le poète antique : *Non omnis moriar!* Il y a là, messieurs, un grand exemple, une salutaire leçon. Que chacun de nous, dans sa sphère d'activité, dans la mesure des forces qui lui furent départies, paie son tribut de labeur utile. Maîtres, praticiens, élèves d'une extrémité de la France à l'autre, travaillons tous avec ardeur, avec persévérance, avec bonne foi! Dans la construction d'un édifice, l'ouvrier qui cherche des matériaux solides, les découvre, et les apporte, a sa valeur comme l'architecte habile à élever jusqu'aux nues de majestueuses coupoles. La Providence suscitera un jour l'homme dont la main puissante doit poser chaque chose à sa place, féconder tous les efforts et réaliser enfin pour la médecine cette grande loi du progrès : UNITÉ DANS LA VARIÉTÉ.

Nous hâtons aujourd'hui la venue de ce messie de la science et de l'art. D'immenses mais généreuses ambitions s'éveillent déjà aux échos de ces magiques paroles : A BICHAT L'HUMANITÉ RECONNAISSANTE!

DISCOURS DE M. SOUBERBIELLE.

Messieurs,

C'était une pensée riche d'avenir que celle qui vous a réunis, les travaux du congrès l'ont prouvé, et l'acte solennel par lequel il clôt sa session donne la mesure des sentimens de dignité, de justice, de noblesse qui l'ont dirigé.

Permettez, Messieurs, permettez à un contemporain de Bichat de remercier la génération présente au nom de la génération passée.

La solennité d'aujourd'hui me rappelle les regrets dont j'ai été témoin il y a quarante ans, et je suis heureux d'avoir assez vécu pour assister au tardif mais légitime hommage rendu à notre célèbre compatriote.

Le pieux devoir que vous remplissez aujourd'hui vous honore, Messieurs, comme il honore notre temps et notre pays; en appréciant, comme vous le faites en ce moment, ses gloires passées, vous donnez à la France la garantie que vous aussi lui fournirez votre part de gloire dans l'avenir.

DISCOURS DE M. TOURNIÉ, DÉLÉGUÉ DES MÉDECINS DE BESANÇON.

Messieurs,

Représentant de la société de médecine de Besançon, qui par son organisation toute spéciale doit résumer la Franche-Comté médicale, il était de mon devoir de réclamer l'insigne honneur de jeter une fleur sur la tombe du grand homme qu'a vu naître l'ancienne Franche-Comté. Un grand homme, Messieurs, appartient au monde entier; néanmoins, vous ne vous étonnerez pas qu'une part de la gloire qui environne son berceau soit revendiquée en cet instant solennel avec un noble et légitime orgueil.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. LE DOCTEUR READ COMME DÉLÉGUÉ DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE L'AIN.

Messieurs,

Je viens, au nom des médecins du département de l'Ain, rendre hommage à la mémoire de leur illustre compatriote Xavier Bichat.

Cette flatteuse mission m'impose une tâche dont je sens, plus que personne, toutes les difficultés. Comment, en effet, pourrai-je me faire écouter après tous ces éloquens panégyristes qui, en tant de circonstances, ont exalté l'homme dont nous entourons les précieux restes? Où trouver des paroles pour exprimer d'une manière complète les sentimens d'admiration et d'orgueil du département qui fut le berceau de cette grande illustration.

Je ne chercherai pas à vous montrer le mérite éclatant des travaux de Bichat. Tout ce que je pourrais vous dire à ce sujet, vous le savez depuis longtemps; car vous avez parcouru bien des fois ces pages admirables qui révèlent une intelligence d'une nature supérieure et qui portent l'empreinte lumineuse du génie.

Je ne vous apprendrai pas non plus que Bichat joignait aux facultés les plus élevées de l'intelligence toutes les qualités du cœur et du caractère. On n'eut jamais l'occasion de lui reprocher ces formes excentriques, cette irritation de paroles, cette singularité de conduite, qui trop souvent déparent le génie. Il fut simple, bon, naturel, modeste; il ne rechercha ni les honneurs, ni l'argent, ni les places. Son unique ambition, car il en avait une et elle était immense, fut d'enrichir la science de vérités nouvelles.

Bichat a vécu, vous le savez, à cette époque merveilleuse où les illustrations du pays se rencontraient presque toutes dans les rangs de la jeunesse. Quel autre que lui pouvait mieux représenter notre science dans cette phalange immortelle de jeunes hommes qui luttaient ensemble de travaux, de succès et de gloire? C'est en soutenant ce beau rôle avec cette activité dévorante qui est un des caractères de l'esprit français à cette époque, qu'il tomba sur le champ de la science pendant que d'autres tombaient sur le champ de bataille.

Un coup si inattendu excita des regrets unanimes et montra toute l'étendue de la perte que l'on avait faite; car si la mort, quand elle est prématurée, suffit souvent à élever les mérites ordinaires, que ne dût-elle pas faire pour la mémoire de celui qui à trente-deux ans avait atteint Boerrhaave, et qui allait bientôt le dépasser? C'est ce désolant prestige de la mort qui a contribué à rendre le nom de Bichat si populaire dans nos écoles, ce nom qui rappellera toujours la gloire la plus pure de toutes celles qui ont brillé dans la science médicale.

Ah! messieurs, que cette glorification de notre illustre confrère ne soit pas une expression stérile de nos religieuses sympathies! Qu'elle nous rappelle, s'il en était besoin, toutes les obligations que nous avons contractées envers l'humanité et la science; et qu'elle nous montre, pour nous soutenir dans l'accomplissement de cette tâche, tout le bonheur qui résulte des joies du cœur et de l'intelligence! Par là nous reconnaîtrons les véritables intentions du congrès médical; car si le congrès a voulu couronner ses mémorables séances par cette pieuse et imposante cérémonie, c'est qu'il veut proposer Bichat comme modèle à tous ceux qui suivent notre belle et laborieuse carrière.

DISCOURS DE M. LEBLANC, PRONONCÉ AU NOM DES MÉDECINS-VÉTÉRINAIRES DU CONGRÈS.

Messieurs,

Les représentans de la médecine comparée ont aussi une dette de reconnaissance à payer à la mémoire de Bichat. La science de ce médecin illustre est la leur; la médecine des animaux a autant profité des immortelles découvertes de Bichat que la médecine de l'homme, dont les principes fondamentaux appartiennent à la médecine générale. Les livres de Bichat sont entre les mains de tous les médecins-vétérinaires; ils y puisent chaque jour les élémens indispensables à l'étude de leur science si vaste, si complexe et si utile au genre humain; à l'étude de cette science qui vient de prendre un si noble rang parmi les connaissances humaines par l'accueil qu'elle a reçu dans le congrès médical de France.

Qu'il nous soit donc permis, dans ce jour solennel, de joindre nos paroles à celles des médecins de l'homme pour exprimer les mêmes sentimens que ceux dont est animée la foule immense qui est venue aujourd'hui honorer la tombe de Bichat. La mémoire de ce savant si regretté sera éternelle pour nous comme pour vous.

— TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE; bandages et appareils, avec planches explicatives intercalées dans le texte; par le docteur CH. SÉDILLOT, chirurgien principal, professeur de clinique et de pathologie externes à la Faculté de médecine, chirurgien en chef et premier professeur de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, etc.

Quatrième partie et dernière. Prix : 4 fr.

L'ouvrage complet formant un très fort vol. in-8°, comprenant 330 fig. intercalées dans le texte, coûte 14 fr.

Paris, chez Fortin, Masson et comp., libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 1;

A Leipzig, même maison, chez Michelsen.

— MÉLANGES DE CHIRURGIE; par J.-E. PETREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École-de-Médecine de la même ville; ouvrage contenant : 1° le Compte-rendu de la pratique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant six années; 2° l'Histoire médico-chirurgicale de l'Hôtel-Dieu depuis sa fondation, en 542, jusqu'à nos jours, écrite d'après ses propres archives manuscrites; 3° l'Histoire spéciale de la syphilis dans cet hospice, de 1496 à 1803, d'après des documens inédits. — 1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

A Lyon, chez P. Dorier.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 48. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 29 NOVEMBRE 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE SPINA-BIFIDA, AVEC L'OBSERVATION D'UN CAS DE GUÉRISON DE CETTE MALADIE PAR UN NOUVEAU MODE D'OPÉRATION; par le docteur Latil de Thimécour, de Trévoux (Ain), ancien élève des hôpitaux de Paris, membre de la Société médicale d'émulation de Lyon.

Tous les auteurs qui ont écrit sur le spina-bifida, presque sans exception, regardent cette difformité comme essentiellement incurable par sa nature; et plusieurs, loin de conseiller de nouvelles tentatives pour en obtenir la guérison, semblent chercher à détourner de cette idée ceux qui voudraient essayer d'arracher à une mort certaine les enfans qui, suivant eux, y sont condamnés par le fait seul de leur naissance avec ce vice de conformation. Quelques exemples encore trop rares, il est vrai, de guérison, n'ont pas suffi pour modifier cette opinion un peu trop exclusive des auteurs classiques; et l'on trouve dans Samuel Cooper cette conclusion peu faite pour encourager. « A l'exception de ces cas (ceux d'Astley Cooper dont un seul est une guérison radicale, et de ceux de Keilman et de Morgagni dont on a contesté l'authenticité), il n'existe pas, je pense, dans les annales de la médecine et de la chirurgie un seul cas de spina-bifida dans lequel la maladie ait guéri d'elle-même, ou contre lequel on ait employé aucun mode de traitement avec avantage. (Nous verrons que cette assertion de Samuel Cooper n'est pas tout à fait exacte.) En général l'ouverture de la tumeur soit par le caustique, soit avec l'instrument tranchant, n'a contribué qu'à avancer le terme fatal de la maladie; la mort suit de près une semblable opération et quelquefois même elle est instantanée. »

Les auteurs français ne sont guères plus favorables à ce genre d'opérations, puisque dans son ouvrage sur les maladies de la moelle épinière, M. Ollivier d'Angers, après avoir rapporté les rares exemples de guérison obtenue jusqu'à ce jour par divers procédés et avoir contesté l'authenticité de plusieurs, ajoute : « Les exemples de guérison sont, comme on le voit, en trop petit nombre pour qu'un praticien prudent se hâte de pratiquer une opération qui accélère le plus souvent la mort des malades. » (Page 234 et Répertoire général des sciences médicale., t. 16, art. Hydrorachis.)

Sabatier raconte, que s'étant un jour laissé persuader d'enfoncer la pointe d'une lancette dans la poche d'un spina-bifida, il vit bientôt survenir des convulsions qui amenèrent la mort du malade. Aussi partant de ce fait, il dit qu'il faut bien se garder désormais de faire aucune tentative d'opération dans des cas semblables. Beaucoup d'autres chirurgiens se fondant sur des faits analogues ont soutenu la même opinion; et l'illustre et classique Boyer, après avoir rapporté quelques observations puisées dans

---

Feuilleton.

DÉLIBÉRATIONS DU CONGRÈS MÉDICAL.

Le congrès médical est un fait. A ce titre nous en devions compte à nos lecteurs. On peut discuter sur son degré d'importance, sur son utilité, sur son caractère plus ou moins sérieux, mais on ne saurait le nier ni méconnaître le retentissement qu'il a eu. Aussi, toute réserve faite sur la valeur des résultats obtenus ou à obtenir, et pour avoir un droit plus incontestable de juger ces résultats, la Gazette Médicale a-t-elle commencé par exposer le fait dans toute sa vérité historique. Pour cela elle n'a reculé devant aucun sacrifice. Des suplémens qui ne coûteront rien à ses lecteurs, pas même la peine de les lire s'ils jugent à propos de passer outre, contiennent avec détail les rapports des commissions et les délibérations de l'assemblée. Ce gage d'impartialité une fois donné, nous nous trouvons plus à l'aise pour dire notre opinion franche et nette sur toute chose.

Pour épargner à nos lecteurs la fatigue et l'ennui de détails longs et difficiles à suivre, nous aurions été heureux de leur faire connaître d'abord les principes généraux d'après lesquels le congrès s'est dirigé. Nous avons eu beau lire et relire le programme, les rapports, les discours, rien de ce genre n'a lui à travers le tourbillon des vues et des idées particulières. On a dit aux assistans : « Vous avez à remplir une noble et sainte mission. » Mais le caractère et le but positif de cette mission, on ne le leur a pas dit, et par une raison très simple sans doute. A moins qu'on ne considère comme tels les formules transcendantales qui suivent : « Il s'agit non seulement de provoquer une législation plus en harmonie » avec les besoins et la dignité du corps médical avec les intérêts surtout de la » société tout entière, livrée aujourd'hui sans défense aux *ignobles* trafics du » plus *honteux* charlatanisme, il s'agit encore et surtout de constituer le corps » médical en France (1). » Cela témoigne d'intentions, de désirs, de sentimens fort louables et surtout d'une pureté irréprochable de la part des hommes qui se sont préposés au mouvement; mais de vues précises capables de donner direction et vie à ce mouvement, point. Aussi, qu'est-il arrivé? c'est qu'en place d'une idée, d'un ensemble, d'un but déterminés pour organiser quelque chose, on s'en est pris aux vieux matériaux, qu'on a tournés, retournés en tous sens et de toutes manières : les uns une assise, les autres une corniche, celui-ci un chapiteau, celui-là une colonne; tous disant leur mot sur ces fragmens, taillant, rognant, allongeant, écourtant à tort et à travers, sans se préoccuper de la place à donner à chaque pièce, et moins encore de l'effet à obtenir de leur mise en rapport. Ceci n'est point une figure. C'est l'expression véritable, matérielle de ce qui se voyait avec évidence pendant que tous ces travailleurs s'épuisaient avec une regrettable ardeur à démolir et à reconstruire un édifice dont l'architecte et le plan n'étaient nulle part. On le voit bien mieux encore aujourd'hui depuis que tout travail a cessé; la foule s'est écoulée du chantier : il n'y a plus ni engouement

(1) Premier discours du secrétaire-général; séance d'ouverture.

différens auteurs, adopte les mêmes idées et ne conseille aucun moyen ni aucune opération. M. Itard est encore plus explicite puisqu'il dit formellement : « Cette maladie est au-dessus des ressources de l'art, comme l'attestent les tentatives malheureuses faites pour la guérir; il faut donc s'abstenir de tout traitement et je ne sais même pas s'il est convenable de prendre des moyens pour prévenir l'ouverture de la tumeur et prolonger ainsi de quelques jours *la végétation d'un être qui n'est pas né viable.* » (DICT. DES SCIENCES MÉDIC., t. 22, p. 474.) Enfin à la suite d'un long travail sur la nature et le traitement du spina-bifida inséré tout récemment dans le JOURNAL DE CHIRURGIE (février 1845, p. 38) l'auteur, après avoir rapporté et discuté presque tous les cas de guérison attribués jusqu'ici à différens procédés, arrive à cette conclusion: que, sur quatorze observations extraites de différens auteurs, « près de moitié concernent des tumeurs qui n'avaient plus de communication avec le canal arachnoïdien; et les autres ont presque toutes pour objet des tumeurs d'un très petit volume *et qu'il eût été plus prudent d'abandonner à la nature.* »

Malgré cette proscription lancée contre ces sortes d'essais, plusieurs chirurgiens, quelques-uns même très célèbres, ont voulu à diverses époques renouveler en les modifiant plus ou moins les tentatives de leurs devanciers. C'est ainsi que Forestus proposa la ligature; que B. Bell en fit l'éloge sans la pratiquer; et que Heister l'essaya sans réussir; que Desault (TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES, t. 2) conseilla de traverser la tumeur par un séton, et que Portal a vu périr un enfant par méningite trois jours après l'emploi de ce moyen, qui, du reste, n'a été que fort rarement essayé et sans jamais obtenir de succès.

La compression a été indiquée par Heister, qui a rapporté en même temps une observation de guérison obtenue ainsi par un chirurgien nommé Stueber; elle est recommandée par Abernethy (MED. CHIRURG. TRANSACT., vol. 2, p. 226 et 229, et MED. AND PHYSIC. JOURN. 1822, p. 320) et Astley Cooper a obtenu une cure au moins palliative à l'aide de ce moyen.

La ponction a été ensuite préconisée d'après les idées de Ruysch, bien qu'elle soit restée sans succès entre les mains de ce chirurgien qui s'était servi pour la pratiquer d'une simple aiguille, *solâ acu*, et cette méthode, dont on a fait l'acupuncture, a été pratiquée très souvent, surtout dans ces derniers temps, depuis les succès obtenus par A. Cooper, Probart de Havarden et Rozetti; car ce qui recommandait surtout ce moyen, c'était la simplicité et l'innocuité apparente du procédé, surtout dans les premiers momens. C'est ainsi que Dupuytren, lui-même, dans les dernières années de sa vie, s'était proposé d'essayer cette méthode; car on lit dans le BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (t. 8, p. 241). « En 1832 un enfant âgé de quelques mois atteint d'hydrorachis lombaire fut présenté à l'Hôtel-Dieu. La tumeur avait le volume d'une petite pomme. Dupuytren en pratiqua publiquement la ponction à l'aide d'une aiguille à coudre qu'il introduisit en la faisant filer entre les doigts comme une aiguille à acupuncture. Cette opération fut répétée une fois par semaine pendant quatre ou cinq fois; aucun accident ne survint; la poche se vida en partie chaque fois; mais la mère de cet enfant n'étant pas revenue à la consultation, nous l'avons perdue de vue, de sorte que nous ne pouvons dire quel a été le résultat de cet essai. »

Cependant aucun nouveau succès n'est encore venu confirmer les espérances que l'on avait d'abord conçues; et la ponction a constamment échoué depuis entre les mains de M. Breschet (GAZ. MÉD., 1841, p. 482), de M. Philippe Boyer (même journal, 1842, p. 203), de M. Velpeau (TRAITÉ DE MÉD. OPÉR., t. III, p. 275), et de beaucoup d'autres chirurgiens qui ont eu l'occasion de la pratiquer dans des circonstances diverses, et parmi lesquels on peut citer Sulzmann, Berndt, Trompei, Abernethy, Wardrop, Trowbridge, Porter, etc. (voy. Ollivier d'Angers, JOUR. DE CHIRUR., 1845; Boston, MED. AND SURG. JOUR., 1829; MEDICAL TIMES, february, 1845).

Nous savons que M. Pacond, médecin des plus distingués du département de l'Ain, fondateur et directeur de l'école d'accouchemens de Bourg, a opéré plusieurs enfans affectés de spina-bifida sans jamais réussir, et que M. Bajard, ex-chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a également fait quelques tentatives infructueuses. Beaucoup d'autres sans doute ont été renouvelées par divers chirurgiens et en divers lieux et n'ont pas été publiées parce qu'elles n'ont pas eu de succès.

Enfin M. Dubourg a proposé en 1841, et, dit-on, après Brunner et Trowbridge, l'ablation de la tumeur par l'instrument tranchant et la réunion de la plaie au moyen de la suture entortillée. Il a rapporté deux observations de succès à l'appui de son procédé. M. Tavignot l'a adopté et modifié sans être aussi heureux, et M. Beynard a présenté aussi en 1842 un nouveau cas de succès par une autre méthode de son invention.

Ces faits prouvent que le spina-bifida n'est pas une maladie essentiellement mortelle et par sa nature seule, puisqu'il existe des cas bien avérés de guérison; ils prouvent encore que beaucoup de chirurgiens ont ainsi pensé puisqu'ils ont essayé de la guérir par diverses opérations; bien qu'il soit vrai que le résultat ait presque toujours trompé leurs espérances. Mais ne peut-on pas s'autoriser de leur exemple et si le spina-bifida est incurable quand on l'abandonne à la nature; et si les enfans qui naissent avec cette difformité sont, dans tous les cas, condamnés à une mort prompte et inévitable; que risque-t-on de courir la chance de les sauver, ne dût-on réussir qu'une seule fois sur cinquante, voire même sur cent?

Sans doute on ne doit pas s'obstiner à faire prévaloir un procédé chirurgical avant que l'expérience ait prononcé en sa faveur; mais parce que cette sanction a manqué jusqu'ici aux diverses opérations essayées contre le spina-bifida, s'en suit-il qu'on doive de toute nécessité renoncer à faire mieux ou autrement? Et s'il était une méthode qui, sans présenter les dangers ou les inconvéniens que l'on peut reprocher à d'autres et qui, sans exposer à aucun accident immédiat, ait procuré plusieurs fois la guérison, ne faudrait-il pas en rappeler de cette opinion trop facilement accréditée qu'il faut abandonner sans rien essayer les enfans qui naissent avec cette difformité; et ne vaudrait-il pas mieux se demander si les insuccès qui ont signalé les tentatives faites jusqu'à présent pour la guérison de cette maladie n'ont pas dépendu aussi souvent du vice de la méthode que de l'incurabilité réelle de l'affection?

Quoi qu'il en soit voici le fait qui a donné lieu à ces observations.

OBS. — Jean-Marie Chaillou, né à Belleville (Rhône), le 1er novembre 1844, nous a été présenté vers le milieu de janvier suivant, parce que les parens alarmés des réponses qui leur avaient été faites par divers médecins, lesquels avaient déclaré que cet enfant n'était pas né viable et qu'il périrait nécessairement si l'on essayait de lui pratiquer une opération, cherchaient en dehors de leur canton des avis moins désespérans. D'ailleurs voyant qu'au bout de deux mois leur enfant vivait encore, ils avaient pris la résolution de tout essayer pour mettre fin à leur anxiété.

---

ni prestige; le produit net est là; il est là sous nos yeux, sous les yeux de tout le monde, et tout le monde peut voir comme nous que, de ces matériaux recrépis, mais informes et incohérens, il est impossible de faire ressortir quoi que ce soit qui ait semblant de force et de caractère. S'il était permis de se servir d'une comparaison très vulgaire, on dirait qu'il s'est agi d'une consultation sur la maladie du corps médical où chacun a disserté sans but et sans limites, où la cause et la nature du mal n'ont pas même été mises en question, où chaque symptôme pris à part et détaché de ce qui lui donnait signification et vie, est devenu l'objet d'une discussion et d'une délibération isolée, où chaque incident du mal a suggéré autant de remèdes qu'il y avait de vues, de préjugés, de passions et d'intérêts individuels. Et quels ont été, parmi les consultans, ceux dont l'avis a prévalu? Hélas! tous le savent bien! ce ne sont ni les praticiens sages, raisonnables, dont l'expérience et le bon sens ne triomphent que par la seule force de la vérité: c'est la déclamation et l'emphase, ce sont les courtisans de l'opinion vulgaire, c'est la quintessence de la multitude, qui se précipite et se concentre vers quiconque sert d'organe à ses préjugés, à ses passions, à ses emportemens. On criera peut-être à l'exagération, à l'injustice, que sais-je? à l'envie; mais les faits sont là: nous les avons mis sous les yeux de tous nos lecteurs, afin que tous puissent les juger avec nous.

Le programme du congrès était divisé en deux parties: la première comprenant l'enseignement et tout ce qui s'y rapporte: Facultés, écoles, enseignement libre, agrégés, élèves, examens, réceptions; la seconde, la pratique et tout ce qui ressort de l'exercice professionnel: les deux ordres de médecins, les médecins cantonaux, les honoraires, la responsabilité, le secret, l'exercice illégal; les médecins étrangers; les conseils de discipline; la limitation du nombre des médecins; les abus et délits, et autres points divers. La disposition seule du cadre dont l'ordre et la régularité ne sont que ceux de la routine témoigne de l'absence de toute pensée mère: car c'est le propre d'une conception nouvelle de changer forcément la place et les rapports des détails: de les classer en vue même de cette conception. Ce n'était pas le cas du congrès; il ne voulait que replâtrer la construction existante; pour cela il n'était pas nécessaire de toucher aux distributions fondamentales: il a marché terre à terre, et parcouru successivement toutes les divisions de son cadre, arrêtant toute chose sur un point sans se préoccuper de ce qu'il avait arrêté ou arrêterait sur un autre. Nous allons faire comme lui, le suivre pas à pas, et montrer que quant aux réparations, il n'a même pas bien vu celles qui sont urgentes, et quant aux innovations, la plupart de celles qu'il a conseillées, ou bien l'avaient été dès longtemps, ou bien elles lui appartiennent en propre et sont des plus malheureuses.

Une question capitale et préalable dominait tout ce qui a trait à l'enseignement: convient-il de laisser le corps enseignant chargé des réceptions, ou bien ne vaudrait-il pas mieux, à l'instar de ce qui se pratique dans certains pays, et en France pour l'école polytechnique, instituer un corps recevant en dehors des corps enseignans? Cette question que nous avons agitée plusieurs fois dans ces colonnes n'a pas même été soulevée. Ce n'est pas le cas de la traiter, mais il n'est personne qui, à la première vue, n'en comprenne l'importance.

Parmi les améliorations demandées par le congrès et qui l'avaient été par presque toutes les commissions nommées depuis celle de 1830, et y compris cette dernière, nous citerons les suivantes: créer des chaires d'histoire et de philoso-

Au rapport de la mère, l'enfant bien conformé d'autre part était venu au monde avec une tumeur de la grosseur d'une petite pomme au dessus des fesses et que la sage-femme avait regardée comme une *envie* de peu d'importance. Cette tumeur, d'abord molle et peu tendue, s'était bientôt remplie d'un liquide transparent, et deux jours après la naissance l'accouchée, en examinant son enfant, s'aperçut qu'il ne pouvait mouvoir la jambe gauche et que le pied du même côté était tourné en arrière, le talon appuyé contre le tibia et les orteils repliés sous la plante et en dedans (pied-bot varus équin), la jambe étendue sur la cuisse, sans mouvemens.

Cette tumeur grossit assez rapidement : elle était mobile sur ses bords, se portait tantôt à droite, tantôt à gauche, suivant la position de l'enfant, qui poussait des cris chaque fois qu'on venait à la faire mouvoir ou à exercer quelque pression sur elle. Bien que cet enfant accomplit toutes ses fonctions avec une certaine régularité, il avait beaucoup maigri, et sa figure, assez intéressante du reste, indiquait une souffrance manifeste.

Lorsque nous l'examinâmes pour la première fois, la tumeur avait la grosseur d'une tête de fœtus à terme; elle était située à la région lombo-sacrée, au point de réunion de la dernière vertèbre lombaire avec le sacrum. Elle tenait à la colonne vertébrale par un pédicule assez épais, aplati dans le sens longitudinal, de 52 millimètres de hauteur, recouvert par de la peau et du tissu cellulaire. En enfonçant le doigt sur ce pédicule, on pénétrait dans une espèce d'hiatus borné des deux côtés par une crête osseuse; mais pendant ces explorations, l'enfant poussait des cris violens; il était pris de mouvemens comme convulsifs, et d'accès de suffocation, au point qu'il ne paraissait pas prudent de les trop prolonger.

La peau se terminait insensiblement sur les parois de la tumeur et vers sa base; le reste était constitué par une membrane mince transparente, analogue au tissu de la vessie, striée de lames comme fibreuses et de vaisseaux facilement reconnaissables à leur couleur. La poche elle-même était remplie d'un liquide transparent et d'une couleur légèrement citrine, et tellement distendue qu'elle paraissait sur le point de se rompre. On pouvait apercevoir, sur la face gauche de cette tumeur, une trace comme de cicatrice de forme ronde en manière d'ombilic (1).

Dans ces circonstances, pénétré de l'imminence du danger de l'ouverture de la tumeur, et ayant eu occasion déjà de voir périr deux enfans à la suite de cet accident, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté de Paris, nous résolûmes de tenter une opération, en prévenant toutefois la mère du peu de chances de succès qu'il y avait à en attendre. Nous priâmes en même temps l'un de nos collègues de Trévoux, celui qui a succédé à mon père dans le service de l'hôpital de cette ville, où j'aime à croire qu'il a laissé quelque souvenir, de vouloir bien m'assister dans cette tentative, et le rendez-vous fut fixé au lundi 20 janvier.

Vu la difficulté de se procurer d'autres instrumens, nous fîmes confectionner, par un tourneur, deux petites baguettes en bois très dur d'un diamètre d'environ 3 millimètres et d'une longueur de 10 centimètres. Chacune de ces baguettes était percée à ses deux extrémités de trois trous placés à égale distance, en regard les uns des autres, de manière à permettre le passage d'un lien comme un véritable lacet.

La tumeur fut comprise entre ces deux baguettes serrées d'abord jusqu'au simple contact; puis elle fut évacuée à l'aide d'un trois-quarts, et pendant que le liquide s'écoulait nous cherchions à refouler par des pressions délicates les portions nerveuses qui auraient pu être flottantes dans le liquide; et à mesure que cette manœuvre s'exécutait, les baguettes étaient rapprochées jusqu'au contact le plus parfait des membranes séreuses, à la base du pédicule. Une fois la compression exercée aussi fortement que possible sur le point de communication entre la cavité de la colonne vertébrale et celle de la tumeur, celle-ci fut ouverte d'un coup de bistouri et laissée vide et flétrie en dehors de cette espèce de ligature.

Nous disons espèce de ligature, parce que, bien que le résultat que l'on cherche à obtenir par ce moyen soit le même, savoir : la mortification et l'élimination des parties comprises en dehors de la constriction, nous pensons que ce mode de déligation est très différent de celui que l'on obtient avec un simple fil. C'est une ligature *en long* au lieu d'être *en rond*, et nous lui croyons l'avantage essentiel d'éviter les plissemens et les froissemens inévitables dans la méthode ordinaire. De la sorte les surfaces sont pour ainsi dire alignées et affrontées directement sous le point même de constriction, et partant plus disposées à contracter des adhérences solides et régulières; d'ailleurs, ce genre de déligation est analogue à celui que Dupuytren avait imaginé pour l'opération de l'entérotomie et à celui de M. Breschet pour la cure radicale du varicocèle. Il est de plus l'imitation presqu'exacte, sauf l'application, d'un procédé pour la castration des animaux domestiques, encore en usage dans plusieurs pays, et qui se pratique au moyen de deux petits bâtons disposés à peu près de la même manière. Or, si l'on a pu nier qu'il y ait réellement des nerfs intéressés, soit par la ligature, soit par l'instrument tranchant, dans certaines opérations de spina-bifida, on ne pourra pas nier qu'il n'y en ait souvent de compris entre les branches de la pince de M. Breschet, et j'en ai vu moi-même un exemple à l'hôpital Necker, en 1841, et toujours entre les bâtons qui déterminent l'élimination par gangrène des bourses et des testicules.

Ainsi, dans notre opération, les baguettes se trouvaient immédiatement appliquées contre la colonne vertébrale dont elles fermaient l'hiatus et qu'elles semblaient pour ainsi dire suppléer et continuer en étreignant exactement la base de la tumeur. Celle-ci devint bientôt livide, et l'enfant, qui n'avait pas paru souffrir beaucoup pendant l'opération, puisqu'il n'avait jeté que quelques cris interrompus, passa le reste de la journée sans accidens, sans convulsions ni vomissemens; il prit le sein comme à l'ordinaire, et ne parut pas notablement fatigué.

Le lendemain, le malade avait peu dormi, bien qu'il n'eût pas réellement de fièvre; la tumeur était de couleur violette dans la plus grande partie de son étendue; mais l'ouverture pratiquée la veille s'était cicatrisée, et la poche contenait une certaine quantité de liquide, et en même temps ses parois s'étaient considérablement épaissies. La constriction des baguettes fut de nouveau augmentée.

Le 22 janvier, l'enfant avait paisiblement dormi; la tumeur était devenue noire et avait presque repris son volume primitif par l'augmentation du liquide qu'elle renfermait. Elle fut incisée dans toute sa longueur et séparée en deux lambeaux qui furent renversés chacun sur la baguette correspondante et la constriction fut encore augmentée à la base de la tumeur.

Le 23 janvier, la mère a cru remarquer un peu de fièvre et d'agitation pendant la nuit. La tête de l'enfant sue beaucoup, et cette sueur exhale une odeur très fétide.

Le 24, les parois de la tumeur sont entièrement mortifiées.

Le 25, il est survenu un peu de diarrhée et les sueurs de la tête ont diminué; les lambeaux gangrenés de la poche sont réséqués au niveau même des baguettes dont la constriction est encore augmentée. (Lotion avec de l'eau de mauve.)

Le 27, l'enfant est très bien; il tète parfaitement et semble plus frais et surtout plus gai qu'avant l'opération. La peau est ulcérée profondément autour des baguettes, et le pédicule qui reste compris entre elles semble complètement desséché et de couleur noire. Nous nous décidons alors à les enlever avec précaution. Mais à peine le lacet inférieur était-il coupé et les deux extrémités de l'instrument écartées légèrement qu'un jet de liquide s'échappe avec force du centre même du pédicule et vient nous frapper à la figure. Aussitôt les baguettes sont rapprochées et de nouveaux liens maintiennent la constriction la plus exacte. Ainsi au bout de huit jours, l'ouverture de communication entre le canal rachidien et la poche extérieure n'était point encore complète et l'adhérence des séreuses n'était point parfaite, puisqu'il existait encore une perforation au centre même du pédicule! Pour faciliter cette occlusion, nous songeâmes d'abord à passer des points de suture, des aiguilles ou des épingles au dessous des baguettes, d'après le procédé de M. Bonnet (de Lyon), pour la cure radicale des

(1) Était-ce donc là une véritable cicatrice et une trace de la rupture de la tumeur, soit à l'époque de la naissance, soit pendant le séjour même de l'enfant dans le sein de sa mère, comme dans le cas remarquable rapporté par M. Bérard aîné, ou dans ceux que M. Cruveilhier a fait représenter dans son ANATOMIE PATHOLOGIQUE? (Seizième livraison.)

---

phie médicale; une chaire d'anatomie pathologique à Montpellier; plusieurs chaires de clinique spéciale, de maladies de la peau, de maladies des enfans, etc.; donner plus d'importance et de développement aux écoles préparatoires de médecine; rattacher plus directement ces dernières à l'Université en mettant le traitement des professeurs à la charge de l'état et non à la charge des conseils municipaux; investir les écoles préparatoires du droit de délivrer des certificats d'aptitude après deux années d'études. En ce qui concerne particulièrement cette modification on avait déjà fait mieux; on avait demandé, pour donner de la vie et du caractère aux écoles préparatoires, qu'elles conférassent le grade de *bachelier* en médecine, grade qui ne donnerait aucun droit mais sans lequel on ne pourrait pas obtenir le grade définitif. Comme améliorations sollicitées dès longtemps, le congrès réclame encore cinq années d'études au lieu de quatre; un examen définitif sur l'histoire de la médecine : il a omis d'y joindre un examen non moins utile sur l'art des accouchemens. Il a aussi demandé qu'on donnât des appointemens fixes aux agrégés, et qu'on les rendît plus utiles à l'enseignement et à l'école : c'est ce que les rapports de la commission de 1830 demandaient déjà d'une manière plus nette et plus explicite en proposant la création d'un corps de professeurs suppléans pris parmi les agrégés. Sur tous ces points le congrès ne s'est donc pas mis en grands frais d'imagination. Voici maintenant ce qui lui appartient en propre.

Les professeurs seraient nommés au concours par un jury composé d'un tiers de professeurs, d'un tiers pris dans les sociétés médicales, et d'un tiers parmi les médecins de la ville. En 1830, on avait demandé en place des médecins de la ville les médecins des hôpitaux. La proposition du congrès vaut mieux sans doute. Cependant déjà l'Institut, l'Académie de médecine ont grand'peine à fournir un contingent capable de balancer les influences de la Faculté; comment ferait-on pour trouver un appoint plus prépondérant parmi les médecins de la ville, dont le titre de membres de l'Institut, de l'Académie de médecine et de médecin des hôpitaux serait sans doute un motif d'exclusion? Suivons. On nommerait également aux chaires de nouvelle création par la voie du concours. En fait, jamais le pouvoir n'abdiquera son droit, et en principe il aura raison. Ce sont les hommes nouveaux et les progrès nouveaux qui provoquent les chaires nouvelles : l'adoption du vœu du congrès serait subversive de tout bon sens, de toute expérience, de toute justice. Ce serait opposer une barrière au mérite et ouvrir la porte aux médiocrités qui n'ont souvent que trop de chances de lui être préférées; enfin ce serait la consécration indéfinie du *sic vos non vobis*.

Le congrès demande encore la retraite des professeurs à 65 ans : on l'avait proposée dès longtemps à 70; cela n'était-il pas plus raisonnable et n'avait-il pas plus de chances de succès. On avait aussi demandé l'abolition du cumul comme contraire aux intérêts de l'enseignement, des élèves et des hommes qui se vouent au culte de la science. Le congrès n'y a pas songé, ou peut-être les hommes qui en ont manié les ressorts n'ont pas jugé utile à leurs intérêts futurs d'appeler son attention sur ce point.

A propos d'enseignement, il y avait un point de haute importance à examiner, c'était la question de l'enseignement libre : le congrès s'en est occupé, mais juste par le côté le plus étroit, le plus mesquin; aussi la solution à laquelle il s'est arrêté est-elle parfaitement en rapport avec le point de vue où il s'est placé. La question de l'enseignement libre, si on l'avait comprise et abordée dans sa signi-

hernies et des varices; mais, réflexion faite, nous résolûmes d'abandonner les choses à la nature en maintenant seulement la compression la plus exacte par les baguettes.

Le 28, l'enfant a mal dormi; il est survenu de nouveau une sueur abondante à la tête; un peu de diarrhée.

Le 30, l'enfant est assez bien; les baguettes sont mobiles; la peau profondément ulcérée autour d'elles; mais on aperçoit au fond de l'ulcération un large pédicule membraneux et flasque; la constriction est maintenue et les baguettes rendues immobiles à l'aide d'une bande.

Le 1er février, l'enfant continue d'aller bien; les baguettes ne tiennent plus que par le pédicule membraneux, reste des parois internes de la tumeur et formé sans doute par la hernie des membranes rachidiennes à travers l'hiatus vertébral. Ce pédicule est saisi par précaution dans une anse de fil et coupé au dessous d'un coup de ciseau pour détacher les baguettes et les parties gangrenées qu'elles contiennent dans leur intervalle. Il reste alors une plaie oblongue d'une assez grande étendue et d'un aspect satisfaisant. Elle est pansée simplement avec de la charpie et du cérat.

Le 5 février, la plaie est notablement rétrécie et la ligature se trouve tombée dans les pièces du pansement. L'enfant ne crie plus lorsqu'on le touche; il paraît gai et sourit très volontiers; il tète avec vivacité, et on peut le coucher de tous les côtés et même sur le dos sans qu'il se plaigne aucunement.

12 février. L'enfant est dans un etat de santé parfait et la mère pourra retourner dans son pays. La plaie est réduite à la dimension d'une pièce d'un franc; elle est recouverte de bourgeons charnus de bonne apparence et ne laisse plus apercevoir dans son fond aucune trace de membrane ou de tumeur. La peau est partout lisse et continue. La fesse gauche sur laquelle la tumeur avait creusé une dépression manifeste se remplit d'une manière évidente; mais ce qui mérite surtout de fixer l'attention, les excrétions alvines et urinaires se font depuis quelques jours avec une parfaite régularité et sans douleur, tandis qu'avant l'opération chaque fois que l'enfant voulait aller à la selle ou uriner, il ne cessait de crier pendant quelques instans; c'était même à ce signe que la mère s'apercevait qu'il s'était sali. La jambe paralysée exécute quelques mouvemens encore incomplets; mais on n'a pu voir l'enfant la croiser sur celle du côté opposé, ce qui n'avait pas encore été observé.

Cinq jours après la plaie était complètement cicatrisée, et au bout de six mois de guérison cet enfant a été présenté à la société médicale d'émulation de Lyon dans sa séance de la dernière semaine de juillet 1845, et examiné avec attention par tous les membres présens à cette réunion. Il a été constaté que l'enfant, alors âgé de plus de neuf mois, avait le développement et la force des enfans de cet âge; qu'il ne restait plus aucune apparence de tumeur le long de la colonne vertébrale; qu'une cicatrice à peine apparente se voyait au niveau de la dernière vertèbre lombaire et de la base du sacrum, et qu'au-dessous on pouvait sentir une dépression qui ne permettait cependant pas de pénétrer bien profondément, puisque le doigt se trouvait bientôt arrêté par une résistance comme cartilagineuse due probablement à un commencement d'ossification de l'hiatus vertébral.

Les membres pelviens étaient à peu près de même force et de même volume l'un et l'autre; seulement on pouvait sentir que les chairs étaient plus molles et plus flasques au membre gauche qui offrait toujours le renversement du pied dont il a été question. Toutefois ce renversement pouvait être redressé sans trop d'efforts, ce qui n'était pas à beaucoup près aussi facile avant l'opération. On pouvait faire fléchir la jambe, et on la voyait se redresser d'elle-même, mais le mouvement de flexion ne pouvait pas être produit à volonté. La cuisse était mobile dans tous les sens; elle avait surtout une tendance manifeste à se croiser sur celle du côté opposé.

Cette observation présente cela de remarquable que le succès est aussi complet qu'on pouvait le désirer et qu'il a été obtenu sans aucune espèce d'accidens à part celui du huitième jour qu'il sera désormais facile d'éviter puisqu'on est averti par l'expérience; qu'il n'y a eu ni convulsions, ni fièvre, ni syncope, ni aucune autre espèce d'accidens de la nature de ceux qui ont été observés dans presque tous les cas opérés par les autres procédés et que l'enfant n'a pas cessé de remplir toutes ses fonctions comme s'il eût été dans les conditions ordinaires de la vie, et nous pensons que ces résultats sont dus au mode d'opération que nous avons adopté, et nous en appelons de tous nos vœux à l'expérience pour les vérifier.

Quant à la question de priorité, nous avouons sans détour que la méthode de M. Beynard présente quelque analogie avec la nôtre; toutefois nous croyons l'avoir modifiée d'une manière avantageuse, et surtout l'avoir soumise à une discussion et à une appréciation utile et rationnelle. M. Beynard a opéré la ligature d'une tumeur hydrorachique au moyen de deux canons de plume d'oie réunis par un fil passé dans leur cavité; mais cette tumeur n'avait que le volume d'un œuf de poule et la nôtre avait celui d'une tête de fœtus. Dans le cas de M. Beynard, le pédicule n'avait que 2 centimètres d'étendue; dans le nôtre, il avait 52 millimètres, c'est-à-dire plus du double, et l'épaisseur était à peu près la même; aussi doutons-nous que le procédé de M. Beynard, eût pu suffire pour amener la guérison; car les plumes n'auraient probablement pas été assez solides pour opérer une constriction assez forte sur toute l'étendue du pédicule et fermer hermétiquement l'hiatus vertébral. Nous pensons donc, en combinant les divers procédés employés jusqu'ici, avoir appliqué pour la première fois au spina-bifida une méthode rationnelle qui réunit les avantages des autres sans en présenter les dangers ou les inconvéniens. Le succès et l'absence d'accidens semblent justifier nos prétentions; qu'importe d'ailleurs la question de priorité si nous avons réellement réussi à arracher à la mort et à rendre aux conditions normales de la vie un enfant qui fournira peut-être à présent sa carrière d'homme; c'est la seule gloire que nous ambitionnions, la seule qui pendant toute la durée de nos soins ait agité notre cœur!

On ne peut pas, on ne doit pas conclure d'un fait particulier à une méthode générale et infaillible; d'ailleurs le spina-bifida, comme nous le verrons bientôt, est loin d'être une maladie toujours semblable à elle-même, et c'est une considération dont on n'a peut-être pas jusqu'à présent apprécié toute l'importance et qui n'est pas sans influence sur le résultat probable de l'opération. Et quel est le procédé chirurgical qui réussit dans tous les cas? Pour nous, si l'occasion se présente de nouveau, nous n'hésiterons pas à opérer de la même manière, néanmoins avec les modifications suivantes.

Au lieu des deux baguettes dont nous avons fait usage dans le cas que nous venons de rapporter, nous voudrions nous servir d'un petit instrument léger en acier ou mieux en argent, construit sur le modèle de l'entérotome de Dupuytren, ou plutôt de la pince à varicocèle de M. Breschet. Cette pince serait à deux branches et de la longueur de 10 centim. ou plus, suivant le besoin. Chaque branche serait percée d'un trou à tous les centimètres, de manière à recevoir une petite vis métallique garnie d'un écrou mobile destiné à rapprocher peu à peu les branches jusqu'au contact le plus parfait. Ces branches seraient placées de chaque côté de la tumeur le long de la colonne vertébrale, et les vis passées au premier, deuxième, troisième trou, suivant la hauteur du pédicule. Alors à mesure que le liquide contenu dans la tumeur s'écoulerait par une ponction faite à ses parois et qu'on refoulerait à travers l'écartement des branches les portions nerveuses qui pourraient être flottantes dans le liquide, on serrerait peu à peu les écrous jusqu'à l'application immédiate des parois du

---

fication la plus élevée, est précisément celle qui eût conduit à examiner l'opportunité d'un corps recevant autre que le corps enseignant. En effet, l'enseignement libre tel qu'il est compris et appliqué dans beaucoup de pays, en Belgique et en Allemagne, par exemple, est celui où il n'y a point d'enseignement officiel, universitaire. Le nombre des professeurs est illimité : les élèves paient eux-mêmes les cours qu'ils préfèrent. Un jury d'examen et de réception institué par l'état est chargé seulement de contrôler l'instruction des élèves et de conférer les grades. Au lieu de discuter les avantages de ce mode, d'examiner ce qu'il peut comme moyen d'émulation, de progrès pour la science, et de perfectionnement pour les études; au lieu de le considérer dans ses rapports avec la vraie liberté, on n'a vu de la chose que le nom, et on s'est demandé si, en vertu de la faculté conférée à tous les citoyens par la charte de 1830 de publier leurs opinions en se conformant aux lois, il ne devait pas être loisible à chacun, aux élèves en médecine comme aux docteurs, d'ouvrir des cours et de se livrer à l'enseignement de toutes les branches de la médecine. Le simple bon sens et l'analogie de ce qui existe dans toutes les spécialités comme restriction à ce principe général aurait dû conduire à une autre solution; car la liberté, en quoi que ce soit, ne doit jamais être l'arbitraire, le nuisible. Or en vertu de ce principe très vulgaire, principe qui a sagement aboli les dispositions du décret de 89, lequel laissait au premier venu le droit de s'instituer médecin et de pratiquer l'art de guérir, il ne doit pas être plutôt permis d'enseigner la science qu'on ne sait pas que de pratiquer l'art qu'on n'a pas appris. Dans les deux cas, le principe est le même et les conséquences aussi. Tout médecin gradué doit être libre d'enseigner; mais non le premier venu, qui n'offre aucune garantie. Là est la vraie liberté, celle qui est donnée à tous au profit de tous, et non au profit d'un seul qui l'exercerait contre tous. Le congrès qui, en plusieurs circonstances, a cru pouvoir se comparer aux assemblées de 89, a rendu au moins dans un point la comparaison juste; mais il n'y a pas de quoi l'en féliciter. Pour étayer l'erreur, on a prétexté que le même principe avait été consacré en 1830, dans un rapport de M. de Broglie. Le fait est inexact : ce rapport ne dit pas que *tout le monde* pourra enseigner, mais tous les médecins, ce qui est un peu différent. L'érudition de l'auteur de cette assertion a été en parfait accord avec sa logique.

Il y aurait encore à relever quelques autres innovations du même genre en ce qui concerne l'enseignement : cela nous conduirait trop loin; nous avons hâte d'arriver aux questions qui intéressent la profession et la pratique.

Conservera-t-on deux ordres de médecins? Abolira-t-on les officiers de santé? Cette question avait été généralement résolue dans le sens du congrès par toutes les commissions qui se sont succédé depuis plus de quinze ans. Personne n'a essayé de défendre l'institution des officiers de santé au moins telle qu'elle a été conservée jusqu'à ce jour. En voulant leur abolition, l'assemblée n'a donc fait que consacrer le vœu général; il n'y a rien à dire à cela, sinon que tout le monde a remarqué avec quelle intolérance, quel parti pris on a empêché beaucoup d'hommes sensés de parler dans un sens contraire. Pour des personnes mieux et autrement convaincues c'eût été un motif de plus de permettre à la partie adverse de livrer une dernière bataille, de faire valoir ses dernières ressources. Au lieu de cela, la majorité a étouffé toute contradiction; elle a brutalement (c'est le mot dont beaucoup de personnes se sont servi), ôté la parole à quiconque avait l'air de vouloir soutenir ces pauvres officiers de santé. Cela n'est ni politique, ni fort,

sac. On fendrait ensuite la tumeur dans toute sa longueur en renversant les lambeaux sur la branche correspondante, et on laisserait l'instrument jusqu'à ce qu'il se détache de lui-même en tombant avec les parties qu'il étreindrait entre ses lames. On pourrait reséquer les lambeaux dès que l'on voudrait et resserrer les écrous chaque fois qu'il en serait besoin.

Par ce procédé on éviterait avec une certitude presque entière tous les inconvéniens que l'on reproche aux autres méthodes, et d'abord l'introduction de l'air dont on a peut-être exagéré le danger; la lésion des nerfs et de la moelle épinière dans la tumeur; et surtout cette espèce d'apoplexie foudroyante qui a été signalée par plusieurs auteurs, qui peut amener instantanément la mort et qui a été observée par M. Dubourg lui-même, bien qu'il ne manifeste aucune espèce de crainte à ce sujet. (Voyez GAZ. MÉD. 1841, p. 484.) La quantité d'eau à évacuer pourrait être graduée à volonté; et en cas de besoin on pourrait, si des phénomènes de compression venaient à se montrer après l'ablation de la tumeur, permettre, en desserrant prudemment l'un des écrous, l'écoulement d'une quantité de liquide suffisante pour les faire cesser.

L'instrument suffirait pour affronter les deux surfaces séreuses et déterminer leur adhérence. Au-dessous de lui il se formerait d'abord une plaie, puis une cicatrice solide après qu'il se serait détaché spontanément; il ne gênerait ni par son volume ni par ses complications; il serait d'ailleurs facile de le soutenir et de le fixer avec une simple bande ou une ceinture élastique.

Ce procédé aurait encore sur beaucoup d'autres cet avantage qu'il déciderait en peu de temps la question, tandis qu'en opérant par exemple par la ponction on reste toujours inquiet sur le résultat définitif, et qu'on ne peut jamais prévoir le moment de la guérison ou d'une terminaison fatale, puisque dans le cas d'A. Cooper la guérison ne fut complète qu'au bout de deux ans, et dans celui de M. Skinner de Philadelphie, la mort n'arriva qu'après qu'on eut fait soixante-dix ponctions successives et retiré environ quatre pintes de liquide en différentes fois. (Voyez MED. CHIRURG. TRANS., vol. 2, p. 226, et ARCH. DE MÉD., 2e série, t. 14, p. 494 à 497.)

En examinant plus profondément la question, on arrive à cette remarque : qu'est-ce qui a fait la gravité de toutes les opérations pratiquées jusqu'à présent pour le spina-bifida ? Ce n'est point tant l'opération elle-même que la lésion de la moelle ou l'inflammation consécutive des méninges. En effet, n'a-t-on pas toujours trouvé dans les autopsies pratiquées à la suite de cette maladie, ou de la rongeur, ou du pus, ou des fausses membranes dans la cavité de l'arachnoïde? Et M. Cruveilhier a fait représenter dans son ANATOMIE PATHOLOGIQUE un cas dans lequel une pseudo-membrane enveloppait la moelle épinière dans toute sa longueur.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(SUITE.)

I. THE NEW-YORK JOURNAL OF MEDICINE AND THE COLLATERAL SCIENCES.

Travaux originaux compris dans les numéros de juillet et septembre 1845 : 1° *Plusieurs cas de maladie thoracique avec difficulté du diagnostic*; par M. Swett. 2° *Relevé des cas de fièvre puerpérale observés à Buffalo*; par M. Austin Flint. 3° *Pathologie de la leucorrhée; flueurs blanches, etc.*; par M. Roberts. 4° *Tumeur érectile veineuse sous-cutanée du cou; ligature carotide commune; mort par phlébite suivie de dépôt purulent entre les membranes du cerveau*; par M. C. Post. (Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est la phlébite de la veine jugulaire interne qui suivit l'opération. Il est très rare que la ligature d'une grosse artère donne lieu à la phlegmasie de la veine correspondante, alors du moins que celle-ci n'a pas été touchée pendant l'opération. Or, M. Post assure positivement que la jugulaire interne était restée parfaitement à l'abri de l'instrument tranchant; et son habileté bien connue ne permet à personne de contester sur ce point la valeur de son témoignage. Une autre particularité intéressante est la présence de quatre phlébolites trouvés à l'autopsie dans la tumeur veineuse. Ils étaient blancs, arrondis; leur volume variait depuis celui d'une tête d'épingle à celui de la moitié d'un pois.) 5° *Quelques remarques sur l'emploi des moyens mécaniques pour attacher le corps et les membres des aliénés*; par M. Earle. (L'auteur s'élève contre la pratique suivie dans quelques établissemens d'aliénés, notamment en Angleterre, dans l'asile Lincoln, et qui consiste à supprimer toujours et dans tous les cas l'emploi des moyens mécaniques. Cet emploi demande de grands ménagemens, mais il ne mérite pas d'être proscrit.) 6° *Cas de maladie du cœcum*; par M. Edson Carr. 7° *Mémoire sur des poissons aveugles et quelques autres animaux vivant dans le souterrain connu sous le nom de Mammoth*; par M. Tellkampf. 8° *Sur la phlegmasia alba dolens*; mémoire lu à la Société médicale du comté de Westchester, par M. James Fontain. 9° *Cas de division de la moelle épinière*; par M. Eli Hurd. 10° *Extrait du rapport officiel de M. Wright, chirurgien d'armée, au chirurgien en chef, sur l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans les maladies des pays chauds*; communiqué par M. Van Buren. 11° *Cas de maladie simultanée du cœur, du cerveau, etc.*; par M. Conant Foster. 12° *Cas d'empoisonnement par la belladone*; par M. Gray. 13° *Cas d'intussception terminé par la sortie d'une portion d'intestin longue de seize pouces*; par M. Alfred Dayton. 14° *Plaie par arme à feu; hémorrhagie secondaire; ligature des deux carotides*; par M. John Ellis. 15° *Cas d'ostéosarcôme de la mâchoire inférieure, traité avec succès par l'iode*; par M. Stryker. 16° *Cas d'hydrophobie*; par M. George-A. Smith. 17° *Cas d'amaurose traitée avec succès, avec des remarques sur cette maladie*; par M. Shipman. 18° *Remarques sur le rhumatisme et la syphilis*; par M. Samuel Boyd.

PLUSIEURS CAS DE MALADIE DU THORAX, AVEC DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC; par M. SWETT.

Ces cas sont au nombre de quatre, et peuvent rentrer dans cette classe des *cas rares* sur laquelle la curiosité des médecins aimait autrefois à s'exercer. Nous ne nous arrêterons qu'à un seul d'entre eux, à celui qui nous semble propre à fournir les considérations les plus intéressantes. Les trois autres ont trait à un abcès du foie simulant un empyème, à un anévrisme de l'aorte ascendante simulant un abcès, et à un cancer du médiastin enveloppant les gros vaisseaux et simulant une maladie des valvules du cœur.

La minorité a été d'autant plus fondée à en juger ainsi, que la majorité a trouvé moyen en consacrant un vœu dès longtemps émis, d'imprimer à sa résolution quelque chose d'arbitraire et d'imprévu, qui en fait une résolution vraiment à part. Tous ceux qui avaient été conduits à reconnaître l'inutilité de deux ordres de médecins et à demander l'abolition des officiers de santé s'étaient sagement préoccupés de mettre quelque chose à la place. Car il ne suffit pas de voir le côté fâcheux de l'institution, il fallait tenir compte de son côté utile, sous peine de laisser aux partisans les avantages exagérés des faits méconnus par les adversaires. Ainsi depuis 1837 le nombre des docteurs diminue de jour en jour; la durée des études, la sévérité des épreuves et les frais de réception éloignent quiconque n'est pas largement doué au double point de vue de l'intelligence et de la fortune. On n'aurait donc bientôt plus qu'un petit nombre de docteurs, insuffisant pour répondre à tous les besoins. Les villes qui offriront les plus grands avantages obtiendront la préférence, et les petites localités, les villages, les hameaux resteront sans soins. Chacune de ces objections a la force d'un fait. La majorité du con grès n'y a pas regardé de si près et elle a voté purement et simplement l'abolition des officiers de santé. Les esprits sages et prévoyans avaient songé, comme correctif, à généraliser l'institution des médecins cantonnaux; la majorité n'en a pas voulu entendre parler. C'est ainsi, comme nous le disions plus haut, qu'elle est parvenue à empreindre son vote de quelque chose de vraiment original, dont on fera bien de lui laisser tout l'honneur. D'autres avaient dit avant elle : plus d'officiers de santé, mais en place, des médecins cantonaux; elle a dit : point d'officiers de santé, point de médecins cantonaux. Ce qu'il y a de plus étrange dans cette espèce d'exécution aveugle, c'est que le secrétaire général du congrès est convenu lui-même dans son compte rendu que toutes les sociétés qui ont voté l'abolition du deuxième ordre de médecins ont demandé les médecins cantonaux. Mais les sociétés médicales doivent être aux yeux de cette majorité démocrate quelque chose de peu sympathique; les hommes qui ont eru refaire un petit 89 médical ne veulent à aucun prix quoi que ce soit qui ressemble de près ou de loin à de l'aristocratie. Le mot a été prononcé, si je ne me trompe, précisément à propos des médecins cantonnaux; les démocrates de village qui ne seraient pas investis de ce privilége doivent n'en vouloir à aucun prix. Quant à nous, qui, à plusieurs reprises, avons fait connaître notre opinion sur ce point, nous n'examinerons pas si la diminution incessamment croissante du nombre des docteurs ne doit pas rendre plus circonspect sur l'abolition absolue d'un second ordre de médecins : si l'institution des officiers de santé, soumise à des épreuves nouvelles, n'offrirait pas des garanties suffisantes et des avantages capables d'en compenser les inconvéniens. Mais nous dirons clairement et franchement que si l'on consacre d'une manière définitive le principe d'un seul ordre de médecins, ce que nous regardons comme préférable, ce ne peut être qu'à la condition d'assurer le service des petites localités, et surtout le service des pauvres, soit par des médecins cantonnaux, soit par tout autre ordre de ressources équivalentes. Nul doute que si la discussion eût été libre, on en eût indiqué de ce genre. Pourquoi n'établirait-on pas, par exemple, un hôpital dans chaque chef lieu de canton ? Les médecins auxquels le service en serait confié, au nombre de 4 ou 6, comme médecins et chirurgiens titulaires et adjoints, pourraient être en même temps chargés du service rural des environs; ils iraient chaque jour comme médecins cantonnaux dans un rayon de plusieurs lieues porter secours aux accidens les

CARCINOME DE LA PARTIE POSTÉRIEURE DU MEDIASTIN, SIMULANT L'EMPYÈME.

OBS. — Un homme de 45 ans, de faible constitution, avait eu, à l'âge de 2 ans, une dyspnée très intense à la suite d'un exercice forcé. Il accusa alors dans les deux côtés de la poitrine une légère douleur qui fut soulagée par les linimens stimulans. Ces symptômes n'étaient accompagnés d'aucune altération apparente de la santé générale. En janvier 1814, il éprouva dans le côté gauche du thorax une violente douleur qui dura plusieurs jours. Le 26 février de la même année, il consulta un médecin pour une douleur de reins qui fut considérée comme un lumbago. Le 26 mai, survint une nouvelle douleur thoracique, envahissant les deux côtés, spécialement les régions mammaires; en même temps, la dyspnée augmenta considérablement. Pendant le mois de juin et les premiers jours du mois de juillet, il accusa de fortes pulsations accompagnées d'un sentiment de chaleur à l'épigastre. Il y avait de la constipation. Le 9 juillet, pendant qu'il inspectait des ouvriers occupés à hisser une barrique, il saisit en plaisantant la corde avec une main et donna une légère secousse. Aussitôt, il sentit comme un craquement dans la partie antérieure du côté gauche de la poitrine, y accusa une douleur aiguë et tomba presque en syncope. Appelé près de lui peu de temps après l'accident, le docteur A. Dubois le trouva dans une grande anxiété, la respiration précipitée et se plaignant d'une violente douleur vers la partie antérieure de la troisième côte. En plaçant la main dans cette région, on sentait, dans l'étendue de quelques pouces, une crépitation indiquant une infiltration d'air dans le tissu cellulaire sous-cutané. Des sangsues et des fomentations chaudes amenèrent un soulagement marqué.

Un jour ou deux après cet accident, l'auteur vit le malade pour la première fois. L'infiltration d'air avait à peu près disparu; la douleur thoracique était légère, mais la respiration était toujours considérablement gênée. En examinant la poitrine, on vit que le côté gauche était sensiblement dilaté et généralement peu sonore à la percussion; le murmure respiratoire y était très faible; le pouls ne battait que soixante-cinq fois par minute; le malade était pâle et faible; on pensa qu'un épanchement de liquide existait dans la cavité pleurale gauche; que sans doute il existait une pleurésie chronique avec tubercules, et que probablement c'était l'ouverture d'une poche tuberculeuse qui avait permis l'infiltration aérienne du tissu cellulaire sous-cutané au moyen d'une adhérence des deux feuillets pleuraux. Quelque temps après, on entendit distinctement de l'égophonie, vers la partie inférieure du scapulum gauche; elle s'étendait en avant jusqu'au sein et le cœur était refoulé vers le côté droit; un changement dans la position du malade ne faisait varier en rien les résultats de la percussion. M. Swett le revit en décembre; le traitement avait consisté principalement en vésicatoires et diurétiques. Le bruit respiratoire était plus distinct et la sonorité plus claire. Absence de fièvre; pouls à 80. Le sujet passa successivement entre les mains de plusieurs praticiens, y compris des homœopathes, et revint encore à M. Swett. Le 26 février 1845, quelques jours avant sa mort, le pouls était à 100 pulsations, mais sans chaleur à la peau; la toux était modérée, accompagnée d'une très légère expectoration muqueuse; la douleur thoracique était peu prononcée; mais il n'en était pas de même de la dyspnée; la respiration était à 40. Un examen attentif de la poitrine donna les résultats suivans:

Respiration diaphragmatique; peu de mobilité des côtes, principalement de celles du côté gauche. Dilatation considérable de ce côté, surtout latéralement et aux environs du sein. Le murmure vésiculaire s'entendait au sommet du poumon sous la clavicule et vers l'épine de l'omoplate. Mais postérieurement, à la racine du poumon et dans un espace considérable, la respiration était tout-à-fait bronchique, et dans le reste de l'étendue du poumon, l'on n'entendait aucun bruit respiratoire; seulement à la base on percevait pendant l'inspiration et l'expiration une sorte de craquement qui semblait produite par le frottement de fausses membranes. Absence de râles et de ronchus dans toute l'étendue du poumon. Egophonie mal caractérisée (*imperfect*) là où la percussion donnait le son le plus mat et où le murmure respiratoire manquait totalement. Du côté droit l'on entendait les battemens du cœur à droite du sternum et un peu de crépitation dans la région mammaire.

L'auteur était tellement convaincu de l'existence d'un épanchement qu'il examina avec le plus grand soin les espaces intercostaux dilatés, dans l'espérance d'y sentir la fluctuation. Il ne trouva rien de semblable, mais seulement une forte tension comme résultant d'une pression exercée du dedans au dehors. L'idée de la paracenthèse thoracique lui vint même à l'esprit. La mort eut lieu le lendemain soir.

A L'AUTOPSIE, après l'ablation de la peau et des muscles pectoraux, l'espace qui sépare la seconde côte de la troisième était tellement dilaté, tellement tendu, qu'on s'attendait à voir s'échapper une énorme quantité de liquide en détachant le sternum à la manière ordinaire. Quelle ne fut pas la surprise de tous les assistans en rencontrant une masse solide! C'était une tumeur fibro-squirrheuse occupant toute la cavité gauche du thorax, le médiastin et un quart de la cavité droite. A la pression antérieure et supérieure du côté gauche, les attaches de la tumeur aux parois thoraciques étaient solides et manifestement anciennes dans un espace large comme la paume de la main. Le long de l'épine et de la partie postérieure du diaphragme, il n'y avait que peu d'adhérences; partout ailleurs la tumeur était libre. La cavité gauche contenait environ une demi-pinte de sérosité rougeâtre; la membrane séreuse était opaque et épaisse, mais sans autre trace de travail inflammatoire que les anciennes adhérences indiquées tout à l'heure. Le poumon gauche, comprimé, atrophié, était réduit à un dixième au moins de son volume ordinaire et situé à la partie postérieure et supérieure de la tumeur; son sommet était peu comprimé, mais tout le reste du parenchyme était réduit à une lame mince qui présentait de nombreux et larges tuyaux bronchiques parfaitement libres à l'intérieur, de telle sorte que le poumon semblait formé en grande partie de ces tubes. — A droite, le poumon adhérait partout à la paroi thoracique par des brides anciennes. Il était diminué de volume dans la partie qui avait été comprimée par la tumeur et son lobe moyen offrait les caractères d'une pneumonie au premier degré. Le cœur, petit et flasque, était repoussé à droite par un prolongement de la tumeur.

Le foie était petit; son lobe gauche était réduit, comme s'il eût été comprimé, à une languette. La rate était aussi très petite. Ces organes offraient du reste la texture normale. — Aucune autre altération cadavérique.

A présent que la nécroscopie est venue lever toutes les incertitudes, on s'explique à merveille tous les signes physiques observés pendant la vie et qui ont pu faire croire à l'existence d'un empyème. Le premier signe stethoscopique constaté est la diminution du murmure respiratoire; la tumeur déjà volumineuse commençait à refouler, à atrophier le poumon gauche. Un peu plus tard l'égophonie se fait entendre; c'est que la plèvre s'enflamme, comme le démontrent les anciennes adhérences de ses deux feuillets et que cette inflammation amène une hypersécrétion. Le bruit respiratoire redevient un peu plus fort quand l'égophonie a cessé, c'est-à-dire quand l'épanchement est résorbé et n'ajoute plus à la compression du poumon. Cette compression augmente par suite du développement toujours croissant de la tumeur, et alors le murmure vésiculaire diminue de nouveau d'intensité pour disparaître complètement dans une grande partie du côté gauche du thorax. Il persiste pourtant au sommet, parce que cette portion du poumon est la seule qui échappe à peu près à la compression. La respiration est bronchique vers la racine de cet organe, et l'autopsie nous apprend que les bronches étaient restées volumineuses et parfaitement perméables. Nulle part de râle ni de ronchus, parce que le tissu pulmonaire, quoique laminé, était resté sain. Enfin l'égophonie avait reparu dans les derniers jours là où le son était très mat, et nous avons vu que la tumeur était libre partout, excepté en avant et le long de l'épine, et avait permis l'épanchement d'une demi pinte de sérosité. L'extrême matité s'explique à merveille par la présence d'une tumeur fibro-squirrheuse et l'égophonie par la présence du liquide.

Maintenant, était-il possible de soupçonner pendant la vie autre chose

---

plus immédiats, et chemin faisant ils seraient à la disposition des classes moins nécessiteuses. Le service des classes pauvres assurerait celui des classes aisées et les produits de l'un et de l'autre, sagement combinés, offriraient aux médecins et aux malades de tous les rangs des garanties fortes et durables, parce qu'elles seraient réciproques.

A l'occasion d'une autre disposition également réclamée depuis longtemps le congrès a encore trouvé le moyen de faire de l'imprévu. Tout le monde sent le besoin d'une institution qui ressemble au conseil des avocats et à la chambre des avoués. On avait demandé des conseils médicaux, mais personne n'avait songé à leur donner le droit de suspension, de radiation qui leur a été accordé par le congrès. On avait admis un conseil médical par département comme chargé de faire exécuter les lois par les tribunaux. D'un autre côté on avait prévu tous les délits et gradué une pénalité proportionnelle. C'était ainsi un conseil de surveillance dans les mains duquel on ne laissait aucun pouvoir qui pût servir d'arme à l'injustice et aux petites passions. Le congrès n'en a pas jugé de même: non content d'investir les conseils médicaux d'un pouvoir inique, il a pris soin d'assurer lui-même, par l'institution de je ne sais quels délits ou quasi-délits, les conséquences fâcheuses de son imprévoyance et de son arbitraire. Il a imaginé des fautes à double face, qui seraient d'un secours merveilleux pour certaines petites rivalités. Un journal annonce, par exemple, l'arrivée d'un praticien célèbre dans une localité: faute grave, suivant les puritains du congrès; il ne s'agit pas de savoir si le voyageur n'est pour rien dans cette annonce, si l'officieux rédacteur ou un ami maladroit ne lui ont pas rendu ce fâcheux service. C'est une faute grave dont la présomption sera d'abord toute au désavantage de celui auquel elle sera imputée et avec le caractère de gravité qu'on lui aura prêté. Ce n'est pas tout, si une inquisition aussi ridicule pouvait avoir chance d'être consacrée, nul doute qu'elle ne devînt bientôt un moyen, un prétexte, une arme perfide à l'usage de ceux dont la célébrité ne courrait aucun risque de représaille.

Mais qui ne voit dans tout ceci un esprit d'arbitraire, d'égoïsme étroit, d'intolérance mesquine de la part d'hommes assemblés au nom de la liberté et de l'intérêt public. Hélas! les votes qui ont proscrit les médecins cantonnaux sont bien ceux que la vue de tout privilége offusque, que le bruit de toute célébrité fatigue et importune. Ce sont encore ceux qui ne veulent à aucun prix des médecins étrangers. Ils ont dit que c'est la dignité de l'art et de la profession qu'ils veulent garantir! N'est-il pas à craindre qu'on ne voie dans leurs mesures de proscription une inspiration mal déguisée de l'égoïsme et un faux-fuyant de l'amour du lucre? A propos de médecins étrangers qui désireraient pratiquer en France, la majorité du congrès demande en effet qu'ils soient soumis à toutes les épreuves du simple étudiant en médecine. Que cet étranger s'appelle Scarpa ou Astley Cooper, nul ne sera admis à doter la France des merveilles de son génie s'il ne se replace tout d'abord sur la sellette de l'école à côté du premier venu. Heureusement que de telles exagérations n'ont de chance d'entraîner une seconde fois personne, pas même ceux qui l'ont été une première. Voyez pourtant quand des choses utiles et sérieuses ont le malheur d'être associées à de telles excentricités ce qu'il en doit résulter! Le prestige du nombre, qui pouvait quelque chose au profit des premières, n'établit-il pas une déplorable compensation en poussant au succès des secondes: et quel crédit veut-on que donne aux unes l'esprit qui a conçu et enfanté les autres?

qu'un empyème? Nous n'oserions le dire. Cependant il ne serait pas exact de prétendre que les symptômes observés pouvaient se rapporter aussi bien à l'empyème qu'à la lésion révélée par l'autopsie. La matité ne variait ni dans son siége ni dans son intensité, dans les différentes positions du malade, et c'est déjà chose assez rare *au début* des épanchemens thoraciques. Puis la fluctuation manquait absolument à une époque où les espaces intercostaux étaient tellement dilatés et bombés, que l'un d'eux *paraissait poussé au-dedans par une force intense*; circonstance qui, en cas d'épanchement, permet d'ordinaire de sentir le flot du liquide. La dilatation du thorax n'était pas uniforme, mais était surtout prononcée latéralement et *aux environs du sein*, et c'est là un effet plus propre aux tumeurs qu'aux épanchemens de liquide. Enfin un son très mat, coïncidant avec l'égophonie, doit laisser soupçonner autre chose qu'une couche de liq.ide; car l'égophonie suppose une couche mince, et une couche mince de sérosité ne donne, à elle seule, qu'une matité médiocre.

En faisant toutes ces remarques, nous ne nous dissimulons pas l'avantage que nous donne ici la théorie sur la pratique. Il est fort probable que nous aurions été nous-même trompé comme l'auteur; mais ces données théoriques n'en étant pas moins certaines et fondées sur l'expérience, nous avons cru devoir les rappeler pour montrer à quel point il importe, en matière de diagnostic, de tenir compte de toutes les circonstances et surtout de les rapprocher. Le rapprochement de quelques circonstances d'un fait en dit souvent plus sur sa nature qu'une analyse minutieuse non vérifiée par le raisonnement.

DE LA NATURE DE LA LEUCORRHÉE OU DES FLEURS BLANCHES; par M. C. ROBERTS.

D'après les recherches cliniques très multipliées auxquelles l'auteur s'est livré, il croit être en droit d'établir que la leucorrhée est le plus souvent entretenue par une lésion appréciable des organes génitaux. Sur 59 cas dont il rapporte l'observation, il a été constaté 46 fois, à l'aide du spéculum, que le col utérin était tuméfié, rouge, livide ou granuleux : chez deux ou trois malades seulement, il offrait sa couleur et son volume naturels, la rougeur se bornait à la membrane qui couvre l'intérieur de sa cavité. Trente-trois fois, on a rencontré des ulcérations. Quarante fois, il a été distinctement reconnu que la matière de l'écoulement s'échappait du col utérin. Dans cinq de ces faits, le vagin a paru rouge, et dans deux seulement l'écoulement a semblé être le produit d'une sécrétion folliculaire.

Ces derniers résultats répondent suffisamment à l'opinion avancée par quelques médecins que la leucorrhée est en général une affection du vagin. Il demeure au contraire évident qu'elle est en rapport avec une inflammation du col utérin et de la muqueuse qui tapisse sa cavité. Cet état pathologique, que beaucoup d'auteurs attribuent à une faiblesse, une atonie, une débilité des organes, doit plutôt être assimilé à une inflammation. L'auteur trouve d'ailleurs dans l'hypothèse d'une inflammation l'explication assez rationnelle des phénomènes généraux qui se lient ordinairement à cette maladie. Ils ne seraient effectivement alors que l'effet de la réaction que produit toujours sur l'économie l'altération d'un système d'organes importans. M. Roberts fait remarquer que ce principe de pathogénie si, dangereusement exagéré par Broussais et que cet auteur bornait exclusivement aux affections chroniques du tube digestif pourrait très rationnellement être étendu aux maladies de l'appareil génital, et particulièrement chez les femmes, où cette fonction occupe une place prédominante.

M. Roberts termine sa communication en insistant sur l'importance et la nécessité de l'usage du spéculum, instrument qui, dit-il devrait être d'un emploi aussi vulgaire pour les maladies de ce genre que celui du sthéthoscope dans le diagnostic des affections de poitrine.

CAS DE MALADIE DU COECUM ET DE SON APPENDICE; par M. EDSON CARR.

L'intention de l'auteur est de montrer que beaucoup de dérangemens dans les fonctions de la partie inférieure des intestins ont leur point de départ dans le cœcum. Tantôt c'est un défaut de stimulus nerveux qui le laisse dans un état d'inertie; tantôt c'est un stimulant étranger et pathologique, comme sont des alimens mal digérés, qui trouble son action. Il arrive encore souvent que les fonctions du cœcum ne se rétablissent que très difficilement et très lentement à la suite des affections caractérisées par des lésions de cet organe, par exemple, après la fièvre typhoïde. Dans tous ces cas et dans d'autres encore, les selles sont très irrégulières. Rares et laborieuses pendant un certain temps, elles deviennent tout à coup faciles et plus fréquentes. Le soulagement qui en résulte n'est pas toujours bien marqué. Les malades sentent qu'ils ont encore le *ventre embarrassé*. La région cœcale reste tendue, un peu douloureuse, et des gaz sont fréquemment rendus par l'anus.

L'auteur exprime encore un fait vrai en disant que les purgatifs ne débarrassent en général le cœcum qu'au bout d'un certain temps et après qu'ils ont amené déjà de nombreuses évacuations; aussi est-il nécessaire d'en renouveler plusieurs fois l'usage. Il rapporte, à cette occasion, le cas d'un garçon de 13 ans, qui éprouvait les symptômes de l'embarras cœcal et qui ne fut guéri qu'après avoir rendu, au bout de six jours de traitement et sous l'influence de nombreux purgatifs, une poignée de noyaux de cerises. Ce cas nous a rappelé celui d'une vieille femme morte avec les signes d'une rétention de matières fécales et chez laquelle nous avons trouvé le cœcum engorgé par plusieurs centaines de noyaux de cerises.

CAS DE DIVISION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. ELI HARD.

Le cas suivant est incontestablement l'un des documens les plus intéressans que la chirurgie ait depuis longtemps fournis aux sciences physiologiques, du moins si l'on admet avec l'auteur que chez le malade dont il s'agit, la moelle fut divisée dans toute son épaisseur et que cependant les deux moitiés séparées finirent par se réunir.

OBS. — Le 24 avril 1829, un homme, voulant sauter du haut d'un rayon, rencontra sous ses pieds un bâton, glissa sur le sol et tomba sur le dos et le côté gauche. S'efforçant alors de se dégager, il s'aperçut que ses membres inférieurs étaient engourdis et sans mouvement. On s'empressa de le relever; mais on reconnut qu'un ciseau qu'il avait dans sa poche au moment de la chûte avait pénétré dans son dos où il était resté implanté. On essaya immédiatement de retirer l'instrument, mais on ne parvint qu'à en arracher le manche.

M. Hard, arrivant sur le lieu peu d'instans après l'accident, tenta de nouveau d'extraire le fer de l'outil en le saisissant avec des pinces de forgeron, mais malgré ses efforts, au lieu d'amener le corps étranger, il ne fit qu'arracher le blessé

Deux autres dispositions non moins regrettables auraient infiniment plus de chances de succès, à cause des motifs spécieux qui les ont étayées, si elles ne touchaient à des questions d'un ordre très général, et partant, accessibles aux esprits sérieux qui auront à les contrôler. Nous voulons parler des résolutions du congrès relatives à la responsabilité et au secret. L'article 1382 du Code rend responsable quiconque cause un dommage à autrui; cet article est applicable aux médecins comme à tous les citoyens; le congrès veut qu'il n'en soit ainsi en aucun cas; suivant lui, le médecin ne devrait être responsable de ses actes que sur le prononcé d'un jury médical institué *ad hoc*. Mais qui ne voit tout l'arbitraire de cette prétention, et un danger même pour celui qui l'invoque à son profit? Médecin inculpé pour négligence, mauvais vouloir ou coupable intention, vous ne l'êtes point pour l'application plus ou moins irrationnelle de votre art. Les motifs de l'action qu'on vous intente sont du domaine de l'appréciation générale; il n'appartient pas aux médecins d'en connaître exceptionnellement. Vous n'êtes donc fondé à aucun titre à vous faire juger par les vôtres : vous seriez juge et partie dans votre propre cause. Et à supposer qu'on admît cette intolérable exception, qui vous dit qu'elle ne tournerait pas à votre désavantage? Qui vous garantira contre les préventions, contre les iniquités de l'esprit de parti? Acceptez la justice la plus large et la plus élevée; dût-elle y voir un peu moins clair, elle aura encore plus de chances et vous donnera plus de garantie de voir juste et bien.

Le congrès est tombé dans le même écueil à l'égard du secret; pour faire triompher notre droit légitime, des hommes sérieux avaient à plusieurs reprises établi des distinctions convenables et rationnelles : ils avaient dit en interprétant sagement la loi : le médecin n'est tenu de répondre à la justice qu'en dehors des faits dont il a connu à l'occasion ou à cause de l'exercice de sa profession. Là est son droit; mais au delà est son devoir. Les législateurs du congrès n'ont admis aucune exception, et il est à regretter que des esprits sérieux aient prêté l'appui de leur talent à de telles prétentions.

Nous ne poussons pas plus loin notre examen. Il est inutile de rappeler une foule d'autres résolutions secondaires qui ne font que confirmer des vœux précédemment émis, ou qui n'apportent que de faibles modifications à ces derniers. Ainsi, tout ce qui a été décidé au sujet de l'exercice illégal de la médecine, au sujet de la vente des médicamens, au sujet des connivences entre médecins et pharmaciens, au sujet des sages-femmes, est conforme aux délibérations de tous ceux qui se sont occupés de la matière. On a reconnu entre autres bon nombre de délibérations empruntées aux projets de lois de 1836 et 1839 : ce sont des réminiscences dont plusieurs membres, faisant partie de la commission de 1839, ont enrichi les délibérations du congrès; nous ne lui en ferons pas un reproche, on ne saurait trop l'en féliciter au contraire, et regretter qu'il n'en ait pas usé davantage. C'est ainsi, par exemple, qu'il aurait pu profiter de bonnes résolutions au sujet des dentistes. Les dentistes exercent évidemment une branche de la chirurgie, et à ce titre on comprend difficilement qu'ils aient pu l'exercer sans épreuves et sans diplôme. Les maladies des dents et les opérations qu'elles réclament n'ont pas été dédaignées par un des chirurgiens les plus éminens du siècle dernier. C'est qu'en effet les dents sont des organes de l'économie comme d'autres organes, et leurs maladies soumises aux lois, aux causes, aux complications qui sont propres à toutes les maladies. La conclusion naturelle est que,

d'entre les bras de ceux qui le retenaient. Enfin, à force de redoubler ses efforts, il parvint à retirer le ciseau qui était long de 5 pouces et large de près de 10 lignes. L'opération fut très peu douloureuse pour le patient; au moment de l'extraction de l'instrument, il dit « qu'il voyait des éclairs lumineux dont l'apparition fut ensuite suivie d'une obscurité complète. »

La blessure était au niveau de la dernière vertèbre dorsale et à 8 lignes à gauche des apophyses épineuses. La direction de l'instrument était inclinée de bas en haut, à 20 ou 25 degrés, et de droite à gauche de 12 degrés, de telle façon qu'on pouvait présumer d'après sa direction qu'il avait divisé la moelle. Le blessé tomba immédiatement dans la paralysie complète de la peau au dessous et à partir du siége de la plaie, des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. Une réaction fébrile suivit au bout de quelques heures la prostration momentanée causée par une aussi grave blessure, et se prolongea pendant 10 à 12 jours. La plaie extérieure fut cicatrisée en peu de jours. Le cathétérisme ne fut nécessaire que durant huit jours, l'excrétion spontanée de l'urine étant redevenue possible au bout de ce temps. Il fallut donner des lavemens stimulans pour provoquer les selles, pendant 10 jours. La sensibilité revint à la peau le cinquième jour; et au quinzième, les membres inférieurs commençaient déjà à reprendre une partie de leurs mouvemens abolis dans le principe.

Le malade fut perdu de vue par son médecin, le vingt-unième jour de l'accident. Depuis lors, l'amélioration ne cessa de faire des progrès, mais tellement peu rapides toutefois que, quatre ans et sept mois après, étant assis au coin de son feu, il se brûla profondément la peau du genou sans avoir éprouvé de douleur en aucune manière. L'ulcération s'étendit peu à peu en profondeur, mit à nu les surfaces articulaires; au point que la rotule dénudée se rompit un jour pendant un effort. Mais enfin, grâce à la persévérance du chirurgien, ces graves complications prirent une terminaison favorable.

Un dernier rapport daté de la présente année 1845 apprend que le malade est maintenant dans un état très satisfaisant : il peut monter dans une voiture et en descendre, saute à cheval sans aide et peut supporter toutes les allures que prend sa monture. Il n'a et n'a jamais eu aucune courbure de l'épine et n'éprouve pas de douleur dans cette région. Le narrateur va même jusqu'à nous faire savoir qu'il s'est marié depuis deux ans et est devenu père d'un enfant, qu'il a été nommé constable et collecteur dans sa ville natale, et s'acquitte des devoirs de sa place à la satisfaction générale.

— Quelque vraisemblable que puisse paraître à nos lecteurs l'hypothèse soutenue par l'auteur que, dans ce cas, la moelle avait été complètement divisée, il nous paraît très-probable qu'il y avait eu aussi un épanchement sanguin profond dans le trajet de la plaie, que celui-ci avait sans doute été un agent de compression pour la moelle, que par conséquent on pourrait admettre que la division de la moelle a été très incomplète, qu'elle n'a jamais été suivie de réunion des deux bouts, comme le pense l'auteur, que, en un mot, les seuls symptômes dont la cessation ait pu justifier cette opinion ne tenaient pas en réalité à une solution de continuité de la moelle, mais seulement à la compression de cet organe causée par l'extravasation sanguine. Il va sans dire que, malgré tous les détails donnés avec une sorte d'affectation sur l'état actuel du malade, il ressort assez clairement du silence du texte sur les points les plus importans que le retour des fonctions dans les parties paralysées n'est rien moins que complet.

CAS D'INTUSCEPTION HEUREUSEMENT TERMINÉ PAR LA SORTIE D'UNE PORTION D'INTESTIN LONGUE DE SEIZE POUCES; par M. DAYTON.

OBS. — Le sujet de cette observation est un homme de 35 ans, cordonnier à New-York, achetant et vendant sur le marché. Cet homme avait abandonné en partie son état par suite d'une douleur dans le côté droit, attribuée à une hypertrophie du foie. Depuis longtemps sa santé générale était mauvaise. Il avait éprouvé, à deux ou trois reprises, de violentes coliques. Un jour étant occupé à ses affaires habituelles sur le marché, et sans s'être livré à cette époque à un exercice immodéré, il fut pris d'une vive douleur dans la région lombaire droite. Il fut saigné et prit un cathartique qui opéra copieusement. Quand M. Dayton le vit, trois jours après l'attaque, la douleur continuait; il y avait une tension générale de l'abdomen. Il continua à souffrir ainsi pendant environ quatre semaines, ne trouvant un peu de soulagement que dans les anodins. La douleur, quoique étendue à tout le ventre, était surtout atroce dans un point circonscrit. Différens moyens furent mis en usage par M. Dayton. En premier lieu, l'ouverture de la veine, les purgatifs, les scarifications, les ventouses, les contro-stimulans, les vomitifs, le tout sans profit bien marqué. Puis vinrent les narcotiques à haute dose, le seul moyen qui ait apporté quelque soulagement. Au bout d'un mois, le malade était déjà dans un état d'émaciation considérable et l'on s'attendait à une fin prochaine, quand il rendit par l'anus une portion d'intestin longue de 12 à 16 pouces. La première fois l'auteur la vit d'une seule pièce; plus tard, elle était en deux portions, mais il pense qu'elle aura été rompue par les personnes qui l'ont examinée après lui. Le bout resté entre ses mains est de 12 pouces. Il appartient aux intestins grêles; mais au lieu de former un tube continu, il est divisé dans toute sa longueur. Les bords de la division sont inégaux, irrégulièrement dentelés. La membrane muqueuse est pointillée par places et dans d'autres granulée. Une portion considérable n'offre aucune autre altération que celle des bords de la déchirure.

Deux ou trois jours après l'expulsion de cette portion d'intestin, le malade entrait en convalescence. Cependant la guérison a marché lentement. Sa santé est revenue à peu près au point où elle était avant l'accident qui date déjà de dix-huit mois. Cependant il éprouve encore un peu de douleur de côté, et comme la position assise augmente cette douleur, il a pris l'état de journalier.

PLAIE PAR ARME A FEU SUIVIE D'HÉMORRHAGIE SECONDAIRE; LIGATURE DES DEUX CAROTIDES PRIMITIVES A QUATRE JOURS ET DEMI D'INTERVALLE L'UNE DE L'AUTRE; par JOHN ELLIS.

Voici un précis des circonstances de ce fait aussi remarquable par la courageuse détermination du chirurgien que par la beauté du résultat qui a couronné ses efforts. Un soldat âgé de 21 ans reçut par mégarde une balle, qui entra au-dessus de l'épine de l'omoplate gauche, pénétra dans le cou vers le bord postérieur du sterno-mastoïdien, traversa la langue à son centre, brisa trois dents du côté droit et sortit enfin après avoir percé la lèvre supérieure. Le malade fut tenu sous une surveillance vigilante dans la crainte d'une hémorrhagie; et effectivement le 7e jour il survint un écoulement abondant de sang par la plaie de la langue. On l'arrêta facilement en comprimant la carotide gauche; mais comme l'hémorrhagie se reproduisit la nuit suivante, et que la pression causait beaucoup de douleur au malade, on prit le parti de lier la carotide au-dessous du muscle omo-hyoïdien. Tout alla bien jusqu'au 11e jour de l'accident où se manifesta une nouvelle hémorrhagie qu'on suspendit en établissant la compression sur la carotide droite et sur les deux orifices de la blessure (les pulsations avaient, à cette époque, commencé à reparaître dans la temporale gauche, pour la première fois depuis la ligature). Le sang continuant à couler dès qu'on levait la compression et celle-ci devenant insupportable, on agita la question de savoir s'il convenait de lier la linguale ou la carotide droite; mais la difficulté de la première opération et l'incertitude du résultat qu'on pouvait s'en promettre décidèrent la préférence pour la seconde. On lia donc la carotide droite quatre jours et demi après avoir lié la gauche. Quand on serra le fil, le malade n'éprouva ni douleur, ni évanouissement, ni mal de tête, il devint seulement

pour exercer l'art du dentiste avec science et profit pour les malades, il faut avant tout être médecin.

Nous avons dit en commençant cet article qu'il nous avait été impossible d'apercevoir, à travers tout ce qui a été proposé, discuté et conclu, la moindre conception générale, la moindre idée d'ensemble, quoi que ce soit qui eût l'apparence d'une vue synthétique de réorganisation. C'est qu'en effet le congrès n'a été qu'une collection d'individus rassemblés bien plus par un mobile de curiosité que par un sentiment d'intérêt général; il a été l'expression d'un fait et non la manifestation d'un principe. Chacun y est venu avec ses préoccupations, ses idées, ses doctrines particulières. On avait donné à tous un thème commun à travailler, mais non une idée générale à éclairer, à développer, à mener à fin. Certes, si l'on demandait à chacun d'établir un lien quelconque entre ce qu'il a ou n'a pas voté, il est douteux que ce lien fût le même pour deux personnes. Mais si toutes ces manifestations individuelles n'ont pu être l'expression d'aucune pensée collective et réfléchie, il n'en est pas de même du caractère moral qu'elles ont offert à l'observateur. Celui-ci, placé en dehors de cette sphère d'agitation et de bruit, a pu saisir et comprendre les instincts de la foule. Il a vu par quel mobile, avec quels moyens, et vers quel but on l'avait dirigée comme à son insu. Or, mobile, moyens et but ne nous paraissent pas de ceux que doivent encourager les hommes qui veulent sincèrement le progrès de la liberté bien entendue et l'accroissement de notre profession en considération et en dignité. Ces nobles sentimens ne cherchent pas en effet à se fortifier des entraves mesquines qu'on oppose impuissamment aux excès du charlatanisme; mais ils vont plus haut : ils dédaignent le palliatif du mal, pour chercher à accroître les sources mêmes d'où ils émanent, et à diminuer d'autant celles de la déconsidération et des tristes nécessités qui y conduisent. « Le meilleur remède contre le mal, a dit un philosophe, c'est le bien. » Or le bien, pour notre profession, ce ne sont pas les mesures préventives, les moyens d'action matérielle, des tentatives vaines pour ressusciter les formes et les bénéfices d'une corporation impossible, qu'on l'appelle association ou famille. « La considération, a dit récemment un homme de sens, ne s'accorde plus de nos jours qu'aux individus; » et il aurait pu ajouter qu'elle ne s'étend aux hommes d'une même profession qu'à condition de la mériter également par les mêmes titres, les mêmes efforts et les mêmes sentimens élevés. Telles ne sont pas malheureusement les tendances de notre époque de criticisme et de préoccupation individuelle, où chacun ne croit qu'en lui et ne pense que pour lui. Ranimez, si vous pouvez, le sentiment de considération et de respect des uns pour les autres; réveillez en vous l'amour sincère de la science et de l'humanité; donnez-vous un but commun et élevé vers lequel toutes les ambitions puissent se précipiter sans se heurter et se faire obstacle, alors vous n'aurez pas besoin d'établir, entre la partie noble et respectable de la profession et celle qui ne l'est pas, un espace de circonvallation protégé par les lois : cet espace s'établira et se défendra de lui-même; nul n'essaiera de le franchir, parce que la distance sera trop grande et le point d'arrivée trop élevé pour ceux qui ne s'y seraient point placés tout d'abord.

---

un peu pâle, et l'hémorrhagie cessa immédiatement ainsi que les pulsations des artères temporales des deux côtés. — Il n'y eut consécutivement qu'un peu de dyspnée et de toux qu'on finit par calmer avec la teinture d'aconit. — La ligature tomba du côté gauche le 17e jour, et du côté droit le 14e à partir du moment de son application. Les deux plaies suppurèrent, et même, à droite, la portion d'artère comprise entre la ligature et la plaie tomba en gangrène et fut éliminée. — Le blessé est à présent guéri, et jouit d'une bonne santé. On ne sent aucun battement dans les deux temporales.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE.

SUR UN RÉSERVOIR PARTICULIER A L'APPAREIL DE LA CIRCULATION DES RAIES.

M. NATALIS GUILLOT adresse sur ce sujet la note suivante :

Les particularités sur lesquelles j'appelle l'attention de l'Académie paraissent avoir échappé aux observateurs. Je les eusse moi-même oubliées, si les recherches et les opinions de M. Milne Edwards sur la circulation des animaux invertébrés ne m'eussent conduit à étudier de nouveau des détails qui me semblent révéler dans les animaux vertébrés l'existence de lacunes analogues à celles qui ont été signalées dans l'appareil circulatoire des animaux de classes plus inférieures.

Un vaste réservoir lacuneux, situé entre la colonne vertébrale et le canal digestif, et placé sous le péritoine, occupe, lorsqu'il est distendu, à peu près le tiers de la cavité abdominale chez les raies adultes.

De forme irrégulière et difficile à caractériser, il contourne annulairement l'œsophage et l'estomac. Les parois sont formées par le péritoine qui, en se repliant en haut, le suspend à la colonne vertébrale, excepté dans les régions les plus antérieures de l'abdomen.

On y peut distinguer deux parties d'inégale capacité, toutes deux communiquant sur la ligne médiane, d'une part en avant du foie, au-dessous de l'œsophage, de l'autre en arrière de l'estomac au-dessous de la colonne vertébrale.

Ce réservoir singulier est borné en avant par le péricarde et les veines caves avec lesquelles il communique de chaque côte par deux très petits orifices ; en arrière il se termine auprès du renflement cœcal de l'intestin. Il est limité en avant par le tissu cellulaire qui tapisse la colonne vertébrale, par la couche musculaire de l'œsophage et par le tissu du foie ; sur les côtés par le tissu des ovaires ou des testicules ; partout ailleurs par le péritoine. L'extrémité des lobes du foie, la rate, le pancréas, l'intestin, viennent au contact des surfaces de ce réservoir lorsqu'il est distendu.

L'intérieur de ce réservoir est divisé en plusieurs cellules dont les plus antérieures sont les plus étendues et les plus régulières ; les plus postérieures sont moins amples et plus multipliées ; elles représentent alors une sorte de lacis que baignent les liquides.

C'est au milieu de ce tissu, en quelque sorte feutré d'une part, celluleux de l'autre, entre toutes ces cavités de dimensions très variables que circule le sang venu des veines ovariques ou spermatiques, des veines rénales, des veines des capsules surrénales et en avant des veines hépathiques.

Tout le sang de la cavité abdominale doit passer par cet immense amas de lacunes avant de parvenir au cœur.

Il est versé dans chacune des veines caves, à droite et à gauche, par deux petits canaux dont le diamètre n'excède pas un millimètre, au moyen desquels seulement le sang veineux peut sortir de l'abdomen.

Cette disposition curieuse mériterait d'être étudiée, non seulement dans les raies, mais encore dans les squales. M. Guillot se propose d'étendre ses recherches dans cette direction.

ANATOMIE DE LA CLAVAGELLE (MOLLUSQUE ACÉPHALE).

M. DESHAYES adresse un mémoire anatomique sur la clavagelle, genre de mollusques acéphalés, créé par Lamarck.

Les nouvelles recherches auxquelles M. Deshayes s'est livré sur ce sujet l'ont conduit à cette conséquence, que le genre clavagelle a la plus grande analogie avec celui des arrosoies d'un côté, et celui des gastrochènes de l'autre. Mais si ces trois genres doivent constituer une famille naturelle, ils s'éloignent déjà par des changemens assez considérables dans l'organisation des genres de la famille suivante contenant les Tarets, les Pholades et les Térédines.

OSSEMENS FOSSILES D'UNE ESPÈCE INCONNUE DE DAUPHIN.

M. PÉDRONI fils, de Bordeaux, s'occupant de l'étude des ossemens fossiles du département de la Gironde, transmet à l'Académie quelques détails sur une espèce inconnue, du genre Dauphin, dont il a cru pouvoir former un sous-genre nouveau. Les caractères de ce sous-genre (Delphinoïde) sont : des dents plates, triangulaires, à bords plus ou moins dentés. Racines simples ou présentant dans les six postérieures un talon en arrière de la racine principale ; peut-être deux sortes de dents, les antérieures simples et coniques, les postérieures plates, triangulaires et dentées.

Espèce unique. — Delphinoïde de Grateloup : Crâne arrondi, aplati en avant ; maxillaires supérieures allongées antérieurement et se relevant en éventail en arrière pour recevoir presque tout le frontal. Maxillaires inférieurs allongés, un peu courbés en S, réunis par leur tiers antérieur, ce qui rend le museau très proéminent et d'un faible diamètre.

Dents fortes, épaisses, subtriangulaires, pointues, comprimées et aplaties latéralement. Cinq dentelures postérieurement, deux sur le bord antérieur. Dentelures profondes, inégales, bordées sur leur pourtour de fines denticulations. Longueur 0m,0448 hors de l'alvéole, largeur 0m,033 au collet. Faciaux coniques, présentant en arrière un tubercule assez gros.

Longueur totale de l'animal de deux à trois mètres.

FORMATION MORBIDE DE GANGLIONS SUR LES NERFS.

M. SERRES a, l'an passé, entretenu l'Académie de la rencontre qu'il fit, à l'autopsie d'une femme morte de fièvre typhoïde, d'un grand nombre de ganglions développés sur le trajet des nerfs encéphaliques. Il n'y avait pas moins de 1,500 à 2,000 de ces petits corps, dont la formation avait dû commencer longtemps avant l'affection à laquelle avait succombé la malade. Nulle altération d'ailleurs ne se remarquait ni dans le cerveau, ni dans la moelle épinière. Un cas semblable vient d'être observé dans l'hôpital de la marine à Brest. Il fait le sujet d'une communication adressée à l'Académie par MM. Maher, professeur d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine navale de Brest, et Payen fils, chef des travaux anatomiques à la même école.

De ce qu'a dit l'honorable membre, il résulte que l'altération organique avait été constatée par MM. Maher et Payen, avant la mort du sujet qui la leur a présentée. Cet homme éprouvait depuis quelque temps un engourdissement général qui augmentait de plus en plus. On a trouvé chez lui tout le système nerveux périphérique semé, en quelque sorte, de ganglions. Les branches du mouvement étaient beaucoup plus affectées que celles du sentiment.

CHAULAGE DES BLÉS AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE.

M. GIRARDIN, de Rouen, a fait quelques expériences sur le chaulage du blé. Il formule ainsi les conclusions de son travail :

1° Il est rationnel de ne jamais semer sans avoir chaulé ;

2° Il faut adopter de préférence à tous les autres chaulages le procédé de Mathieu de Dombasle, puisqu'il est simple, économique, qu'il n'entraîne aucun inconvénient pour la santé des semeurs et la sécurité publique, et qu'il fournit les blés les plus sains et les plus productifs ;

3° Puisque l'arsenic, le sulfate de cuivre, le vert de gris et autres composés vénéneux peuvent être remplacés avec avantage pour le chaulage du blé par le sulfate de soude et la chaux, le gouvernement devrait interdire la vente de ces poisons dans les villes et les campagnes, et leur emploi dans la préparation des semences.

SUITES NUISIBLES DE LA CIRCONCISION.

M. Théodore-Frédéric BALTZ, médecin à Berlin, envoie à l'Académie une lettre qu'il a adressée au concile des rabbins, à Francfort, sur *les suites nuisibles de la circoncision*. L'auteur a eu, dit-il, comme médecin militaire, l'occasion de traiter plus de vingt-cinq mille individus pour des maladies relatives à la circoncision, opération qui, pratiquée aussi grossièrement qu'elle l'est d'ordinaire, laisse souvent les sujets mutilés, défigurés, plus prédisposés que les incirconcis à une foule d'incommodites et d'affections morbides. M. Baltz soutient que cette coutume est contraire aux vues du Créateur, comme à la raison et à l'humanité. Il demande qu'on épargne à l'enfance un tourment qui a fréquemment des suites fâcheuses pour les autres âges de la vie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 25 NOVEMBRE 1845. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

La séance a été ouverte par la lecture d'une Notice historique sur CHERVIN, par M. Dubois (d'Amiens).

M. Jolly a lu un travail intitulé : De l'imitation considérée dans ses rapports avec la philosophie, la morale et la médecine.

M. le président a proclamé ensuite les noms des lauréats et lu le programme des prix pour 1847.

Enfin M. Pariset a lu l'Eloge de LARREY.

PRIX DE 1845.

L'Académie avait proposé pour sujets des prix de 1845 les questions suivantes :

PRIX DE L'ACADÉMIE. — « Faire l'histoire de l'emphysème du poumon, établir les analogies et les différences entre cette affection et l'asthme. » — Ce prix est de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas donné ce prix.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — « De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. » — Ce prix est de 1,200 fr.

L'Académie n'a pas donné ce prix. Elle a accordé un encouragement de 300 fr. à MM. Raciborski et Lartigue, auteurs du mémoire n° 4, et remis ce sujet au concours pour 1847.

PRIX FONDÉ PAR MADAME M.-E. BERNARD DE CIVRIEUX. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies prove-

nant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet du prix de 1845 : De l'hystérie. — Ce prix est de 12.00 fr.

L'Académie partage ce prix entre M. Brachet, de Lyon, auteur du mémoire n° 7, et M. Landouzy, médecin à Reims, auteur du mémoire n° 11. Elle accorde de plus une mention honorable à M. Emile Marchant, médecin à Sainte-Foy, auteur du mémoire n° 2, et une seconde mention honorable à M. Salvator de Renzy, docteur en médecine à Naples.

PRIX D'ARGENTEUIL. — Le nombre des concurrens n'a pas encore permis de juger le prix d'Argenteuil, échu le 22 septembre 1844, pour cette séance publique; il sera décerné dans le courant de 1845. Il s'élève à la somme de 10,430 fr. 50 c.

PRIX POUR LA PROPAGATION DE LA VACCINE. — M. le président proclamera les noms des personnes qui ont mérité le prix, les quatre médailles d'or et les cent médailles d'argent, que le gouvernement donne chaque année pour encourager la propagation de la vaccine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1847.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — De l'influence comparative du régime animal et du régime végétal sur la constitution physique et le moral de l'homme.

Ce prix sera de 2,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules.

MM. les concurrens devront traiter les deux parties de cette question en appuyant leurs conclusions sur des observations cliniques et des recherches d'anatomie pathologique éclairées par des investigations physiques et microscopiques.

Ce prix sera de 1,800 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME M.-E. BERNARD DE CIVRIEUX. — Mme Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix :

De l'asthme.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Les mémoires pour ces trois concours, dans les formes usitées et écrits lisiblement en français ou en latin, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1847.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Extrait du testament :* « Je lègue à l'Académie royale de médecine » une inscription de 1,000 fr. à 5 p. 100, pour fonder un prix triennal de 3,000 fr. » qui sera décerné au meilleur livre ou meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée* ; et pour que les ouvrages puissent subir » l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux » ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 mars 1843, sera décerné en 1846.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL. *Extrait du testament :* « Je » lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr., pour être » placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur » l'État, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux » moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre. Dans le cas, mais » dans ce cas seulement, où, pendant une période de six ans, cette partie de » l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable » pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du » perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement » des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850 : sa valeur sera de 8,238 fr., plus des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie, du 1er septembre* 1838.)

Les concurrens aux prix fondés pas MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1846.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Faire connaître la composition de la bile dans l'état physiologique ; exposer les principales altérations dont ce liquide est susceptible, et les moyens chimiques de les connaître ; indiquer les causes de ces altérations et les modifications morbides qu'elles peuvent exercer sur l'économie ; les moyens séméiologiques de les apprécier et le traitement qui leur convient. — Ce prix sera de 1,500 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Des altérations du système lymphatique dans le cancer. — Ce prix sera de 1,500 fr.

Les concurrens auront à rechercher, par tous les moyens d'investigation connus, le rôle que joue le système lymphatique dans le cancer.

Ils étudieront l'état des vaisseaux et des ganglions lymphatiques à toutes les périodes des diverses espèces de cancer : dans les tumeurs cancéreuses; dans le voisinage et au loin de ces tumeurs; autour des ulcères cancéreux, etc. Ils s'attacheront à éclairer le diagnostic des altérations cancéreuses du système lymphatique, et à signaler les causes qui favorisent le développement ou les progrès de ces altérations. Enfin ils déduiront de ces nouvelles études toutes les applications pratiques qu'elles pourront fournir.

PRIX FONDÉ PAR MADAME M. E. BERNARD DE CIVRIEUX. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix : Du suicide. — Ce prix sera de 1,200 fr.

CONGRÈS MÉDICAL.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

SECTION DE MÉDECINE.

RAPPORT DE LA COMMISSION N° 6. — DEUX ORDRES DE MÉDECINS. — MÉDECINS CANTONNAUX.

(M. PIORRY, rapporteur.)

Messieurs,

Une des questions humanitaires les plus graves que le congrès médical ait été appelé à discuter, est celle qui se rapporte aux deux ordres de médecins.

La santé du pauvre, l'équitable répartition que doit l'État aux populations, l'honneur et la dignité de la profession médicale, l'indispensable nécessité de tenir compte des droits acquis et de trouver des garanties pour l'avenir, tout dans un tel sujet est grave, important et exige une discussion approfondie.

La Commission n° 6 s'y est livrée avec sévérité et conscience, c'est le fruit de ses délibérations que l'un de ses rapporteurs a l'honneur de vous soumettre.

La loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), qui a institué les officiers de santé, a été promulguée dans un temps où nos armées triomphantes avaient projeté sur tout ce qui en dépendait un certain reflet de la considération dont elles étaient entourées. De là sans doute la dénomination d'officier de santé appliquée aux personnes qui exerçaient l'art de guérir. Ce nom étrange, si peu en harmonie avec nos institutions civiles et constitutionnelles, resta dans la loi qui institua l'Université et les facultés, comme un souvenir de ce qui avait été et comme une sorte de liaison entre la grande époque révolutionnaire et l'organisation nouvelle.

Plus tard l'usage fit à peu près renoncer dans la pratique à cette dénomination bizarre, de sorte que les expressions médecin ou chirurgien la remplacèrent, et cette source de confusion entre les officiers de santé et les docteurs en médecine produisit trop souvent des méprises fâcheuses pour le public tout en portant une atteinte réelle aux droits des médecins dont les études avaient été plus complètes et plus régulières.

Le titre d'officier de santé, ainsi que l'a remarqué un des membres de la Commision, est usurpé dans l'état actuel de la société par des charlatans sans droits aucuns et qui, avec l'autorisation des maires des communes, vont sur la voie publique colporter des médicamens inutiles ou dangereux.

La loi sur les officiers de santé les subordonne pour la curation des cas graves et pour les grandes opérations aux docteurs en médecine; mais dans la pratique rien de semblable n'a lieu et ne peut avoir lieu, car telle affection légère en apparence est grave en réalité; il est impossible de classer d'une manière absolue la léthalité des diverses maladies et les opérations les plus graves, les plus utiles ou les plus difficiles, telles que les ligatures d'artères, l'incision du sac herniaire et des anneaux, la bronchotomie, etc., etc., qui doivent être pratiquées immédiatement. Leur nécessité est assez urgente pour ne pas donner le temps d'attendre l'aide ou les conseils d'un confrère plus expérimenté; de là vient que cette première précaution, prise par le législateur, est inexécutée et inexécutable dans la pratique.

On veut que l'officier de santé habite les campagnes, et c'est là, loin de tout autre secours, qu'il faut le plus souvent que les opérations graves soient promptement pratiquées.

Dans une ville, un praticien de second ordre trouve, dans les cas difficiles, un médecin, un chirurgien, ou un accoucheur plus instruit qui vient l'aider de son utile concours, de sorte que la médiocrité trouve ici la supériorité pour la diriger; l'officier de santé ne trouve pas, dans une campagne reculée, d'hommes habiles qui puissent rectifier ses erreurs, dissiper ses doutes, et donner ce degré d'énergie que ne comporte pas l'hésitation.

Il faut donc que le médecin des villages ait des connaissances très-générales et certes les examens que les officiers de santé subissent ne sont pas suffisans pour les contraindre à les acquérir.

La loi interdit aux officiers de santé de pratiquer des opérations graves sans le secours d'un docteur en médecine, mais voyez où cela conduit en pratique :

Si un homme se trouve dans l'un des cas d'opération urgente, où tout retard peut causer la mort (la bronchotomie, les ligatures d'artères, le débridement des hernies), l'officier de santé se trouve dans cette double alternative : ou de manquer à son devoir et à sa conscience en n'agissant pas, ou de ne pas se conformer à la loi et de s'exposer à des poursuites s'il pratique une opération.

Les officiers de santé n'ont le droit d'exercer la médecine et de pratiquer la chirurgie que dans la circonscription d'un département. On voit tel de ces praticiens poursuivi et condamné pour avoir soigné des malades dans une commune limitrophe de la limite du département qu'il habite. Étrange pensée du législateur, qui a cru sans doute qu'un médecin pouvait être habile à soigner l'habitant d'une certaine contrée, tandis qu'il ne le serait plus s'il s'agissait du malade qui réside dans un village voisin dont le sol, la disposition, le climat seraient identiquement les mêmes! ou qui a pu croire qu'un chirurgien placé sur la limite d'un département pourrait hésiter à donner des soins à un homme frappé d'une blessure grave et qui habiterait par delà cette limite?

De telles dispositions législatives, qui seules séparent les droits des deux classes de médecins, ne sont donc ni conformes à la raison, ni compatibles avec nos mœurs, ni consacrées par la pratique. Ainsi la dénomination d'officier de santé doit tomber, comme doivent être rayés aussi les articles des lois par lesquelles

on a cherché à limiter leurs droits. Bien plus les études préliminaires exigées des officiers de santé ne sont pas suffisantes pour qu'ils tiennent, comme médecins, le rang qu'ils doivent occuper dans la société ; les examens auxquels ils sont soumis ne donnent en rien les garanties désirables pour l'humanité.

Certes, il en est parmi eux un très-grand nombre qui réunissent à une bonne éducation première des talens de premier ordre, et il serait à désirer que bien des docteurs eussent leur instruction pratique ; mais ce sont là d'honorables exceptions dont la loi ne doit point tenir compte.

Ce ne sont pas les individualités, mais bien les masses que le législateur judicieux doit envisager, et il ne peut se former d'opinion sur les masses qu'en s'enquérant auprès des hommes spéciaux des épreuves scientifiques par lesquelles sont passés ceux qui composent ces agglomérations d'hommes.

Le faible degré d'instruction exigé des officiers de santé est dans l'état actuel des choses un malheur pour l'humanité, une chose déplorable pour la science, un motif de déconsidération soit pour la profession, soit pour les docteurs en médecine, confondus si souvent par le public sous le nom de médecin avec des personnes qui n'ont ni les mêmes titres ni les mêmes droits.

Quand on changerait la dénomination d'officier de santé contre celle de licencié, on ne remédierait en rien aux graves inconvéniens qui viennent d'être signalés, car ces inconvéniens tiennent à l'institution elle-même, et non pas aux termes adoptés. Quand on exigerait pour une seconde classe de médecins appelés licenciés ou autrement des études plus fortes, mais cependant moins fortes que celles imposées aux docteurs, ce serait un degré de moins dans le mal, mais ce serait toujours le mal.

Quand on voudrait, ainsi que la proposition en a été faite, que les études fussent les mêmes pour les deux classes de médecins, moins l'examen de bachelier ès-sciences et une diminution dans les droits universitaires, pour la seconde catégorie, ce serait presque confondre les deux classes dont il s'agit, et les personnes qui composeraient le deuxième ordre ne pourraient être soumises aux mesures restrictives qui ont été établies contre les officiers de santé.

Ils n'iraient pas plus que les docteurs se fixer dans les campagnes, ou, disons mieux, ils se feraient recevoir docteurs.

Il faut en effet, pour être apte à exercer notre profession, savoir assez de chimie, de physique et de mathématiques pour subir un examen de baccalauréat ès sciences.

Les frais universitaires ne sont pas enfin assez élevés pour empêcher les médecins de prendre un degré supérieur. On n'aurait donc encore que des docteurs, et l'on ne trouverait pas d'homme qui, à égalité d'instruction, consentît à avoir moins de droits et moins de considération.

Il est impossible sans doute que tous les médecins aient le même degré de savoir ; mais la loi ne peut exiger qu'une chose, c'est que les épreuves soient égales pour tous et qu'elles offrent à la société toutes les garanties désirables. On l'a dit et répété avec raison, et on ne peut trop le redire encore : les hommes sont partout les mêmes ; la médecine est partout aussi difficile à apprendre et à pratiquer.

Il faut donc que les médecins soient partout soumis par la législation aux mêmes épreuves de capacité. Ce serait un étrange anachronisme, ce serait une atteinte grave à notre système d'égalité, ce serait mentir à nos institutions et ne pas se ressouvenir que le pauvre éloigné des villes a les mêmes droits que l'habitant des cités ; que d'admettre pour lui des médecins de second ordre comme suffisans, tandis que ceux de premier ordre seraient consacrés au traitement des habitans des villes.

Ce n'est pas que des personnes honorables n'aient considéré cette proposition comme une utopie non réalisable, comme une phraséologie philosophique, et qu'elles aient nié, sinon la vérité, du moins la possibilité d'application de l'idée précédente ; mais nous ne pouvons partager leur avis. En toute loi, en toute chose d'administration, il faut partir des principes ; quand un principe est vrai, si l'on ne peut l'appliquer, c'est que ceux qui n'en trouvent pas les moyens ne sont pas à la hauteur de l'application. Ne voyons les difficultés qu'après avoir connu les vérités et les possibilités ; les obstacles se lèveront ensuite à l'aide de la réflexion, de l'action et de la persévérance.

Ce n'est pas que les législateurs qui ont institué les officiers de santé n'aient eu de fortes raisons à faire valoir en faveur de l'établissement de cette classe de médecins. Actuellement encore des hommes essentiellement pratiques dans la science gouvernementale sont frappés de l'état d'abandon où la suppression des officiers de santé pourrait laisser la médecine des campagnes.

De respectables scrupules se sont élevés, de hautes intelligences ont été émues à la pensée que le pauvre des chaumière serait abandonné par le médecin élevé en capacité comme en grade, et que le charlatanisme viendrait à décimer la population et à enlever à l'indigent le denier de la veuve et de l'orphelin.

Votre commission n° 6 a été elle-même ébranlée par ces pensées ; c'est après mûre réflexion, c'est après délibération approfondie qu'elle a formulé son opinion ; et il est de son devoir de vous soumettre les raisons que nos honorables adversaires ont fait valoir en faveur de l'institution des officiers de santé.

Les officiers de santé, a-t-on dit, sont loin d'être aussi faibles comme praticiens qu'on a bien voulu le prétendre ; ils ont souvent obtenu et mérité la confiance de familles honorables. Ce n'est pas le titre qui fait l'homme capable ; s'ils ont en général peu de connaissances dans les sciences accessoires, ils sont souvent d'excellens cliniciens. La réponse est ici des plus faciles : un grand nombre d'officiers de santé sont fort instruits, et les membres de la commission se plaisent à en citer qui certes méritent le titre de docteur. Mais, encore une fois, on ne peut se dissimuler que la majorité d'entre eux ne possèdent pas les connaissances que la société a le droit d'en attendre. Les exemples d'ignorance qu'ils ont fréquemment donnés ne sont que trop nombreux et trop connus. La confiance des plus hautes familles se donne parfois à des gens qui n'ont aucun titre pour exercer, et l'on sait trop que bien souvent les personnes même les plus éclairées sont de la plus haute absurdité lorsqu'il s'agit de choisir un médecin. Ce n'est pas du savoir dont elles s'occupent, mais elles se laissent diriger dans leur aveugle confiance par les circonstances les plus frivoles.

Dans l'état actuel de l'enseignement médical les connaissances qu'on est convenu d'appeler sciences accessoires sont des études fondamentales sans lesquelles il est impossible d'être médecin instruit.

Une grande partie de la population médicale, a-t-on ajouté, est constituée par des officiers de santé. En supposant qu'un relevé statistique publié sur ce sujet soit exact, ce dont il est permis de douter (1), leur nombre serait par rapport à celui des docteurs dans la proportion de 4 sur 9, et il y aurait plus de 8,000 officiers de santé ; mais on ne songe pas à détruire des droits acquis ; on ne peut en rien toucher à ce qui existe que pour améliorer, que pour ouvrir une porte plus large au doctorat. En agir autrement serait illégal et surtout injuste, ce qui est pis encore. Que les examens cliniques sur la médecine et sur la chirurgie pratiques, dont les juges seraient en partie des professeurs de Facultés et des professeurs d'écoles préparatoires, donnent la possibilité de devenir docteurs à ceux qui se croiront assez instruits pour les subir, voilà ce que l'on pourrait proposer ; mais que ceux qui n'auraient pas assez de confiance en eux-mêmes pour soutenir des épreuves nouvelles restent avec les droits et les ressources que des lois antérieures leur ont donnés. Point d'effet rétroactif dans les actes de 1845, mais portes largement ouvertes au progrès et à l'instruction.

Si vous n'avez plus d'officiers de santé, ajoute-t-on encore, vous aurez à leur place des charlatans sans titres, des vendeurs de remèdes secrets, des rebouteurs maladroits et ignorans qui exploiteront les populations. Mais ne les avez-vous pas déjà même avec l'existence des docteurs et des officiers de santé ? Ne font-ils pas sous le nom de bateleur, de berger, de sorcier, de jugeur une dangereuse concurrence à l'honnête praticien de campagne ? N'empoisonnent-ils pas nos villes de leurs drogues impures ? Ne s'introduisent-ils pas dans le palais même en présence de ce qu'il y a dans la science de plus grand, de plus honnête ou de plus honorable ?

Que la loi sur l'organisation de la médecine les atteigne, ce n'est certainement pas la destruction pour l'avenir du titre d'officier de santé qui en augmentera la proportion.

Le nombre des docteurs en médecine, dit-on, a diminué en neuf années, de 1835 à 1843 ; ce sont les officiers de santé reçus qui ont comblé cette lacune. Il est très vrai que depuis peu d'années le nombre des réceptions dans les Facultés décroît. On trouvera les indications des chiffres de ce décroissement dans l'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE pour 1845. Mais n'est-il pas évident que si les officiers de santé n'étaient pas si nombreux ; que si la profession était plus honorée et plus lucrative, il se ferait plus de médecins et qu'alors l'équilibre se rétablirait ? Jugez de ce qui aurait lieu si les institutions étaient bonnes par ce que l'on voit alors qu'elles sont mauvaises, et procédez sans logique et sans discernement.

D'ailleurs, dans un grand nombre de localités, loin de diminuer, le nombre des docteurs augmente ; ainsi, dans les arrondissemens de Laon, Saint-Quentin, Soissons, Château-Thierry et Vervins (département de l'Aisne), il n'y avait, suivant M. Mouret, que 45 docteurs en médecine ; tandis qu'en 1845, on en compte 79 dans les mêmes contrées.

Les officiers de santé, dit-on, consentent à habiter les campagnes. Leur degré d'éducation et d'instruction, leur peu d'habitude de l'aisance, leur permettent de vivre de peu, de s'accommoder de la société de gens grossiers : ce que ne supporterait pas le docteur en médecine, qui a passé une partie de sa vie dans les Écoles des villes. Mais on n'a pas bien pesé la valeur de ces raisons : on vit aussi bien et mieux dans les campagnes que dans les villes ; le juge de paix, le curé, le notaire, le maire, les propriétaires du pays valent bien autant que les sociétés des grandes villes. Les communes rurales, dotées de l'instruction primaire, s'améliorent sensiblement sous le rapport de l'instruction, et il s'y trouve fréquemment des gens dont la société est loin d'être désagréable.

Quand il n'y aura pas pour le médecin la fâcheuse concurrence de l'homme inhabile, à coup sûr le canton ou la commune seront fréquemment pour lui un séjour plus que supportable. Honorez-le, évitez-lui la misère, soyez reconnaissant de ses peines et de ses soins, et vous aurez dans les campagnes l'homme instruit et laborieux. L'un des membres de votre commission, qui depuis est parvenu à une position que lui a donnée le travail, parcourait en 1816 le département de la Vienne et cherchait à se fixer dans une commune ; pauvre qu'il était, il vit l'officier de santé du pays en vogue et en honneur ; il revint à Paris, et son heureuse carrière, couronnée de succès, fut celle des concours et de l'enseignement.

Sur 664 médecins pris dans six départemens dont le hasard a décidé du choix (le Nord, la Meuse, le Lot-et-Garonne, le Bas Rhin, la Côte-d'Or, la Loire-Inférieure), on trouve 483 officiers de santé et seulement 181 docteurs. Il en est à peu près de même dans quelques autres départemens dont les officiers de santé habitent les campagnes : les docteurs restent dans les villes ; donc, s'il n'y avait plus d'officiers de santé, dit-on, les campagnes seraient privées de médecins. Il y a même moins de docteurs proportionnellement dans les cantons que dans les villes, et c'est particulièrement dans les pays où la richesse territoriale est faible que le petit nombre des docteurs dans les villages est plus sensible. Chose bien triste, c'est dans les pays pauvres, dans les lieux où les épidémies sont plus fréquentes, que le nombre des officiers de santé, par rapport aux médecins, est plus considérable. Certes, il y a du vrai dans ce qui précède ; mais encore une fois, s'il n'y avait pas tant d'officiers de santé dans les campagnes, il s'y fixerait plus de docteurs, et ensuite ce qui est vrai de certains départemens n'est pas exact pour d'autres. Si l'on prend des relevés statistiques publiés, et le plus en faveur possible des officiers de santé, ils ne sont pas, dit-on, en rapport avec les relevés ministériels ; on trouve que dans le Finistère, où la richesse est représentée par 2 francs 49 centimes d'impôt territorial pour chaque homme, il y a un médecin pour 4,431 habitans, et que le nombre des docteurs est de 88 par rapport aux 42 officiers de santé qui y sont établis.

Dans le Morbihan, où l'impôt est de 3 fr. 28 c. par personne, et où il y a seulement 1 médecin sur 5,274 habitans, il s'y rencontre 43 docteurs et 41 officiers de santé.

La Haute-Loire, la Loire, l'Isère, donnent aussi un plus grand nombre de docteurs que d'officiers de santé. Tout au contraire, la Seine-Inférieure, où l'impôt territorial s'élève, par personne, à 6 fr. 55 c., compte, sur 389 médecins, 195 officiers de santé et 194 docteurs. Dans le Nord, département fort riche, sur 530 médecins, le chiffre des officiers de santé s'élève à 312. Dans l'arrondissement de Pontoise (Seine-et-Oise), arrondissement fort riche, sur 43 praticiens, l'on compte 27 officiers et 16 docteurs seulement. Des cantons riches, tels que Luzarches, n'ont pour médecins que des officiers de santé.

Dans l'Yonne, où l'impôt territorial est de 4 fr. 89 c., il y a 135 officiers de

(1) Il paraît que le nombre des médecins, en France, loin d'être seulement de 19,000, serait, d'après les relevés ministériels, de 28,514.

(Communication de M. le d[r] Remy, d'Auxerre.)

santé et 77 docteurs. Ainsi les officiers de santé recherchent tout aussi bien que les docteurs les pays riches, et l'on voit que des pays pauvres, tels que le département de la Lozère, sur 59 médecins, possèdent 44 docteurs et 15 officiers de santé.

Les parties les plus pauvres du département du Tarn sont, d'après M. Lavergne, délégué des médecins de ce même département, encombrées de docteurs en médecine.

Dans les cantons des Côtes-du-Nord, arrondissement de St.-Brieuc, il existe un grand nombre de docteurs en médecine. (Communication de M. le docteur Rault, délégué de St.-Brieuc).

Croire que les ressources dans les campagnes sont, pour les médecins, moins grandes que dans les villes, est une erreur.

D'après les recherches auxquelles se sont livrés les membres de la Commission, d'après les rapports des délégués des associations départementales, ce sont plutôt les communes et les cantons ruraux que les villes, qui font vivre les médecins, tandis que dans les cités le modique prix de la visite leur suffit à peine pour exister, les petits voyages dans les communes leur donnent de l'aisance.

Tel médecin d'un canton se fait 3, 4, 5, 6 et même 8,000 frans de clientèle, et tel médecin de Paris ne gagne pas le quart de ses dépenses annuelles. Et ceci n'est pas une exception ni un fait isolé! Non. Les médecins des campagnes vivent honorablement, et font quelquefois fortune, pendant que le plus grand nombre des médecins de Paris ne se soutiennent qu'avec une peine extrême. C'est là ce qu'il faut dire, ce qu'il faut prouver par des chiffres, c'est ce qui peut empêcher une centralisation trop grande de médecins instruits.

Le meilleur moyen de répandre ceux-ci dans les campagnes, c'est de détruire l'institution des officiers de santé.

Mais ce n'est pas seulement dans les intérêts de l'humanité, dans celui des docteurs, qu'il faut abolir l'institution des médecins de seconde classe; c'est même dans celui de ces praticiens eux-mêmes. Quoi de plus affligeant pour les hommes instruits qui en font partie, quoi de plus humiliant pour eux que le degré infime où la législation actuelle les a placés? Ils sentent si bien ce que leur position a de pénible, qu'un très grand nombre d'entre eux demande la suppression des deux ordres de médecins. C'est ce qui résulte des rapports de MM. Remy, d'Auxerre; Rault, de St-Brieuc; Morisse, d'Yvetot; Cornilleau, de la Sarthe; Genet, de Chartres; Mance, d'Angers: Mouret, de Laon; Lavergne, de l'association du Tarn; Fontaine, de l'Eure; Bodinier, des Côtes-du-Nord; Benoist, officier de santé, délégué de l'Aisne; Olivier, de Seine-et-Oise.

« Ce que désirent en majorité les officiers de santé, c'est qu'on leur donne les » moyens et les possibilités d'améliorer leur position; c'est que des examens » pratiques leur permettent d'obtenir le titre honorable de docteur en méde- » cine. »

D'après les renseignemens fournis par plusieurs membres de la Commission n° 6, on voit que les communes des départemens les plus pauvres ont un très-grand nombre de docteurs en médecine établis; c'est ce qu'a vu M. le docteur Dufour, pour les environs de Brest; M. le docteur Lavergne, pour l'association du Tarn.

Dans une infinité de pays où il existe assez de docteurs, les officiers de santé abondent encore et leur font une concurrence qui, malheureusement, n'est pas une rivalité de talens et d'émulation, mais qui, le plus souvent, a pour moyens l'avilissement des taux des honoraires et le dénigrement dont la déconsidération est le résultat. Cette plaie de la société médicale, la médisance sous toutes les formes, se reproduit encore ici plus qu'ailleurs, et cette maxime admirable du Christ: *Aimez-vous les uns les autres* qui, mise en pratique, serait la sauvegarde de notre profession, est remplacée trop souvent, entre les médecins des petites localités surtout, par cette pensée anti-sociale: *Faites-vous le plus de mal possible.*

Les pauvres des grandes villes ont en général pour médecins ceux qui sont les plus estimés ou que le concours a portés aux hôpitaux. Presque dans toutes les cités, des docteurs en médecine au moins sont appelés à faire le service des hôpitaux ou même des bureaux de charité. Comment donc admettrait-on en principe que le pauvre des campagnes eût pour se soigner des médecins de second ordre?

On a dit que les officiers de santé étaient aux docteurs en médecine ce que les avocats sont aux docteurs en droit: la comparaison n'a rien de juste. Le docteur en droit n'a qu'un titre scientifique plus élevé que celui du licencié, mais dans la pratique les droits de l'un et de l'autre sont les mêmes.

Quand pour les médecins d'hôpitaux on a reconnu les nombreux inconvéniens à les classer en titulaires et en adjoints ou suppléans, pourquoi voudrait-on dans la pratique civile établir une différence marquée entre deux catégories de médecins?

On a souvent reproché aux facultés trop d'indulgence dans les examens; peut-être a-t-on exagéré de beaucoup ce blâme. On est actuellement, à Paris au moins, plus sévère que par le passé.

Mais voici ce qui arrive: tel étudiant, refusé comme docteur, est bientôt reçu comme officier de santé, et n'en exerce pas moins la médecine.

Si les élèves des facultés sont forcés de s'instruire davantage, ne leur donnez pas pour rivaux, alors qu'ils seront reçus docteurs, des gens pour lesquels on a été souvent d'une indulgence extrême.

Veut-on donner aux professeurs le droit d'être sévères, qu'on fasse donc qu'il n'y ait pas de médecins de second ordre.

L'insuffisance des connaissances exigées des officiers de santé est surtout palpable alors qu'il s'agit d'hygiène publique et de médecine légale: les rapports qu'ils adressent sont trop souvent fort différens de ce qu'ils devraient être, et cependant la vie des accusés, l'honneur des familles se trouvent trop souvent compromis par l'impéritie ou par l'ignorance d'un premier rapporteur médico-légal.

C'est en tenant compte des faits établis dans la discussion précédente, c'est après avoir pesé les argumentations contradictoires, que votre commission n° 6, composée de vingt-six membres, a voté à l'unanimité, moins une voix, qu'il n'était point utile d'établir deux ordres de médecins, et qu'elle a répondu à la première question qui lui était posée de la manière suivante:

« Il n'y a pas d'inconvénient réel à renoncer à avoir deux ordres de médecins, » il y a utilité publique à n'en recevoir que d'un seul ordre. »

La commission n° 6 a voulu entrer ensuite dans la discussion des questions suivantes, ainsi posées:

En supposant qu'il fût dangereux de supprimer les réceptions à deux degrés, quelles conditions nouvelles d'aptitude et d'exercice faudrait-il imposer au degré inférieur?

Dans quelles écoles et par quels juges les médecins du degré inférieur devraient-ils être reçus?

Quelle dénomination conviendrait-il de leur donner?

La commission n° 6 a compris tout d'abord que le vote qu'elle venait d'établir sur la première question rendait inutile toute délibération sur celles qui la suivaient. En effet, si l'on juge que l'établissement de deux ordres de médecins est inutile et dangereux sous tous les rapports, il devient tout à fait superflu de rechercher quelles seraient les conditions dans lesquelles il faudrait placer un second ordre de praticiens dont presque unanimement on ne veut pas. Toutefois dans la crainte de paraître vouloir *scinder* et éteindre en quelque sorte la discussion, quelques membres désiraient qu'on agitât les autres questions: d'autres demandaient qu'on exposât positivement qu'à aucun prix on n'adoptât l'idée d'une seconde classe de médecins et qu'ensuite on délibérât sur les questions proposées.

L'intention de ces membres était de ne pas rester en arrière de notre mission, s'il arrivait, contre toute croyance, que le gouvernement se prononçât décidément en faveur des deux classes de médecins. La majorité, disons mieux, vingt-cinq membres sur vingt-six, craignant que la discussion dans laquelle on entrerait ôtât de la force au vote négatif par lequel on avait répondu à la première question, décida l'adoption de la proposition qui termine ce rapport.

D'après la forme négative et absolue dont a été résolue la question, la commission n° 6 décide qu'il n'y a en aucune façon lieu de délibérer sur les trois questions qui la suivent.

Ici, messieurs, se termine la tâche de l'un des rapporteurs de votre commission n° 6, et bientôt vous allez entendre un second rapport, qui indiquera les moyens d'assurer aux pauvres habitans des communes les soins éclairés de médecins instruits.

La commission n° 6 a l'honneur de proposer au congrès médical d'émettre les vœux suivans:

1° Que dans la loi destinée à organiser la médecine et son exercice en France, on ne reçoive aussitôt après sa promulgation qu'un seul ordre de médecins, c'est-à-dire que des docteurs en médecine;

2° Qu'une disposition transitoire de la loi à intervenir autorise les officiers de santé reçus et ayant exercé durant cinq années à se présenter devant une faculté pour obtenir, après des examens pratiques sur la médecine et la chirurgie, le titre de docteur.

— Deux membres seulement, M. Villeneuve (de Marseille), au nom de l'école préparatoire de cette ville, et M. Huneau, ont parlé en faveur de l'institution des officiers de santé, se fondant sur la crainte de voir les campagnes manquer des secours de la médecine. M. Tournié (de Besançon), admettant la suppression des officiers de santé, mais croyant à la nécessité d'un deuxième ordre de médecins qui fussent spécialement praticiens, a demandé qu'on substituât à l'institution des officiers de santé celle de licenciés en médecine, dont on exigerait quatre années d'études et quatre examens. L'abolition des officiers de santé a été réclamée avec énergie par MM. Malgaigne et Vidal (de Cassis); le premier parlant au nom du corps médical du département des Vosges; le second au nom du comité médical des Bouches-du-Rhône.

Un amendement a été proposé par M. Coste, demandant que dans le cas où le gouvernement croirait ne pouvoir se rendre au vœu du congrès, les jurys médicaux fussent abolis; qu'on exigeât des médecins du deuxième degré quatre années d'études et le titre de bachelier ès lettres seulement; qu'on diminuât leurs frais de réception, et qu'enfin on les obligeât à se fixer dans des villes au-dessous d'une population déterminée. — Cet amendement n'ayant pas été appuyé, l'article premier de la commission a été mis aux voix et adopté à la presque unanimité.

Après quelques observations de M. Ferrus qui, ayant compris que la disposition du deuxième article impliquait un effet rétroactif, s'opposait à son adoption, cet article développé dans ses motifs et soutenu par le rapporteur et par M. Rigal, membre de la commission, a également été adopté à une grande majorité.

Les deux articles de la commission ont par conséquent été maintenus.

RAPPORT DE LA COMMISSION N° 6. — MÉDECINS CANTONNAUX.

(M. Requin, rapporteur),

La Commission n° 6 avait à examiner d'abord cette question:

« En admettant que la suppression du degré inférieur fût trouvée utile, légitime, quels moyens employer pour que les populations rurales ne fussent pas privées des secours de l'art? »

Quelques membres ayant déclaré que le meilleur moyen d'assurer aux pauvres des populations rurales les secours de la médecine serait l'institution de *médecins cantonnaux*, c'est-à-dire de médecins officiellement chargés du soin de visiter les pauvres d'un canton, ou d'une certaine circonscription du canton, et rétribués par la commune, par le département ou même par l'Etat, la question des médecins cantonnaux est demeurée le grand pivot de la discussion.

Quelques membres ont plaidé avec chaleur en faveur de cette institution.

Ils se sont principalement appuyés sur cette considération, que, sans la création de médecins cantonnaux, il n'y aurait aucune garantie que les pauvres fussent soignés à temps dès le commencement de leurs maladies, et qu'ils fussent régulièrement visités. Cette discussion a été remarquable par la chaleur avec laquelle la Commission tout entière s'est occupée de l'intérêt des malades pauvres et des moyens de les soulager.

Subsidiairement et indépendamment de la quantité des soins médicaux à assurer aux pauvres des populations rurales, divers membres ont préconisé l'institution de médecins cantonnaux au point de vue de quelques intérêts administratifs et judiciaires: 1° pour la vérification des décès; 2° pour l'inspection des enfans trouvés; 3° pour les expertises médico-légales.

Toutes ces raisons n'ont point prévalu aux yeux de la majorité de la Commission.

Les adversaires de l'institution des médecins cantonnaux ont particulièrement

insisté sur ce qu'avait de fâcheux la connexité donnée au projet de cette institution avec la suppression des officiers de santé.

Exprimer, immédiatement après avoir émis le vœu de cette suppression, celui de la nécessité ou même de la simple convenance d'établir et de rétribuer des médecins spécialement chargés de soigner ces pauvres, c'est dire au Gouvernement que, par le fait de la suppression des officiers de santé, les pauvres ne seraient plus aussi bien soignés à l'avenir que par le passé, à moins de grever le budget général, départemental ou communal de plusieurs millions. Les évaluations les plus modérées ne sont guère au dessous de cinq millions. En effet, la France possède deux mille quatre cent quarante et un cantons : on doit admettre que, terme moyen, il faudra au moins deux médecins cantonnaux par canton ; et, en admettant un traitement moyen de 1,000 francs pour chaque médecin, on arrive à la somme de 4,882,000 francs. Or il est fort à craindre que le Gouvernement ne recule devant cette dépense, et, par conséquent, devant la suppression des officices de santé.

Cependant, disent les mêmes membres, il n'y a aucune raison de craindre que la suppression des officiers de santé entraîne à l'égard des malades pauvres le défaut de soins médicaux dont quelques personnes se préoccupent. Il y a déjà des docteurs presque partout ; et on s'est accordé à reconnaître qu'il y en aura bientôt partout dès qu'ils n'auront plus à lutter contre la concurrence fâcheuse des officiers de santé. Eh bien ! partout où il y a, ou il y aura des médecins, les médecins ne manqueront pas à l'appel du malade pauvre.

Cette raison d'humanité n'existât-elle pas, il en est une autre non moins puissante. Un médecin qui dans les campagnes ne visiterait pas les pauvres, serait mal vu, mésestimé, décrédité : c'est en voyant les pauvres que les jeunes médecins fondent leur réputation et parviennent à conquérir la confiance des personnes aisées et riches. En définitive, ce ne sont pas les soins du médecin qui manquent au pauvre dans les campagnes, du moins pour parler en règle générale ; ce sont bien plutôt les médicamens qui manquent, ainsi que certains secours si nécessaires d'alimentation, de vêtement, de chauffage, etc.

Quant à la question des intérêts judiciaires et administratifs, c'est une question qui a été écartée comme n'ayant aucune connexité rationnelle avec la question principale et fondamentale des secours médicaux à assurer aux pauvres des populations rurales. Sans entrer dans le développement des raisons incidentes qui se sont croisées dans la discussion pour prouver le peu de nécessité qu'il y a d'établir dans toute la France des médecins cantonnaux chargés de représenter, en leur seule personne, tous les rapports de la médecine avec l'autorité publique, il suffira de faire remarquer que quelques-uns des défenseurs de l'institution des médecins cantonnaux dans l'intérêt des malades pauvres se sont eux-mêmes déclarés contre l'idée de donner à ces médecins l'avantage exclusif de telle ou telle attribution médico légale ou administrative. Si, contre le vœu de la commission, on admettait l'institution de médecins cantonnaux, nul doute qu'il ne s'élevât aussitôt de grandes controverses sur la question des attributions à leur donner.

Enfin, une considération importante qui a frappé un grand nombre des membres de la commission, c'est que l'on craint, non sans quelque fondement, que la création des médecins cantonnaux ne soit nuisible au reste du congrès médical ; qu'elle ne place, aux yeux surtout des populations rurales peu éclairées, les médecins ordinaires dans une position secondaire par rapport aux médecins cantonnaux ; que cette nouvelle armée de fonctionnaires publics (au nombre d'environ cinq mille) ne soit une aristocratie illégitime dont les rangs se recruteraient suivant les caprices des conseils municipaux et les préférences arbitraires des préfets.

En résumé, la commission considérant :

1° Que la connexité du projet d'institution des médecins cantonnaux avec le vœu de suppression des officiers de santé peut essentiellement nuire au succès de ce vœu important et vraiment capital ;

2° Que l'utilité de la création des médecins cantonnaux pour assurer les secours de la médecine aux pauvres des populations rurales est loin d'être démontrée ;

3° Que le pauvre comme le riche doit être libre d'appeler qui bon lui semble, ce qui peut lui être assuré par la proposition unanimement votée dans la commission ;

4° Qu'il y a de graves inconvéniens, pour les intérêts généraux et pour la dignité de la profession, à créer une aristocratie médicale sous la dépendance du pouvoir ;

Rejette, à une grande majorité, le projet d'institution des médecins cantonnaux.

En conséquence, elle propose au congrès d'affirmer à l'autorité supérieure que la conviction profonde, éclairée et inébranlable du corps médical est que, nonobstant la suppression des officiers de santé, les pauvres des populations rurales seront à l'avenir tous aussi assurés que par le passé de trouver les praticiens zélés qui aillent les visiter.

L'institution des médecins cantonnaux ayant été ainsi repoussée par la commission, il est clair que toutes les conséquences étaient dès lors comme non avenues.

Toutefois, sur la proposition d'un de ses membres, la commission préoccupée d'améliorer le sort des malades pauvres, de faire mieux que ce qui existe aujourd'hui, en assurant surtout aux pauvres les secours médicamenteux ou autres sans lesquels la visite du médecin est stérile ; préoccupée aussi de demander à l'autorité une certaine rémunération dont les médecins n'ont sans doute pas besoin pour courir au secours des pauvres, mais qui est juste et équitable, a voté, à l'unanimité, l'amendement suivant qu'elle soumet à l'approbation du congrès :

1° Les moyens d'assurer aux pauvres des communes rurales les secours de la médecine sont faciles à trouver.

2° Le pauvre, tout aussi bien que le riche, pourra réclamer l'un quelconque des médecins établis dans le voisinage et en qui il aura mis librement sa confiance.

3° Tout médecin, sur cet appel du pauvre, sera en droit de former une prescription de médicamens et même de secours alimentaires ou autres, prescription qui sera reçue dans les dispensaires établis à cet effet, soit par canton, soit pour une certaine agglomération de communes.

4° Les dispensaires cantonnaux ne pourront délivrer des médicamens ou autres secours qu'aux pauvres qui présenteront une formule dûment signée par un médecin exerçant à titre légal, et qui se trouveront inscrits sur une liste dressée d'avance par les conseils municipaux et déposée dans ces dispensaires.

5° Les remèdes seront achetés aux frais des communes, et la loi mettra ce crédit au nombre des dépenses ordinaires obligatoires. La commune pourra être imposée d'office en cas de refus.

6° Les médecins qui auront donné leurs soins aux pauvres seront rétribués par un fonds commun, également obligatoire pour les communes. Ils seront rétribués au prorata des services qu'ils auront rendus.

7° Les pauvres de la campagne qui auront une maladie impossible à traiter à domicile seront adressés à un hôpital du département, et là traités aux frais du budget départemental.

—L'institution des médecins cantonnaux a trouvé des défenseurs parmi quelques membres, notamment M. Forget (de Strasbourg), MM. Laussedat (de l'Allier), Choisy, Pellarin et Cazeaux. M. Forget a invoqué en faveur de cette institution l'exemple de ce qui se passe dans les deux départemens du Rhin, où les médecins cantonnaux, institués depuis plus de quarante ans, n'ont cessé de rendre d'éminens services. Suivant M. Laussedat, ce ne serait point des médecins *cantonnaux* qu'il faudrait établir, mais des médecins *communaux*. Il s'est fondé, pour appuyer son opinion sur ce fait, qu'il n'est pas ou peu de chefs-lieux de canton qui n'aient un ou plusieurs médecins, tandis que certaines communes éloignées des centres de population ne reçoivent que difficilement les secours de l'art. La nomination de ces médecins cantonnaux serait le résultat de l'élection par un jury médical modifié par la prochaine loi. Enfin, ces médecins seraient indemnisés sur le budget de la commune ou de plusieurs communes et sur le budget du département. M. Cazeaux a demandé que l'institution des médecins cantonnaux fût admise en principe, mais avec cette restriction dans l'application, qu'il n'en fût établi que dans les lieux où le besoin s'en ferait sentir. Voici la rédaction de son amendement : « Vu les services rendus par les médecins cantonnaux dans certaines localités, le congrès émet le vœu que le gouvernement sollicite des conseils municipaux l'établissement de médecins cantonnaux partout où dans leur opinion le besoin s'en fera sentir. »

Les amendemens de MM. Laussedat et Cazeaux ayant été rejetés, la première proposition de la commission a été mise aux voix et adoptée.

M. Rigal a proposé, au nom de la commission, les trois articles suivans complémentaires du premier :

2° Il sera créé des dispensaires ruraux ;

3° Le service médical sera fait dans ces dispensaires par tous les praticiens de la circonscription librement appelés par les malades pauvres ;

4° Les pauvres de la campagne qui auront des maladies impossibles à traiter à domicile seront adressés à un hôpital du département, et là traités aux frais du budget départemental.

Une vive discussion s'est engagée sur ces articles. Sur l'observation faite par plusieurs membres, que ces articles rentraient dans les attributions d'une autre commission, M. le secrétaire général a proposé l'ordre du jour et le renvoi à la commission chargée des dispensaires. L'ordre du jour et le renvoi ont été prononcés.

En conséquence, l'article unique de la commission concernant les médecins cantonnaux a seul été maintenu.

RAPPORT DE LA COMMISSION N° 7. — HONORAIRES.

(M. DECHAMBRE, rapporteur.)

Messieurs,

La Commission dont j'ai l'honneur d'être l'organe ne peut, comme toutes les autres, que remercier la Commission permanente de la peine qu'elle a prise de déterminer elle-même les objets de nos délibérations. En ce qui concerne les honoraires particulièrement, elle sait que de divers points de la France des vœux avaient été exprimés, des questions avaient été posées, et elle comprend le scrupule qui a porté la Commission permanente à ne taire aucune des réclamations qui arrivaient jusqu'à elle. Cependant, votre Commission ne veut pas le dissimuler, si elle eût été maîtresse de son programme, elle n'y eût pas introduit les trois premières questions qui lui ont été soumises, et qui sont ainsi conçues :

« L'arbitraire qui règne actuellement sur les honoraires dus aux médecins est-il compatible avec la dignité de l'art ?

» Quels seraient les avantages d'une fixation légale à cet égard ?

» D'après quel mode, et sur quelles proportions établir cette fixation ? »

Messieurs, si quelque chose pouvait compromettre la dignité de la profession, ce serait de livrer à tous les hasards, à toutes les vivacités imprudentes d'une discussion publique, une question de cette nature. Ce serait le spectacle d'une assemblée de médecins, d'hommes qui ont été de tous temps et qui sont encore, Dieu merci, des missionnaires de charité, imposant d'avance ceux qui pourraient avoir besoin de leurs services, et rapetissant eux-mêmes le caractère élevé de leur mission, en la faisant descendre au niveau d'un tarif légal. Ce qui pourrait nous attirer la déconsidération, ce serait précisément la cessation de cet arbitraire qui permet au médecin, suivant les temps, suivant les lieux, suivant la nature et le degré des services rendus, suivant mille autres circonstances, d'abaisser ou d'élever le prix de ses soins, et d'entretenir ainsi cet heureux équilibre qui assure, de la part du riche, une rétribution honorable, et ne pèse jamais sur le pauvre. Cet équilibre, la loi ne le donnera jamais ; il a sa règle dans les délicatesses de la conscience. Ne permettons à personne, pas même à la loi, de pénétrer dans ce sanctuaire de nos sentimens intimes, de peur que la loi ne puisse être accusée quelquefois de les glacer par son froid contact.

Voilà, Messieurs, l'impression qui s'est manifestée immédiatement au sein de la Commission. Telle a été même la décision et la vivacité de ses convictions, qu'elle m'a chargé d'émettre devant vous le vœu formel que, sur cette première partie de la question des honoraires, il soit procédé au vote sans discussion ; et, dans le cas où ce vœu ne serait pas entendu, votre rapporteur vous prie, par anticipation, de l'excuser s'il lui arrivait de se refuser à suivre la discussion dans des voies où la dignité médicale lui paraîtrait en péril. Mais cette disposition d'esprit de vos commissaires doit-elle les dispenser d'entrer dans l'examen des questions qui leur ont été soumises ? En agissant ainsi, ils pourraient être accusés de manquer à la mission qu'ils ont reçue de vous, et leur silence serait d'autant moins justifié qu'un examen réfléchi n'a fait qu'asseoir plus solidement

la conviction qui était tout de suite et spontanément entrée dans leur conscience.

Et d'abord, qu'entend-on par un taux légal d'honoraires? Sera-ce un taux fixe, uniforme, obligatoire pour les cliens sous peine d'action judiciaire, obligatoire pour les médecins eux-mêmes sous peine de déconsidération aux yeux de leurs confrères? A quelque chiffre que vous vous arrêtiez, ce taux sera toujours trop bas et trop élevé tout à la fois : trop bas pour le riche, trop élevé pour le pauvre; et beaucoup de personnes, qui aujourd'hui peuvent honorablement et sans trop de gêne se procurer les secours de l'art dans leurs foyers, au milieu de leur famille et de leurs habitudes, se trouveraient dans l'alternative injuste et cruelle ou de faire des sacrifices au dessus de leurs forces, ou de recourir aux établissemens de charité.

Le taux des honoraires restant uniforme, sera-t-il facultatif, et simplement écrit dans la loi pour le cas de contestation judiciaire? Alors il dépendra du médecin, toutes les fois qu'il ne pourra s'élever au-dessus de ce taux, de ne pas descendre au-dessous ; il lui suffira pour cela de provoquer la contestation. Et, Messieurs, quelque certitude que nous ayons du peu de danger d'une pareille arme entre des mains plus habituées à donner qu'à prendre de force, nous ne voudrions pas, pour l'honneur de la profession, qu'on pût seulement dire que vous en disposez. Enfin, le taux des honoraires restant obligatoire, sera-t-il établi sur des bases variables? Comprenez dans quelle série de difficultés nous nous engageons.

Etablirez-vous un maximum et un minimum? ou bien seulement un minimum, laissant le reste à la discrétion des praticiens? Dans tous les cas, nous vous le répétons, votre minimum sera toujours pour le pauvre une sorte de tyrannie. Ajoutez que, croyant gagner à cette innovation, vous pourriez y perdre; bien des gens se rattacheraient au minimum qui, dans l'état actuel des choses, rétribuent plus généreusement nos soins. Soumettrez-vous les cliens, comme on l'a proposé, à un tarif proportionnel, basé sur l'assiette des impôts? Mais les impôts sont une règle bien infidèle pour apprécier la fortune des particuliers, et tel rentier millionnaire pourrait, votre tarif à la main, vous rétribuer plus maigrement que tel commerçant qui, sous l'apparence de la prospérité, fléchit sous le poids des charges publiques.

Quelle que soit d'ailleurs la base sur laquelle on veuille fonder le tarif, il est certain qu'elle devra subir encore des modifications en rapport avec les localités. Les immeubles n'ont pas partout la même valeur, ne donnent pas partout le même produit. Le numéraire lui-même n'a pas partout la même valeur réelle; et ce sont encore là autant de sources de difficultés insurmontables. Ne vous y engagez pas, Messieurs; la commission vous en adjure! Vous y échoueriez probablement, et vous y laisseriez quelque chose de cette autorité morale qui assure partout au médecin respect et considération.

Néanmoins, la sollicitude de votre commission pour la liberté du médecin et du client ne l'empêche pas de reconnaître que certains médecins font à leurs confrères une concurrence blâmable en abaissant le prix de leurs soins au-dessous des habitudes et des nécessités locales, pour le rehausser graduellement quand cet artifice leur a attiré une clientèle suffisante. Mais la commission ne pouvait s'occuper de ces abus et d'autres analogues, sans sortir de ses attributions, et elle ne peut que les signaler à l'attention de la commission n° 9, chargée de la question des conseils de discipline.

Messieurs, la quatrième question qui nous a été soumise est celle-ci : « Les honoraires fixés par la loi au médecin qui agit en vertu d'une réquisition judiciaire, sont-ils en proportion de la peine et du dérangement que cette réquisition occasionne? »

Vous connaissez les dispositions de la loi à cet égard; vous connaissez sa parcimonie. Vous savez aussi que les vacations ne sont payées que sur un bordereau qui passe par le procureur du roi, le juge de paix, le commissaire de police, la Cour des comptes et le receveur. Eh bien, qu'est-il besoin de discuter? Quel est celui d'entre nous qui, en dehors d'une réquisition judiciaire, s'il agissait, par exemple, dans le libre exercice de son art, voulût parcourir sept kilomètres pour un franc cinquante centimes, ou séjourner loin de ses affaires pendant un jour entier pour deux francs? N'en voit-on pas beaucoup qui, leurs visites et leurs rapports faits, répugnent, pour une misérable vacation, à s'engager dans les interminables formalités qu'elle entraîne? Nous sommes presque honteux d'avoir à vous entretenir de ces détails infimes; mais si votre délicatesse souffre de les entendre exposer, elle doit souffrir bien autrement de les subir, et c'est dans l'espérance que vos manifestations en pourront amener la suppression, que nous en déroulons le tableau devant vous. Nous ne sommes plus ici en présence des malades; nous sommes en présence de la loi, d'une loi qui lèse directement, matériellement nos intérêts, et c'est un devoir pour nous, vos délégués, d'en signaler les vices au bon vouloir du gouvernement.

Ainsi donc, et en ne considérant que la peine et le dérangement qu'entraînent les réquisitions judiciaires, les honoraires attachés à ces réquisitions sont d'une insuffisance manifeste. Ce point de vue est le seul, nous le faisons remarquer sans nous en plaindre, qui ait préoccupé le législateur. Mais nous, médecins, qui savons ce que pèse la responsabilité des expertises médico-légales, qui savons ce que coûtent à la juste susceptibilité de l'expert les débats contradictoires de l'audience et les atteintes qui y sont trop souvent portées à la dignité de la science et du savant, on ne s'étonnera pas que, de ce nouveau point de vue, la position qui nous est faite nous apparaisse plus mesquine encore et plus dérisoire. Sans doute une rémunération plus élevée n'ajoutera rien à la considération ni à l'autorité du médecin expert; mais il n'en est pas moins vrai que le principe de la responsabilité compte partout dans l'appréciation des avantages à faire aux positions rétribuées.

Devons-nous déterminer tout de suite en chiffres les modifications que nous voudrions voir introduire dans la loi? Un membre de la commission était de cet avis; mais les autres ont pensé que cette loi était trop complexe pour nous permettre de la refondre tout entière dans un projet, et qu'il valait mieux, si l'autorité admettait notre principe, lui laisser le soin de l'application.

Ici, messieurs, se place une proposition qui a été portée à la commission par deux de ses membres, au nom de deux associations médicales, et que vos commissaires, à l'unanimité, m'ont chargé de présenter au congrès. Il arrive souvent qu'un médecin, appelé en cette qualité auprès d'un tribunal, non pas pour y déposer purement et simplement des faits de la cause, mais pour y apprécier des faits qui ressortissent à sa profession, est cependant assimilé à un témoin ordinaire et rétribué comme tel. Cette assimilation est injuste. Dès qu'il y a appréciation des faits, il n'y a pas seulement témoignage, il y a véritable expertise. En conséquence, la commission demande qu'il soit inscrit dans la loi que tout médecin appelé en justice, à l'occasion des faits qu'il doit apprécier comme médecin, soit toujours considéré comme expert et en ait tous les avantages.

Nous arrivons aux cinquième et sixième questions du programme : nous les rapprochons à dessein parce qu'elles offrent, comme vous le verrez, plus d'un point de contact.

Cinquième question. — « L'article 2272 du Code civil, qui fixe à un an la prescription pour les honoraires des médecins, est-il fondé en équité et en morale? »

Sixième question. — « L'article 2101 du Code civil, qui déclare privilégiés les frais de la dernière maladie, est-il applicable aux cas où le malade a guéri ou seulement aux cas où il y a succession ouverte? »

Il faut d'abord vous rappeler, Messieurs, que l'article 2272, qui établit pour les honoraires des médecins la prescription annale, est complété par l'article 2274, qui dispose que « la prescription a lieu quoiqu'il y ait eu continuation de services. » Vous voyez de suite la conséquence de cette disposition si elle était rigoureusement appliquée. C'est qu'il y aurait souvent impossibilité morale, sinon matérielle, à ce que le médecin pût recevoir la totalité des honoraires qui lui seraient dus. Supposez qu'il entreprenne le traitement d'une affection chronique au commencement d'une année, par exemple, et que le traitement se prolonge jusqu'au milieu de l'année suivante. Au moment où ses services, pour parler comme l'article en discussion, viennent à cesser, la prescription court déjà de six mois, en sorte qu'il se trouve dans la position singulière que voici : Si, sentant l'année s'écouler et la prescription prête à l'atteindre, il demande un réglement de compte, on lui répond que le traitement n'est pas terminé, et l'on se blesse de son procédé. S'il attend la fin du traitement, la loi lui répond par une prescription pour un tiers de ses honoraires

Maintenant, c'est une question de savoir si l'article 2272, ainsi entendu et appliqué, ne peut pas rendre illusoire, en plus d'un cas, le privilége accordé par l'article 2101. Nous reviendrons plus loin sur la question du programme qui concerne ce dernier article : mais dès à présent veuillez vous rappeler sa disposition principale : « Les créances privilégiées sur la généralité des meubles, sont » celles ci-après exprimées, et s'exercent dans l'ordre suivant : 1° les frais de justice; 2° les frais funéraires; 3° les frais quelconques de la dernière maladie, » concurremment entre ceux à qui ils sont dus, etc., etc. » Or, la difficulté est celle-ci : Une succession étant ouverte, si la dernière maladie a duré deux ou trois ans, les héritiers ne pourront-ils pas, armés de l'article 2272, ne payer que les soins de la dernière année? Cette thèse a été soutenue par un membre honoraire et appuyée par quelques membres titulaires de votre commission. Mais la majorité a pensé que l'article 2101 emporte l'article 2272, c'est-à-dire que le privilége qu'il crée s'applique, dans la pensée du législateur, à la dernière maladie tout entière, quelle qu'ait été sa durée.

Nous sommes heureux de vous dire, Messieurs, que, dans la pratique, la magistrature consulte l'esprit plus que la lettre de ces articles; qu'elle ne consent pas à détruire le privilége par la prescription, et que la prescription, pour la plupart de ses membres, ne commence à courir qu'après la cessation du traitement. Mais il serait peut-être à propos de puiser dans ces interprétations bienveillantes des magistrats un motif de demander un texte plus précis qui les consacre législativement.

Abordons à présent, chacune en particulier, les deux dernières questions du programme.

Relativement à la prescription annale, une faible minorité a demandé le *statu quo*, se fondant principalement sur cette considération, que c'est une nécessité de la loi de n'accorder qu'une prescription courte à ceux qu'elle dote d'un privilége, et que les fournisseurs de subsistances au détail, spécifiés par l'article 2101, ne sont privilégiés que pour les derniers six mois de fourniture. Mais la majorité a fortement combattu cette manière de voir. Elle a fait remarquer que, sans le moindre esprit d'illibéralisme, le corps médical pouvait repousser toute assimilation avec le corps des marchands. Le marchand peut, sans inconvénient pour lui, refuser sa marchandise à crédit ou présenter sa facture à des termes rapprochés. Au contraire, le médecin ne se hasarde qu'à de longs intervalles ou dans les cas extrêmes, à réclamer le prix de ses soins, et par une sorte d'aveu tacite du caractère exceptionnel de sa créance, cette démarche de sa part semble étrange au client. C'est donc en vain que la seconde partie de l'article 2274 du Code civil suspend le cours de la prescription du jour où il y a eu compte arrêté, cédule ou obligation, ou citation en justice non périmée. De fait, dans l'immense majorité des cas, principalement dans les grandes villes où règne une politesse raffinée, la citation judiciaire, la cédule, l'arrêté de compte, ne sont et ne peuvent être que des exceptions; exceptions d'autant plus rares qu'elles devraient, dans beaucoup de cas, pour être efficaces, suivre immédiatement, et même parfois, comme je l'ai dit, précéder la convalescence.

L'insuffisance de la protection accordée aux médecins frappe surtout quand on rapproche l'article qui les régit de celui qui est relatif aux avoués. Aux termes de l'art. 2273, l'action des avoués se prescrit par deux ans, à compter du jugement des procès ou de la conciliation des parties; et à l'égard des affaires non terminées, ils ont cinq ans pour former la demande de leurs frais et salaires. Voilà, certes, une large garantie dont la négligence seule pourrait ne pas profiter, et pourtant ce n'est pas tout; les avoués en cette circonstance ont encore sur les médecins l'avantage d'avoir en main des pièces qu'ils peuvent, sans exciter de récriminations, ne livrer que contre paiement intégral de leurs honoraires.

Pour remédier à cet état de choses, la majorité de votre commission a donc été d'avis de demander l'extension de la prescription. Elle avait d'abord pensé qu'un moyen simple d'atteindre ce but serait de rayer les médecins de l'article relatif à la prescription annale, et qu'ainsi ils rentreraient de fait dans le droit commun de la prescription quinquennale, stipulée par l'article 2277. Mais elle a craint ensuite que cette proposition ne rencontrât dans la législation actuelle quelque interprétation imprévue qui n'aurait pas atteint son but, ou l'aurait dépassé, et, pour exprimer plus catégoriquement ses intentions, elle a résolu de demander en termes exprès la prescription quinquennale.

Messieurs, la dernière question du programme a jeté tout d'abord dans les débats de la commission une certaine confusion : et ce n'est pas sans peine que nous sommes parvenus à en deviner le sens. On nous demande si le privilége attaché par l'article 2101 aux frais de dernière maladie est applicable aux cas où le malade a survécu, ou seulement à ceux où il y a succession ouverte. On pose donc seulement deux alternatives, celle de la survivance du malade et celle de l'ouverture

de la succession. Or, dans ce dernier cas, quand un certain nombre de créanciers peuvent se présenter simultanément et pour des objets divers, on comprend à merveille que, pour une raison ou pour une autre, la loi établisse des catégories et protége spécialement telle ou telle créance. Mais demander cette protection pour le cas où le malade guérit, sans plus d'explication, voilà ce qui n'est plus aussi intelligible. Qui dit privilége, dit préférence : la préférence suppose plusieurs contendans, et le fait de la guérison du malade n'implique rien de tout cela.

Il faut donc qu'en posant la question, l'on ait eu en vue, sans l'exprimer, la possibilité d'un concours de créanciers. Quoi qu'il en soit, la commission s'est emparée de cette idée ; et, craignant, avec quelques jurisconsultes, que les expressions, *dernière maladie*, ne s'appliquassent exclusivement à la maladie qui a entraîné la mort, et qu'ainsi le privilége consacré par le Code ne concernât que les cas d'ouvertures de succession, elle a été d'avis qu'ici encore il y avait lieu de modifier, ou plutôt de compléter la législation existante. La pensée cachée sous le privilége n'a rien que de très honorable pour la profession. Le législateur a compris que le caractère sacré du médecin lui imposait l'obligation morale de porter les secours de son art partout où ils lui étaient demandés ; il a vu qu'il n'y manquait jamais, et il a voulu lui en tenir compte. Mais à cet égard la loi ne sera complètement quitte envers lui, elle ne sera complètement d'accord avec ses propres intentions, que le jour où elle protégera la créance du médecin dans tous les cas où elle se présenterait concurremment avec des créances d'une autre nature.

En conséquence de toutes ces considérations, la commission est d'avis :

1° Qu'il n'y a pas lieu d'apporter de modifications légales aux usages existant aujourd'hui relativement aux honoraires des médecins.

2° Qu'il y a lieu de demander une augmentation notable des honoraires attribués par la loi au médecin qui agit en vertu d'une réquisition judiciaire.

3° Que dans tous les cas où le médecin sera requis ou appelé par la justice pour un acte quelconque de sa profession, il soit toujours considéré comme expert ;

4° Que la prescription, fixée à un an par l'article 2272 du Code civil, soit portée à cinq ans ;

5° Que le privilége consacré par l'article 2101 du code civil, concernant les frais quelconques de dernière maladie, soit étendu à tous les cas de succession ouverte ou de liquidation forcée.

— Un membre ayant demandé la parole sur la première proposition, le rapporteur a rappelé à l'assemblée qu'il avait mission de la commission tout entière pour demander que, par respect pour la dignité du corps médical, la première conclusion du rapport fût votée sans discussion. Malgré cette détermination de la commission, plusieurs membres ayant insisté, la discussion a été ouverte ; mais après une improvisation de M. Clausade (de Toulouse), qui a adjuré l'assemblée de passer à l'ordre du jour, l'ordre du jour a été adopté.

La première proposition de la commission a été adoptée à l'unanimité moins deux voix.

Les quatre propositions suivantes ont été votées sans discussion et adoptées à l'unanimité.

RAPPORT DE LA COMMISSION N° 8. — RESPONSABILITÉ. — SECRET.

(M. BAYLE, rapporteur.)

Messieurs,

Parmi les questions soumises au congrès, nulles n'étaient plus graves et plus importantes pour le bien de l'humanité, pour l'honneur, la dignité, et, j'ose le dire, la sécurité des médecins que celles dont avait à s'occuper la commission n° 8. *La responsabilité médicale, le secret*, tels sont les sujets qu'elle devait examiner. La commission les a étudiés et discutés avec l'attention et le zèle qu'ils méritaient ; et c'est le fruit et le résultat de ses délibérations que j'ai l'honneur de vous présenter.

J'examinerai la responsabilité médicale sous quatre points de vue :

1° En principe, doit-on admettre la responsabilité médicale ?

2° En fait, la responsabilité médicale est-elle établie d'une manière claire et explicite par la législation qui nous régit ?

3° Dans le jugement des cas particuliers, les tribunaux admettent-ils la responsabilité médicale ?

4° Dans le cas où elle serait admise, à quels juges devrait-on recourir ?

Dans l'examen de ces quatre points de vue, se trouvera la réponse aux questions soumises à la commission.

1° *En principe, doit-on admettre la responsabilité médicale ?* C'est-à-dire, peut-on attaquer le médecin pour les résultats de sa pratique, pour les événemens qui peuvent survenir dans le cours des maladies, pour les erreurs qu'il peut commettre dans l'exercice de son art ? Peut-on lui appliquer des peines correctionnelles ou civiles, ou lui demander des indemnités ? Messieurs, la société exige du médecin des garanties nombreuses d'âge, d'étude, de savoir ; elle le fait passer par une série d'épreuves longues, pénibles et dispendieuses ; elle lui accorde enfin, dans son diplôme, un signe de capacité, une attestation publique et authentique de science. Pourquoi cela, si elle doit en même temps l'assimiler aux hommes qui pratiquent sans titre ? Si elle ne lui donne aucun avantage, aucune protection, aucune garantie ? Si elle rend illusoire, dans ses mains, le droit dont elle l'a investi ? Si elle tient sans cesse sur sa tête la responsabilité comme une autre épée de Damoclès ? Cette doctrine serait aussi nuisible à la société qu'aux médecins ; elle étoufferait sans cesse dans leur germe les efforts des hommes qui cherchent à reculer les bornes de la science par des recherches thérapeutiques et cliniques sages et mesurées.

Placé à chaque instant sous le coup d'une justice aussi faible que celle des hommes et surtout d'hommes étrangers à la médecine, quel serait le praticien assez téméraire pour employer un procédé chirurgical nouveau, pour expérimenter une nouvelle substance pharmaceutique ? Quel est celui qui n'aurait pas reculé devant l'essai de cette médecine des poisons, comme on l'a appelée, qui constitue aujourd'hui une des plus précieuses conquêtes de la médecine moderne ? et tous ces médicamens anciens maniés avec pusillanimité, qui aurait songé à en obtenir des effets plus complets en les donnant à des doses plus élevées ? Croyez-vous qu'une pareille doctrine n'aurait point arrêté l'immortel auteur du TRAITÉ DE L'AUSCULTATION, lorsqu'il importa en France la méthode rasorienne de l'émétique à haute dose ? qu'elle n'aurait point paralysé les efforts incessans de nos chirurgiens pour perfectionner la médecine *opéraroire* ? La responsabilité médicale est donc funeste aux progrès de l'art ; elle l'est bien davantage au soulagement des maux si nombreux qui affligent l'humanité, frappés dès lors d'une perpétuelle incurabilité.

Mais, dira-t-on, le médecin peut se tromper et se trompe plus d'une fois. Ses fautes compromettent la santé et la vie de ses semblables ; il faut à la société des garanties contre ses erreurs. Oui, sans doute, le médecin jouit du triste privilége attaché à l'humanité ; il est sujet à l'erreur, aux causes personnelles d'illusions qu'il porte en lui-même ; il faut joindre les obscurités et les difficultés de l'art qui l'assiègent bien souvent au lit du malade. Voudrait-on que gravement préoccupé pour autrui, que tenté parfois de recourir comme dernière chance de salut à l'axiome : *Extremis morbis extrema remedia*, il fût encore tourmenté d'inquiétudes pour lui-même ; qu'il tremblât à la prévision d'un résultat fâcheux, comme on tremble après un délit ou un crime (applaudissemens) ; que nos chirurgiens s'empressassent de prendre la fuite après leurs opérations malheureuses, comme les embaumeurs de l'antique Égypte ? Non, Messieurs, cette doctrine est impossible ; elle nous ferait reculer bien loin dans notre histoire, car elle n'existait pas aux temps les plus fâcheux de la monarchie française. Ambroise Paré nous raconte avec la naïveté que vous lui connaissez, qu'un chirurgien appelé pour pratiquer une saignée au roi manqua la veine et piqua le nerf ; des accidens graves intervinrent ; il fut même question d'amputation ; la guérison n'eut lieu qu'après quatre mois de souffrances. Messieurs, ce roi, c'était Charles IX, l'auteur de la Saint-Barthélemi ! Eh bien, croyez-vous que les autorités judiciaires du temps firent une enquête ; que le chirurgien fut poursuivi ? Pas du tout ; le chagrin de sa maladresse fut son seul châtiment. C'est qu'en effet l'homme de l'art qui exerce consciencieusement sa profession ne relève que de lui-même ; il n'a d'autre juge que Dieu et sa conscience. (Applaudissemens.)

Telle est, Messieurs, la conclusion de la commission ; telle est aussi celle que vous ont adressée les Sociétés de médecine de Saint-Lô, de Laval, de Besançon, de la Moselle, d'Angers, de Valenciennes, d'Avranches, de Châlons-sur-Saône, du neuvième arrondissement de Paris, de la Société de médecine du département de la Seine, de médecine pratique de Paris, de l'Yonne, etc., etc. Telle est encore l'opinion formelle de deux graves assemblées médicales, l'association des médecins de Paris et l'Académie royale de médecine.

L'association des médecins de Paris, qui compte aujourd'hui plus de cinq cents membres, qui a pris, il y a plus de dix ans, l'initiative de ces graves questions, qui a défendu, par ses délibérations, ses votes et ses fonds, nos confrères des départemens et des colonies poursuivis pour des cas de responsabilité légale, a bien mérité du corps médical tout entier, et, je ne crains pas d'être désavoué, par le congrès en adressant en son nom à l'association ses félicitations et ses remercîmens. (Applaudissemens.)

L'Académie royale de médecine, dans sa séance du 29 septembre 1829, a voté à la presque unanimité un rapport sur la responsabilité présenté par le digne et à jamais regrettable M. Double.

« L'Académie, dit M. Double, ne veut pas clore son rapport sans exprimer nettement son opinion sur la responsabilité médicale. Sans doute, que l'Académie pense que les médecins sont responsables des délits qu'ils ont médités et commis d'une manière criminelle dans l'exercice de leur profession ; mais la médecine exercée avec probité et conscience est un *mandat illimité*, et, dans cette noble carrière, il ne peut rien y avoir de responsable. L'Académie s'empresse de le proclamer hautement, car une fois le principe de responsabilité légale admis, tout deviendrait suspect et dangereux pour le médecin ; il devrait craindre à chaque pas d'encourir la vindicte des lois, et il fuirait à l'aspect du danger. Il ne doit donc y avoir qu'une seule responsabilité, la responsabilité morale, et celle-là est assez pesante pour que les tribunaux n'aient pas besoin d'invoquer encore un principe inutile et nuisible de responsabilité légale. »

Je conclus donc en disant : *Non, en principe la responsabilité médicale n'existe pas.*

EN FAIT, *cette responsabilité est-elle établie d'une manière claire et explicite par la législation qui nous régit ?* C'est le second point de vue sous lequel j'examine la question. Je donne de suite ma conclusion. Je réponds : NON, cette responsabilité légale n'est pas établie. Voici mes preuves : Ceux qui la soutiennent s'appuient sur les articles 319 et 320 du Code pénal, 1382 et 1383 Code civil. Ils sont ainsi conçus :

Code pénal, art. 319 : « Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des réglemens, aura commis involontairement un homicide ou en aura involontairement été la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de 50 fr. à 600 fr. »

Art. 320 : « S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution que des blessures ou des coups, l'emprisonnement sera de six jours à deux mois, et l'amende de 16 fr. à 100 fr. »

Code civil, art. 1382 : « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

Art. 1383 : « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence. »

Messieurs, l'exposé des motifs de ces divers articles ne fait nulle mention des médecins ; le législateur ne paraît avoir été préoccupé, en les rédigeant, que des diverses espèces de contraventions de police. Plusieurs avocats distingués, parmi lesquels je citerai seulement M. Trébuchet, chef de bureau de la police médicale à la préfecture de police, et M. Gatine, ne pensent pas qu'ils puissent s'appliquer à notre profession. Les règles générales, dit ce dernier, ne peuvent s'appliquer qu'aux cas communs à tous. Il y a évidemment, ici, exception tirée de la profession spéciale. Les dispositions générales des lois sont soumises, dans une foule de cas, à des exceptions réclamées par la diversité des positions et par l'équité. En vertu des articles que je viens de vous lire, on ne pourrait pas seulement poursuivre les erreurs du médecin sage et consciencieux, on pourrait encore attaquer sur son siége le juge qui a prononcé en son âme et conscience sur la fortune et la vie des citoyens ; car lui aussi est sujet à l'erreur et à des erreurs souvent irréparables, comme celles du médecin. Cependant, qui jamais a pensé à lui appliquer les articles que vous venez d'entendre, et à lui demander la réparation des dommages qu'il a pu occasionner en se trompant de bonne foi ?

Pourtant, il faut l'avouer, si la législation ne fournissait pour l'éclaircissement de la question que les quatre articles que le programme nous a donnés à examiner, une certaine hésitation pourrait encore peut-être exister dans quel-

ques esprits, et c'est ce qui est arrivé à un petit nombre des sociétés des départemens.

Heureusement nous possédons dans l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI qui régit aujourd'hui l'exercice de la médecine, une réponse péremptoire à tous les argumens tirés des quatre articles cités plus haut. Cet article 29 spécifie un seul cas de responsabilité pour les officiers de santé ; elle les en affranchit dans les autres : mais elle en décharge les docteurs dans tous les cas, d'une manière évidente quoique implicite. Voici cet article :

« Les officiers de santé ne pourront pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous l'inspection d'un docteur, dans les lieux où celui-ci sera établi. Dans le cas d'accidens graves arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de la surveillance et de l'inspection prescrite ci-dessus, il y aura recours à indemnité contre l'officier de santé qui s'en sera rendu coupable. »

Ce texte est positif, et il me semble que la conséquence qui en résulte naturellement, suivant l'esprit de la loi, c'est *qu'il n'y a pas recours à indemnité contre les docteurs.* S'il en était autrement, il faudrait admettre que la présence d'un docteur suffit seule pour écarter toute responsabilité pour une opération qu'il n'a pas pratiquée, tandis que cette responsabilité existerait s'il avait fait cette opération de ses propres mains. Cette explication de l'article 29 nous paraîtrait aussi contraire à la dignité médicale qu'à la logique. Le législateur, en la rédigeant, est parti de cette idée que le docteur en médecine, en exerçant consciencieusement les fonctions de son ministère, ne pouvait pas être attaqué pour les résultats de sa pratique, tandis que l'officier de santé, à qui il ne demandait pas les mêmes garanties d'étude et de savoir, devait être responsable s'il ne donnait pas à la société un gage suffisant de sécurité par la présence d'un docteur.

D'après ces considérations, nous concluons que *la législation qui nous régit n'admet point la responsabilité légale du médecin.*

DANS LE JUGEMENT DES CAS PARTICULIERS, *les tribunaux admettent-ils la responsabilité médicale?*

C'est le troisième point de vue sous lequel nous devons envisager la question.

Messieurs, la plupart des tribunaux, s'appuyant sur l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI, déchargent de toute responsabilité les médecins cités devant eux qui, dans l'exercice de leur ministère, ont agi avec conscience et bonne foi; les cas particuliers où ils ont acquitté nos confrères sont plus nombreux qu'on ne pense : mais ces cas ont passé, et ils devaient passer en quelque sorte inaperçus, puisqu'ils n'étaient pas de nature à éveiller les justes sollicitudes du corps médical. On n'a été frappé que des exemples contraires donnés par quelques tribunaux, qui ont admis la responsabilité médicale et condamné des médecins en vertu des articles précités. Deux faits surtout ont vivement ému les médecins, parce qu'ils tendaient à admettre une responsabilité à laquelle ils n'ont jamais cru ; ces faits sont ceux des docteurs Hélie et Thouret-Noroy. Je ne les citerai point devant vous; ils sont connus de tous, et les longs détails dans lesquels je serais obligé d'entrer nous détourneraient des questions générales qui, seules, doivent attirer l'attention du congrès. Votre commission pense, et en cela elle est d'accord avec l'Académie royale de médecine, avec l'association des médecins de Paris, la société des médecins de Rouen et de plusieurs autres villes, avec la presse médicale tout entière, elle pense, dis-je, que ces tribunaux se sont trompés, non seulement dans les jugemens prononcés qui condamnent nos deux confrères, mais encore dans l'appréciation d'actes et de faits de pratique qui ne sont pas de leur compétence.

En résumé, il existe une grande diversité dans les jugemens des tribunaux sur la responsabilité médicale. Quelques-uns l'admettent, le plus grand nombre la rejettent ; il y a là une contradiction qu'il importe de faire cesser, non moins dans l'intérêt de la société et de la science, que dans celui de la dignité médicale ; c'est le vœu que nous aurons l'honneur de vous soumettre au nom de la commission.

Mais, Messieurs, de ce que la législation n'admettrait point la responsabilité légale des médecins dans l'exercice consciencieux de leur ministère, il ne s'en suit point qu'ils ne puissent être attaqués et appelés devant les tribunaux. Il y aura toujours à déterminer, dans ces cas, si la conscience et la bonne foi ont présidé à leur conduite. De là des recherches et des investigations scientifiques qui ne sauraient être suffisamment éclairées si elles étaient faites par des hommes étrangers à la médecine. Un jury médical est seul compétent pour juger ces circonstances délicates, et c'est à lui que nous vous proposons d'en déférer l'examen.

J'arrive maintenant à la question du secret médical. Messieurs, nul des graves sujets de vos délibérations n'est plus sérieux et plus digne de votre attention que celui qui nous occupe en ce moment, car de la décision que vous prendrez, dépendra le caractère même que l'on doit assigner au médecin dans la hiérarchie sociale. Je viens soutenir devant vous, au nom de la sécurité des familles et de la dignité de la profession, que le médecin doit être astreint à un secret absolu sur tout ce qu'il a vu et entendu dans l'exercice de son ministère. Je viens soutenir que le médecin, vis-à-vis de son client, exerce un véritable sacerdoce. Si le prêtre, en vue d'une vie future, est chargé par la loi religieuse de recevoir les révélations les plus intimes du cœur de l'homme, le médecin, dans l'intérêt de la vie présente, et pour soulager les souffrances du malade, reçoit des confidences et des aveux qui ne sont pas moins importans. Le but est différent dans l'un et l'autre cas ; mais le résultat est le même, et ce résultat, c'est la connaissance des choses les plus secrètes de la vie. Eh bien! si les lois divines et humaines obligent le prêtre, sous des peines sévères, au secret le plus absolu, les mêmes lois doivent y obliger le médecin, ce confesseur d'une autre espèce. Que deviendraient la sécurité des familles et la dignité du médecin, si l'on voulait admettre des restrictions dans l'inviolabilité du silence ; s'il pouvait se mêler des craintes de délation aux épanchemens de la confiance du malade ; si, en appelant auprès de soi un consolateur et un ami, le soupçon pouvait naître qu'on a peut-être rencontré un dénonciateur? (Applaudissemens.) Nous le disons donc hautement, le silence du médecin, sur tout ce qu'il a vu, entendu, compris, en remplissant ses fonctions auprès des malades et au sein des familles, doit être entier, absolu, et sans ombre de restriction.

Cette doctrine, Messieurs, n'est pas nouvelle dans notre profession. Vous vous souvenez tous de ce beau serment du père de la médecine, que chaque docteur répète lors de sa réception dans une antique faculté de ce royaume: *Admis dans l'intérieur des familles, je jure que mes yeux ne verront point ce qui s'y passe et que ma langue taira les secrets qui me seront confiés.* Si les médecins des autres écoles ne prononcent point ces graves paroles en entrant dans la carrière, ils n'en portent pas moins le sentiment gravé dans leur cœur. Vous avez tous présens à la mémoire l'indignation générale qui s'éleva parmi les médecins de Paris, lorsque, il y a quelques années, au milieu de discordes civiles, on voulut ressusciter parmi nous le célèbre édit de 1666, qui enjoignait aux hommes de l'art de dénoncer les blessés qu'ils avaient soignés.

Quoique les médecins soient des hommes d'ordre public, l'appel de l'autorité ne fut pas entendu ; les dénonciations n'arrivèrent point, et les médecins répondirent en quelque sorte par leur silence, comme un célèbre professeur de l'école de Paris, mort il y a quelques années : *Nous avons vu des blessures, nous n'avons pas vu des visages.* (Applaudissemens.)

Au reste, Messieurs, la loi française n'est pas en désaccord avec le dogme professionnel du silence. Elle prescrit le secret au médecin, en lui donnant une sanction pénale. L'article 378 du Code pénal est ainsi conçu : « Les médecins, » chirurgiens et autres officiers de santé, les sages-femmes et toutes autres per- » sonnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, » hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces » secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une » amende de 100 à 500 fr. »

Mais vous le voyez, il y a ici une restriction au secret; ce sont les cas où la loi oblige les médecins à se porter dénonciateurs. Ces cas se rapportaient aux articles 103 et suivans du Code pénal de 1810; ils ont été abrogés par la loi du 28 avril 1832, et, dès lors, le secret prescrit par l'article 378 du Code pénal, interprété dans ce sens par de nombreux arrêts de la Cour de cassation, devient absolu, et nous ne devrions plus avoir aucun vœu à vous exprimer à ce sujet.

Il n'en est rien cependant. L'article en question n'est pas assez large ; il ne défend que la révélation des secrets qu'on a confiés, ce n'est point assez. Les yeux du médecin peuvent voir, ses oreilles peuvent entendre, son esprit peut comprendre des choses dont on ne lui a point parlé. Il ne doit pas plus lui être permis de révéler ces choses que les secrets qui lui ont été directement confiés; et nous venons vous proposer, au nom de la commission, de le rendre obligatoire dans tous les cas, nous conformant ainsi au mémorable serment d'Hippocrate. (Applaudissemens unanimes.)

Messieurs, un membre de la commission, M. le docteur Godart, lui a fait remarquer que les vœux émis par elle pouvaient n'être point en harmonie avec l'article 56 du Code civil relatif aux déclarations de naissance. La commission l'a chargé de vous faire en son nom un rapport additionnel sur cette question que le programme n'avait point prévue.

Voici les trois vœux que la commission me charge de soumettre à vos délibérations :

1° Le médecin répond de ses actes devant sa conscience, et les résultats de sa pratique ne peuvent être appréciés que par des hommes compétens. Dans aucun cas, les articles 319 et 320 du Code pénal ne lui sont point applicables, et les articles 1382, 1383 du Code civil ne pourront eux-mêmes lui être appliqués qu'après qu'un jury médical aura déterminé s'il y a lieu. Le médecin ne pourra être mis en cause, s'il est constaté qu'il a agi avec conscience et bonne foi.

2° Le jury médical sera nommé par un corps médical légalement constitué.

3° Le secret est obligatoire pour le médecin sur tout ce qui lui a été confié et sur tout ce qu'il a pu apprendre dans l'exercice de son ministère.

DÉCLARATIONS DE NAISSANCE.

(M. GODART, délégué du quatrième arrondissement, rapporteur.)

La société médicale du quatrième arrondissement de Paris, dont j'ai l'honneur d'être un des délégués, a soulevé une question grave relative aux déclarations de naissance, qui bien que n'étant pas indiquée dans le programme des questions qui étaient soumises à votre commission n° 8, s'y trouve, selon nous, implicitement comprise, puisqu'elle se rattache et à la responsabilité du médecin et au secret. Vous partagerez, je pense, notre avis, et vous nous permettrez de vous la soumettre.

Messieurs,

L'article 56 du Code civil prescrit au médecin qui a fait un accouchement le devoir de faire, à défaut du père, la déclaration de naissance de l'enfant. Cette déclaration doit être faite dans les trois jours aux termes de l'art. 55 du même Code, et ces différentes dispositions sont sanctionnées par l'art. 346 du Code pénal, qui punit d'un emprisonnement de six jours à six mois et d'une amende de 16 fr. à 300 fr. celui qui néglige de remplir ce devoir.

Vous le voyez, Messieurs, l'exécution de cet article 56 du Code civil fait peser sur nous une bien grave responsabilité, et cependant je vous montrerai tout à l'heure que bien souvent il est inexécutable.

Mais ne croyez pas, Messieurs, que ce soit par simple prévision d'événemens possibles que nous soulevons ici cette question ; ce sont deux faits, et surtout un, dont l'un de nos confrères les plus honorables a failli être victime, qui ont déterminé la société médicale du quatrième arrondissement dont il fait partie, à solliciter du congrès un vœu tendant à obtenir une disposition législative qui modifie cet article du Code qui est aussi en opposition avec l'article 378 du Code pénal qui nous prescrit le secret.

Déjà cet article 56, rédigé d'une manière un peu vague, avait donné lieu à des poursuites contre des médecins qui s'étaient refusés à dire le nom de la femme qu'ils avaient accouchée, en vertu de l'article 378 que je viens de citer, lorsque le 16 septembre 1843, dans l'affaire du docteur Mallet, la Cour de cassation a décidé que l'article 56 n'obligeait le médecin qu'à déclarer la naissance d'un enfant et rien de plus, et qu'en conséquence le docteur Mallet n'avait point contrevenu aux dispositions de l'article 346 du Code pénal.

Ainsi voilà un fait acquis : nous ne sommes pas tenus à autre chose qu'à une déclaration de naissance pure et simple par la législation actuelle; nous ne sommes pas tenus à déclarer le nom de la mère. Ce n'est plus là qu'est la difficulté.

Je vous ai dit tout à l'heure que l'article 56 du Code civil était tout à fait inexécutable. En effet, Messieurs, voici un fait qui peut arriver à tous les médecins praticiens ici présens : vous êtes appelés pour un accouchement dans une famille que vous connaissez peu ou pas ; vous trouvez un ménage bien établi, honorablement, richement établi; vous voyez un mari, ou au moins un homme se disant tel, et qui en a toutes les apparences ; irez-vous lui demander

s'il est légitimement marié; exigerez-vous l'exhibition de son acte de mariage; ferez-vous une enquête pour vérifier ces faits, ou bien exigerez-vous seulement qu'il parte devant vous pour faire la déclaration de naissance de son enfant? Mais non; toutes ces suppositions sont impraticables, absurdes. Vous pourrez tout au plus lui rappeler les prescriptions des articles 55 et 56 du Code civil; vous n'aurez aucune garantie qu'il aura bien voulu s'y soumettre; et s'il ne le fait pas, vous pouvez, plus ou moins longtemps après, être poursuivi en vertu de l'article 346 du Code pénal.

Eh bien, Messieurs, ce que je viens de supposer est arrivé à un de nos collègues du quatrième arrondissement, chez des gens qu'il croyait légitimement mariés et qui ne l'étaient réellement pas. Un puissant intérêt les avait engagés à dissimuler la naissance d'un enfant; plus tard le fait fut découvert, la justice intervint, et notre confrère n'a dû de se tirer de ce mauvais pas, après d'assez longues tribulations, qu'à sa bonne réputation et à l'intervention de puissantes protections.

Voilà ce qui peut nous arriver à tous, et peut-être ne serions-nous pas tous aussi heureux.

Telle est la difficulté que nous avions à vous soumettre, Messieurs; le médecin le plus honnête, le plus consciencieux, peut voir son honneur, son avenir compromis, sans qu'il l'ait pu prévoir, dans l'état actuel de notre législation.

Pour obvier à ces graves inconvéniens, deux propositions ont été faites dans votre commission n° 8.

La première, de dire qu'une déclaration simple de naissance, ou verbale, ou par écrit, serait faite dans tous les cas par le médecin accoucheur, à l'officier de l'état civil;

La seconde, de déclarer qu'en vertu de l'article 378 qui prescrit le secret, le médecin ne sera tenu à aucune déclaration.

Mais, Messieurs, ni l'une ni l'autre de ces propositions n'a été agréée, et attendu la difficulté de concilier l'intérêt de la société, et les différens articles des Codes pénal et civil, la commission, à l'unanimité, propose au congrès la résolution suivante:

Le congrès émet le vœu que l'autorité avise aux moyens de faire disparaître les graves inconvéniens résultant pour les médecins et sages-femmes, des prescriptions de l'article 56 du Code civil.

RAPPORT ADDITIONNEL SUR UNE QUESTION INCIDENTE, RELATIVE A LA RÉQUISITION DU MÉDECIN PAR LE MINISTÈRE PUBLIC.

(M. Clausade, rapporteur.)

M. Clausade succédant à M. Godart a fait un rapport verbal sur une question incidente soulevée par la Commission. Il s'agit du concours que le médecin doit être libre d'accorder ou de refuser au ministère public. Le rapporteur, après examen de cette question, a conclu en proposant que le Congrès émît le vœu suivant: « Qu'un médecin qui refuse son concours au ministère public hors le cas d'urgence, en appuyant son refus sur des motifs légitimes et honorables, ne peut être poursuivi devant les tribunaux. »

—Les deux premières propositions du rapport de M. Bayle ont été adoptées sans opposition. Une assez longue discussion s'est engagée sur la troisième, sur la question de savoir si le secret devait être obligatoire ou facultatif. L'obligation pour tous les cas, stipulée dans la proposition de la Commission, a paru beaucoup trop absolue à quelques membres. M. Maine (d'Angers) a cité des cas que le rapport semblait n'avoir point prévus, celui, par exemple, où un médecin découvrirait qu'un malade auquel il donne des soins est empoisonné par une des personnes qui l'entourent. Il pense que dans un cas de cette nature c'est un devoir pour le médecin de dénoncer le crime et l'auteur du crime lui-même. Plusieurs motifs du même ordre ont suscité l'amendement suivant présenté par M. Vosseur: « Dans aucun cas le médecin n'est forcé de révéler; » la conscience du médecin étant ainsi laissée libre de juger des cas où il pourrait ou devrait révéler spontanément. Cet amendement, soutenu par MM. Pellarin, Beuguet (de Bordeaux), Leroy-d'Etiolles et Delasiauve, a été vivement combattu par M. Barth, M. Clausade et le rapporteur. La Commission a voulu qu'il fût clairement et nettement posé en principe que le médecin ne peut être obligé de révéler ce qu'il apprend dans l'exercice de sa profession, crime ou non. M. Clausade a énergiquement réclamé à cet égard pour le médecin le privilége dont jouit le prêtre en pareille circonstance. Le secret doit être pour lui absolu, pour tous les cas. Malgré l'insistance du rapporteur à faire sentir toute l'importance de la question que l'amendement tendait à résoudre dans un sens contraire au vœu de la Commission, cet amendement a été pris en considération par l'Assemblée qui l'a adopté avec cette rédaction: « Dans aucun cas, le médecin ne *pourra* être obligé à révéler un secret. »

L'assemblée, sans se déjuger précisément, est revenue sur ce vote d'après la demande faite par M. Clausade, que le Congrès déclarât qu'il était bien entendu que si le médecin ne peut pas être obligé à la révélation du secret, il n'en reste pas moins tenu à l'obligation du secret telle qu'elle lui est imposée par la loi existante.—Là dessus M. Gendron a proposé un amendement qui aurait eu pour but de laisser le médecin juge des cas où il croirait pouvoir révéler les secrets. En résumé, le résultat définitif de cette discussion a été l'adoption d'un moyen terme proposé par la Commission et qui consiste à conserver l'article actuel de la loi (art. 378 du Code pénal), en y ajoutant seulement ces mots: « Et dans aucun cas le médecin ne pourra être obligé à la révélation. » — L'article ainsi modifié a été adopté à l'unanimité.

Après une courte mais vive discussion qui n'a porté uniquement que sur la position de la question, l'article unique du rapport de la même Commission (section n° 2), a été adopté sans modification.

La proposition présentée par M. Clausade au nom de la même Commission (section n° 3) a été adoptée avec une modification demandée par M. Combe, consistant à ajouter aux mots *hors le cas d'urgence*, ceux-ci: *ou de flagrant délit*.

Conclusions adoptées: — 1° Le médecin répond de ses actes devant sa conscience, et les résultats de sa pratique ne peuvent être appréciés que par des hommes compétens. Dans tous les cas, les articles 310 et 320 du Code pénal ne lui sont point applicables, et les articles 1381, 1383 du Code civil ne pourront eux-mêmes lui être applicables qu'après qu'un jury médical aura déterminé s'il y a lieu. Le médecin ne pourra être mis en cause s'il est constaté qu'il a agi avec conscience et bonne foi.

2° Le jury médical sera nommé par un corps médical légalement constitué.

3° Ajouter à l'article 378 du Code pénal ainsi conçu: Les médecins et chirurgiens, ainsi que les pharmaciens et sages femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie, qui auront révélé ces secrets, sont punis d'un emprisonnement, etc.;

Cette disposition: Et dans aucun cas le médecin ne pourra être obligé à la révélation.

4° Le Congrès émet le vœu que l'autorité avise aux moyens de faire disparaître les graves inconvéniens résultant, pour les médecins et sages-femmes, des prescriptions de l'article 56 du Code civil.

5° Qu'un médecin qui refuse son concours au ministère public, hors le cas d'urgence ou de flagrant délit, en basant son refus sur des motifs légitimes et honorables, ne puisse être poursuivi devant les tribunaux.

RAPPORT DE LA COMMISSION N° 9. — EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — MÉDECINS ÉTRANGERS. — CONSEILS DE DISCIPLINE. — LIMITATION DU NOMBRE DES MÉDECINS.

(M. Cerise, rapporteur.)

Messieurs,

La commission dont j'ai l'honneur d'être l'organe dans cette enceinte avait à remplir une tâche laborieuse, difficile. Les vœux qu'elle a été appelée à formuler devant vous soulèvent les questions les plus délicates qui puissent s'agiter dans un corps médical. Ces vœux, je vous les rapporte, et, je me hâte de le dire, ce sont des vœux de répression énergique et efficace contre les personnes qui exercent illégalement la médecine, des vœux de patronage et de moralisation disciplinaire de la grande famille médicale, enfin des vœux de réforme dans la législation qui régit les médecins munis de diplômes étrangers. Ces trois vœux s'enchaînent logiquement, car tous reposent sur le même principe: garantir les plus précieux intérêts de la société, car tous ont le même but: garantir l'avenir moral, intellectuel et matériel de la profession médicale. Cet enchaînement logique a été remarqué par la commission dont je suis l'interprète; la conviction intime de cette solidarité s'est fait jour dans toutes ses délibérations; elle a présidé à tous les débats qui ont eu lieu dans ses séances longues et multipliées. Réunissant dans son sein un grand nombre de délégués des associations médicales des départemens, elle n'a point délibéré sous l'empire des préoccupations d'un intérêt local, d'un intérêt limité; ses décisions doivent être regardées comme l'expression libre, spontanée, non seulement de la commission elle-même, mais encore des nombreuses associations médicales qui y ont été représentées.

Premier ordre de questions. — Exercice illégal.

La pénalité infligée à l'exercice illégal de la médecine est-elle en rapport avec la gravité du délit?

Non, a répondu unanimement la commission n° 9. La pénalité, en cas d'exercice illégal de la médecine, est insuffisante; elle est insuffisante non seulement parce qu'elle fait défaut à l'égard de certains cas prévus d'une manière générale, mais encore parce que l'application de celle qui est inscrite dans la loi rencontre souvent d'invincibles obstacles. Si ces imperfections graves n'existaient pas, les magistrats chargés de veiller à l'exécution des lois, qui ont l'œil ouvert sur tous les délits et sur tous les crimes, ne répondraient point comme ils le font aux sollicitations officieuses de vos associations les plus fortement constituées par ces désolantes paroles: « Il n'y a pas lieu à poursuivre. » Le mal existe pourtant, on l'avoue, on le reconnaît. Le moyen de ne pas le reconnaître? Sur les murs des villes et des hameaux, sur les arbres qui bordent les routes, sur de monstrueuses et indécentes affiches il étale sa hideuse nudité! dans les journaux politique, judiciaires, industriels, il reçoit, moyennant salaire, une large, brillante et souvent majestueuse hospitalité! Nous objectera-t-on après cela qu'il serait nécessaire, pour découvrir le mal, de pénétrer dans l'intérieur des foyers domestiques, de faire des enquêtes sur les habitudes professionnelles plus ou moins clandestines des individus qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine? Non; personne ne se cache dans l'ombre: des échoppes sont ouvertes, la place publique est le théâtre du délit. S'il est surtout répandu dans les campagnes, il faut dire aussi qu'il est l'objet d'étranges prédilections dans les rangs élevés de la société. Si le magistrat reste silencieux, c'est que l'exercice illégal de la médecine est resté indéfini dans la loi, c'est qu'il ne se sent point armé, c'est que, fidèle avant tout aux maximes de notre droit, il laisse tristement subsister le mal plutôt que de l'atteindre en commettant un acte arbitraire. Souvent aussi il renonce à des poursuites inutiles. Il existe un article 32, du 21 germinal an XI, dans lequel il est formellement interdit aux pharmaciens de livrer, de débiter des préparations médicinales ou composées quelconques que d'après la prescription d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé, et nulle sanction pénale n'est prononcée contre le délinquant.

Voilà pour la pénalité en défaut: voici maintenant pour la pénalité insuffisante. Au titre VI de la loi relative à l'exercice de la médecine, du 19 ventose an XI, des dispositions pénales prescrivent aux commissaires du gouvernement de dénoncer aux tribunaux tous les délits relatifs à l'exercice illégal de la médecine; elles élèvent à mille francs l'amende à laquelle peuvent être condamnés ceux qui usurpent le titre et exercent la profession de docteur, et à cinq cents francs l'amende à laquelle peuvent être condamnés ceux qui se qualifient officiers de santé et traitent des malades en cette qualité. Remarquez bien l'insuffisance de ces dispositions pénales. D'une part, elles atteignent le délinquant moins pour avoir exercé illégalement la médecine que pour avoir usurpé un titre. D'une autre part, elles laissent le *minimum* de la peine à l'appréciation du tribunal.

De là ces deux inconvéniens: l'exercice illégal sans usurpation de titre peut rester impuni, ou si, par suite d'une interprétation plus large de la loi, la condamnation a lieu, elle peut se borner à 1 fr. d'amende. Oui, messieurs, l'individu qui usurpe à la fois le titre et les fonctions de médecin peut, après plusieurs années de scandaleuse sécurité, être condamné à 1 fr. d'amende. La commission n. 9 a dû enregistrer des faits de ce genre. La commission n. 10 vous en fera probablement connaître un très grand nombre. Une pareille peine, c'est l'impunité se présentant sous une forme tellement grave que le silence des procureurs du

roi, en maintenant une impunité moins solennelle, doit être considéré comme une sage et prudente réserve. En présence d'une telle situation, on serait tenté de se demander si l'exercice de la médecine n'est point de droit naturel ; on est tenté de se demander si le diplôme de docteur a un caractère sérieux aux yeux de l'opinion publique. Il ne faut pas se le dissimuler, il y a dans cet abandon des droits et des intérêts des médecins quelque chose de sinistre qui semble mettre en contestation plus que leurs droits, plus que leurs intérêts, c'est-à-dire leur rang dans la société, leur dignité et leur considération. C'est surtout le rang qui appartient au corps médical, c'est sa dignité, c'est sa considération que la commission entend maintenir et défendre en déclarant que la pénalité infligée actuellement à l'exercice illégal de la médecine n'est point en rapport avec la portée du délit. Elle émet le vœu formel :

1° Que les attributions conférées par les diplômes relatifs aux différentes parties de l'art de guérir soient exactement spécifiées dans la loi.

2° Que l'exercice illégal de la médecine soit parfaitement défini dans la loi ; et

3° Qu'une pénalité plus efficace, plus énergique, y soit introduite.

Question. L'exercice illégal de la médecine doit-il être justiciable des cours d'assises, au lieu de l'être des tribunaux de police correctionnelle ?

Réponse. La commission n'a point pensé qu'il y eût lieu à changer la juridiction actuelle, qui est commune à tous les délits.

Question. Le traitement des malades dirigé par des personnes non pourvues d'un titre légal, et dont les ordonnances sont signées par un médecin, doit-il être considéré comme un exercice illégal de la médecine ?

Réponse. La commission a déclaré que dans ce cas il y a exercice illégal avec complicité d'un médecin.

Deuxième ordre questions. — Conseils de discipline.

Quels seraient les avantages, quels seraient les inconvéniens des conseils de discipline? Quelle organisation, quelles attributions leur donner?

On nous demande quels seraient les avantages, quels seraient les inconvéniens des conseils de discipline. A cette question, la commission croit devoir répondre, et elle le fait unanimement, en invoquant résolument le principe de la nécessité. L'institution de conseils médicaux servant d'intermédiaire entre le corps médical et chacun de ses membres, ayant à la fois des fonctions de protection et de moralisation, une telle institution n'est pas seulement utile, elle est indispensable. Quant aux inconvéniens, s'il en existe, la commission pense qu'il faut s'en rapporter a l'expérience, à cette grande leçon des temps que nos successeurs sauront écouter. Des professions libérales ont des institutions analogues fonctionnant paisiblement depuis longtemps, et elles ne s'en plaignent point. Pourquoi les médecins feraient-ils exception à la règle? Craindrait-on que les membres du conseil médical d'un arrondissement ne trouvassent sur leur oreiller ni repos, ni sommeil? Aperçoit-on dans les profondeurs où se meuvent les passions médicales des orages prêts à gronder et à éclater sur toutes les institutions dont le nom seul semblerait une atteinte portée à la liberté professionnelle de chacun?

La commission n° 9 ne partage point ces inquiétudes, qui résument à peu près tous les argumens que nous avons entendu élever contre l'institution des conseils médicaux. La commission sait d'ailleurs que la grande majorité du corps médical ne croit point mettre en péril sa liberté professionnelle en émettant le vœu qu'un système de patronage et de moralisation disciplinaire, basé sur l'élection, soit organisé parmi les médecins.

La commission n° 9 a dû se poser plusieurs questions. Elle s'est demandé d'abord si en dehors du corps médical, en présence de la société à laquelle il rend tous les jours de si grands, de si pénibles services, ses intérêts les plus chers, les plus précieux, ceux qui touchent à l'honneur, à la dignité de la profession, sont sauvegardés en son nom, s'ils y sont maintenus, défendus, protégés. A cette question, elle a répondu *non* ; le corps médical est parqué dans son isolement ; il n'a point d'action au dehors pour y faire entendre la réclamation de ses droits ; il est, en un mot, sans organe légal auprès de la société qui l'entoure, et qui, abusant de ce silence forcé, le traite comme s'il n'existait point. De là cette impunité scandaleuse de l'exercice illégal de la médecine dont nous vous parlions tout à l'heure ; de là cet accueil public et avoué qui se fait aux plus ignobles représentans du charlatanisme ; de là cette singulière et effrayante doctrine de la responsabilité médicale, qui a prévalu dans plusieurs tribunaux ; de là cette parcimonie, cette mesquine et étroite discussion d'honoraires qu'on vous fait subir en récompense de vos douloureux travaux.

La commission n° 9 s'est ensuite demandé si tout était pour le mieux dans les choses qui concernent l'honorabilité médicale. Elle n'a pas trouvé qu'il en fût ainsi. Les faits qu'elle a entendus, et qui ne sauraient être reproduits ici, sont, dans leur généralité, suffisamment connus. Le charlatanisme légal n'a rien à redouter. Plus heureux que le charlatanisme illégal, il ne s'expose point à être poursuivi pour usurpation de titre et de fonctions ; il est en pleine possession de tous les hommages, de ceux dont l'exercice illégal est trop généralement l'objet, et de ceux qui sont dus au titre universitaire élevé dont il est revêtu ; et tandis que le médecin honnête, consciencieux, zélé, se voit exposé à un délaissement général, lui, le charlatan légal, heureux, content, entouré d'amis, de joyeux convives, promène insolemment ses regards sur une foule qui l'enrichit et qu'il méprise. Voulez-vous troubler la joie de cet homme si fier, si satisfait, et qui ne cesse de vous craindre que parce que vous êtes impuissans contre lui, annoncez-lui la création de conseils médicaux légalement et fortement organisés, et vous le verrez pâlir, s'agiter inquiet, préoccupé, soucieux. Le rapporteur de la commission n° 9 a déjà été mis dans l'occasion de voir ce merveilleux effet d'une création disciplinaire qui n'existe encore que dans nos pensées. Eh bien ! si tout n'est pas pour le mieux, dans les choses qui concernent l'honorabilité médicale ; si, à côté de ces grossières et publiques infractions auxquelles je faisais allusion tout à l'heure, il se commet aussi de ces fautes, de ces abus qui n'ont point de nom dans le langage, qui sont néanmoins parfaitement saisis par le sens intime de chacun, et qui touchent par mille points à l'honneur, à la dignité et au respect de soi-même ; si, en un mot, tout ce que vous savez, vous tous comme les membres de la commission, est exact, reconnu, incontestable, il y a donc quelque chose à faire. Ce quelque chose doit être recherché, trouvé, proposé et exécuté, sinon ce quelque chose n'est rien. Remarquez-le bien, Messieurs, dans ce qui concerne les intérêts du corps médical, tout s'enchaîne, tout se lie étroitement. Si vous voulez un système de répression au dehors, sachez vouloir un système de moralisation au dedans ; ne vous exposez pas à ce qu'on vous dise que le charlatanisme illégal n'est poursuivi par vos vœux que pour faire au charlatanisme légal la part plus grande, plus belle.

D'ailleurs, vous avez un désir général, universel, celui de réhabiliter, tranchons le mot, la profession médicale profondément menacée, plus menacée que jamais, dans la considération qui lui est due ; eh bien ! si vous avez ce désir, ne reculez point devant le moyen de le réaliser sûrement, simplement.

Il y a donc quelque chose à faire. Ce quelque chose, le ferez-vous en maintenant l'isolement actuel, l'anarchie actuelle? Cela est impossible. Le laisserez-vous faire à l'administration? Redoutez l'institution de comités supérieurs de police médicale qu'elle pourrait vous imposer. Le demanderez-vous à une association libre? Elle ne pourra protéger et moraliser que ceux qui consentiront à en faire partie. Qu'est-ce qu'une association libre? C'est l'organisation d'une confrérie qui se recrute de membres volontaires, et qui se gouverne elle-même en se conformant aux lois qui régissent la matière. Une semblable association peut bien créer un conseil médical ; mais l'institution de ce conseil non consacrée par une loi sera sans action sur l'administration, il ne pourra donc point servir d'intermédiaire officiel entre le corps médical et la société ; il ne pourra pas davantage servir d'intermédiaire entre le corps médical et l'un de ses membres ; car celui-ci pourra, par un refus ou par une démission, ne point appartenir à l'association et par conséquent ne point en accepter le patronage disciplinaire. La tentative de l'association libre sera honorable, mais son effet sera nul. La commission a purement pesé toutes ces considérations ; bien plus, dans la pensée que la commission n. 12, chargée de la question d'organisation des associations, pourrait avoir des vues autres que les nôtres, nous avons été admis dans son sein, et il a été convenu entre nous que dans le cas où le principe de l'association libre triompherait dans la commission n. 12, ce principe ne s'appliquerait qu'à l'association considérée dans ses rapports avec la science et la bienfaisance, et que pour le moment au moins elle se ralliait, quant à l'organisation des colléges et des conseils médicaux, au système général de la commission n° 9.

Quel est ce système? Le voici résumé en quelques propositions :

1° Il sera créé un collége médical dans chaque arrondissement.

2° Ce collége médical comprendra tous les médecins revêtus d'un titre légal ayant rempli toutes les conditions exigées par la loi, et qui auront élu domicile dans l'arrondissement. Ces médecins seront inscrits d'office dans le tableau du collége, qui doit être renouvelé tous les ans.

3° Chaque collége médical d'arrondissement nommera annuellement son conseil médical à la majorité absolue des membres inscrits sur le tableau et par voie de scrutin.

4° Tous les membres du collége médical ayant cinq ans de résidence dans un arrondissement pourront faire partie du conseil médical. Toutefois le nombre des officiers de santé ne pourra point s'élever au dessus du tiers. Le nombre des membres de ce conseil ne sera pas supérieur à celui de neuf, ni inférieur à celui de cinq.

Les conseils médicaux seront chargés :

1° De signaler au procureur du roi tous les individus exerçant illégalement la médecine et d'en presser la poursuite ;

2° D'adresser aux autorités administratives et judiciaires toutes les demandes et réclamations qui intéressent le corps médical, ou l'un de ses membres, en tant que médecin ;

3° De veiller à ce que tous les médecins domiciliés dans un arrondissement soient inscrits sur le tableau du collége médical de cet arrondissement ;

4° D'appliquer les peines disciplinaires à tous les individus exerçant légalement la médecine dans l'arrondissement qui auraient commis des actes tendant à porter atteinte à l'honneur et à la considération du corps médical.

Ces peines disciplinaires seraient :

1° L'admonition, qui est un simple avis paternel donné à huis-clos, tenu secret ; elle peut avoir lieu par une simple lettre à l'inculpé ;

2° La réprimande, qu'un membre du conseil, assisté de deux collégues, adresse de vive voix, avec injonction de s'amender ;

3° La censure, prononcée en plein conseil par le président et avec défense expresse de récidiver, sous peine de la radiation temporaire du tableau du collége ;

4° La radiation temporaire, qui est officiellement annoncée à l'autorité administrative de l'arrondissement ;

5° La radiation définitive dans le cas seulement où un membre du collége aurait été condamné à une peine afflictive et infamante ;

Les deux dernières peines disciplinaires ne pourront être prononcées que par tous les membres du conseil réuni.

Appel. Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le conseil médical d'un arrondissement ne pourra être porté que devant le conseil médical du chef-lieu du département, et tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le conseil médical du chef-lieu du département sera porté au conseil médical de l'arrondissement le plus éloigné.

Le conseil médical doit se réunir tous les trois mois. Le président peut dans l'intervalle, s'il le juge nécessaire, le convoquer extraordinairement.

Tel est, Messieurs, le système général de patronage et de moralisation disciplinaire que la commission a adopté à l'unanimité. Le principe qui le domine, vous le voyez, c'est l'inscription d'office de tout médecin revêtu d'un titre légal sur le tableau d'un collége médical d'arrondissement. Adoptez cette base et tout l'édifice s'élèvera sans difficulté, sans effort ; rien de simple comme le mécanisme appelé à fonctionner. Dans ce système, le corps médical a un moyen d'action officielle sur la société ; dans ce système il a un moyen d'action légale et disciplinaire sur tous ses membres. Chacun est placé sous les yeux de tous, et tous sont placés sous les yeux de chacun. La nécessité de se voir et de délibérer en commun engendrera des habitudes de confraternité, que l'isolement plus que toute autre cause tend à affaiblir. Les conseils médicaux, composés d'hommes choisis par les colléges, rendront leur tâche plus aisée en pratiquant avec une confraternelle bienveillance la mission honorable et pénible qui leur sera confiée. Ils sauront d'ailleurs qu'on pourra appeler de leurs décisions disciplinaires, et que, par conséquent, la plus grande sagesse doit régner dans leurs délibérations. Quant aux peines disciplinaires, elles sont graduées comme les infractions contre lesquelles elles sont prononcées. Il est des infractions si graves, si honteuses, si habituelles, si retentissantes, que l'on ne trouvera pas trop sévères la censure et la radiation temporaire.

Si la commission n° 9 avait été chargée de la vaste question de l'organisation

du corps médical en France, elle aurait relié le système général qu'elle vient vous soumettre à un système de corporation plus vaste, plus complet; mais elle n'a pas reçu cette mission, et elle s'en félicite; car sa tâche était assez grande, assez difficile. Toutefois, les bases proposées peuvent aisément servir à une organisation plus générale, conçue dans l'intérêt de l'hygiène publique, de la science et de la noble destinée du corps médical. Peut-être un jour cette grande pensée se réalisera-t-elle! Quant à nous, nous croyons que tout l'avenir de la médecine en France repose sur la solution de cette question :

Y aura-t-il ou n'y aura-t-il point des conseils médicaux, élus dans le corps médical tout entier, chargés de le représenter auprès de la société pour faire valoir ses droits, et auprès de chacun de ses membres pour faire triompher son honneur?

Troisième ordre de questions. — Médecins étrangers.

Quelles conditions nouvelles faudrait-il imposer aux médecins étrangers qui veulent jouir du droit d'exercice en France?

L'art. 4. de la loi du 19 ventose an XI est ainsi conçu :

« Le gouvernement pourra, s'il le juge convenable, accorder à un médecin ou à un chirurgien étranger ou gradué dans les universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire français. »

En présence de la disposition formelle de la loi qui régit depuis quarante-deux ans la médecine en France, la commission n. 9 n'a pu considérer comme exerçant illégalement la médecine des médecins étrangers qui, étant munis d'un diplôme authentique délivré par une université étrangère, ont obtenu du gouvernement français l'autorisation mentionnée dans la loi. Mais de puissantes raisons ont été émises à l'appui d'une réforme radicale à apporter dans cette partie de la législation médicale. Le droit d'exercer la médecine touchant aux plus précieux intérêts de la société, des garanties spéciales, sérieuses et solennelles doivent être exigées. Or, le gouvernement, quelles que soient les lumières dont il s'entoure avant d'accorder l'autorisation demandée, est nécessairement incompétent; les écoles de médecine du royaume doivent intervenir : ainsi le veut le droit commun. A l'époque où la loi dont il s'agit fut rendue, la France comptait de vastes pays étrangers au nombre de ses départemens. Elle pouvait, elle devait peut être alors respecter les titres délivrés avant la conquête par les anciennes universités de ces pays, de même qu'elle respecte les diplômes délivrés par ces universités sous la domination française, alors même que le destin des batailles les a rendues à leur nationalité. Mais les situations mixtes, conséquences immédiates de toutes ces vicissitudes, sont aujourd'hui à peu près épuisées, et après trente années de paix, le gouvernement peut aisément déposer une prérogative qui ne s'explique par aucun de ses besoins et qui est en opposition formelle avec le droit qui régit la nation D'ailleurs des abus nombreux se glissent à l'ombre de cette disposition de la loi. A Paris, à Boulogne, en Algérie, dans plusieurs départemens limitrophes, des étrangers, ou des Français se disant reçus à l'étranger, exercent la médecine en vertu de simples arrêtés ministériels et quelquefois sans aucun titre.

La commission a donc émis le vœu formel que l'article de la loi du 19 ventose an XI fût abrogé.

Mais quelles conditions nouvelles faut-il imposer aux médecins étrangers ou reçus à l'étranger?

Pour résoudre cette question, il fallait recourir à quelques principes généraux.

On a invoqué le principe de la réciprocité; la commission l'a rejeté. Le droit d'exercer la médecine ne peut être assimilé à un tarif de douane ou à un droit civil ordinaire. D'ailleurs, le principe de la réciprocité est inapplicable quand il s'agit de pays étrangers où le texte et l'exécution de la loi varient au gré des gouvernemens. De nombreux traités eussent été nécessaires, et l'idée de pareils traités n'a pu se présenter à l'esprit d'aucun des membres de la commission.

On a invoqué le principe de la distinction des universités, en accordant aux diplômes émanés de celles qui jouissent d'une haute estime, et qu'on pourrait mentionner dans la loi, des égards qu'on refuserait à d'autres. Ce principe a été écarté par la commission, qui n'a pas cru devoir appeler dans une loi qui doit être définitive et organique des élémens qui peuvent varier et qui sont d'une appréciation difficile.

On a invoqué le principe de l'hospitalité qui dans tous les temps, et particulièrement à notre époque, a été donnée aux étrangers victimes, dans leur pays, de leurs sympathies pour les institutions françaises. En d'autres termes, on a demandé que les médecins étrangers réfugiés politiques fussent soumis à des conditions plus favorables que les autres. La commission, émue un instant par l'expression généreuse de ce vœu, n'a pas cru devoir s'y rallier; elle n'a pas pensé que le patriotisme et le malheur fussent des titres suffisans à l'exercice d'un droit qui, dans l'intérêt de la société, réclame sans exception les plus grandes garanties de moralité, de savoir et de capacité.

La commission a donc émis le vœu qu'une disposition égale pour tous les médecins reçus à l'étranger fût formellement introduite dans la loi, et que cette disposition prescrivît le nombre et la forme des actes probatoires nécessaires pour accorder l'autorisation demandée.

Le nombre et la forme de ces actes probatoires ont été l'objet d'une discussion approfondie. Quelques membres demandaient que le droit d'exercer la médecine ne fût accordé à un médecin reçu docteur dans une université étrangère qu'après deux épreuves cliniques et celle de la thèse; d'autres membres demandaient que ce droit ne lui fût conféré qu'après l'épreuve du cinquième examen et de la thèse. Il va sans dire que les auteurs de ces deux propositions n'entendaient point, par ces épreuves, conférer en même temps que le droit d'exercice le grade de docteur d'une des Facultés du royaume. Cependant, dans l'intérêt de cette unité que tous désirent introduire dans la législation médicale, plusieurs membres émirent le vœu que le médecin étranger ou reçu à l'étranger ne fût autorisé à exercer la médecine en France qu'à la condition d'y conquérir le grade de docteur. Ce vœu a prévalu dans la commission; mais la question n'était pas pour cela résolue.

Les actes probatoires doivent-ils être les mêmes pour les docteurs étrangers déjà avancés dans la carrière que pour les jeunes élèves qui sortent des colléges nationaux? Ces actes probatoires doivent-ils être moins nombreux, mais plus prolongés, plus sévères, plus solennels? Ces deux opinions ont été émises et développées dans la commission; c'est la seconde opinion qui a été adoptée. Les considérations qui ont amené cette décision sont fondées sur les égards de confiance, de fraternité et d'estime que doivent se témoigner mutuellement les Facultés des principales nations de l'Europe, sur l'âge présumé des candidats, sur le respect des traditions hospitalières qui sont une des gloires de la France. Dans tous les cas, ainsi que vous allez le voir, l'intérêt de la société et l'honneur du corps médical seront entièrement sauvegardés.

La commission formule ses vœux dans les conclusions suivantes :

1. Les médecins reçus dans une Faculté étrangère ne pourront être admis à exercer la médecine en France qu'à la condition d'y acquérir le titre de docteur dans une des Facultés du royaume.

2. Les médecins reçus à l'étranger ne seront admis à subir les actes probatoires qui doivent leur conférer le grade de docteur qu'à la condition :

1° De déposer le diplôme authentique, témoignant qu'ils ont obtenu dans une Faculté étrangère le grade universitaire le plus élevé;

2° Une attestation authentique témoignant de trois années d'exercice de la médecine dans leur pays;

3° Un certificat également authentique qui témoigne de leur moralité.

3. Les actes probatoires exigés des médecins reçus docteurs dans une Faculté étrangère consisteront en une thèse et deux épreuves, subies isolément pour chaque candidat, ayant chacune une durée d'une heure. Ces épreuves seront l'équivalent de toutes celles exigées des nationaux et embrasseront sous deux chefs distincts l'ensemble des études médicales, théoriques et pratiques;

4. Les médecins étrangers, reçus docteurs en France, ne rempliront aucune fonction publique rétribuée s'ils ne sont nationalisés français.

Quatrième ordre de questions. — Limitation.

La limitation du nombre des médecins peut-elle être admise en principe?

La commission a décidé que le principe d'une limitation quelconque, dans l'exercice d'une profession libérale, était en opposition absolue avec nos mœurs et nos institutions. Elle a émis cette pensée que, en médecine surtout, le meilleur principe de limitation consiste dans la rigueur progressive des épreuves à subir.

— Les trois premières conclusions relatives à l'exercice illégal de la médecine ont été adoptées sans discussion.

La création des conseils de discipline a été attaquée par MM. Petit (de Corbeil) et par M. Bernard (d'Apt), et par ce dernier notamment, comme attentatoire à la liberté des médecins. M. Petit eût préféré un plan plus vaste d'organisation, une association des médecins des arrondissemens. M. Huneau aurait voulu que l'on substituât l'expression de *conseils médicaux* à celle de *conseils de discipline*, et que ces conseils fussent constitués sur des bases plus larges que celles qu'a adoptées la commission, que leur élection par exemple fût faite par les médecins de l'arrondissement dans le chef-lieu du département. Un plan analogue a été présenté par M. Bernard.

Ces diverses propositions n'ayant pas été prises en considération par l'assemblée, l'article de la commission a été adopté sans modification.

La deuxième conclusion, relative au mode d'élection des conseils médicaux, a été adoptée avec une modification consistant à supprimer les mots: *composé de cinq ou neuf membres*.

Troisième conclusion adoptée sans discussion.

La quatrième conclusion a été adoptée avec une modification proposée par M. Mercier, et consistant à ajouter après ces mots : *les peines afflictives ou infamantes*, ceux-ci : *appliqués pour tous autres délits que pour délits politiques*.

Les conclusions cinquième, sixième et septième ont été adoptées sans discussion et à l'unanimité.

Les conclusions relatives aux conditions d'admission des médecins étrangers à l'exercice de la médecine en France ont provoqué une discussion extrêmement orageuse qui a nécessité l'ajournement du vote à la séance suivante. MM. Burguieres, Lausedat et Malgaigne ont vivement combattu la proposition de la commission. L'article proposé aurait pour résultat inévitable, suivant M. Burguieres, de permettre une surprise, en laissant, en quelque sorte, entrer dans les Facultés françaises par une porte de derrière. Voici la rédaction qu'il aurait voulu substituer à celle de la commission : « Le congrès émet le vœu que l'autorisation de pratiquer la médecine en France soit donnée aux médecins étrangers qui en feront la demande, et qui produiront un diplôme du grade le plus élevé de l'Université dans laquelle ils auront été reçus. Il sera exigé d'eux, de plus, deux épreuves ou examens dans lesquels ils devront prouver des connaissances médicales suffisantes. » Il devait être bien entendu qu'en leur accordant le droit d'exercer la médecine en France, on n'en devait point faire des docteurs, comme le proposait la commission. M. Lausedat, plus explicite encore dans son amendement, a proposé que les médecins étrangers désirant exercer en France fussent mis dans l'obligation de subir auprès de l'une des Facultés du royaume les mêmes examens qu'y subissent les élèves nationaux. Un amendement conçu à peu près dans les mêmes termes a été présenté et chaleureusement soutenu par M. Malgaigne. Cet amendement a été adopté. Mais, sur la réclamation des membres de la commission, une seconde épreuve a dû avoir lieu à la séance suivante, après nouvelle discussion.

Dans cette seconde discussion, le rapporteur a demandé à établir au nom de la commission une question préalable, savoir : si les médecins étrangers doivent être, oui ou non, reçus docteurs en France, pour y exercer la médecine? Cette question ayant paru à la commission devoir être résolue dans le sens de l'affirmative, le rapporteur a formulé, au nom de la commission, les deux propositions suivantes, sur lesquelles devait porter la discussion :

Première proposition. « Tout médecin étranger reçu docteur dans une Faculté étrangère ne pourra exercer la médecine en France sans être reçu docteur devant une Faculté française. »

Deuxième proposition. « 1° Tout médecin reçu docteur dans une Université étrangère devra, pour être admis à subir les actes probatoires qui doivent lui conférer le titre de docteur : 1° déposer un diplôme authentique, témoignant qu'il a obtenu, dans une Faculté universitaire, le grade le plus élevé; 2° une attestation authentique témoignant de trois années d'exercice de la médecine dans son pays; 3° un certificat également authentique qui témoigne de sa moralité.

» 2° Les actes probatoires exigés des médecins reçus docteurs dans une Faculté étrangère consisteront dans une thèse et deux épreuves individuelles ayant chacune une durée d'une heure. Ces épreuves seront l'équivalent de toutes celles

exigées des nationaux et embrasseront, sous deux chefs distincts, l'ensemble des études médicales théoriques et pratiques. »

La première proposition a été adoptée à l'unanimité, sans discussion et sans modification.

Après une nouvelle discussion engagée entre MM. Malgaigne et Clausade sur la seconde proposition, l'amendement de MM. Malgaigne et Laussedat, ainsi conçu : « Tout médecin étranger, pour exercer en France, sera obligé d'obtenir le titre de docteur, et en conséquence de passer les six examens et la thèse devant une Faculté française, » a été mis aux voix et adopté.

L'assemblée a adopté à l'unanimité une disposition additionnelle proposée par M. Marchal (de Calvi), et conçue en ces termes : « Les réfugiés politiques seront dispensés des frais d'examen, d'impression de thèse et de diplôme. »

La conclusion de la commission relative à la limitation du nombre des médecins a été adoptée sans discussion.

En résumé, voici les conclusions du rapport nº 9, telles qu'elles ont été adoptées :

Exercice illégal. 1º Les attributions confiées par les diplômes relatifs aux différentes parties de l'art de guérir seront également spécifiées dans la loi et énoncées dans les diplômes.

L'exercice illégal de la médecine sera parfaitement défini dans la loi.

Une pénalité plus efficace et plus énergique y sera introduite.

2º L'exercice illégal de la médecine doit-il être justiciable des cours d'assises au lieu de l'être des tribunaux de police correctionnelle? La commission n'a pas pensé qu'il y eût lieu de changer sur ce point la juridiction actuelle.

3º Le traitement des malades dirigé par des personnes non pourvues d'un titre légal, et dont les ordonnances sont signées par un médecin, doit-il être considéré comme un exercice illégal? La commission a déclaré que, dans ce cas, il y a exercice illégal avec complicité du médecin.

Conseils de discipline. 1º Un collége médical sera créé dans chaque arrondissement, et comprendra tous les médecins domiciliés dans l'arrondissement.

2º Chaque collége médical d'arrondissement élira tous les ans, à la majorité absolue des suffrages, un conseil médical.

3º Le conseil aura le pouvoir de prononcer, suivant les circonstances qu'il appréciera, cinq ordres de peines disciplinaires : 1º l'admonition; 2º la réprimande; 3º la censure : 4º la radiation temporaire du tableau du collége ; 5º la radiation absolue, qui sera également déterminée par les peines afflictives et infamantes pour les délits autres que les délits politiques.

5º Les colléges médicaux seront chargés de signaler aux procureurs du roi les individus qui exercent illégalement la médecine, et de réclamer les poursuites.

6º Les conseils médicaux devront adresser aux autorités administratives et judiciaires les demandes et réclamations qui intéressent le corps médical ou l'un de ses membres.

7º Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le conseil médical d'un arrondissement ne pourra être porté que devant celui du chef-lieu du département. L'appel d'une décision rendue par le conseil du chef-lieu du département sera porté devant le conseil de l'arrondissement le plus éloigné.

Médecins étrangers. Le congrès émet le vœu que tout médecin étranger, pour exercer en France, soit obligé d'obtenir le titre de docteur, et en conséquence de passer ses examens et sa thèse devant une Faculté française.

Limitation. Une limitation quelconque, dans l'exercice d'une profession libérale, étant en opposition absolue avec nos mœurs et nos institutions, il n'y a pas lieu d'en réclamer l'application.

SECTIONS DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

COMMISSION MIXTE Nº 10, COMPOSÉE DE MÉDECINS, DE PHARMACIENS ET DE MÉDECINS VÉTÉRINAIRES. — ABUS ET DÉLITS ; ANNONCES ; SPÉCIALITÉS ; REMÈDES SECRETS ; COMPÉRAGE MÉDICAL ; CUMUL DES PROFESSIONS MÉDICALES ; EMPIÉTEMENT DES PROFESSIONS VOISINES ; ÉTABLISSEMENS DE CHARITÉ.

(M. ALPH. GARNIER, pharmacien, rapporteur.)

M. Alph. Garnier, au nom de la dixième commission, a soumis au congrès les conclusions suivantes :

1º *Annonces.* Toute annonce par la voie des journaux, affiches, prospectus, brochures, ou autrement, ayant pour but d'indiquer au public :

L'arrivée d'un médecin dans une localité;

L'adresse d'un médecin ou traitement médical ;

Le débit ou la vente d'une préparation ou composition médicamenteuse quelconque, est interdite, sous peine d'une amende de 100 fr. à 1,000 fr.

En cas de récidive, le délinquant encourra le maximum de l'amende, et en outre un emprisonnement de cinq à vingt jours.

2º *Définition légale des médicamens.*

Sera considéré comme médicament et comme préparation ou composition médicamenteuse ou pharmaceutique toute substance simple ou préparation et composition quelconque annoncée, débitée ou vendue comme jouissant de propriétés médicinales.

3º *Vente des médicamens.* Les épiciers, droguistes, herboristes, et toutes personnes autres que les pharmaciens légalement reçus, ne pourront fabriquer, débiter, distribuer, vendre, tenir en dépôt ou exposer en vente aucune préparation ou composition pharmaceutique.

Les droguistes pourront continuer à faire le commerce en gros des drogues simples, sans pouvoir néanmoins en débiter aucune aux doses médicinales.

4º Il n'est fait d'exception aux articles précédens, relatifs à la vente des médicamens, que pour les plantes médicinales indigènes dont la vente est ou sera permise aux herboristes (actuellement reçus), et pour les substances ou compositions comprises dans l'état nominatif ci-annexé. Ces substances ou compositions, bien que comprises dans le Codex, pourront êtres vendues par d'autres que par les pharmaciens, mais sans qu'il puisse en être fait aucun mélange destiné à servir de médicamens, et en se conformant d'ailleurs, lorsque ces substances seront vénéneuses, aux réglemens sur la vente des poisons.

5º Ne pourront, les hôpitaux civils et militaires et pareillement les communautés religieuses, avoir de pharmacie que pour leur usage particulier et intérieur; ces hôpitaux ou communautés ne pourront vendre ni débiter ou distribuer même gratuitement aucun médicament simple ni composé.

6º Aucun pharmacien ne pourra tenir plus d'une officine ouverte.

Les pharmaciens ne pourront faire, dans les mêmes lieux où se trouve établie leur officine, aucun autre commerce ou débit que celui des drogues ou préparations médicinales.

Cumul. 7º Le cumul ou exercice simultané de la médecine et de la pharmacie est formellement interdit.

8º Néanmoins, les médecins ou officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte sont autorisés à porter à leurs malades, à une distance d'un myriamètre au moins d'un pharmacien établi, et sans pouvoir les vendre, les médicamens les plus indispensables. Ils pourraient donc avoir chez eux un dépôt de ces médicamens, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte.

9º *Compérage médical et associations illégales.*

Toute association publique ou privée entre un médecin, chirurgien ou officier de santé et un pharmacien, est interdite.

Tout fait de collusion ou de compérage médical, soit entre médecins et pharmaciens, soit entre les uns ou les autres et des personnes étrangères à l'art de guérir, est également prohibé.

—Deux amendemens ont été présentés pour la première conclusion, ayant tous deux pour objet les annonces. Le premier, présenté par M. Clausade, demandait que les annonces ou réclames dans les journaux scientifiques fussent exceptées de l'interdiction, par le motif que le public ne lisant point les journaux scientifiques, il n'y aurait point de prise au charlatanisme, et que sans cette modification on s'exposerait à placer sous le coup de la loi les articles scientifiques les plus innocens. Le second amendement, présenté par M. Ameuille, et basé sur les mêmes motifs, était ainsi conçu : « Ne sera pas considéré comme annonce : le compte-rendu d'une observation médicale ou de la découverte d'un médicament, parce qu'il est bien entendu que ce compte-rendu ne peut se renouveler comme le fait l'annonce. » Ces deux amendemens n'ayant point été appuyés, l'article de la commission a été mis aux voix et adopté.

La deuxième conclusion a été adoptée sans discussion.

La troisième conclusion a soulevé un incident relatif à la position qui devrait être faite aux médecins vétérinaires dans les dispositions de la nouvelle loi, en ce qui concerne la vente et la distribution des remèdes. Sur l'observation de M. Hamont, qu'il avait été arrêté, par les pharmaciens et les vétérinaires, que la question serait examinée par le gouvernement sur des documens adressés par les deux ordres de praticiens, il est resté convenu que les vétérinaires conserveraient le droit de présenter séparément au gouvernement l'expression d'un vœu relatif à l'exercice de leur profession.

Après cet incident, la discussion s'est engagée sur les dispositions du premier paragraphe de cette conclusion. M. Dupuy, trouvant que l'article laissait trop de latitude aux droguistes, a demandé que le poids médicinal fût défini ainsi : « On considérera comme poids médicinal, trente fois la dose thérapeutique du médicament. » Cet amendement n'a point été appuyé. M. Lachaise a proposé la modification suivante, à laquelle la commission a adhéré : « Ne pourront ni vendre, ni *distribuer même gratuitement.* » L'article, ainsi modifié, a été adopté à l'unanimité, ainsi que le deuxième paragraphe.

Quatrième conclusion. M. Forget a demandé que les herboristes fussent supprimés. Sur l'observation de M. Boullay que le congrès a voté la suppression des herboristes, mais qu'il avait fallu prévoir le cas où le ministre ne ferait pas droit à ce vœu, M. Forget a retiré son amendement. La quatrième conclusion a été adoptée avec une modification proposée par M. Platon-Vallée, consistant à ajouter aux mots : *plantes indigènes*, les mots : *non vénéneuses.*

Cinquième conclusion. Sur la proposition de M. Clere, médecin militaire, les mots : *hôpitaux civils et militaires* ont été remplacés par ceux-ci : *les hôpitaux.* M. Quelquejeu a proposé un amendement ainsi conçu : « Dans les établissemens non pourvus de pharmacien, la préparation et la fourniture des médicamens seront faites par les pharmaciens de la localité. »

Un membre ayant fait remarquer que cette disposition rentrait dans les attributions de la commission nº 11, sur les observations de MM. Barnetche, Rigal et Boudet sur la nécessité d'en appeler au congrès tout entier des abus et des empiétemens commis par les congrégations religieuses, la commission a proposé la rédaction suivante, qui a été adoptée : « Les hôpitaux, établissemens administratifs, maisons de charité et autres établissemens ne pourront avoir de pharmacie intérieure pour leur besoin, qu'à la condition de confier la préparation des médicamens à un pharmacien, et sans pouvoir jamais vendre, débiter, ni distribuer au dehors, même gratuitement, aucun médicament.

» Dans lesdits établissemens non pourvus de pharmacie, la préparation et fourniture des médicamens sera faite par les pharmaciens de la localité. »

Les sixième, septième et huitième conclusions de la commission ont été adoptées sans modifications.

Neuvième conclusion. M. Coste aurait voulu que non seulement le médecin ne pût pas vendre de médicamens, mais qu'il lui fût même interdit d'en porter à ses malades, dans les cas prévus par un des articles de la commission. MM. Huneau et Rigal ont vivement réclamé en faveur des droits de l'humanité, plus sacrés que les intérêts d'une profession. Or la médecine serait impossible, non seulement dans les campagnes, mais pour tous les médecins, a dit M. Rigal, s'ils ne pouvaient pas donner immédiatement aux malades ce dont ils ont besoin ; nous demandons en conséquence : « le maintien de la loi existante jusqu'à l'établissement et la constatation de l'établissement légal d'une pharmacie dans un rayon de 4 kilom. carrés. »

La proposition de M. Rigal, avec la substitution du chiffre 8 kilom. à celui de 4 kilom., a été adoptée.

Les dixième et onzième conclusions ont été adoptées sans discussion et à l'unanimité.

Une proposition additionnelle de M. Tessereau, ainsi conçue : « Les pharmaciens ne peuvent vendre de médicamens sans ordonnance de médecin, » a été rejetée, sur l'observation faite par M. Vee, que l'interdiction devait s'appliquer à la prescription et non à la vente des médicamens, sans quoi le pharmacien se trouverait obligé d'avoir une nouvelle ordonnance toutes les fois qu'il serait ne-

cessaire au malade de se procurer certaines substances innocentes, ce qui serait impossible.

Il résulte de cette discussion les conclusions suivantes :

1° *Annonces*. Toute annonce par la voie des journaux, affiches, prospectus, brochures, ou autrement, ayant pour but d'indiquer au public :

L'arrivée d'un médecin dans une localité ;

L'adresse d'un médecin ou traitement médical ;

Le débit ou la vente d'une préparation ou composition médicamenteuse quelconque, est interdite, sous peine d'une amende de 100 fr. à 1,000 fr.

En cas de récidive, le délinquant encourra le maximum de l'amende, et en outre un emprisonnement de cinq à vingt jours.

2° *Définition légale des médicamens*.

Sera considéré comme médicament et comme préparation ou composition médicamenteuse ou pharmaceutique toute substance simple ou préparation et composition quelconque annoncée, débitée ou vendue comme jouissant de propriétés médicinales.

3° Les épiciers, droguistes, herboristes, et toutes personnes autres que les pharmaciens légalement reçus ne pourront fabriquer, vendre, ni distribuer même gratuitement aucune préparation ou composition pharmaceutique.

Les droguistes pourront continuer à faire le commerce en gros des drogues simples, sans pouvoir néanmoins en débiter aucune aux doses médicinales.

4° Il n'est fait d'exception aux articles précédens, relatifs à la vente des médicames, que pour les plantes médicinales indigènes, non vénéneuses, dont la vente est ou sera permise aux herboristes (actuellement reçus), et pour les substances ou compositions comprises dans l'état nominatif ci-annexé. Ces substances ou compositions, bien que comprises dans le Codex, pourront être vendues par d'autres que par les pharmaciens, mais sans qu'il puisse en être fait aucun mélange destiné à servir de médicamens, et en se conformant d'ailleurs, lorsque ces substances seront vénéneuses, aux réglemens sur la vente des poisons.

5° Les hôpitaux, établissemens administratifs, maisons de charité et autres établissemens ne pourront avoir de pharmacie intérieure pour leurs besoins, qu'à la condition de confier la préparation des médicamens à un pharmacien, et sans pouvoir jamais vendre, débiter, ni distribuer au dehors, même gratuitement, aucun médicament.

6° Relativement aux remèdes secrets, les dispositions de la loi du 18 août 1810 continueront à recevoir leur application.

7° Le cumul ou exercice simultané de la médecine et de la pharmacie est formellement interdit.

8° Le congrès demande (en ce qui concerne le droit qu'auraient les médecins de livrer des médicamens à leurs malades dans les localités où il n'y aurait point de pharmacien établi) le maintien de la loi existante jusqu'à l'établissement et la constatation de l'établissement légal d'une pharmacie dans un rayon de 8 kilomètres.

9° Compérage médical et associations illégales.

Toute association publique ou privée entre un médecin, chirurgien et officier de santé et un pharmacien est interdite.

Tout fait de collusion ou de compérage médical, soit entre médecins et pharmaciens, soit entre les uns ou les autres et des personnes étrangères à l'art de guérir, est également prohibé.

SECTION DE MÉDECINE.

RAPPORT DE LA COMMISSION N° 11. — QUESTIONS DIVERSES; SAGES-FEMMES.

(M. GERDY jeune, rapporteur.)

Messieurs,

Indépendamment des questions déjà bien assez nombreuses et importantes qui avaient été primitivement départies à votre commission n° 11, en raison de l'élasticité de son programme ayant pour titre : *Questions diverses*, plusieurs communications lui ont été depuis encore renvoyées par le bureau. Quelques-unes de ces communications avaient trait à d'autres questions du programme ou à celles qui nous étaient soumises ; quelques autres ne nous ont point paru devoir être discutées, parce qu'elles sont déjà résolues par la législation actuelle. Deux principales seulement ont été annexées à notre programme primitif. L'une sera traitée plus tard ; l'autre va faire le sujet de notre première proposition.

I. Adoptant et étendant l'idée émise par un honorable confrère, la commission dont je suis l'organe a pensé que ce serait un utile encouragement pour les élèves que de créer un nombre de bourses qui seraient données, après deux ans d'études, par exemple, aux élèves les plus méritans des Facultés et des écoles préparatoires, et qui leur permettraient de terminer leur éducation médicale aux frais de l'Université. Nous avons vu dans cette éducation libérale une heureuse compensation aux sacrifices que l'élévation des droits universitaires impose aux familles, un moyen de permettre à des jeunes gens peu favorisés de la fortune de suivre honorablement une carrière qui, sans cela peut-être, leur serait interdite.

Pour cette question, comme pour toutes celles que nous avons traitées, nous avons cru devoir nous borner à poser le principe sans descendre aux détails d'exécution, qui nous entraîneraient beaucoup trop loin, et qui ne rentrent d'ailleurs ni dans le but, ni dans les possibilités du congrès. Sans doute, si l'administration supérieure consent à réaliser notre vœu, elle prendra les précautions nécessaires pour que les épreuves demandées aux candidats soient de nature à lever toute incertitude, et à ne pas permettre que la couronne promise au plus digne aille s'égarer sur la tête d'un indigne. En conséquence, la commission vous propose de demander :

I. Que chaque année les Facultés et les écoles préparatoires de médecine soient appelées à désigner, par voie de concours, parmi les élèves ayant deux ans d'étude, un certain nombre de lauréats, qui obtiendraient des bourses pour continuer leurs études près des Facultés.

II. Nous arrivons au premier paragraphe de notre programme spécial, qui est ainsi conçu :

« Rechercher les moyens de créer, dans les campagnes, des hôpitaux, asiles, infirmeries, bureaux de secours, etc. »

Toutes les questions médicales touchent de près aux intérêts de l'humanité, de même que toutes les questions d'humanité sont du ressort de la médecine. Mais celles qui nous ont été données à étudier, surtout, présentent ce double caractère. Tout le monde aujourd'hui se préoccupe de la pensée de soulager les souffrances du pauvre, soit dans l'état de santé, soit surtout dans l'état de maladie, où toutes les misères viennent l'assaillir à la fois. Dans les grandes villes, on a fait déjà beaucoup d'efforts pour atteindre ce but, et ces efforts n'ont pas été complètement infructueux ; dans la plupart des petites villes, on a fait bien peu ; dans les campagnes, presque rien en général. Il est vrai de dire que dans les campagnes la misère est moins complète, moins profonde, moins cruelle que dans les villes ; et cela tient surtout aux habitudes moins imprévoyantes de l'habitant des campagnes, à ce qu'il est plus ménager de ses ressources dans les temps ordinaires ; mais parce que moins souvent il souffre les conséquences de l'extrême dénûment, ce n'est pas une raison pour le laisser sans secours quand la maladie vient tarir ses faibles moyens d'existence.

Mais comment peut on lui porter secours d'une manière efficace, d'une manière généralement praticable surtout? Si nous consultons les matériaux qui ont été de tous les points de la France adressés au congrès, nous voyons que partout les médecins se sont posé cette question, mais que les réponses ont été extrêmement diverses. Cela tient en partie sans doute à la différence des besoins et des ressources de chaque localité ; cela tient principalement aux difficultés de la question. Ainsi, les uns demandent que l'on crée des hôpitaux dans tous les cantons et jusque dans les communes rurales ; d'autres, considérant le côté pratique, l'énorme mise de fonds que réclame un pareil projet, l'impossibilité d'imposer des dépenses aussi considérables à des localités dont les revenus sont souvent presque nuls, se bornent à des vœux plus modestes ; d'autres même, considérant que les hôpitaux peuvent être un moyen d'accroître le paupérisme, parce qu'ils offrent un refuge toujours ouvert à la détresse et encouragent ainsi l'ouvrier à vivre sans prévoyance, sans souvenir de la veille, sans souci du lendemain, et, considérant d'ailleurs la répugnance générale que les hôpitaux inspirent à l'habitant des campagnes, réclament seulement des institutions de secours à domicile et repoussent les hôpitaux.

La commission aussi a vu d'abord dans son sein quelques dissidences se produire. Cependant, elle a été bientôt unanime à reconnaître que les hôpitaux dans les campagnes offriraient généralement très peu d'utilité, que leur établissement et leur entretien exigeraient des dépenses très considérables et au dessus des ressources de la plupart des localités, et que par ces raisons il n'y avait pas lieu d'en demander la création d'une manière générale. Mais, comme il est des circonstances exceptionnelles où les pauvres habitans des campagnes ont un besoin absolu d'entrer dans un hôpital, soit pour y subir une opération, soit pour quelque maladie grave, et que généralement les hôpitaux des petites villes, exclusivement affectés au service de la localité, ne s'ouvrent point pour les malades du dehors, la commission a pensé que l'administration devrait prendre des mesures pour qu'au besoin ces malades pussent trouver accès dans les hôpitaux de leur arrondissement ou du chef-lieu du département. Il serait facile d'indemniser ces hôpitaux par une rétribution imposée aux communes, et dont une part pourrait être à la charge des départemens.

En outre, comme il est quelques localités où se trouvent des établissemens d'eaux minérales fréquentés par un grand nombre d'indigens malades qui n'ont souvent d'autre moyen d'existence que la charité publique, la commission voudrait qu'il fût demandé au gouvernement de pourvoir aux besoins vivement ressentis dans ces localités, et d'assurer, soit par des hôpitaux, soit par d'autres moyens, des soins plus réguliers, une existence moins précaire aux malheureux de tous les pays qui viennent s'y agglomérer chaque année.

Enfin, comme il arrive souvent que des indigens qui voyagent tombent malades dans un pays entièrement étranger pour eux, comme ils ne peuvent pas toujours, même dans le plus extrême besoin, se faire ouvrir les portes des petits hôpitaux qui sont à leur portée, nous avons pensé également qu'il convenait d'appeler la sollicitude du gouvernement sur ces misères déplorables, et son intervention efficace auprès des établissemens hospitaliers. En conséquence, nous vous proposons d'émettre les vœux suivans :

II. 1° Que le gouvernement s'occupe de créer, auprès des établissemens thermaux fréquentés par un grand nombre d'indigens, des hôpitaux ou des établissemens destinés à assurer aux malades pauvres les secours de première nécessité ;

III. 2° Qu'il prenne les dispositions nécessaires pour que les malades indigens des communes rurales puissent être admis dans les hôpitaux de l'arrondissement ou du département, lorsqu'ils ne pourraient recevoir chez eux les soins convenables ;

IV. 3° Qu'il prenne également les mesures nécessaires pour que les malheureux qui sont munis de passeports d'indigens et qui tombent malades en voyage soient reçus dans les hôpitaux où ils se présenteront.

Quelques membres de la commission voulaient manifester le désir que l'administration continuât de travailler à étendre, dans les campagnes, les crèches et les salles d'asiles, en les plaçant sous la direction des institutrices communales, et les organisant de telle sorte que ces petits établissemens pussent fournir certains secours aux malades indigens, et même avoir un lit disponible pour des cas extraordinaires. Mais après examen de cette proposition, et tout en applaudissant aux louables efforts de l'administration, la commission a jugé que le besoin des crèches et des asiles ne se faisait pas assez sentir dans la plupart des communes rurales pour que l'on pût espérer de les voir s'y multiplier beaucoup, du moins quant à présent, et qu'en conséquence il n'y avait pas lieu d'émettre un vœu général sur ce sujet.

Il n'en est pas de même pour les établissemens de secours à domicile. Appelés à soulager partout les souffrances du pauvre, en lui permettant de rester au milieu de ceux qui lui sont chers, de recevoir toujours les soins précieux de la famille, leur nécessité est proclamée par tout le monde. On diffère seulement sur quelques détails d'application. Votre commission n° 6 vous avait proposé d'organiser aussi largement que possible les secours à domicile, en créant des dispensaires ruraux dont tous les médecins feraient partie de plein droit, tous étant appelés à soigner les malheureux, à leur prescrire tout ce qu'ils jugeraient convenable, et tous devant être rétribués en raison du nombre de leurs visites. Il nous a paru, Messieurs, que ces conclusions étaient beaucoup trop absolues et attaquables sous plusieurs rapports. D'abord elles tendraient à investir les médecins, et tous les médecins sans exception, d'une autorité en quelque sorte sans limite, tout au moins sans contrôle. Une pareille autorité nous paraît éga-

lement antipathique à nos mœurs et à la raison. Nous nous élevons tous les jours contre les abus qui existent, par exemple, dans les hôpitaux gouvernés par des administrations irresponsables et sans contrôle ; nous nous élevons contre les abus qui existent dans notre profession même, et nous voudrions, par une semblable institution, ouvrir largement carrière à une foule d'abus ! Évidemment, ce n'est pas possible.

Que des médecins, que tous les médecins même d'un canton, s'ils ne sont pas trop nombreux pour les besoins, soient créés membres du dispensaire, soit par une élection du corps médical, soit par le choix des conseils municipaux, ils sont responsables vis-à-vis de ceux qui les ont nommés, et qui ne les continueront pas dans leur fonctions s'ils s'en acquittent mal, s'ils prodiguent les ressources du dispensaire, s'ils multiplient abusivement le nombre de leurs visites, etc. Mais on ne saurait admettre que, de droit absolu, tous les médecins fussent investis d'une prérogative pareille à celle que l'on demandait pour eux. Nous ne pensons pas non plus que l'on doive les rétribuer au prorata du nombre de leurs visites, parce qu'il y aurait là encore matière à des abus et à des contestations, qu'il est important d'éviter. Du reste, laissant de côté la question d'argent, nous avons cru ne devoir rien fixer sur la rétribution et sur le mode de rétribution. Il nous a paru enfin que nous devions donner à la solution une expression aussi large que possible, pour embrasser les différences d'application qui pourront être nécessitées dans la pratique. Nous vous proposons en conséquence :

v. Le congrès émet le vœu qu'il soit *créé*, pour les chefs-lieux de canton et les communes rurales, *comme pour les populations plus importantes*, des dispensaires chargés de fournir aux indigens les secours de la médecine et de la pharmacie, et dont les médecins seraient en outre appelés à constater les naissances et décès dans les petites populations.

A cette question, Messieurs, nous avons cru devoir en rattacher une autre qui n'était pas posée dans le programme, mais qui, depuis longtemps déjà, est posée par les médecins appelés à soigner les malades des classes pauvres. Lorsque les malades sortent des hôpitaux, vous le savez, ils ne sont pas encore rendus complétement à la santé : les uns convalescens, les autres atteints encore de lésions chroniques plus ou moins graves, tous ils ont besoin, en rentrant chez eux, d'y trouver du repos, un régime convenable, le plus souvent même ils ont besoin encore de quelques soins médicaux. Au lieu de tout cela, trop fréquemment ils n'y trouvent que la misère. Il faut reprendre bien vite le travail sans lequel l'ouvrier ne peut pas vivre ; et de ce travail prématuré, et des privations de tout genre qui l'accompagnent, combien de rechutes graves, combien de maladies nouvelles ne voyons-nous pas surgir tous les jours ? Depuis longtemps on a dit : pour prévenir ces malheurs, il y a quelque chose à faire. Puis on a proposé des hôpitaux de convalescence, placés en dehors des grandes villes ; mais pour cela il fallait de grandes dépenses, et l'on n'a rien fait.

Il nous a paru possible d'obvier, au moins en bonne partie, à ces graves inconvéniens sans de bien grandes dépenses. Il suffirait, pour cela, qu'au sortir de l'hôpital, les malades fussent confiés aux établissemens de secours à domicile, dont les soins les conduiraient, lorsqu'ils peuvent être obtenus, à un entier rétablissement. Cela entraînerait sans doute un surcroît de dépenses pour les bureaux de secours, mais qui serait en partie compensé par l'économie qui résulterait pour les hôpitaux de ce que ces malades ne seraient pas obligés d'y retourner bientôt après leur sortie, qui serait compensé surtout par une notable économie dans les misères et dans les souffrances de la classe pauvre. Dans ce but, nous demandons :

vi. Qu'au sortir des hôpitaux, les convalescens soient confiés lorsqu'ils le désireront aux soins d'un médecin appartenant aux établissemens de secours à domicile, qui les visitera et leur fera donner les secours nécessaires.

III. « La position des médecins des hôpitaux est-elle en rapport avec les services qu'ils rendent ? Indiquer quelles améliorations seraient désirables sous ce rapport. »

De toutes parts, on a répondu : Non. Sur ce point de vue, l'accord est unanime. Très diverses dans leurs réglemens et dans leurs formes, les administrations des hôpitaux ont du moins cela de commun que partout la position des médecins y est de beaucoup inférieure à ce qu'elle devrait être. Partout ils sont traités, rétribués et considérés comme des employés d'un degré plus ou moins inférieur. Les médecins sont la partie essentielle des hôpitaux ; seuls, ils sont compétens pour prononcer sur les soins divers à donner aux malades, sur la nature de leurs alimens, sur les conditions d'aération, etc., dans lesquelles ils doivent être placés ; rien ne devrait se faire que par le conseil des médecins ; et cependant tout s'y fait pour l'ordinaire sans leur avis, ou même contre leur avis, quand parfois et pour la forme on l'a demandé. Du reste, des considérations analogues s'appliquent généralement aussi aux médecins des autres établissemens de bienfaisance. Mais nous ne nous appesantirons pas plus longtemps sur ce point : vous savez tous, comme moi, ce que nous aurions à vous dire.

Quoique la médiocrité des traitemens alloués aux médecins et chirurgiens des hôpitaux ait à bon droit excité des réclamations générales, la commission n'a pas cru devoir en faire le sujet d'une proposition formelle au congrès. Quelque fâcheux que soit sous ce rapport l'état de choses actuel, nous avons pensé que les questions de dignité et d'indépendance devaient dominer la question pécuniaire. Celle-ci n'intéresse que nous ; les autres sont des questions d'humanité autant que des questions de science et de profession. Il est triste de voir que, dans beaucoup d'hôpitaux étrangers, les médecins occupent une position bien supérieure à celle des médecins de nos hôpitaux. Mais espérons que la réunion du congrès ne sera pas stérile pour la considération due aux hommes qui rendent tant de services à la société.

N'est-ce pas une singulière anomalie que de voir des administrations constituées pour diriger des hôpitaux et dans lesquelles pas un médecin ne figure ? Dans quelques unes, il est vrai, on en est venu à introduire un médecin. Mais est-ce bien comme médecin ou seulement comme administrateur qu'on l'y a introduit ? Est-ce *quoique* ou *parce que* ? Nous sommes en droit de nous faire cette question, car s'il y avait dans les conseils des hôpitaux un médecin appartenant aux hôpitaux, nous pourrions regarder ce fait comme une consécration de principe. Mais il n'en est point ainsi, ce n'est qu'un fait, et le principe reste à établir. La commission a pensé que le congrès devait demander l'admission des médecins et chirurgiens des hôpitaux, et des autres établissemens de bienfaisance, dans les conseils administratifs de ces établissemens. Nous ne demandons pas qu'ils aient voix délibérative dans les conseils parce qu'on nous objecterait, avec quelque raison, qu'étant rétribués et en activité de service dans l'administration, ils ne peuvent en même temps être administrateurs et voter sur les questions qui leur seraient personnelles ; mais nous demandons qu'ils aient voix consultative dans toutes les assemblées.

Mais les conseils pourraient étouffer la voix des médecins, ou ne tenir aucun compte de leurs observations, quelque justes qu'elles puissent être. Cela est peu probable, sans doute ; mais comme il est de toute nécessité que la voix des médecins soit entendue pour tout ce qui touche aux intérêts des malades ; comme, d'ailleurs, une faible partie seulement des médecins d'hôpitaux, dans les grandes villes, serait admise aux conseils, nous demandons que tous les ans les médecins et pharmaciens des hôpitaux soient appelés à se réunir pour rédiger un rapport officiel qui devra être adressé, non seulement à l'administration des hôpitaux comme cela se pratique actuellement à Paris, mais aussi à l'autorité supérieure.

Ce n'est pas tout que de demander pour les médecins le droit de faire entendre leur voix dans les conseils des hôpitaux et auprès de l'autorité supérieure ; il faut qu'ils puissent le faire sans crainte pour leur position, il faut que leur indépendance soit assurée : or, elle ne l'est point partout. A Paris, par exemple, les médecins des hôpitaux sont rééligibles de cinq ans en cinq ans, pendant toute la durée de leurs fonctions ; de sorte qu'à chaque période quinquennale leur carrière peut être brisée, leur avenir compromis. Après qu'ils ont acheté par de longs travaux et de grands sacrifices une position honorable, elle peut leur être ravie avant qu'ils en aient tiré aucun fruit, ni pour la science, ni pour eux. C'est là une destitution déguisée, une destitution dont on se dispense de donner les motifs ; et une pareille destitution ne saurait être admise. Sans doute, c'est un droit dont l'administration ne fait guère d'usage ; mais c'est un droit qui ne saurait être maintenu, parce qu'il est une menace sans cesse suspendue sur la tête des médecins des hôpitaux. Nous demandons, en conséquence, que ce droit de réélection successive, appliqué à des hommes qui ont conquis par le concours la place qu'ils occupent, disparaisse de tout réglement des hôpitaux.

Comme conséquence et comme consécration de ce qui précède, nous demandons que tous les médecins des hôpitaux soient nommés par concours. Le concours seul, en donnant un rang élevé dans la science aux hommes sortis vainqueurs de ces épreuves, en leur donnant une sorte de titre de propriété sur la position qu'ils ont conquise, peut les mettre en droit de réclamer avec autorité, et une juste indépendance, et une honorable participation à l'administration des hôpitaux, qu'ils éclaireront de leurs lumières. On a dit que le concours, utile pour les grands hôpitaux, où déjà il existe, devenait impraticable pour les hôpitaux des petites villes. Nous ne le pensons pas, Messieurs. Il ne nous paraît pas bien difficile d'organiser un concours dans le chef-lieu ou dans une autre ville du même département et d'en obtenir de bons résultats. L'intrigue et le favoritisme ne disposeront plus, comme cela peut arriver parfois, des places dues au travail et au mérite ; les praticiens qui voudront s'élever seront obligés de ne pas rester en arrière de la science ; ils féconderont sans cesse par l'étude leurs observations pratiques, et la science et l'humanité ne pourront qu'y gagner.

On a reproché aussi au concours de ne pas faire arriver toujours le plus digne ; et, pour les hôpitaux surtout, de ne pas donner toujours les meilleurs praticiens. Certes, nous ne prétendons pas que le concours ne puisse avoir ses erreurs ; mais nous pensons, du moins, qu'il est le mode de nomination le moins dominé par les influences extra-scientifiques ; que s'il a parfois laissé triompher l'injustice, elle eût triomphé bien plus facilement, en général, sans le concours ; qu'enfin, en rendant les épreuves des concours plus nombreuses et plus décisives, en l'entourant des garanties nécessaires, on pourra éviter presque tous ses inconvéniens, et assurer le succès au mérite vraiment supérieur.

Un mot encore sur les médecins des hôpitaux. Depuis quelques années surtout, on a senti le besoin de diviser davantage le service médical et chirurgical des hôpitaux ; et maintenant, à Paris, le nombre des malades confiés à chaque médecin n'excède guère les limites raisonnables. Mais il n'en est pas de même dans certains grands hôpitaux des départemens, où des services, beaucoup trop nombreux encore sont confiés aux soins d'un seul homme. Votre commission émet le vœu :

« Que les services confiés à chaque médecin ou chirurgien des hôpitaux n'excèdent pas, en général, soixante lits. »

Voici, en conséquence, les vœux que la commission soumet à la sanction du congrès relativement aux médecins des hôpitaux :

vii. 1° Que les médecins et chirurgiens des hôpitaux et autres établissemens de bienfaisance fassent partie, dans une proportion convenable, des conseils administratifs, avec voix consultative.

viii. 2° Que, chaque année, les médecins, chirurgiens et pharmaciens de tous les hôpitaux et autres établissemens de bienfaisance, soient appelés à se réunir dans leurs localités respectives, pour faire à l'autorité compétente un rapport sur les imperfections existantes et les améliorations à obtenir dans ces établissemens ;

Que ces rapports soient adressés, en double expédition, l'une à l'administration qu'ils concernent, l'autre au ministre de l'intérieur, pour le département de la Seine, et aux préfets pour les autres départemens.

ix. 3° Que les médecins et chirurgiens des hôpitaux ne soient pas soumis à des réélections successives, comme cela se pratique à Paris ; mais que leurs fonctions se prolongent de droit jusqu'à l'époque fixée pour la retraite.

x. 4° Que tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux soient nommés par concours.

xi. 5° Que les services confiés à chaque médecin ou chirurgien d'hôpital ne dépassent point, en général, soixante lits.

6° Qu'après l'expiration de leurs fonctions, les médecins et chirurgiens des hôpitaux aient le titre d'honoraires, et qu'ils aient la faculté de reconcourir.

IV. « L'organisation actuelle, relativement aux médecins, des secours à domicile, est-elle susceptible de modifications avantageuses ? »

Déjà, Messieurs, dans ce qui précède, nous avons répondu en partie à cette question, en demandant, pour les médecins des secours à domicile, les mêmes droits que pour les médecins des hôpitaux, dans leurs administrations respectives, l'admission aux délibérations des conseils et des assemblées annuelles. J'ai dit les mêmes droits ; car ce ne sont pas de simples prérogatives honorifiques que nous demandons, c'est le droit d'être sans cesse en mesure d'éclairer les administrations sur les besoins des malades, et par suite d'améliorer leur position. Nous demandons en outre :

xii. 1° Que les médecins des bureaux de bienfaisance et des dispensaires,

après dix ans d'exercice, soient signalés à l'administration pour obtenir les places qui seraient à la disposition de l'autorité, comme celles de vérificateurs des naissances et décès, etc.

XIII. 2° Que les médecins des établissemens de bienfaisance qui ne seraient pas nommés au concours, soient choisis de préférence parmi les candidats qui auraient été internes des hôpitaux, lauréats des hôpitaux ou des Facultés, etc.

Nous n'avons pas besoin de motiver devant vous la première de ces propositions. Quant à la seconde, qui, si vous l'adoptiez, légitimerait davantage encore la première, s'il en était besoin, elle nous a paru offrir deux avantages importans; l'un, d'assurer au service des pauvres de jeunes médecins formés à la pratique par la grande école des hôpitaux, et distingués par des succès brillans dans leurs études; l'autre, d'ajouter une stimulation nouvelle au travail des élèves. Pour beaucoup d'élèves, dans les conditions actuelles, il suffit qu'ils puissent arriver au titre de docteur. Ils ne tiennent pas à en savoir plus qu'il n'est strictement nécessaire; car ils comptent bien qu'une fois arrivés là, ils seront tout aussi avancés que ceux qui auront travaillé davantage, et que leurs conditions de succès dans le monde seront les mêmes. Heureusement il n'en est pas toujours ainsi. Mais si vous pouviez montrer aux jeunes gens de nos écoles une autre perspective à la fin de leurs études; des avantages marqués pour le début de la carrière à ceux qui se seraient distingués; des places, comme celles des bureaux de secours à domicile et d'autres, dont l'autorité pourrait disposer en leur faveur, nul doute que ce ne fût un puissant encouragement au travail, une impulsion sérieuse donnée aux études.

V. Nous ajouterons ici un vœu qui nous a été suggéré par une des communications renvoyées à la commission, et qui n'a pas besoin de développemens, après ce que nous avons dit pour les hôpitaux. Nous vous proposons de demander:

XIV. Que les médecins des prisons aient voix consultative dans les commissions instituées près des prisons.

(La fin au prochain numéro.)

—Voici la composition de la commission nommée par M. de Salvandy, ministre de l'instruction publique, et qui va s'occuper de la révision de la législation qui régit la constitution du corps médical et l'enseignement des deux principales branches de la science, la médecine, dans laquelle la chirurgie est comprise et la pharmacie. Cette commission, que le ministre appelle haute commission des études médicales, est composée de :

MM. Orfila, président;
- Donné, inspecteur général des écoles de médecine, secrétaire;
- Fouquier, premier médecin du roi, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris;
- Chomel, premier médecin du prince royal, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris;
- Bouillaud, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Chambre des députés;
- P. Dubois, professeur de clinique d'accouchemens à la Faculté de médecine de Paris;
- H. Royer-Collard, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris;
- Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut;
- Velpeau, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut;
- Roux, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut;
- Dumas, professeur de chimie organique et de pharmacie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut;
- Béhier, agrégé à la Faculté de médecine de Paris (section de médecine);
- Marchal (de Calvi), agrégé à la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie);
- Caizergue, doyen et professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier;
- Lordat, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier;
- Coze, doyen et professeur de matière médicale et pharmaceutique à la Faculté de médecine de Strasbourg;
- Forget, professeur de clinique interne et maladies épidémiques à la Faculté de médecine de Strasbourg;
- Bussy, professeur de chimie et directeur de l'école spéciale de pharmacie de Paris;
- Gintrac, professeur de clinique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux;
- Sénac, directeur de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon;
- Combes, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse;
- Serres, professeur d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme au Jardin du Roi, membre de l'Institut;
- Caventou, professeur de toxicologie à l'école spéciale de pharmacie de Paris, président de l'Académie royale de médecine;
- Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine;
- Villeneuve, membre de l'Académie royale de médecine;
- Boullay, membre de l'Académie royale de médecine;
- Cap, membre de l'Académie royale de médecine;
- Alquié, médecin en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce;
- Richond des Brus, membre de la Chambre des députés;
- Terme, membre de la Chambre des députés, maire de la ville de Lyon;

Secrétaires-adjoints:

MM. Labarraque;
- Cattois, médecin du ministère de l'instruction publique.

—La commission permanente du congrès médical, après une longue et sérieuse discussion, a adopté la résolution suivante:

Il y a incompatibilité entre les fonctions de la commission nommée par le congrès et les fonctions de la commission nommée par le ministre de l'instruction publique.

Les membres de la commission du congrès décident qu'aucun d'entre eux ne fera partie de la commission ministérielle.

Cette résolution a été prise à l'unanimité des membres présens, dont les noms suivent:

MM. Serres, Villeneuve, Vée, Bouillaud, Garnier, Richelot, F. Boudet, Soubeiran, Miquel, Leblanc, Malgaigne, Collignon, Amédée Latour, Hamont.

La commission a décidé aussi que la lettre suivante serait immédiatement adressée à M. le ministre de l'instruction publique.

Monsieur le ministre,

La commission permanente nommée par le congrès médical de France, après s'être constituée, s'est occupée de la position faite à plusieurs de ses membres par leur adjonction à la commission des études médicales, instituée par vous à la date du 20 novembre dernier. Après une discussion sérieuse et approfondie, elle a reconnu que le mandat dont elle est investie ne permet à aucun de ses membres d'accepter l'honneur de faire partie de la commission nouvelle. Elle ne veut pas perdre cette occasion de vous témoigner sa sincère reconnaissance pour cette nouvelle marque de sympathie que vous avez donnée au congrès médical; et c'est avec regret qu'elle vient vous prier, Monsieur le ministre, de vouloir bien accepter la démission de ceux de ses membres à qui vous aviez conféré cet honneur.

Nous avons l'honneur, etc.

Suivent les signatures.

Paris, le 21 novembre 1845.

BIBLIOGRAPHIE.

DE VERNICE CASEOSA; diss. inaug. quam scripsit GUST. BUEK. Halis 1844; broch. in-8°, VI-72 pages.

Ce travail renferme une histoire complète des recherches entreprises par l'enduit caséeux qui recouvre la peau des nouveau-nés. Après un exposé historique général sur les auteurs qui se sont occupés de cet enduit, M. Buek commence par l'examen chimique, et il discute, en les mentionnant, toutes les analyses faites par ses prédécesseurs; puis il donne le détail de ses propres analyses dont voici le résultat. Sur 100 parties, il a trouvé :

Graisse	10,15
Épithélium	5,40
Eau	84,45

La graisse contient deux acides, l'acide oléique et l'acide margarique ou l'acide stéarique; l'auteur n'a pu déterminer lequel des deux. Les cendres renfermaient des sulfates, phosphates et carbonates de potasse et de chaux et des traces de fer oxydé.

L'analyse microscopique a fait voir à M. Buek que l'enduit caséeux se compose de cellules épidermiques et de gouttelettes adipeuses. Les cellules épidermiques, moins sèches, moins plissées que celles des adultes, présentent un noyau distinct : quand elles sont disposées sur plusieurs couches, les cellules des couches profondes diffèrent peu de celles qui sont à la surface; après avoir traité par l'éther et filtré, le résidu se composait exclusivement de cellules de l'épiderme.

L'observation microscopique concourt donc avec l'analyse chimique à démontrer que l'enduit graisseux des nouveau nés ne se compose que de débris d'épiderme et de graisse. L'auteur n'a pas vu les cristaux signalés par Simon; mais il a trouvé assez souvent des poils mélangés aux cellules épithéliales et à la graisse.

Dans la partie physiologique de son travail, M. Buek s'occupe de l'origine de l'enduit caséeux, de l'époque de son apparition, de sa quantité, de ses usages.

On sait qu'il existe deux opinions relatives à l'origine de l'enduit caséeux : les uns disent qu'il provient du fœtus, les autres l'attribuent à un dépôt des eaux de l'amnios. L'auteur discute longuement toutes les raisons alléguées en faveur des deux hypothèses, et il finit par admettre, avec MM. Bischoff et Nœgelé, l'opinion qui est sans contredit la plus vraisemblable, à savoir que le vernis caséeux est composé du produit de la sécrétion des glandes sébacées de la peau et des débris de l'épiderme. En effet, M. Valentin a démontré la présence des glandes sébacées dès le quatrième mois de la vie fœtale, et quant à l'origine des cellules épithéliales, elle est évidente. D'un autre côté, on ne peut considérer l'enduit caséeux comme un dépôt du liquide amniotique, puisqu'on n'en trouve aucune trace à la surface interne de la membrane ni sur le cordon ombi-

lical et que les matériaux qui le constituent ne se trouvent pas dans les eaux de l'amnios.

M. Buek admet, avec la plupart des auteurs, que c'est vers le sixième mois seulement que commence à se former le vernis caséeux, et cela n'est pas étonnant, puisque ce n'est que dans les derniers mois de la gestation que les glandes de la peau et l'épiderme lui-même arrivent au développement nécessaire pour fonctionner. La quantité de ce vernis est très variable, quelquefois extrêmement minime, au point que souvent l'auteur n'a pu en recueillir assez pour l'analyse microscopique.

La plus grande quantité qu'il ait obtenue est de 13 grammes environ (3 1/2 gros); la moyenne a été de 4 à 8 grammes (1 à 2 gros). L'auteur ne croit pas qu'il diminue vers la fin de la gestation, ainsi qu'on l'a prétendu; c'est d'ailleurs une assertion qu'il est très difficile de vérifier, précisément à cause des variations qu'il présente, en raison de la différence d'action des glandes sécrétoires et de la desquammation de l'épiderme. L'enduit caséeux n'existe pas en quantité égale sur toutes les parties du corps; les endroits où l'auteur en a le plus rencontré sont le dos, surtout vers la région sacrée, les régions inguinale et axillaire, la tête.

Il n'est jamais également réparti, sans doute parce que toutes les glandes n'arrivent pas en même temps au même degré de développement et aussi à cause des mouvemens du fœtus. Quant à ses usages, l'auteur s'élève avec raison contre cette tendance téléologique de certains esprits qui voudraient tout expliquer, et il rejette entre autres cette opinion qui attribue à l'enduit caséeux la propriété de protéger la peau du fœtus contre la macération ou contre une action prétendue nuisible du liquide amniotique. L'enduit caséeux est un produit physiologique qui trouve sa raison dans les conditions d'existence du fœtus; il n'est pas rationnel de lui attribuer un usage spécial. On a eu tort aussi de croire que l'ablation de cet enduit, après la naissance, était la cause de la plupart des maladies des enfans nouveau-nés; c'est encore l'exagération du principe des causes finales qui a conduit à cette erreur.

En résumé, la dissertation du docteur Buek est un travail consciencieux et bien fait, qui résume d'une manière complète tout ce qui a été écrit sur ce sujet et qui dénote dans l'auteur un bon esprit d'observation et une saine logique.

VARIÉTÉS.

Il a paru dans les nos d'octobre de la GAZETTE MÉDICALE les trois premiers fragmens d'une série de leçons sur les arthralgies, professées en 1842 par M. J. Guérin à l'hôpital des Enfans malades. Sans attendre ni les conclusions, ni même les développemens de ce travail, M. le rédacteur du JOURNAL DE CHIRURGIE s'empresse d'en donner à ses lecteurs l'analyse et la critique, et dans son numéro de ce mois il verse libéralement sur nous les aménités qui ne sont qu'un jeu pour sa verve si pleine de distinction et de tenue. A une semblable agression nos lecteurs n'ont pas à craindre que nous nous laissions entraîner à répondre. Il peut convenir à un certain camp d'adopter à l'usage de la polémique ces formes irritantes qui, pour les esprits superficiels, masquent à merveille le vide du fond, et passionnent au moins ceux qu'on désespérait de pouvoir convaincre. La GAZETTE MÉDICALE abandonne volontiers à ses adversaires ces sortes de manœuvres. On peut les recouvrir hardiment, elle ne les relèvera jamais. Qu'un homme vienne travestir vos idées, supprime leurs preuves, tronque leurs développemens, qu'il lui plaise enfin de s'amuser à juger d'autorité votre œuvre d'après son seul préambule, irez-vous raisonner avec lui et prétendre lui ouvrir les yeux de vive force? Esquirol l'a dit : on ne guérit pas les aliénés en argumentant contr'eux sur l'objet de leur monomanie. — Nous ajouterons cependant un mot, non plus pour le rédacteur du journal mais pour ses abonnés : nous les prions de vouloir bien relire attentivement une seconde fois l'article de leur journal dont il est ici question; ils reconnaîtront sans peine d'eux-mêmes si c'est bien là le ton de la critique scientifique, le langage d'un ami sincère de la vérité.

Comme toujours, à côté de la question scientifique, qu'il a ses raisons pour effleurer, l'auteur place la question morale, qu'il trouve plus facile d'approfondir. En publiant nos leçons en 1845, nous avions rappelé qu'elles furent professées publiquement en 1842. Ce fait dont plus de cent personnes ont été les témoins désintéressés, notre Aristarque le nie, vraisemblablement parce que nous n'en n'avons pas fait suivre l'annonce de certificats dûment notariés et légalisés. A ce nouveau procédé de *libre* discussion, voici notre simple réponse :

Mon cher monsieur Guérin,

Il est en effet très exact que j'ai assisté, en 1842, à vos conférences sur les arthralgies, lesquelles commencèrent au mois de janvier et furent professées durant le premier semestre de l'année en présence de tous les élèves et médecins qui assistaient à vos consultations. Sur votre demande, je pris avec tout le soin possible des notes détaillées sur l'objet de ces leçons, note que je vous laissai pour servir à la rédaction du cours que vous comptiez alors publier immédiatement. Après avoir pris connaissance des articles que vous avez tout récemment insérés dans la GAZETTE MÉDICALE (voy. année 1845, p. 625 et suiv.), je crois de mon devoir, parce que cela est de toute exactitude, d'affirmer très explicitement que je n'y ai rien trouvé que de parfaitement conforme à mes souvenirs ainsi qu'aux notes que je vous avais remises.

H. DIDAY.

26 novembre.

— Nous avons reçu de M. le docteur Berigny deux lettres de réclamation de priorité au sujet de l'idée première du congrès médical. Nous nous en occuperons dans un de nos prochains numéros.

— M. Delestre, chirurgien-dentiste de l'hôpital des Enfans-Malades, vient de reprendre ses leçons cliniques théoriques et pratiques sur les maladies des dents

Tous les jours un grand nombre de sujets sont à la disposition des élèves.

Les leçons ont lieu tous les jours de dix à onze heures, quai Conti, 5, excepté les jeudis et les dimanches.

— COURS PUBLIC D'ANGÉIOLOGIE ET DE NÉVROLOGIE. — M. le docteur Anzias-Turenne commencera ce cours le lundi 1er décembre, à une heure, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'école pratique, et le continuera tous les jours, les jeudis et les dimanches exceptés.

— ENCYCLOPÉDIE ANATOMIQUE, contenant l'Anatomie descriptive, l'Anatomie générale, l'Anatomie pathologique, l'Histoire du développement et celle des races humaines; par G.-T. Bischoff, J. Henle, E. Huschke, S.-T. Sœmmering, F.-G. Theile, G. Valentin, J. Vogel, R. Wagner, G. et E. Weber, traduit de l'allemand par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie royale de médecine. — 10 forts vol. in-8°.

Prix de chaque volume (en souscrivant pour tout l'ouvrage) : 7 fr. 50 c.

Prix des 2 atlas in-4° : 7 fr. 50 c.

On peut se procurer chaque Traité séparément, savoir :

1° OSTÉOLOGIE ET SYNDESMOLOGIE, par S.-T. Sœmmering. — MÉCANIQUE DES ORGANES DE LA LOCOMOTION CHEZ L'HOMME, par G. et E. Weber. In-8°, avec atlas in-4° de 17 pl. Prix : 12 fr.

2° TRAITÉ DE MYOLOGIE ET D'ANGÉIOLOGIE, par F.-G. Theile. Un vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50 c.

3° TRAITÉ DE NÉVROLOGIE, par G. Valentin. Un vol. in-8°, avec figures Prix : 8 fr.

4° TRAITÉ D'ANATOMIE GÉNÉRALE, ou Histoire des tissus et de la composition chimique du corps humain, par Henle. 2 vol. in-8°, avec 5 pl. gravées. Prix : 15 fr.

5° TRAITÉ DU DÉVELOPPEMENT DE L'HOMME ET DES MAMMIFÈRES, suivi d'une Histoire du développement de l'œuf du lapin, par le docteur T.-L.-G. Bischoff. Un vol. in-8°, avec atlas in-4° de 16 pl. Prix : 15 fr.

6° TRAITÉ DE SPLANCHNOLOGIE ET DES ORGANES DES SENS, par E. Huschke. Paris, 1845. In-8° de 860 p., avec 5 pl. grav. Prix : 8 fr. 50 c.

Il reste à paraître :

7° BIOGRAPHIE DE SOEMMERING ET HISTOIRE DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE DEPUIS HALLER, par R. Wagner. Un vol. in-8°.

8° ANATOMIE PATHOLOGIQUE, par J. Vogel. Un vol. in-8°.

9° ANATOMIE DES RACES HUMAINES ET DES NATIONS, AVEC L'ANATOMIE DES TÉGUMENS EXTÉRIEURS, par R. Wagner. Un vol. in-8°.

Cette ENCYCLOPÉDIE ANATOMIQUE, réunie aux TRAITÉS DE PHYSIOLOGIE de Burdach et de J. Muller, forme un ensemble complet des deux sciences sur lesquelles repose l'édifice entier de la médecine.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17;

Et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— LA SAVOIE POÉTIQUE, poème; par ANDREVETAN, auteur du CODE MORAL DU MÉDECIN, autre poème en six chants. — In-18. Prix : 2 fr.

Paris, chez Dentu, Palais-Royal, galerie d'Orléans.

Et chez Saint-Jorre, libraire, 7, boulevart des Italiens.

— RÉFLEXIONS CRITIQUES SUR QUELQUES POINTS DE L'ORGANISATION ACTUELLE DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE EN FRANCE; par E.-H. ROCHÉ, docteur en médecine. — Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 25 c.

Paris, chez Fortin, Masson et comp., libraires, 1, place de l'Ecole-de-Médecine.

Auxerre, typographie et lithographie de H. Ducros.

— OBSERVATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR LA STRANGULATION, ou Recueil d'observations nouvelles de suspension incomplète; par A.-E. DUCHESNE, chevalier de la Légion-d'Honneur, docteur en médecine, etc. — Brochure in-8°.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

OPHTHALMOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LES DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES CONNUS GÉNÉRALEMENT SOUS LE NOM DE TACHES DE LA CORNÉE; par le docteur Magne, ancien élève particulier de Sanson, oculiste du bureau de bienfaisance du premier arrondissement, membre de la Société médicale du même arrondissement, professeur particulier de médecine et de chirurgie oculaires.

Il y a environ deux ans, M. Malgaigne adressait à l'Académie des sciences une note relative à l'*abrasion* de la cornée; des récriminations surgirent, qui reprochèrent à ce chirurgien de n'avoir point mentionné les essais tentés depuis un siècle par quelques oculistes français et étrangers. Je crus devoir intervenir dans la discussion et j'essayai d'y apporter quelques éclaircissements. Il me semblait que la question de priorité, d'une importance secondaire, devait faire place à la question de savoir si l'abrasion de la cornée est une opération destinée à rendre des services réels, et, ce premier fait admis, quels sont les cas où elle doit réussir, quels sont ceux, au contraire, où elle serait superflue et même nuisible. L'opération dont M. Malgaigne se croyait l'inventeur a pour but de détruire les opacités que ce chirurgien s'était contenté de désigner sous la dénomination générale de *taches de la cornée*; de son côté, M. Desmarres se bornait à employer pour indiquer ces taches, le nom de *leucoma*. Il est de fait que l'abrasion de la cornée ne saurait être appliquée à la cure de toutes les opacités auxquelles cette membrane est exposée. Entendons-nous d'abord sur les mots, disais-je, et nous serons bien vite d'accord sur la chose. Qui ne sait en effet que les taches de la cornée sont diverses, et par leur nature et par la thérapeutique qu'elles réclament? Les maladies des yeux sont fort nombreuses, mais les noms qui les désignent constituent un vocabulaire bien autrement multiplié, et s'il est vrai que la nomenclature ophthalmologique « annonçait le trop grand loisir des médecins oculistes d'Alexandrie et de Rome, qui se firent une sorte de jeu de les diviser et subdiviser à l'infini et de donner ensuite aux variétés les plus minces des noms qui doivent être réservés aux genres ou tout au plus aux espèces; » si cette même liste alla toujours croissant depuis Hippocrate jusqu'à Galien, époque à laquelle elle parut être fixée, du moins pour quelques siècles, que dire de cette nuée de mots barbares qui envahissent le champ de l'oculistique en se multipliant sans cesse? N'y a-t-il pas de quoi rebuter les plus courageux, les mieux intentionnés? Et comment les jeunes gens qui abordent une science si difficile déjà en elle-même pourraient-ils se reconnaître dans ce déluge de mots?

Nuage, nephelion, achlys, nebula, nubecula, œgis, albugo, taie, perle, margarita, paralampsis, leucoma, unle, obscurcissement purulent, unix exsiccatus, obscurcissement sanguin, cercle sénile, arcus senilis, gerun-

Feuilleton.

LA HAUTE COMMISSION DES ÉTUDES MÉDICALES.

S'il arrive jamais qu'un projet de loi quelconque sur ce qu'on est convenu d'appeler la *réorganisation médicale* soit présenté aux chambres, ce ne sera certes pas faute de préparatifs. Jamais question n'a été plus minutieusement étudiée, plus longuement mûrie, plus profondément discutée; ni l'émancipation des catholiques, ni l'abolition de la traite, ni la réforme parlementaire n'ont donné lieu, en Angleterre, à des enquêtes aussi laborieuses, et, en France, depuis cinquante ans, on a bâti bien des fois, à moins de frais, une constitution ou une charte. Il ne paraît pas cependant que l'élaboration préparatoire de ce grand œuvre soit, après quinze années d'études, fort avancée, puisque malgré ces travaux le gouvernement ne se croit pas encore suffisamment éclairé et institue une *haute* commission, chargée d'étudier de nouveau la matière. Le nombre imposant des membres de cette commission, l'autorité plus imposante encore des hommes éminens qui la composent, le titre tout exceptionnel dont elle est décorée, sont assurément des garanties qu'elle remplira très dignement sa tâche. Mais si la composition de ce nouveau comité consultatif est rassurante, le fait même de son institution est en soi un événement fort alarmant. Loin de faire prévoir une solution prochaine, il nous menace d'un ajournement indéfini. Comment espérer en effet que la commission, quels que soient son zèle et ses lumières réussira à satisfaire cet insatiable besoin d'informations, d'études, de consultations, que n'ont pu calmer vingt à trente rapports émanés des précédentes commissions? Ses travaux n'auront-ils pas le sort de ceux de ses aînées? leur histoire est curieuse et mérite d'être rappelée.

La *première* en date est la commission de l'Académie royale de médecine, instituée en 1829 sur l'invitation de M. de Martignac, le seul ministre de la restauration qui ait eu des velléités réformatrices. Pendant qu'elle préparait sa réponse, la révolution de juillet éclata. L'élan donné aux esprits par cet événement fit dépasser de beaucoup le programme de M. de Martignac. On conçut pour la réforme des institutions médicales les espérances les plus brillantes. Un nouveau ministre, M. le duc de Broglie, s'empressa de donner satisfaction à ces tendances, et il nomma *ad hoc* une grande commission. Ce fut la *deuxième*. Cette commission aborda et résolut une grande partie des questions les plus importantes, et proposa diverses mesures exposées dans son rapport du 15 septembre. C'est à la suite de ce rapport que fut rendue l'ordonnance du 5 octobre, qui réorganisa la Faculté de médecine de Paris, et rétablit le concours. Les autres projets de réforme, tant sur l'exercice de l'art que sur son enseignement, restèrent en chemin.

En 1833, un autre ministre, M. Guizot, reprit ces projets d'une manière plus systématique, et, pour en assurer la réussite, il fit appel à tous les corps médicaux du royaume. L'Académie de médecine, consultée la première, reconstitua l'ancienne commission Martignac. Cette commission eut pour rapporteur M. Double. Pendant près de trois mois, l'Académie discuta, toutes affaires ces-

toxon, macula arcuata, tache, obscurationes corneæ, maculæ corneæ, obscuratio nubeculosa, obscuratio leucomatosa, leucoma cretaceum, macula margaritacea, etc.

Toute cette kirielle a été entassée pour indiquer l'opacité d'un point quelconque de la cornée, et l'on conçoit que ce labyrinthe n'offre point d'issue pour les élèves puisque les maîtres eux-mêmes sont souvent embarrassés d'y trouver leur chemin. Les expressions de leucoma et d'albugo, choisies dans le principe pour désigner les taies de la cornée, n'offrent entre elles qu'une différence d'origine, l'une est grecque, l'autre est latine. Synonymes toutes deux de blancheur ou si l'on veut de tache blanche, il serait impossible d'en étendre davantage la signification, et cependant les taches blanches susceptibles de changer la transparence de la cornée ne sont pas toutes de même nature; lorsqu'il s'est agi de distinguer celles qui résultent d'une cicatrice et celles qui sont dues à la présence de sérosité épaissie (et cette distinction ne dut pas se faire dès l'origine), les écrivains appelaient *cicatrice* la fossette blanchâtre consécutive aux ulcérations de la cornée; quant aux dépôts séreux, on les décrivit sous la dénomination d'*albugo* ou de *leucoma*, suivant que l'on était latin ou grec. En somme, il ne serait pas dépourvu d'intérêt de chercher à connaître l'historique de ces expressions dont le sens n'offre en réalité qu'une différence d'origine, différence souvent incomprise; c'est ainsi que les épanchemens reçurent et recoivent des uns le nom d'*albugos*, tandis que pour d'autres ils furent et ils sont des *leucomas* et *vice versâ*.

De cette longue revue rétrospective, il résulterait que la confusion des idées nous est souvent venue de la confusion des mots; involontairement, l'esprit se reporte à ces quarante et quelques divisions d'ophthalmies bâties il y a quelques années à côté de leurs sœurs les amauroses et qui semblent se disputer l'honneur de faire revivre l'énigme du sphinx. Ce n'est pas la première fois que je m'appesantis sur ce sujet, ce ne sera probablement pas la dernière; car je considère comme extrêmement important de signaler la méthode vicieuse de certains auteurs et je serais volontiers tenté de m'écrier avec Ambroise Paré: « Vous prie, si vous avez l'ame bonne, de vouloir (pour le public) revoir et corriger vostre livre, le plus tost que vous pourrez, pour ne tenir les ieunes chirurgiens en cest erreur par la lecture d'icelny! »

Quels sont en réalité les divers états pathologiques qui ont donné naissance au dénombrement que j'ai transcrit plus haut? Je crois qu'il est facile de les réduire à trois catégories bien distinctes. La cornée peut être en effet troublée par une tache blanchâtre, de trois manières.

1° Par un épaississement de sérosité ou de pus entre les lames, état auquel on peut donner indifféremment le nom de *taie*, d'*albugo*, de *tache* ou de *leucoma*;

2° Par la cicatrice d'un ulcère ou *cicatrice*;

3° Par un défaut de nutrition ou *cercle sénile*.

Les épanchemens interlamellaires séreux ou purulens ne sont pas les seules infiltrations susceptibles d'altérer la transparence cornéale; une contusion de l'œil, une inflammation vive de la cornée, peuvent amener entre les lames de cette membrane un afflux de sang qui s'oppose au passage des rayons lumineux; mais mon intention n'est pas de donner ici un traité de la kératite et d'ailleurs la durée momentanée de ces sortes d'épanchemens n'a aucun rapport avec la durée persistante et avec la couleur des taches occasionées par la sérosité épaissie, par une cicatrice ou par le cercle sénile; je m'en tiens donc à ces trois sortes de *leucoma* que je me propose de décrire successivement.

I. — ÉPANCHEMENS SÉREUX INTERLAMELLAIRES ASSEZ GÉNÉRALEMENT DÉSIGNÉS PAR LE NOM DE TAIES.

Cet état reconnaît presque toujours pour cause une inflammation préalable de la cornée. Personne n'ignore combien cette membrane est prédisposée à s'infiltrer de sérosité; sous l'influence de la kératite, les vaisseaux capillaires exhalent une sécrétion de lymphe plastique qui peut disparaître avec l'inflammation, mais qui souvent persiste et constitue un état pathologique spécial. Certains chirurgiens, et entre autres Scarpa, prétendent que cette maladie est toujours le produit d'une ophthalmie aiguë; cette assertion est inexacte : il n'est pas d'oculiste qui n'ait eu occasion d'observer des taies (albugo ou leucoma) développées, sans cause connue, chez les scrofuleux, chez certaines personnes atteintes de syphilis ou de dartres. J'ai vu pour mon compte les taches de la cornée se manifester et croître sous mes yeux chez un malade atteint de syphilis et dont l'œil ne portait aucune trace d'inflammation. Le plus souvent, c'est brusquement que les albugos se dessinent, quand ils apparaissent sans l'accompagnement du cortége inflammatoire; on cite des personnes chez lesquelles la cornée s'est couverte de la sorte en une nuit. Mais c'est surtout la constitution lymphatique qui prédispose aux épanchemens séreux interlamellaires précédés ou exempts de kératite et de conjonctivite.

La cornée étant composée de plusieurs lames réunies entre elles à l'aide de filamens, il s'en suit que les taies sont susceptibles d'occuper toutes les parties de l'épaisseur de cette membrane; les auteurs sont d'accord à ce sujet; il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de savoir si ces exsudations peuvent siéger dans la lamelle subtile de la conjonctive qui revêt la cornée antérieurement. Scarpa reconnaît l'existence de ces taches et il les regarde comme l'effusion d'une sérosité terne et laiteuse produite par une ophthalmie chronique et lente accompagnée de varices des veines de la conjonctive. Tel n'est pas l'avis de MM. Bégin et Fournier, traducteurs de l'œuvre de Scarpa; suivant eux, la conjonctive ne passe point au-devant de la cornée, et c'est dans les lames les plus superficielles de cette dernière qu'auraient lieu les épanchements décrits par le professeur de Pavie. MM. Bégin et Fournier s'appuient de l'autorité de M. Ribes, anatomiste aussi exact que savant et habile, pour rejeter le fait du passage de la conjonctive sur la cornée. Cette opinion a été aussi partagée par MM. Ehle et Stachowius. La plupart des anatomistes sont aujourd'hui d'un avis opposé et auquel il me paraît difficile de ne pas se rendre. En effet, il existe certain vice de conformation dans lequel la conjonctive se prolonge sur une portion de la membrane qui complète en avant la coque extérieure de l'œil, et, en outre, ceci est concluant, on peut se convaincre à l'aide d'une dissection attentive que cette coque est tapissée superficiellement par un prolongement conjonctival et cette disposition anatomique deviendra d'autant plus manifeste que l'œil soumis à l'observation aura subi une macération plus prolongée; c'est le résultat des dissections du professeur Cruveilhier et de M. Giraldès qui a émis une opinion semblable dans son remarquable travail sur *l'organisation de l'œil chez l'homme et dans quelques animaux*.

Les exsudations séreuses et interstitielles, si profondément qu'elles soient situées, offrent un diagnostic assez facile pour un œil exercé. Elles se présentent sous l'aspect de taches d'un blanc tantôt bleuâtre ou grisâtre,

---

santes, les questions qui lui étaient soumises par le ministre et toutes celles que l'étude de la matière soulevait. Le résultat de ses délibérations fut un immense projet de loi, rédigé en bon style de palais, et dûment divisé en Titres et Articles sur le modèle des cinq Codes. Dans les derniers temps de ses délibérations, l'Académie fut forcée de marcher au pas de course et de tenir des séances extraordinaires. Le ministre en effet l'avertissait de temps en temps de se hâter; les chambres allaient se réunir, et il fallait que le projet fût prêt au commencement de la session. On conçoit de quel généreux zèle ces invitations séduisantes enflammaient le docte aréopage médical! Peu s'en fallut qu'il ne se déclarât en permanence; oh! digne commission! oh! naïve Académie!

Cette commission fut la *troisième*. Bientôt après il s'en forme une *quatrième*, celle de l'Association de prévoyance des médecins de Paris, laquelle adressa aussi, en grande hâte, au ministre, un autre projet de loi en guise de rapport; puis une *cinquième* pour la Faculté de médecine de Montpellier; puis une *sixième* pour la Faculté de Strasbourg; puis celles de la plupart des sociétés médicales des principales villes de France qui furent saisies tout à coup d'une ardeur législative incoercible; mais nous ne comptons ici, pour abréger, que les commissions officiellement constituées.

Pendant que l'Académie, les Facultés, l'Association médicale, mises en émoi par l'appel du gouvernement, discutaient et votaient des articles de loi, voilà que tout à coup, en janvier 1834, apparaît à l'improviste une *septième* commission, nommée directement par le ministre pour *réorganiser* la médecine. Elle était composée de douze membres, dont sept médecins et cinq administrateurs. M. Villemain en était le président et M. Donné le secrétaire. Il lui était également prescrit d'envoyer son rapport dans le plus bref délai, car les chambres étaient assemblées, et il n'y avait pas un moment à perdre pour que le projet de loi leur fût présenté. L'apparition tout à fait inattendue de cette commission produisit, au sein de l'Académie, une impression des plus désagréables, et même quelque fermentation. Un de ses membres les plus rigides, M. Nacquart, s'écria que la mesure ministérielle était un camouflet pour l'Académie, et que le ministre la traitait par trop cavalièrement en instituant ainsi, *à sa barbe*, pendant le cours même de ses délibérations, une commission chargée de faire le même travail. Cette sortie n'eut pas de suites. La commission nouvelle ne fit pas d'ailleurs une concurrence bien active à l'Académie, car son rapport, dont le ministre avait, disait-on, un si pressant besoin, ne fut terminé que deux ans après son installation, c'est-à-dire vers la fin de 1836.

On sait de reste que ni alors, ni depuis, aucun projet de loi relatif à la réforme de la médecine n'a été porté aux chambres.

Depuis cette époque jusqu'à la présente année 1845, c'est-à-dire pendant onze ans, la question est restée complètement stationnaire. C'est à peine si, de loin en loin, quelque voix isolée, à laquelle on ne répondait pas, a demandé des nouvelles de la fameuse réorganisation médicale. On paraissait même n'y plus songer, lorsque le congrès médical est venu ranimer les espérances de 1833, et remettre en vogue les projets si longtemps abandonnés. C'est également à coups de commissions que cette assemblée a procédé à son œuvre. Elle a déployé en ce genre le plus grand luxe. Elle en a nommé *vingt-quatre*, et comme la mémoire aurait pu facilement s'égarer dans ce dédale, on avait eu le soin de les désigner par des numéros d'ordre. Chacune de ces commissions a fait son projet

tantôt jaunâtre, souvent entièrement mat. Bien que plus épaisses au centre qu'à la circonférence, ces opacités ne vont pas décroissant par degrés, les bords en sont au contraire bien arrêtés et tranchent sur la couleur du reste de la cornée; tantôt ovales, tantôt circulaires, d'autres fois d'une forme indéterminée, elles paraissent la plupart du temps isolées de tout vaisseau; il arrive cependant de distinguer manifestement des ramifications vasculaires assez volumineuses qui pénètrent dans l'épaisseur du dépôt blanchâtre. Suivant M. Velpeau, l'existence de ces vaisseaux est imaginaire, et il serait disposé à penser que l'on a confondu dans ces cas un ulcère superficiel avec le simple nubécule; c'est du moins ce qu'a écrit M. Jeanselme : bien que M. le professeur Velpeau soit toujours disposé à ravir aux oculistes leur bagage scientifique, je ne saurais admettre qu'il les croie capables d'une erreur aussi grossière; d'ailleurs, le fait de la pénétration d'une taie par un vaisseau, établi par Scarpa, ne saurait être contesté; il est donc probable que la faute qui vient d'être mentionnée retombe tout entière sur l'élève se donnant à tort pour l'interprète du maître. Travers a émis une opinion opposée à celle de M. Velpeau, quand il a dit que les vaisseaux développés sur la cornée sont *toujours* accompagnés d'une teinte opaline. C'est être par trop exclusif, comme le fait sagement remarquer M. Tavignot dans ses ÉTUDES CLINIQUES SUR LES MALADIES DE LA CORNÉE, études qu'il a su rendre fort intéressantes, malgré ses nombreuses divisions, que, dans l'intérêt de l'oculiste, je suis à regret forcé de blâmer.

Quoique les leucomas puissent exister sur tous les points de la cornée, ils semblent avoir une prédilection marquée pour le centre, juste en face de la pupille, c'est du moins le résultat des cas nombreux que j'ai eu à remarquer tant à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié que dans ma pratique particulière.

On conçoit quelles doivent être les conséquences de cette position; si la tache occupe une étendue plus grande que celle de la marge pupillaire, la vue est abolie; si le diamètre de la pupille l'emporte sur celui du point opaque la vision ne s'opérera que de côté et disposera au strabisme. On comprend aussi facilement qu'une tache correspondant à un seul point de la pupille, le passage des rayons lumineux sera obstrué en ce point seulement et que la vision ne sera pas compromise dans les cas où l'albugo occupera la circonférence de la cornée, la portion de cette membrane qui répond à l'espace pupillaire demeurant transparente. Malheureusement cette dernière circonstance est rare : il arrive plus souvent de voir la cornée entière envahie par un albugo ou par plusieurs à la fois.

On aurait tort de penser que la gravité d'un albugo dépend toujours de la profondeur de son siége et de l'espace qu'il occupe; il n'en est pas ainsi : une tache large comme une tête d'épingle apporte souvent plus d'obstacle à la vision qu'une autre qui aurait plusieurs fois cette dimension; il est donc important de tenir compte de l'épaisseur. Souvent l'albugo a si peu de consistance que c'est à peine si le malade accuse la gêne causée par une fumée légère; chez d'autres la fumée prend déjà l'aspect du brouillard; à un degré plus avancé ce sera un nubécule; c'est un nuage si le liquide épanché a une certaine épaisseur, ou enfin une cécité complète et d'autant plus difficile à guérir que la matière extravasée aura pu revêtir les caractères d'une fausse membrane. Il en sera de même toutes les fois qu'un dépôt purulent dans le principe se sera desséché et comme concrété; à la rigueur, cette variété de taie appartient plutôt aux cicatrices cornéales, car le plus souvent elle est causée par un abcès dont l'ouverture a été trop étroite pour livrer passage au pus; aussi ai-je renvoyé à l'article *Cicatrice* ce qui est relatif au *leucoma cretaceum*.

La gravité des taies dépend donc de leur étendue, de leur siége et de leur épaisseur; j'ajouterai que le pronostic de cette affection, sujette d'ailleurs à récidive, est toujours plus défavorable chez les adultes et les vieillards que chez les enfans.

Les opacités qui, à première inspection, pourraient jusqu'à un certain point être confondues avec celles qui nous occupent, sont au nombre de neuf. La cataracte, les pseudo-membranes iritiques, l'hypopion, les abcès, les papules, les plaques osseuses, les ulcères, les cicatrices et le cercle sénile. 1° La cataracte siége beaucoup plus profondément que l'épanchement cornéen; il existe entre ces deux opacités tout l'espace occupé par la chambre antérieure; si le chirurgien examine l'œil de côté, il distinguera facilement la place occupée par le point blanchâtre; c'est aussi dans cette position qu'il pourra reconnaître si le leucoma occupe la superficie ou les lames postérieures de la cornée; 2° les pseudo-membranes iritiques, outre qu'elles existent aussi à une grande distance de la cornée, sont accompagnées d'une déformation de la pupille et d'un changement de couleur de l'iris; 3° l'hypopion, en admettant que sa couleur jaunâtre ne le différencie pas suffisamment de certaines taies, se reconnaît à ce que, d'une pesanteur spécifique plus grande que l'humeur aqueuse, il occupe toujours la partie inférieure de la cornée; quelques secousses imprimées à l'œil indiqueraient d'ailleurs un liquide flottant; 4° les abcès interlamellaires se montrent souvent sous forme de petites saillies de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de chenevis, et sit cette saillie, qu'on remarque quelquefois, mais beaucoup moins prononcée, dans les infiltrations séreuses, si cette saillie, dis-je, n'existe pas, le cortége inflammatoire qui précède et accompagne les abcès évitera de les confondre avec une taie; 5° les papules, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, ne dépassent pas le point d'union de la sclérotique à la cornée; elles offrent encore comme caractères distinctifs, de l'élévation, une couleur d'un brun roussâtre, très peu de persistance et une tendance à l'ulcération; 6° les plaques osseuses résultent toujours d'un défaut de nutrition et ne se rencontrent guère que chez les vieillards, les lames entre lesquelles elles se développent sont nécessairement soulevées; 7° et 8° les ulcères et les cicatrices sont toujours reconnaissables à une dépression cupuliforme plus ou moins prononcée, de couleur grise ou rougeâtre pour les premiers, de couleur blanchâtre chez les secondes; 9° le cercle sénile, partage presque exclusif de la vieillesse, offre de plus par sa forme annulaire un caractère toujours distinct.

Nous avons dit que les taies se développent le plus souvent sous l'influence d'une violente ophthalmie; nous avons ajouté qu'on les voyait aussi survenir sans cause connue et sans la plus petite injection des membranes oculaires; de là nécessairement des différences dans le traitement. Toutes fois que le chirurgien est appelé au début d'un épanchement interlamellaire provoqué par une kératite, c'est contre cette inflammation que les ressources thérapeutiques doivent être dirigées, et il n'est pas rare de faire céder l'albugo en même temps que la phlogose oculaire; cette terminaison s'observe particulièrement chez les jeunes sujets; elle est due, sans aucun doute, à l'activité de leur système absorbant; je compte plusieurs guérisons de ce genre, et j'en citerai un exemple bien remarquable. J'ai donné des soins il y a trois ou quatre ans à une jeune enfant, Mlle P...., passage Saint-Pierre. Cette jeune fille, d'une constitution émi-

---

de loi. Ce sont donc vingt-quatre nouveaux projets à ajouter à ceux précédemment fournis par l'Académie, les Facultés, l'Association de prévoyance, les Sociétés médicales, etc. *Quousque tandem?*

24 et 7 font 31. La vingt-quatrième commission du congrès était donc la *trente-unième*, instituée depuis 1829 pour réviser les lois relatives à l'exercice et à l'enseignement de la médecine en France. On pouvait, à ce chiffre, se croire suffisamment pourvu de commissions législatives; mais le congrès n'en a pas jugé ainsi, et, avant de se séparer, il a voulu donner le dernier trait à son ouvrage, en établissant une autre commission, dite permanente, laquelle a été la *trente-deuxième*.

Ce dernier effort semblait avoir comblé la mesure des travaux préparatoires. On se flattait que la formidable masse de matériaux rassemblés avec tant de zèle, de patience et de discernement, pendant onze années, par trente-deux commissions ministérielles, académiques, universitaires, etc., mettrait fin aux perplexités du pouvoir, et qu'il n'avait pas besoin cette fois de *plus ample informé*. Les gracieuses paroles de M. le ministre, grand-maître de l'Université, lors de sa visite au congrès, semblaient ne laisser aucun doute à cet égard. Mais au moment même où les vingt-quatre commissions de cette assemblée étaient à se frotter les mains de joie et à se congratuler mutuellement du pas immense qu'elles venaient de faire faire à la question, le ministre, par un revirement soudain, ordonne une nouvelle enquête, de nouvelles recherches, bref, un nouveau projet de loi, et institue, pour ce faire, une nouvelle commission, laquelle est, en comptant au plus juste, la *trente-troisième!!* Ceci est à peu près la répétition de ce qui se passa en 1834, époque où les projets élaborés dans les Facultés, l'Académie, et autres corps scientifiques, furent également annulés par la création d'une commission ministérielle. Seulement cette fois le ministre n'a pas eu à redouter l'imposante indignation de M. Nacquart.

Cette commission sera-t-elle la dernière? Pourra-t-elle terminer son travail assez tôt pour que le ministre l'utilise dans la prochaine session? Enfin, ce travail a-t-il plus de chances que les autres de se faire approuver dans les bureaux de l'instruction publique? Hélas! nous craignons bien qu'aucune de ces éventualités ne se réalise. Une commission de trente-deux membres est une réunion bien nombreuse, dans laquelle la divergence inévitable des opinions ne saurait manquer d'amener des discussions fort longues. La plupart de ses membres ont figuré déjà dans les commissions antérieures, instituées pour le même objet, et ils apporteront dans celle-ci des idées arrêtées qu'il sera peut-être difficile de concilier. Il ne faut pas oublier non plus que le rapport de la haute commission ne sera encore, comme tous les autres, que préparatoire. Il faudra très probablement pour le réduire à l'état de projet définitif qu'il subisse, dans les bureaux du ministère, un travail d'épuration, de coordination, de rédaction, lequel ne pourra peut-être être fait que par une dernière commission qui serait alors, dans cette supposition très permise, la *trente-quatrième*. On voit que tout cela conduit fort loin, et que nous n'avions pas tout à fait tort de dire en commençant que l'apparition de cette commission était un symptôme des plus alarmans.

Quoi qu'il en soit de ces tristes prévisions, dont on ne peut guère se défendre, on n'a que des éloges à donner à l'esprit d'impartialité et au discernement qui ont présidé à la composition de cette commission. Il est évident que le ministre a voulu réunir, comme en un faisceau, les représentans de tous les corps médi-

nemment lymphatique, était atteinte quand je la vis pour la première fois, d'une kératite vasculaire très intense, avec infiltration interlamellaire d'un blanc laiteux et de 6 millimètres de diamètre, située au centre de la cornée gauche; la vision était complètement abolie de ce côté. Sous l'influence d'une médication antiphlogistique et des amers, il ne restait plus, après trois semaines de traitement, qu'un point opaque de la largeur tout au plus d'un grain de mil; l'enfant pouvait lire avec cet œil quand le jour n'était pas trop éclatant; en deux mois, toute trace d'opacité avait complètement disparu, et actuellement que plusieurs années se sont écoulées il est impossible de reconnaître lequel des deux yeux a été affecté. Du reste, ici comme toujours, plus le mal est ancien, plus il est rebelle. Quand l'inflammation a disparu et que la tache persiste (c'est un cas assez ordinaire), je ne crois pas qu'on doive, comme on l'a conseillé, avoir recours aux antiphlogistiques; je n'ai jamais remarqué qu'ils fussent alors de quelque secours; je les jugerais même nuisibles le plus souvent, puisque nous avons signalé l'enfance et la constitution lymphatique parmi les causes prédisposantes, et que les évacuations sanguines sont nécessairement contr'indiquées chez de pareils sujets, sauf les cas d'inflammation assez violente. Les exutoires appliqués le plus près possible du mal et non pas au bras, comme on en a contracté la fâcheuse routine, jouissent d'une action très favorable; sans doute on ne les emploiera pas à l'exclusion d'un traitement approprié aux scrofules, à la syphilis, au vice dartreux, si ces divers états sont pour quelque chose dans la maladie dont nous parlons. J'ai toujours eu à me louer, chez les enfans, de frictions faites derrière les oreilles et le cou avec la pommade d'Antenrieth; j'en use de préférence aux vésicatoires, aux cautères et aux sétons, que je réserve pour les adultes et dont l'efficacité est puissante. Les purgatifs répétés à distance, quand l'état du tube digestif en permet l'usage, établissent aussi une dérivation très favorable.

Mais c'est surtout la médication topique qui a préoccupé les anciens et même les modernes dans le but de faire disparaître les taches de la cornée. On ne saurait se faire une idée du nombre des substances expérimentées à ce sujet, soit en collyres sous forme liquide, soit en pommades, soit en linimens; Weller, lorsqu'il expose trente-deux formules empruntées aux auteurs, ne donne qu'un faible échantillon de toutes les préparations composées à l'infini, dont on a tenté l'essai depuis des siècles. Il est vrai de dire qu'il est facile de réduire à deux les effets de cette prodigieuse pharmacopée: l'action résolutive d'une part, de l'autre une excitation tendant à activer la vitalité des vaisseaux absorbans. Les anciens, Pline nous l'apprend, choisissaient généralement leurs topiques parmi les excitans, tels que les fiels de barbeau, de brebis, de brochet; plus tard, on eut recours à l'huile obtenue à l'aide de linge brûlé; et, de nos jours, l'huile de foie de morue a été et est encore en vogue; lorsqu'il s'agit de détruire des taies peu consistantes, Sanson en recommandait l'usage; parmi les collyres liquides les plus répandus, je crois devoir citer ceux qui suivent:

COLLYRE DE WELLER.

Prenez: Vin stibié	40	grammes
Laudanum de Sydenham	10	—
Teinture d'aloès	5	—

Le laudanum de Sydenham coupé avec moitié eau pendant les premiers jours et qui ensuite s'emploie pur.

L'acétate de plomb liquide dont on fait usage de la même manière.

On touche la taie une ou plusieurs fois par jour avec un pinceau imbibé de ces substances, ou encore on en insuffle quelques gouttes entre les paupières. Mais le collyre à l'azotate d'argent est sans contredit de tous le plus efficace quand la teinte opaline est accompagnée de kératite ou de kérato-conjonctive. La dose de ce sel cristallisé varie depuis 5 jusqu'à 10 centigr. par 30 grammes d'eau distillée; rarement, quoi qu'on en ait dit, il est nécessaire de concentrer davantage la solution; les instillations de ce collyre doivent être souvent répétées dans la journée; mais, pour en accélérer l'action, il est indispensable de clore la paupière à l'aide d'une simple bande de toile. Dans ces derniers temps, les collyres secs semblent être prescrits de préférence. Dupuytren formulait le plus souvent un collyre composé de parties égales de tuthie préparée, de calomel à la vapeur et de sucre candi; les paupières étant écartées, on souffle sur la cornée tous les jours ou tous les deux jours une pincée de ce collyre réduit en poudre impalpable. M. Cloquet se sert avec avantage de la poudre d'oxide de bismuth. Il est toutefois essentiel de savoir que tous ces agens perdent en peu de temps leur action; il sera donc utile de ne pas en prolonger l'usage, sous peine de les voir complètement inefficaces. J'ai l'habitude de prescrire à la fois l'huile de foie de morue, le laudanum de Sydenham et le collyre sec de Dupuytren; chacun de ces médicamens est abandonné tous les huit jours pour être repris plus tard; cette méthode m'a donné jusqu'ici des résultats qui m'encouragent à persévérer. On ne saurait nier que certaines taches de la cornée ne disparaissent assez promptement sous l'influence de la thérapeutique qui vient d'être esquissée; mais, il ne faut pas se le dissimuler, c'est lentement, très lentement, que l'amélioration se manifeste la plupart du temps, et Fabini a dit avec raison; « Dans les cas les plus heureux, la transparence de la cornée ne se rétablit qu'à la longue d'une manière presque insensible, de sorte que la cure se fait attendre, non pas seulement pendant quelques mois, mais plutôt pendant des années. » Que de gens, en effet, portent des taches cornéales, qui n'ont pas guéri faute de persévérance!

Chacun concevra aisément qu'il est important d'être bien fixé sur la place occupée par l'opacité, et que toute application topique serait pour le moins superflue lorsque l'on a affaire à un albugo situé dans les lames tout à fait postérieures de la cornée; le remède n'atteindrait plus le mal et pourrait entretenir sur les couches superficielles une excitation nuisible.

Lorsqu'à la suite d'une thérapeutique opiniâtre, l'insuffisance ou l'inutilité de la médication a été reconnue, force est bien d'avoir recours aux ressources chirurgicales. Il est cependant une circonstance qui ne permet pas de remettre à une époque éloignée l'emploi de l'instrument tranchant, c'est l'existence de ramifications vasculaires soupçonnées d'entretenir la tache cornéale; toute médication deviendrait inefficace si l'on ne se hâtait de détruire la source réelle du leucoma. Voici quel est le procédé opératoire, fort simple en lui-même, à peine douloureux et cependant peu applicable aux jeunes sujets, parce qu'il exige une docilité qui n'est guère de leur âge: les paupières étant écartées par un aide, le chirurgien saisit avec une pince à griffes le vaisseau parasite, le soulève en l'isolant et en retranche une partie d'un coup de ciseaux courbes sur leur plat. Quand la conjonctive est peu mobile, il est assez difficile de saisir le rameau vasculaire; on arrive plus aisément au but par le moyen du crochet que j'ai inventé pour attirer l'iris dans l'opération de la pupille artificielle; celui-ci en effet, coudé à angle aigu, passe facilement sous le vaisseau qu'un

---

caux, facultés, académies, écoles secondaires, congrès, qui ont déjà émis leur avis à diverses époques. Il y a joint aussi quelques spécialités qui tiennent une grande place dans le monde médical, les médecins militaires, les médecins députés, etc... Cette commission est donc comme une synthèse des commissions antérieures. On doit y regretter seulement l'absence de l'élément administratif qui avait été heureusement ajouté, quoiqu'à dose un peu trop forte, à celle de 1834.

Qu'on nous permette une dernière réflexion. C'est une opinion très répandue et même populaire dans le corps médical, d'une part, que jamais l'exercice de l'art n'a été dans des conditions pires que celles où nous le voyons, tant sous le rapport de la dignité professionnelle que sous celui des intérêts matériels, et d'autre part, que ce n'est que par des mesures législatives qu'on pourra faire cesser cette fâcheuse situation. Nous ne voulons assurément nier ni l'existence du mal ni celle du remède; mais nous croyons qu'on s'exagère beaucoup et l'étendue du premier et l'efficacité du second. Si l'état intérieur de notre profession était réellement aussi désespéré qu'on nous le représente, il n'y aurait guère à espérer de ces moyens prétendus héroïques dont on vante sans cesse la vertu sans les avoir essayés, et on se ferait une étrange illusion de croire qu'on relèvera, à l'aide de quelques institutions artificielles, des mœurs, des vertus, des principes sans lesquels ces institutions mêmes ne peuvent tenir un instant. Mais si, par contraire, la position était en réalité meilleure qu'on ne le suppose, on n'aurait plus besoin de ces spécifiques dont la recherche occupe tant d'imaginations effrayées, et fait, en attendant qu'on les trouve, abandonner le malade.

Nous souhaitons vivement que la haute commission sur laquelle repose, pour le moment, le sort de la réforme médicale, se garde soigneusement de la *furia* législative de ses aînées, qui, en mettant inconsidérément la main à tout, ont contribué, bien plus peut-être que la prétendue négligence ou mauvaise volonté du pouvoir, à retarder la réalisation du petit nombre de mesures véritablement utiles que réclame et comporte la situation.

— La première épreuve du concours pour la chaire d'anatomie vacante à l'École de médecine a commencé aujourd'hui vendredi. Il s'agissait de la composition écrite. On avait donné pour sujet: *la peau*. Les concurrens qui se sont présentés sont MM. Bourgery, J. Béclard, Giraldès, Samson, Dumeril, Denonvilliers, Desprez, Gosselin, Chassaignac.

— M. le docteur Alexandre Arthault fera, mercredi prochain, 10 décembre, et les mercredis suivans, *de deux à quatre heures*, des expériences avec l'instrument de lithotritie, dont il est l'inventeur, et au moyen duquel il réduit en poudre, dans l'espace de quelques minutes, les calculs de la vessie les plus durs.

Les séances auront lieu rue de Grenelle-St-Germain, 58, chez M. le docteur Alexandre Arthault, qui prie MM. les médecins, chirurgiens et élèves en médecine de regarder cet avis comme une lettre d'invitation.

léger tiraillement isole et qu'on retranche d'ailleurs comme je viens de le dire; si plusieurs rameaux veineux étaient accolés, on a plus vite fait d'enlever d'un seul coup de ciseau la portion de la conjonctive qui leur livre passage.

Les autres opérations chirurgicales proposées pour remédier aux taies de la cornée, tout en concourant au même but, sont de plusieurs sortes. Les procédés les plus anciens consistent à râcler ou à scarifier la portion de la cornée frappée d'opacité; la valeur de ces étranges opérations ne mérite pas d'être discutée, il suffit de les mentionner. Restent deux procédés ayant chacun son application : l'opération de la pupille artificielle et l'abrasion, qui, peu employée, sinon oubliée pendant plus d'un siècle, vient d'être remise en honneur et a suscité dans la presse médicale une polémique à laquelle ont pris part bon nombre d'oculistes français et étrangers. Je fus le premier, et je m'en félicite, à réfuter les objections bien peu fondées qu'on adressait à M. Malgaigne, et je m'empressai d'envoyer à l'Académie des sciences une lettre dans laquelle j'établissais les circonstances favorables à l'abrasion; les expériences tentées depuis lors ont pleinement justifié l'opinion que j'avais émise. M. Malgaigne s'est peut-être trop passionné pour l'opération dont il croyait nous doter, quand il s'est écrié ironiquement en parlant de la pupille artificielle : « belle et splendide ressource! surtout quand il n'y a qu'un œil affecté. » Je ne saurais admettre, avec cet honorable confrère, que l'abrasion a droit d'être toujours tentée en premier lieu. A quoi vous servira d'enlever avec l'instrument tranchant les lames superficielles de la cornée, si le nuage occupe la partie postérieure, les couches profondes? Vous serez forcé d'arrêter votre dissection, car, en pénétrant plus avant, la perforation de la cornée est inévitable. N'est-il pas plus sage, et n'est-ce pas le seul parti à prendre, de pratiquer à l'iris (si le malade est aveugle) une ouverture correspondant à la portion de la cornée demeurée transparente? Si au contraire l'opacité occupe les lames superficielles, si l'étendue en est considérable, si enfin la thérapeutique médicale a été frappée d'impuissance, l'abrasion devient, quoi qu'on puisse objecter, la seule chance de salut.

La vive polémique à laquelle nous avons assisté m'engage à revenir sur cette opération à la fois ancienne et nouvelle; j'ai en vain cherché dans Gui lemeau et dans Philippe de Lahire, ces deux auteurs n'en ont pas dit un seul mot; je ne parle pas des scarifications et du râclage, qui n'ont aucune analogie avec l'abrasion. Charles de St-Yves est réellement le premier qui l'ait mentionnée comme une opération plusieurs fois renouvelée de son temps. Plus tard, Pellier de Quengsy pratiqua l'abrasion, et deux fois avec succès, à l'aide de pinces à ressort dentelées à leur extrémité et d'une lancette fixe sur son manche; le talon de cette lancette n'était pas trempé, afin de pouvoir la courber à volonté. Je ne m'arrêterai pas à retracer un historique des diverses phases par lesquelles l'abrasion de la cornée a passé depuis Pellier jusqu'à nos jours, M. Malgaigne s'est acquitté de cette tâche; le point important est de savoir si les guérisons obtenues sont durables. Demours a été témoin d'une amélioration peu notable, il est vrai, mais qui a persisté durant huit années. Une malade opérée il y a plus de deux ans par M. Malgaigne jouit actuellement d'une vision nette qui permet les travaux de l'aiguille et la lecture du petit texte sans difficulté; il est même digne de remarque que la cornée abrasée est devenue aussi lisse que celle de l'autre œil, le talus creusé par l'instrument s'étant élevé peu à peu. Un succès aussi marqué deviendra, je l'espère, le premier anneau d'une chaîne à la formation de laquelle nous sommes tous appelés à concourir, sans craindre de franchir les limites d'une chirurgie prudente. Nous examinerons tout à l'heure si l'abrasion est également applicable aux *cicatrices* de la cornée; mais avant d'aborder la seconde division que j'ai établie, il ne sera peut-être pas inutile d'exposer en quelques lignes deux modes de traiter les épanchements séreux interlamellaires, et qui, je crois, me sont propres; je dis que je le crois, car je n'oserais affirmer, il est si peu de choses qui soient nouvelles sous le soleil! trois fois j'ai pratiqué au centre d'albugos une cautérisation superficielle par le moyen d'un crayon d'azotate d'argent taillé perpendiculairement à sa hauteur, et sur mes trois malades, j'ai obtenu, non pas une guérison, mais une amélioration réelle, j'ai substitué une tache semi-transparente à une tache entièrement opaque et difforme. J'ai communiqué ces résultats à l'Académie des sciences il y a deux ans, à l'époque de la discussion sur l'abrasion de la cornée. Depuis lors, j'ai fait une autre tentative : le malade étant couché sur le dos, l'œil maintenu par un ophthalmostat, j'exerce sur l'opacité de douces frictions circulaires avec un pinceau de charpie préalablement imbibé d'huile, et que je trempe dans la poudre de pierre-ponce; ce pinceau doit être très serré, coupé carrément et excessivement court. Je ne suis pas encore en mesure de poser des chiffres, mais je puis assurer que cette manœuvre n'est pas aussi douloureuse qu'on pourrait le supposer tout d'abord; j'ajouterai toutefois qu'il est bon de choisir des sujets dociles.

II. — DES CICATRICES DE LA CORNÉE.

Les auteurs ont presque tous restreint la dénomination de *leucoma cicatrix* aux traces d'anciens ulcères de la cornée. Je ne vois pas pourquoi on a cherché à séparer et à envisager d'une manière spéciale les taches qui résultent d'un abcès de la cornée, alors que, le pus évacué en totalité ou en partie, la cicatrisation s'est opérée sur les lames endommagées; je comprendrai donc sous le nom de cicatrices l'état nuageux succédant à une perte de substance de la cornée, quelle que soit la cause qui ait donné lieu à cette destruction partielle.

Ces sortes de taches, d'un blanc bleuâtre ou grisâtre, parfois jaunâtre ou entièrement mat, comme les infiltrations cornéennes, s'en distinguent par la dépression de l'espace qu'elles occupent. Ce petit enfoncement, plus ou moins marqué, cupuliforme, à bords le plus souvent lisses, mais quelquefois frangés, ne donne pas toujours, comme on serait tenté de le croire, une mesure exacte de la substance lamellaire détruite; il est à remarquer que la cicatrice tend à se mettre de niveau avec le reste de la coque fibreuse, de sorte que si l'affection est ancienne, la dépression pourra être totalement effacée et simuler une taie par infiltration séreuse. Ces taches sont susceptibles, comme celles formées par la sérosité épaissie, d'occuper une ou plusieurs parties de la cornée, le centre ou la circonférence; comme elles aussi, quelques vaisseaux flexueux peuvent les accompagner; seulement, il est bon de faire observer que ces petites varices se développent particulièrement sur l'auréole nuageuse qui entoure presque toujours le noyau de cicatrice. Cette vascularisation morbide pénètre-t-elle dans la cicatrice elle-même? Je n'oserais le nier, mais jusqu'ici je n'en connais pas d'exemple.

L'état que je viens de décrire est l'une des terminaisons habituelles aux ulcérations cornéennes, que ces ulcérations soient dues à la disposition scrofuleuse ou à la présence longtemps prolongée d'un corps étranger, ou à toute autre cause traumatique. L'aspect est quelquefois différent quand la cicatrice succède à un abcès interlamellaire. Supposons, par exemple, qu'un petit dépôt purulent se soit formé dans l'épaisseur des lames, et que le pus n'ait trouvé au dehors qu'une issue insuffisante; le liquide séjournera, la petite plaie se cicatrisera à la longue, et l'activité absorbante n'étant pas assez forte pour faire rentrer dans la circulation le reste du dépôt purulent, celui-ci pourra se concréter et constituera en réalité une cicatrice opaque; de pareilles terminaisons ne sont pas rares. Il arrive encore que la matière purulente ait été sécrétée vers les lames postérieures et qu'elle se fasse jour dans l'humeur aqueuse; la cicatrice qui survient alors présente toujours plus d'inconvénients, si elle persiste, que quand elle est située à l'extérieur; car, par le siége même qu'elle occupe, elle échappe à nos agens thérapeutiques locaux.

M. Florent Cunier nous a signalé dernièrement une autre variété de cicatrice, consistant dans une couche blanchâtre formée peu à peu sur les surfaces ulcérées de la cornée, quand les malades font usage de collyres saturnins. Outre que la chimie explique parfaitement ce fait des incrustations, M. Cunier en a fourni la preuve à l'aide d'expériences tentées sur le lapin. Il toucha avec un collyre contenant de l'eau distillée, du vin d'opium et de l'extrait de saturne, des ulcérations pratiquées et entretenues de la sorte sur la cornée d'un de ces animaux; il en résulta un dépôt de carbonate de plomb semblable à celui que M. Cunier avait eu occasion d'observer chez l'homme; l'existence de cet état pathologique ne saurait donc être contestée. J'ai moi-même reconnu dernièrement un dépôt semblable chez une malade que m'avait adressée M. le docteur Jacob.

La gravité des cicatrices cornéales ne dépend pas autant de la largeur de la perte de substance que de la profondeur à laquelle les lames ont été détruites; la médecine n'a pas autant de prise sur ces taches que sur celles décrites plus haut. La cicatrice, en effet, est une terminaison heureuse dans un sens, puisque c'est la guérison d'une plaie qui aurait pu s'accroître en étendue et gagner profondément; mais cette guérison, qui ne s'effectue qu'aux dépens de la transparence cornéenne, constitue une infirmité plus ou moins gênante pour la vision. En général, quand cet état est superficiel, le pronostic est des plus favorables; la facette, médiocrement nuageuse, a plus de tendance à reprendre le niveau avec le reste de la coque. Si la dépression, au contraire, est assez marquée, il en résultera nécessairement une irrégularité de réfraction. J'ai dit qu'une auréole nuageuse entoure souvent, presque toujours, le point cicatrisé; cette auréole, il est bon de le savoir, oppose plus d'obstacle au passage de la lumière que la cicatrice elle-même dont les dimensions sont habituellement fort étroites et dont la couleur est assez pâle, lorsqu'elle n'est pas compliquée de dépôts incrustés; il est donc important de remarquer que si cette dernière résiste opiniâtrement aux efforts de l'art, il n'en est pas de même de l'auréole. La première indication à remplir consistera donc à retrancher les rameaux vasculaires, dont la présence tend à entretenir une irritation chronique; je ne reviendrai pas sur la manière d'o-

pérer cette excision; ce que j'ai dit plus haut des taies de la cornée s'applique également aux cicatrices; les évacuations sanguines, les purgatifs, les exutoires, les eaux stimulantes, les huiles, sont également indiquées pour combattre les auréoles en question; c'est pourquoi je m'abstiendrai de parler en détail de ces divers agens thérapeutiques. Quant aux préparations susceptibles d'éprouver une décomposition chimique, on doit bien se garder d'en conseiller l'usage. Il est d'autres conditions dont le chirurgien doit tenir compte : nous savons qu'une cicatrice est susceptible d'être recouverte de pus concrété et de sels métalliques incrustés; des fomentations émollientes, des fumigations répétées et longtemps prolongées, des bains à l'aide d'œillères seront employés pour combattre le premier de ces états; si, après un long usage de cette thérapeutique, on n'obtient point d'amélioration, il faudra traiter le pus à la manière d'un corps étranger et agir contre lui ainsi qu'on le fait quand une paillette de fer s'est incrustée dans la cornée; le chirurgien tentera donc, à l'aide d'une lancette légèrement coudée, d'enlever parcelle à parcelle le dépôt *crétacé*, en évitant avec soin de piquer la surface sur laquelle il repose; on ramènera de la sorte la cicatrice compliquée à l'état de cicatrice simple. Le même procédé sera mis en usage toutes les fois que la présence d'incrustations saturnines aura été constatée.

M. le docteur Caffe prétend qu'en pareille circonstance le seul moyen efficace pour ramener la transparence est l'abrasion de la surface malade. C'est, il me semble, juger bien légèrement, car, en admettant que le procédé exposé tout à l'heure ne soit pas suivi de succès, le chirurgien n'est pas réduit à la seule ressource de l'abrasion, il peut encore se réserver la chance d'une pupille artificielle. M. Caffe prétend aussi qu'un agent appartenant à la classe des substances médicales désignées par M. Mialhe sous le nom de coagulantes ou plastifiantes est susceptible d'agir à la manière des préparations saturnines, c'est-à-dire de déterminer l'obscurcissement de la cornée; puis, se livrant à une analyse critique de collyres défectueux selon lui, bien que, dans le nombre, plusieurs soient en vogue, notre honorable confrère s'exprime en ces termes : « Le Journal de chimie médicale, dans son numéro de mai, contient *une formule de collyre d'un médecin auquel il donne son nom* (sic), et dans lequel il joint à des eaux distillées de l'alcool de quinquina, étendu par le double de son poids d'eau; ici, la résine du quinquina cesse d'être tenue en dissolution, se précipite et devient corps étranger insoluble. »

Cette formule est mienne, et je l'ai appelée collyre anti-ophthalmique, ce qu'il est bon de savoir, puisque, au dire de mon honorable confrère, ce collyre m'aurait donné son nom....; c'est ajouter au nom l'épithète d'anti-ophthalmique, gracieuse faveur bien faite pour tenter la vanité d'un oculiste, et de laquelle je rends grâce à mon honorable confrère. Quant à la valeur réelle de cette formule, la réfutation adressée aux assertions de M. Caffe par un professeur de l'Ecole de pharmacie, et la citation élogieuse de la Gazette des hôpitaux me dispensent de toute explication.

Je reviens à l'abrasion proposée pour remédier aux cicatrices cornéales. Tant qu'il s'est agi de détruire une tache de niveau avec la courbe décrite par la coque extérieure de l'œil, l'opération m'a paru applicable dans plusieurs cas que j'ai mentionnés; en est-il de même quand l'opacité se présente sous forme de dépression? Cette question est d'une solution facile. Quel est, en effet, le dernier résultat de l'abrasion? N'est-ce pas en réalité une cicatrice de nature analogue à celles que nous sommes occupés à étudier en ce moment; à quoi bon alors substituer une cicatrice à une autre cicatrice? De deux choses l'une, ou la perte de substance chronique est superficielle, ou elle est profonde; si elle est superficielle, la gêne apportée au passage des rayons visuels est médiocre, et l'opération serait déplacée; si elle est profonde, c'est-à-dire si les lames externes et moyennes ont été détruites, la dissection n'est plus praticable; au moindre contact de l'instrument la perforation de la cornée serait imminente.

Ces réflexions expliquent pourquoi, au début de cet article, je me plaignais de ce qu'en proposant l'abrasion pour la cure des taches cornéales, on n'avait pas établi tout d'abord entre ces taches des différences anatomo-pathologiques, qui seules étaient capables de fixer la question.

III. — Cercle sénile ou arc sénile.

Bien que cette altération anatomique ne constitue pas réellement un état pathologique, je n'ai pas cru devoir m'abstenir d'en parler dans un mémoire où je réunis les taches blanches de la cornée. Les auteurs n'ont point été avares de noms pour désigner cette opacité qu'ils ont gratifiée des dénominations plus ou moins barbares de : *Gerontoxon externum et internum*, *marasmus senicis corneæ*, *macula arcuata*, etc.

Le cercle sénile consiste dans une zône d'un blanc grisâtre, qui occupe la totalité ou seulement une partie de la périphérie cornéenne chez certains vieillards. On suppose, et je crois avec raison que cette opacité circulaire résulte d'un défaut de nutrition. Le docteur Schon, qui s'est livré à des recherches sur ce sujet, a rencontré plusieurs fois l'artère ophthalmique ossifiée. La cornée, le fait paraît hors de doute, n'est pas la seule partie de l'œil qui soit sujette à cet anneau blanchâtre; l'auteur que je viens de citer a observé un cercle de même nature occupant la capsule postérieure. Avant lui, le docteur Ammon avait établi que parfois on trouve sur le cristallin une zône analogue à celle qui existe sur la cornée; dans ces deux circonstances, il s'agissait probablement de cataractes partielles; mais, chose singulière, la même altération n'a pas encore été signalée sur la capsule antérieure; le fait, il est vrai, pourrait s'expliquer par la différence de structure des deux capsules.

Le cercle sénile n'embrasse pas la même étendue chez tous les vieillards; étroit et partiel chez les uns, il est d'autres fois assez large pour qu'on l'ait considéré comme une contre-indication à l'opération de la cataracte par extraction. Cependant, il serait difficile de dire quelle pourrait être au juste son extension la plus large, et si, à mesure que le sujet avance en âge, la tache ne serait pas susceptible de gagner vers le centre de la cornée. Il est de fait qu'en examinant attentivement les yeux de quelques vieillards dont la vue est très faible, on constate facilement que la cornée ne jouit pas dans toute son étendue de la transparence normale, en même temps que sa courbure primitive s'est affaissée. Je ne serais pas éloigné de croire que cet aplatissement n'est pas dû à une diminution de l'humeur aqueuse, mais qu'il dépend plutôt d'un état anatomique de la cornée tendant à revenir sur elle-même, à se ratatiner. J'émets d'autant plus volontiers cette opinion que j'ai toujours vu le cercle sénile produire une sorte d'étranglement à la circonférence de la cornée, et qu'il ne paraît pas situé exactement sur la même courbe que le reste de cette membrane.

L'anneau nuageux n'est pas le partage exclusif de la vieillesse. Wardrop et Weller ont eu occasion de l'observer à toutes les époques de la vie; Sybel parle d'un homme de 32 ans qui en était atteint; il pourrait même exister congénialement, si l'on en croit Mohrenheim. Le défaut de nutrition de la cornée ne se borne pas toujours, chez les vieillards, à l'anneau sénile; plusieurs points de cette membrane sont susceptibles d'ossification, mais les exemples en sont assez rares.

On ne saurait proposer aucune médication pour combattre l'opacité annulaire, puisque, par le fait même du siége qu'elle occupe, elle est incapable de nuire à la vision. Il n'en est pas de même quand une incrustation osseuse occupe l'interstice des lames vers le centre de la cornée; il est utile alors de pratiquer l'extirpation de ces ossifications : toutefois, quand elles sont fort peu volumineuses, ne conviendrait-il pas mieux de s'abstenir et de s'occuper plutôt d'accroître la marge pupillaire à l'aide d'une eau belladonnée, surtout si l'œil du malade est atteint de blépharite chronique, affection assez ordinaire aux vieillards?

Je ne m'étendrai pas davantage sur les trois divisions que j'ai cru devoir établir dans les opacités de la cornée. Peut-être me reprochera-t-on d'avoir admis, dans le cadre que je me suis tracé, l'anneau opaque des vieillards, qui ne constitue pas réellement un état morbide, tandis que je me suis abstenu de décrire une opacité cornéenne beaucoup plus grave, je veux parler du staphylôme. Ces objections ne sont pas sans fondement; mais je n'ai eu d'autre but que d'exposer et de bien distinguer entre elles les taches blanches susceptibles de troubler la transparence de la cornée, et particulières à cette membrane; le cercle sénile faisait donc nécessairement partie de mon sujet. Quant au staphylôme, c'est bien, il est vrai, une opacité cornéenne, mais c'est aussi une affection complexe avec déformation particulière et désorganisation iritique; en somme, il consiste le plus souvent dans un état pathologique de plusieurs membranes de l'œil, et mérite par cela même une description séparée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(suite.)

IV. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les numéros de janvier et avril 1845 contiennent les articles originaux suivans: 1° *Cas de hernie étranglée, avec quelques remarques sur la nécessité de recourir promptement à l'opération*; par M. Warren. 2° *Sur la pathologie des fièvres rémittentes*; par M. Swett. 3° *Sur le traitement de la fièvre jaune*; par M. Wudermann. 4° *Observations sur le pouls des aliénés*; par M. Earle. 5° *Exophthalmos temporaire par inflammation rhumatique, suite de scarlatine*; par M. Porter.

6° *Observations sur l'auscultation obstétricale;* par M. Joynes. 7° *Tumeur du cou, d'une grosseur extraordinaire, enlevée avec succès;* par M. Spencer. (Cette tumeur pesait douze livres. Elle n'a pas été ouverte, de sorte que l'auteur ne peut spécifier quelle était sa texture; il croit cependant être en droit d'affirmer qu'elle n'était pas de nature maligne.) 8° *Plusieurs cas de chirurgie;* par M. Edwin Hall. 9° *Cas de hernie étranglée;* par M. Shipmann. 10° *Sur la pathologie de la fièvre jaune;* par M. Josiah. 11° *Essai sur l'emploi de l'expression congestive appliquée à certaines formes de fièvre;* par M. Parrish. 12° *Extirpation faite avec succès d'une tumeur fibreuse de la surface péritonéale de l'utérus, à travers une large incision du péritoine;* par M. Washington L. Atlée. 13° *De l'extraction de corps étrangers du conduit auditif externe;* par M. Marion Sims. 14° *Cas de plaie de la poitrine par arme à feu; la pièce de linge dont la balle était entourée resta vingt ans dans le poumon gauche;* par M. H. Houston. (Pendant ces vingt années, le blessé ne recouvra jamais sa première santé. Il demeura sujet à des accès irréguliers de toux qui rappelaient la toux de la coqueluche ou plutôt celle que détermine la présence d'un corps étranger dans le larynx. Bientôt, il s'y joignit une expectoration purulente. Enfin, survint la diarrhée; puis un état de dyspepsie auquel le malade finit par succomber.) 15° *De l'inaptitude à distinguer les couleurs;* par M. Earle. 16° *Emploi d'une corde tordue dans la réduction des luxations des larges surfaces articulaires;* par M. Gilbert. 17° *Sortie des intestins grêles dans une longueur de 17 pouces; guérison;* par M. Brigham. 18° *Corps étranger dans la trachée; trachéotomie; guérison;* par M. Charles Hall.

Sur la pathologie de la fièvre rémittente; par le docteur Swett.

Le docteur Stewardson, dans son Essai sur la fièvre rémittente, paraît avoir appelé le premier l'attention sur une altération particulière du foie, qui constituerait, suivant lui, le caractère anatomique de cette sorte de fièvre. Cette altération, quelle que fût sa nature, se manifesterait par une coloration bronzée à l'extérieur et olive à l'intérieur, fréquemment accompagnée d'un certain degré de ramollissement du parenchyme. Le docteur Swett ayant eu occasion d'observer un assez grand nombre de fièvres rémittentes à l'hôpital de New-York, pendant les mois d'août, septembre et octobre, a fait des recherches destinées à vérifier cette opinion de M. Stewardson.

Le nombre des malades admis dans cet hôpital pour la fièvre rémittente, pendant cet espace de temps, a été de 34. Cinq cas se sont terminés par la mort les 12ᵉ, 13ᵉ, 14ᵉ, 18ᵉ et 20ᵉ jours de la maladie. Sur les 29 cas restans, la durée précise de la maladie n'a été notée avec soin que vingt-trois fois; elle a été, en moyenne, de quinze jours. Le maximum a été de vingt-quatre jours et le minimum de dix jours. Une attention toute spéciale a été portée sur l'appareil biliaire, pendant la vie et après la mort. Dans quinze cas, c'est-à-dire dans près de la moitié, la sécrétion de la bile, à en juger par les selles, était très augmentée et sa couleur était notablement altérée; c'était là un des symptômes les plus frappans de la maladie. La teinte jaunâtre des yeux indiquait aussi, dans vingt-deux cas, un dérangement des fonctions biliaires; ce symptôme manquait complètement dans les autres cas. Il y avait presque toujours des vomissemens au début, quelquefois même avant l'entrée à l'hôpital. Fréquemment ce symptôme cessait spontanément après l'admission; cependant il a continué quelque temps encore dans seize cas. Le vomissement n'était formé d'ordinaire que de la tisane bue par le malade, légèrement teinte en vert ou en jaune; ce n'est que dans un très petit nombre de cas que la matière vomie était réellement bilieuse. A l'*autopsie*, le foie offrait généralement une couleur grise bleuâtre, avec des taches bronzées, spécialement à la face antéro-supérieure du lobe droit; inférieurement, cet organe présentait un aspect brunâtre avec un reflet jaune-verdâtre semblable à celui de l'olive. Les vaisseaux capillaires y formaient dans deux cas de petits réseaux circulaires très fins. Le ramollissement du tissu a été constant, sauf un cas où il est resté quelque doute; mais dans tous il était peu prononcé. Le foie conservait sa forme et son volume ordinaires, ne contenait jamais de pus, et ne donnait que très peu de sang à la pression.

En présence de ces faits, l'auteur, sans affirmer que l'altération susindiquée du foie soit réellement, comme le veut M. Stewardson, le *caractère anatomique* de la fièvre rémittente, de la même manière que la lésion des glandes de Peyer constitue, pour d'autres pathologistes, le caractère anatomique de la fièvre typhoïde, l'auteur, disons-nous, est d'accord avec son confrère des Etats-Unis sur le fait de l'altération hépatique et sur ses caractères matériels. Mais ici commence la difficulté et elle roule sur deux points principaux. Le foie présente-t-il une altération semblable dans des maladies autres que la fièvre rémittente et en particulier dans d'autres formes de fièvre? De quelle nature est cette altération? Sur la première question, M. Swett se déclare incompétent. « Elle ne pourrait, dit-il, être vidée qu'à l'aide d'observations nombreuses et détaillées. Tout ce que je puis affirmer, c'est que dans six cas de fièvre continue terminés par la mort, dont quatre avaient pris naissance à bord et deux en ville, cet état du foie n'existait pas, et l'examen avait été fait spécialement en vue de la rechercher. » Nous croyons, quant à nous, que l'expérience a déjà prononcé sur ce point et que la couleur brunâtre du foie, avec mollesse du tissu et sécheresse au toucher, se rencontre quelquefois, non seulement dans la fièvre continue proprement dite, mais encore dans d'autres affections moins générales et, par exemple, dans certaines pneumonies à forme adynamique. Cet état n'a pour nous rien de spécifique et a sa source dans des conditions générales de l'économie ou, tout au moins, du système circulatoire abdominal, lesquelles peuvent se présenter dans les affections les plus différentes quant à leur siége et à leurs caractères. En France, nous n'avons pas souvent l'occasion d'ouvrir des individus morts de fièvre rémittente, mais nous sommes convaincus qu'un grand nombre d'autopsies, dans lesquelles on porterait une attention spéciale sur le foie, conduiraient à reconnaître qu'il n'y a aucun rapport direct, spécifique, entre l'état de ces organes et le type rémittent de la fièvre; que tantôt il paraîtrait absolument sain et tantôt offrirait les altérations les plus disparates. Il en serait, à coup sûr, de ces sortes de fièvres comme de la fièvre typhoïde, dans laquelle on trouve le foie tour-à-tour pâle, injecté, d'une densité normale ou ramolli, sans qu'il soit possible d'assigner la cause de ces différences. Ces remarques, on le voit, s'attaquent à la pensée fondamentale du travail de M. Swett, comme de celui de M. Stewardson; ce qui ne doit pas nous empêcher de reconnaître que ces pathologistes distingués ont apporté des matériaux utiles à l'histoire, encore si obscure, des affections de l'appareil biliaire.

Est-il besoin maintenant de demander si la lésion hépatique qu'ils ont décrite est de nature inflammatoire? M. Swett, qui se pose cette question, y répond, comme on le pense bien, par la négative. « Il me paraît raisonnable de supposer, ajoute-t-il, que le changement de couleur du foie est dû à l'action de la bile, surtout quand je me rappelle l'aspect du liquide observé dans la vésicule du fiel. » L'aspect brunâtre de ce liquide suffit-il pour autoriser la conclusion qu'en tire l'auteur? Cela est encore douteux et il ne serait pas plus difficile de trouver une autre explication du phénomène dans l'état du sang de la veine-porte, et le ramollissement du tissu hépatique s'accorderait mieux, ce nous semble, avec cette explication qu'avec la première.

Dans la dernière partie de son travail, l'auteur, s'écartant de l'objet primitif de ses recherches, profite de ses observations pour combattre une opinion de M. Stewardson, d'après laquelle l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac et du duodénum serait un des *traits* (feature) importans de la maladie, et l'opinion généralement répandue à New-York que l'inflammation des glandes de Peyer peut se présenter dans les cas de fièvre rémittente. Cette croyance a été surtout fortifiée par six observations que le docteur Richardson a publiées en 1841 dans le New-York journal. M. Swett rapporte ces observations et fait remarquer: 1° qu'elles sont (ce qui est vrai) beaucoup trop écourtées pour permettre d'asseoir un jugement sûr; 2° que dans quatre de ces six cas les glandes de Peyer sont notées simplement comme plus développées que de coutume, sans autre changement, sauf un cas où il est parlé d'une petite ulcération d'une seule plaque, et ce n'était peut-être qu'une simple lacune de plaque réticulée, comme on en rencontre sans maladie aucune des glandes; 3° que dans les deux seuls cas où les plaques étaient indubitablement enflammées, l'histoire des symptômes est si incomplète qu'il y a lieu de penser qu'il ne s'agissait pas de fièvre rémittente, mais bien de fièvre continue.

La seule réflexion que nous puissions nous permettre sur un débat dont nous n'avons pas les pièces sous les yeux, c'est qu'il n'est pas rare, en effet, de rencontrer un certain développement des plaques de Peyer, même avec une fine injection des vaisseaux ambians, dans diverses pyrexies qu'il est impossible de confondre avec la fièvre typhoïde.

Sur le traitement de la fièvre jaune; par M. Wudermann.

L'auteur a eu occasion de traiter 191 malades atteints de fièvre jaune, sur lesquels 25 sont morts; 10 de ces cas étaient peu intenses; restent 181 cas bien prononcés. 34 de ces sujets étaient adonnés aux liqueurs spiritueuses, et quelques Irlandais, persuadés que les douleurs des reins et des extrémités étaient causées par le froid, s'étaient déjà traités par le punch à l'eau-de-vie.

C'est l'exposé pur et simple des moyens thérapeutiques employés chez ces 191 malades et des résultats obtenus, qui constitue le travail de M. Wudermann. On ne trouve à peu près aucune considération scientifique et de

raisonnement ne joue qu'un très faible rôle dans ce récit dénué de toute prétention.

Le plus grand nombre des malades a été traité par la méthode mercurielle. Quand ils arrivaient à la première ou à la seconde période, si le pouls le permettait, on pratiquait une large saignée du bras, dont le premier effet était ordinairement une diminution marquée dans les douleurs des orbites, des reins, des membres, et souvent la cessation des vomissemens et le rétablissement de la souplesse de la peau. Si le vomissement, qui se montrait fréquemment au début, continuait, on appliquait des sinapismes à l'épigastre et l'on administrait des lavemens laxatifs jusqu'à ce que l'effet intestinal se prononçât; alors le vomissement cessait constamment. Dès que l'estomac pouvait le supporter, le calomel était donné à la dose de dix grains toutes les deux heures; une heure après chaque dose, deux drachmes de sel d'Epsom dans deux onces d'eau jusqu'à production d'une diarrhée abondante. Le sel était alors supprimé et le calomel réduit à six ou huit grains toutes les deux heures. Frictions alcooliques sur les membres. Diète absolue. Quand la fièvre était un peu tombée, l'on appliquait sur la moitié supérieure de l'abdomen un large vésicatoire, s'étendant plus du côté du foie que vers l'hypocondre gauche. Il en résultait un soulagement de la céphalalgie et du lombago.

L'haleine mercurielle s'est fait sentir dans quelques cas en trente-six heures et le gonflement des gencives est parfois survenu du deuxième au quatrième jour. Quand il y avait indication, l'on avait recours aux révulsifs appliqués aux extrémités et à la nuque; mais l'essentiel était d'obtenir le ptyalisme que l'auteur regarde comme la planche de salut des malades.

Par ce traitement, on n'a perdu qu'un malade sur sept.

Dans la troisième période, les irritans ayant une action dangereuse sur les intestins, les moyens thérapeutiques ont été modifiés de la manière suivante. Après la saignée, le calomel, le sel d'Epsom, l'application du vésicatoire, le calomel était seulement continué à la dose de cinq grains toutes les deux heures jusqu'à ce qu'une teinte verte particulière des évacuations alvines annonçât son action sur le foie. Alors, on le supprimait et la liberté du ventre était entretenue par des lavemens d'eau tiède. Frictions chaudes et sèches sur la peau. Glace administrée copieusement à l'intérieur. Diète absolue. Si le vomissement noir apparaissait, l'on continuait le même traitement, si ce n'est que le malade était privé de l'eau de gruau qui avait pu lui être accordée antérieurement et réduit à un usage modéré de la glace et à une mixture faite avec le bicarbonate de soude, l'élixir parégoric et l'eau de gomme.

Ce mode de traitement, dans la troisième période, a permis de sauver huit malades sur neuf; sept ont guéri après avoir eu le vomissement noir; c'était quatre enfans de moins de six ans, un enfant de douze ans et deux adultes.

Ces résultats sont assez beaux pour parler en faveur du traitement préconisé par le docteur Wudermann, traitement peu différent d'ailleurs, à ce qu'il nous semble, de celui qui est employé par beaucoup d'autres médecins américains. Mais on comprend qu'en présence d'un exposé aussi nu et aussi rapide des modes de traitement qui ont été suivis et de leurs résultats, nous ne pouvons guère sortir de notre rôle d'historien. Nous ne blâmons pas, du reste, cette simplicité du récit qui porte l'empreinte de la bonne foi; elle n'a d'inconvénient réel que pour le critique qui manque ainsi de tout moyen d'appréciation.

DE LA PATHOLOGIE DE LA FIÈVRE JAUNE; par M. C. NOTT.

On ne croit plus guère aujourd'hui, en France du moins, à la nature inflammatoire de la fièvre jaune. A consulter la presse médicale d'Amérique, il ne paraît pas qu'on y croie beaucoup plus sur la terre classique de cette terrible fièvre. Cependant, voici que le docteur Nott rassemble judicieusement les preuves de fait qu'on peut invoquer contre cette opinion. A l'aide surtout de l'anatomie pathologique et de la chimie, appuyé sur les travaux de Chervin et de MM. Louis, Trousseau et Andral, il montre que la fièvre jaune diffère essentiellement des maladies inflammatoires. Il pense qu'elle emprunte son caractère essentiel à la présence au sein de l'économie d'un poison *déprimant* (depressing) charrié par le torrent de la circulation, que le sang est profondément altéré, et que c'est lui qui, exhalé d'abord, puis modifié par les nouvelles circonstances dans lesquelles il se trouve, constitue le vomissement noir. S'il en est ainsi, il devient évident que, règle générale, toute déplétion *active*, soit par les évacuations sanguines, soit par les purgatifs, est contr'indiquée, ce qui n'équivaut pas à une proscription absolue.

Ces différentes manières de voir de l'auteur n'ont peut-être pour nous qu'un défaut, c'est d'être trop universellement répandues, circonstance qui ôte nécessairement au judicieux mémoire où elles sont développées un peu de son intérêt. On remarquera cependant une différence entre cette manière de comprendre le traitement de la fièvre jaune et celle d'un autre auteur (M. Wudermann), dont nous analysons le travail dans cette même revue. Ce dernier accorde aux purgatifs une confiance que M. Nott ne paraît pas partager au même degré, à cause de leur action débilitante. Il y a, dans ces deux opinions, un côté vrai. Les purgatifs sont à coup sûr un des meilleurs moyens à employer contre la fièvre jaune; et, d'un autre côté, il est certain aussi qu'ils peuvent, à de certaines doses, débiliter d'une manière fâcheuse l'économie déjà tombée dans la prostration. Aussi faut-il, autant que possible, soutenir en même temps la réaction organique au moyen de stimulans internes et externes. C'est, du reste, ce que fait en partie M. Wudermann, au moyen de frictions alcooliques sur les membres.

SUR L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE; par M. SIMS.

A tous les moyens d'extraction proposés pour enlever les corps étrangers du méat auditif, M. Sims préfère l'emploi des injections poussées dans ce conduit avec une petite seringue. C'est le procédé le plus aisé, le plus sûr; il convient également, quels que soient le volume, la consistance, l'irrégularité même du corps qu'il s'agit de retirer, et a souvent réussi là où tous les autres avaient échoué. Il y a cependant une raison qui pourrait s'opposer à ce qu'on obtienne des injections tous les avantages qu'on doit s'en promettre, au premier bord, et c'est spécialement à éclairer ce point de pratique qu'est consacré le présent travail. Les anatomistes savent que le conduit auditif externe n'est point un conduit droit; non seulement il présente une obliquité prononcée, mais il a aussi une courbure qui se trouve encore augmentée par la saillie que forme au dedans de son orifice extérieur le bord antérieur semi-lunaire de la conque. Il est évident qu'avec une pareille disposition, il y a sinon impossibilité du moins beaucoup de difficulté à lancer un jet de liquide avec quelque force contre la membrane tympanique, même alors que le canal ne serait point obstrué par un corps étranger. En effet, si le tuyau de la seringue est dirigé parallèlement au tragus, la force employée à pousser l'injection va se perdre contre la paroi antéro-inférieure ou convexe du plancher du conduit; si on le tourne plutôt vers le bord semi-lunaire du méat, la force s'épuise sur la paroi postéro-supérieure ou concave. Pour réussir dans cette manœuvre, il faut donc préalablement changer la direction du conduit en saisissant entre les doigts la partie inférieure de l'anthélix, et pressant le dos de la conque en avant, tandis qu'on étend ainsi fortement l'organe tout entier en le tirant en dehors, en haut et en arrière. De cette manière, on convertit le conduit auditif en un canal rectiligne, de diamètre partout uniforme, et l'on peut plus facilement pousser l'injection contre son véritable fond.

M. Sims cite, à la suite de ces considérations, plusieurs cas où l'injection faite avec les précautions énoncées a entraîné des corps étrangers fixés dans le méat auditif.

RÉDUCTION DES LUXATIONS AU MOYEN DE LA CORDE TORQUE; par M. GILBERT.

La première idée de cet ingénieux moyen est due à M. Fahnestoch, de Pittsburgh. Ce fut, pris au dépourvu et forcé par la nécessité, qu'il y eut d'abord recours; mais le résultat en fut tellement satisfaisant que depuis lors il l'emploie dans tous les cas. Voici la manière de disposer l'appareil.

Le malade étant placé dans une situation convenable, on prend une forte corde dont le plein est passé sous une bande que l'on fixe ensuite solidement à la partie du membre sur laquelle on se propose de faire porter la traction. Cela fait, ou double la corde et l'on fixe son autre extrémité à quelque crochet, ou anneau de fer, ou gâche de serrure, qui soit fichée invariablement dans le mur. Alors on engage un bâton entre les deux chefs de la corde et vers le milieu de la longueur de celle ci, de sorte qu'en tournant ensuite le bâton, on tord l'un sur l'autre ces deux chefs. De cette manière, à mesure qu'on tourne le bâton, la corde diminue de longueur, et par conséquent tire sur le membre qui doit avoir préalablement été retenu en place par une force contr'extensive convenablement disposée.

Il n'échappera pas au lecteur que ce procédé, quoique d'une application très commode et très simple, offre à peu près tous les avantages des moufles, savoir: facilité d'exercer sans efforts une traction très-puissante, possibilité de la diminuer, de l'augmenter ou de la suspendre à volonté; enfin lenteur et continuité dans l'action de la force déployée. La seule objection à son adoption comme méthode générale serait l'impossibilité de développer ainsi une puissance extrêmement considérable; mais nous inclinons à penser qu'en donnant au bâton qui sert de levier une longueur suffisante, on obtiendra une traction assez énergique pour satisfaire généralement aux exigences usuelles de la pratique.

CONSIDÉRATIONS SUR L'OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE; PAR M. WARREN.

Le principal objet de ces remarques, auxquelles l'autorité du nom de M. Warren ajoute un très grand poids, est de recommander de hâter l'opération plus qu'on ne le fait habituellement dans les hernies étranglées. Voici la conduite qu'il conseille de tenir. Après avoir essayé méthodiquement et avec précaution le taxis, il faut faire au malade une saignée générale et laisser couler le sang jusqu'à ce qu'il survienne une syncope. C'est le meilleur moyen d'obtenir le relâchement des parties, et il réalise en outre une indication des plus importantes, celle de prévenir ou de diminuer l'inflammation dans les organes herniés. Après ceci, la hernie pourra généralement être réduite, si du moins elle est susceptible de réduction sans opération. Les bains chauds, la glace, l'administration du tabac sont inférieurs en efficacité à la saignée abondante, et de plus, ces tentatives ont l'inconvénient majeur de faire perdre un temps précieux et d'épuiser les forces du patient. — Il est bien entendu que ce plan de traitement ne serait de rigueur que dans les cas où la tumeur et le ventre sont douloureux, et la réaction générale très vive. Lorsqu'il y a moins de sensibilité locale et moins de troubles fonctionnels, on peut temporiser au delà de ce terme.

L'auteur a aussi discuté la question du siége de l'étranglement. Deux fois, il a réussi en opérant sans ouvrir le sac (observations 1 et 3); dans ces deux cas il s'agissait d'hommes adultes, de hernies inguinales et non congénitales). Il pense que la herniotomie sans incision du sac devrait être employée plus souvent qu'on ne le fait; « nous pouvons même dire, ajoute-t il, qu'elle devrait être généralement essayée. » Elle ne conviendrait pas lorsqu'on peut soupçonner une gangrène des viscères, on si l'étranglement siége au collet du sac; mais il pense que ce dernier n'est pas très fréquent.

Enfin, aucune des observations dont M. Warren a été témoin n'a justifié à ses yeux la doctrine récemment soutenue par un écrivain français que beaucoup de hernies prétendues étranglées ne sont en réalité que des cas d'inflammation du sac herniaire. Son expérience clinique ne concorde en aucune manière avec cette hypothèse.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE.

SUR LES CAVITÉS VEINEUSES OU SINUS DANS LES ANIMAUX SUPÉRIEURS.

Après la lecture du procès verbal, M. DUMÉRIL demande la parole à l'occasion de la notice descriptive d'anatomie comparée communiquée à l'Académie par M. Natalis Guillot, relative à un réservoir particulier observé dans l'appareil de la circulation des raies.

Comme l'auteur de cette note a dit que les particularités qu'il indique paraissent avoir échappé à l'observation, M. Duméril croit devoir rappeler que dans l'un de ses mémoires sur l'organisation des lamproies, publié en 1807, il a dit : « Que les veines forment des sinus analogues à ceux de la dure-mère et de l'intérieur de la colonne vertébrale chez les mammifères. ... Que le plus souvent les artères baignent dans ces sinus, comme cela se voit pour l'artère bronchiale, et dans les deux grands sinus qui règnent sous l'échine et qui accompagnent l'aorte. »

M. MILNE EDWARDS répond que la disposition anatomique dont il a entretenu l'Académie, de la part de M. Natalis Guillot, n'avait été signalée ni par Monro, ni par Cuvier, ni par Stannius, ni (à sa connaissance au moins) par aucun autre naturaliste, et que par conséquent la découverte du fait en question lui paraît appartenir à M. Natalis Guillot. Les cavités veineuses trouvées par cet anatomiste ont peut-être quelque analogie avec les sinus dont l'existence a été signalée chez les lamproies par M. Duméril lui-même, mais diffèrent notablement de ce que l'on désigne ordinairement sous le nom de *sinus* chez les animaux supérieurs; ce ne sont pas de simples dilatations d'une veine, mais bien des systèmes de *lacunes* en communication directe avec les vaisseaux proprement dits.

M. Milne Edwards ajoute que pendant que M. N. Guillot s'occupait de ces recherches sur l'appareil de la circulation chez les raies, M. Robin était arrivé de son côté à des résultats analogues, et que ce jeune anatomiste avait en outre constaté l'existence de cavités veineuses de même nature chez les *squa'es*.

—M. MILNE EDWARDS, à la suite de ces remarques, dépose sur le bureau une NOTE SUR LA DISPOSITION ANATOMIQUE DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION CHEZ LES MOLLUSQUES DU GENRE PATELLE, par MM. Lebert et Robin.

NERFS DES MEMBRANES SÉREUSES.

M. PAPENNHEIM rappelle, à l'occasion de la communication faite récemment à l'Académie par M. Bourgery, sur les nerfs des séreuses, qu'il a déjà été publié en 1840 une notice sur la structure des nerfs dans le péritoine, par M. Ramack, médecin à Berlin. Cet anatomiste a poursuivi les nerfs jusqu'à la surface extérieure de la plèvre. M. Papenheim lui même a trouvé quelques filets nerveux dans l'arachnoïde de l'homme et du bœuf; enfin M. Valkmann en a décrit dernièrement dans l'arachnoïde du veau. La présence des nerfs dans les membranes séreuses, ajoute M. Papenheim, est donc un fait connu. Mais comme il s'agissait de savoir si M. Bourgery avait trouvé par son procédé nouveau d'autres nerfs, j'appliquai, dit-il, l'acide nitrique dilué et j'acquis alors la preuve que les fibres qui blanchissaient n'étaient autre chose que du tissu cellulaire, qu'il était même difficile alors de trouver des nerfs véritables (1). L'acide acétique, au contraire, fait voir des nerfs véritables dans la surface extérieure du péritoine, chez l'homme, lesquels se ramifient même quelquefois entre les fibres du péritoine.

Si M. Bourgery est parvenu à un résultat tout-à-fait contraire, c'est qu'il a pris probablement le réseau des fibres celluleuses pour des nerfs. J'ai d'ailleurs publié déjà, dans une autre occasion, qu'il est très-facile de prendre des veines capillaires pour des nerfs, et qu'alors on peut croire à une richesse de nerfs là où il n'en existe nulle trace.

Le résultat des observations faites jusqu'ici est qu'il existe des nerfs appartenant aux membranes séreuses, mais que ces nerfs existent en nombre très-peu considérable.

—M. SICHEL adresse une notice sur cinq cachets inédits de médecins-oculistes romains (V. GAZ. MÉDIC., nos 38 et 39, 1845).

— M. ARZIAS-TRENNE adresse un paquet cacheté contenant une théorie de la migraine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Les procès-verbaux des deux dernières séances sont successivement lus et adoptés.

INFLUENCE DE LA TEMPÉRATURE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'OEUF HUMAIN.

M. JULES BÉCLARD lit un travail ayant pour titre : ESSAI SUR LA MÉTHODE A SUIVRE DANS L'ÉTUDE DE LA PHYSIOLOGIE ET DE L'ANATOMIE; INFLUENCE DE LA TEMPÉRATURE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'OEUF HUMAIN.

L'auteur, après avoir exposé dans un brillant préambule les diverses méthodes philosophiques qui ont successivement été mises en usage dans l'étude de la physiologie et de l'anatomie, et en avoir apprécié la valeur, a abordé la seconde partie de son sujet en faisant connaître les résultats d'une première série d'expériences qu'il a tentées pour déterminer le mode d'influence qu'exerce la chaleur sur le développement des tissus. Il est arrivé à cette première conclusion que la température exerce une telle influence sur le développement des tissus, qu'on peut, en la modifiant à divers degrés, developper en quelque sorte, à volonté, tel ou tel système de l'économie.

Le travail de M. J. Béclard est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Longet et Adelon.

TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE.

M. LEURET lit un travail intitulé : DES INDICATIONS A SUIVRE DANS LE TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE.

L'auteur s'est principalement proposé dans ce mémoire d'établir que le traitement moral de la folie ne peut pas plus que le traitement physique de cette même affection, et le traitement de toutes les maladies en général, se réduire à des principes fixes; que ces principes doivent varier non seulement en raison des différences que présentent les diverses espèces de monomanie, mais en raison même des individualités. Il rapporte à l'appui de cette proposition plusieurs exemples de monomanie dans lesquels il a été obligé de recourir à autant de moyens moraux différens.

Le bureau propose, pour l'examen du mémoire de M. Leuret, une commission composée de MM. Pariset, Ferrus et Gerdy.

M. Ferrus se récusant par motif de santé, M. Londe est invité à le remplacer

MODE D'ACTION DES MÉDICAMENS EXTERNES.

M. LEMAITRE DE RABODANGES lit un travail intitulé : NOUVELLES RECHERCHES SUR LE MODE D'ACTION DES MÉDICAMENS DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES, DES ULCÈRES, DARTRES, CANCERS ET DE TOUTES LES MALADIES EXTERNES, etc.

(Nous avons déjà rendu compte de ce travail, qui a été communiqué à l'Académie des sciences dans sa séance du 3 novembre dernier. (Voir GAZ. MÉD. du 8 novembre.)

MM. Lecanu, Blandin et Delens, sont priés de rendre compte de ce mémoire à l'Académie.

CONGRÈS MÉDICAL.

PRÉSIDENCE DE M. SERRES.

(Suite et fin. — Voir les numéros 47 et 48.)

SECTION DE MÉDECINE.

SUITE DU RAPPORT DE LA COMMISSION N° 11. — QUESTIONS DIVERSES. — SAGES-FEMMES.

(M. GERDY jeune, rapporteur.)

VI. Tout est à faire pour les eaux minérales. Elles sont régies par une ordonnance de 1823, qui établit des médecins inspecteurs ayant pour fonctions prin-

(1) MM. Henle et M. Mandl ont constaté à un grossissement de 3 à 400 diamètres que les fibres nerveuses ont un volume dix fois plus considérable que celui des fibres celluleuses.

cipales, pour devoirs et pour droits, 1° de veiller à la conservation des sources, à leur amélioration, à ce qu'elles ne puissent être altérées ; 2° de surveiller l'usage qui en est fait par les malades, sans néanmoins pouvoir mettre obstacle à la liberté qu'ont ces derniers de suivre les prescriptions de leurs propres médecins ou chirurgiens, et même d'être accompagnés par eux s'ils le demandent.

Le rapporteur, après avoir signalé les nombreux inconvéniens et abus qui résultent de cette organisation, s'exprime en ces termes :

Votre commission a pensé que sur ce point le congrès pouvait rendre un très grand service à la science, en demandant pour les eaux minérales une organisation convenable. Cette partie importante des services publics n'est point, à proprement parler, organisée. Chaque inspecteur, comme chaque établissement, a une existence isolée, sans liaison avec les autres. Chaque inspecteur, attaché à toujours à une même source, ne pratiquant que là, n'étudiant l'action des eaux que là, ne peut s'élever à la connaissance générale des eaux par une comparaison qui lui est impossible, et ne saurait nous faire connaître que la source dont il a expérimenté l'action ; et il ne le peut bien encore, qu'à la condition de ne pas subir l'engouement si naturel à l'homme pour le moyen qu'il emploie seul et qu'il emploie tous les jours. Il faudrait donc, pour arriver à des connaissances comparatives et absolues, précises, importantes pour la science, que le même inspecteur pût être attaché successivement à plusieurs établissemens d'eaux minérales. Il faudrait, d'ailleurs, qu'il eût donné des preuves de capacité et de connaissances étendues dans les différentes sciences qui éclairent l'étude des eaux minérales. Ce serait une carrière dans laquelle on entrerait par les degrés inférieurs ; pour s'élever par le mérite et par le temps, aux positions les plus avantageuses. Alors on pourrait arriver à constituer la science des eaux minérales, à faire une véritable science de ce qui n'est aujourd'hui qu'un indigeste chaos.

Il serait important, d'ailleurs, qu'une autorité supérieure, régulatrice, fût appelée à éclairer et à juger beaucoup de questions générales, comme celles relatives à la construction des établissemens, aux travaux d'amélioration à exécuter pour les sources, etc. En conséquence, votre commission vous propose les résolutions suivantes :

Le congrès émet le vœu :

XV. 1° Que les médecins des eaux minérales soient tous institués par concours ;

XVI. 2° Qu'ils soient organisés en un corps hiérarchique, où un avancement régulier leur permette de diriger successivement des établissemens de différente nature et d'une importance croissante ;

XVII. 3° Que les attributions de ces médecins soient fixées d'une manière précise ;

XVIII. 4° Qu'il soit créé une commission supérieure et permanente des eaux minérales.

VII. « Toutes les places, rétribuées ou honorifiques, que les médecins peuvent remplir, sont-elles susceptibles d'être données au concours ou à l'élection ? »

Messieurs, votre commission a pensé que le concours pouvait et devait être appliqué à la grande majorité des places dévolues aux médecins, parce qu'il est le plus sûr moyen de faire triompher le mérite ; que pour un certain nombre de places cependant, l'élection, en l'entourant des garanties convenables, pourrait remplacer avantageusement le concours ; qu'enfin, il en est d'autres peu nombreuses, pour lesquelles on ne peut demander à l'autorité de renoncer complètement au droit de nomination. Votre commission a cru devoir, d'après les raisons que nous vous avons exposées plus haut, pour donner des encouragemens efficaces aux études médicales, et pour rémunérer les services rendus dans des fonctions honorables et pénibles, manifester le désir que les nominations de cette dernière classe fussent faites, autant que possible, parmi les candidats que recommandent des succès antérieurs dans la science ou des travaux utiles pour la société. Elle vous propose de demander :

XIX. 1° Que le concours soit étendu à un bien plus grand nombre de nominations qu'il ne l'est aujourd'hui et appliqué partout où il sera reconnu applicable ;

XX. 2° Que les nominations auxquelles le concours ne paraîtra pas pouvoir être applicable soient faites autant que possible par une élection convenablement instituée ;

XXI. 3° Que dans les nominations réservées à la disposition absolue de l'autorité, il doit tenir compte des titres acquis par les candidats soit par des succès antérieurs dans des concours, soit par des travaux scientifiques d'une valeur reconnue, soit par de longs services dans les établissemens de bienfaisance.

VIII. « L'institution actuelle des sages-femmes offre-t-elle les garanties nécessaires à la société ?

» Les divers modes suivis pour la réception des sages-femmes sont-ils sans inconvéniens ?

» La suppression des sages-femmes est-elle possible ? »

Votre commission, Messieurs, a été unanime à reconnaître l'impossibilité de supprimer l'institution des sages-femmes. Mais elle a reconnu en même temps qu'on exige d'elles trop peu de garanties, et sous le rapport de la moralité et sous le rapport de l'instruction première.

Les examens aussi sont insuffisans, surtout pour le second degré des sages-femmes, dont l'existence est encore bien moins acceptable que celle du second degré de médecine dont vous avez demandé la suppression. D'ailleurs, nous avons reconnu avec peine que les sages-femmes sont beaucoup trop nombreuses dans les grandes villes, où leur utilité est bien moindre que dans les campagnes.

Nous vous proposons d'adopter les vœux suivans :

XXII. 1° Nulle ne pourra être élève sage-femme si elle ne présente un certificat de moralité et si elle ne justifie d'une instruction primaire suffisante.

XXIII. 2° La durée de la scolarité pour les élèves sages-femmes sera de deux ans au moins. Leurs études devront être surtout pratiques ;

XXIV. 3° Les sages-femmes seront reçues dans les Facultés, dans les écoles préparatoires ou par une commission médicale dans les villes où il existe une Maternité recevant un nombre de femmes suffisant ;

XXV. 4° Les examens, au nombre de deux, qu'elles auront à subir, et qui devraient être plus sévères, auront pour sujet l'un la théorie, l'autre la pratique des accouchemens ;

XXVI. 5° Les sages-femmes ne pourront faire aucune opération, si ce n'est la saignée et la vaccination, ni donner des soins médicaux.

IX. *Médecins militaires.* — Quelque étendue que fût la série de questions dont elle a eu à s'occuper, votre commission n° 11 n'a pas hésité à appeler l'attention du congrès sur un point dont l'omission eût constitué dans vos travaux une lacune regrettable. Il s'agit, Messieurs, de la position des officiers de santé de l'armée. La place si honorable que ce corps occupe dans la grande famille médicale, le louable empressement avec lequel un grand nombre de ses membres se sont associés à vos travaux, méritent bien que votre sympathie ne leur fasse pas défaut.

Frappés de la disproportion qui existe entre l'avancement des chirurgiens militaires et celui des autres corps de l'armée dont ils partagent les travaux et les dangers ; frappés aussi de la position beaucoup plus avantageuse que leur avait faite une loi de la Convention à une époque où ce corps était loin d'offrir les mêmes garanties d'instruction qu'aujourd'hui, nous vous proposons de recommander à toute la sollicitude du gouvernement la nécessité d'améliorer le sort de nos confrères de l'armée. En remplissant ce devoir, votre commission n'a pas dû oublier que, bien que dans une proportion insuffisante, la position des officiers de santé militaires a reçu dans ces derniers temps quelques améliorations.

Nous vous proposons d'émettre le vœu :

XXVII. Qu'une loi vienne bientôt régler les prérogatives des officiers de santé des armées de terre et de mer d'une manière qui soit plus en harmonie avec celles des autres corps de l'armée.

Enfin, Messieurs, je viens en terminant vous proposer, au nom de la commission, d'émettre le vœu :

XXVIII. Que l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI soit maintenu et qu'il y soit ajouté une sanction pénale suffisante.

Les première, deuxième, troisième et quatrième propositions ont été adoptées sans discussion.

La cinquième proposition a été combattue par MM. Rigal, Baude et Letellier. — Le système de la distribution des médicamens faite sur l'ordre de tous les médecins, suivant M. Baude, serait inapplicable dans les grandes villes et surtout à Paris ; ce système essayé à Alger n'a amené que de fâcheux résultats.

Sur la proposition de M. Rigal, l'amendement suivant a été adopté : « Le service médical sera fait, dans ces dispensaires, par tous les praticiens de la circonscription, librement appelés par les malades pauvres. »

Sixième proposition adoptée sans discussion.

La septième proposition a été adoptée avec l'addition suivante proposée par M. Morel-Lavallée : « Les médecins honoraires des hôpitaux et autres établissemens auront voix délibérative. »

Huitième proposition adoptée sans discussion.

Neuvième proposition. — L'assemblée a adopté un amendement proposé par M. Fontan et disant : « Les médecins des hôpitaux seront nommés pour quinze ans, cinq ans en qualité d'adjoints, dix ans en qualité de titulaires. »

La dixième conclusion a été adoptée avec cet article additionnel proposé par la commission : « Les médecins et chirurgiens des hôpitaux, à l'expiration de leur service, recevront le titre de médecins honoraires et seront admis à reconcourir. »

La onzième conclusion a été également adoptée avec un article additionnel proposé par M. Tirial et ainsi conçu : « Dans les villes où il existe soit une faculté de médecine, soit une école préparatoire, le service des consultations publiques sera rempli désormais par les médecins adjoints des hôpitaux. »

Douzième conclusion adoptée.

Les articles 13 et 14 complétant les dispositions relatives aux établissemens de secours publics et aux prisons, ainsi que les articles 15, 16, 17, 18, 19, 20 et 21 relatifs aux médecins des eaux minérales et autres fonctions analogues, ont été adoptés sans discussion.

Les articles 22, 23, 24, 25 et 26 relatifs aux sages-femmes ont été adoptés dans les termes présentés par la commission, sauf le vingt-troisième qui a été remplacé par l'amendement suivant de M. Barnetche : « Nulle élève sage-femme ne pourra se présenter devant une Faculté de médecine ou une école préparatoire pour obtenir le diplôme de sage-femme, sans justifier de deux années d'études faites dans un hospice de maternité, et sous la direction du médecin de cet établissement. »

Enfin, la vingt-septième conclusion, concernant la position des officiers de santé militaires, a été adoptée, sauf retranchement, demandé par M. Marchal (de Calvi) de la phrase relative à l'avancement, dont la distribution, suivant M. Marchal, ne laisse rien à désirer.

La vingt-huitième et dernière conclusion a été adoptée sans discussion.

Voici en dernier résultat les conclusions adoptées du rapport n. 11.

Le congrès émet le vœu :

1° Que chaque année, les Facultés et les écoles préparatoires de médecine soient appelées à désigner par voie de concours, parmi les élèves ayant deux ans d'étude, un certain nombre de lauréats qui obtiendraient des bourses pour continuer leurs études près des Facultés ;

Etablissemens de secours. 2° Que le gouvernement s'occupe de créer auprès des établissemens thermaux fréquentés par un grand nombre d'indigens des hôpitaux ou des établissemens destinés à assurer aux malades pauvres les secours de première nécessité.

3° Qu'il prenne les dispositions nécessaires pour que les malades indigens des communes rurales puissent être admis dans les hôpitaux de l'arrondissement ou du département lorsqu'ils ne pourront recevoir chez eux les soins convenables.

4° Qu'il prenne également les mesures nécessaires pour que les malheureux qui sont munis de passeports d'indigens et qui tombent malades en voyage soient reçus dans les hôpitaux où ils se présenteront.

5° Qu'il soit créé pour les chefs-lieux de canton et les communes rurales, comme pour les populations plus importantes, des dispensaires chargés de fournir aux indigens les secours de la médecine et de la pharmacie.

Le service médical sera fait, dans ces dispensaires, par tous les praticiens de la circonscription, librement appelés par les malades pauvres.

6° Qu'au sortir des hôpitaux les convalescens soient confiés, lorsqu'ils le désireront, aux soins d'un médecin appartenant aux établissemens de secours, qui les visitera et leur fera donner les secours nécessaires.

7° Que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux et autres établissemens de bienfaisance fassent partie, dans une proportion convenable, des conseils administratifs, avec voix consultative.

Les médecins honoraires des hôpitaux et autres établissemens de bienfaisance auront voix délibérative.

8° Que chaque année les médecins, chirurgiens et pharmaciens de tous les hôpitaux et autres établissemens de bienfaisance soient appelés à se réunir dans leurs localités respectives pour faire à l'autorité compétente un rapport sur les imperfections existantes et les améliorations à obtenir dans ces établissemens; que ces rapports soient adressés en double expédition, l'un à l'administration qu'ils concernent, l'autre au ministre de l'intérieur pour le département de la Seine, et aux préfets pour les autres départemens.

9° Que les médecins et chirurgiens des hôpitaux ne soient pas soumis à des réélections successives, comme cela se pratique à Paris, mais que leurs fonctions se prolongent de droit jusqu'à l'époque fixée pour la retraite.

Les médecins des hôpitaux seront nommés pour quinze ans, cinq ans en qualité d'adjoints, dix ans en qualité de titulaires.

10° Que tous les médecins ou chirurgiens des hôpitaux soient nommés par concours.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux, à l'expiration de leur service, recevront le titre de médecins honoraires et seront admis à reconcourir.

11° Que le service confié à chaque médecin ou chirurgien d'hôpital ne dépassera pas en général soixante lits.

Dans les villes où il existe soit une faculté de médecine, soit une école préparatoire, le service des consultations publiques sera rempli désormais par les médecins adjoints des hôpitaux.

12° Que les médecins des bureaux de bienfaisance et des dispensaires, après dix ans d'exercice, soient signalés à l'administration pour obtenir des places qui seraient à la disposition de l'autorité, comme celles de vérificateurs des naissances et décès.

13° Que les médecins des établissemens de bienfaisance qui ne seraient pas nommés au concours soient choisis de préférence parmi les candidats qui auraient été internes des hôpitaux, lauréats des hôpitaux ou des facultés.

14° Que les médecins des prisons aient voix consultative dans les commissions instituées près des prisons.

Eaux minérales. 15° Il serait à désirer que les médecins inspecteurs des eaux minérales fussent tous nommés par concours, avec appréciation convenable des titres antérieurs.

16° Qu'ils fussent organisés en un corps hiérarchique, où un avancement régulier leur permît de diriger successivement des établissemens de différente nature et d'une importance croissante.

17° Que les attributions de ces médecins fussent fixées d'une manière précise et incontestable.

18° Il serait utile qu'il fût créé une commission supérieure et permanente des eaux minérales.

19° Que le concours soit étendu à un bien plus grand nombre de nominations qu'il ne l'est aujourd'hui et appliqué partout où il sera reconnu applicable.

20° Que les nominations auxquelles le concours ne sera pas applicable soient faites, autant que possible, par une élection convenablement instituée.

21° Que dans les nominations réservées à la disposition absolue de l'autorité il soit tenu compte des titres acquis par les candidats, soit par des succès antérieurs dans des concours, soit par des travaux scientifiques d'une valeur reconnue, soit par de longs services dans les établissemens de bienfaisance.

Sages-femmes. 22° Nulle ne pourra être élève sage-femme si elle ne justifie d'une instruction primaire suffisante et si elle ne présente un certificat de moralité.

23° Nulle élève sage-femme ne pourra se présenter devant une faculté de médecine ou une école préparatoire pour obtenir le diplôme de sage-femme sans justifier de deux années d'études faites dans un hospice de maternité et sous la direction du médecin de cet établissement.

24° Les sages-femmes seront reçues dans les facultés, dans les écoles préparatoires, ou par une commission médicale dans les villes où existe une maternité recevant un nombre de femmes suffisant.

25° Les examens, au nombre de deux, qu'elles auront à subir, et qui devront être plus sévères, auront pour objet, l'un la théorie, l'autre la pratique des accouchemens.

26° Le congrès émet le vœu que les sages-femmes ne puissent faire aucune opération sérieuse et point de médecine.

Médecins militaires, 27° Le congrès, tout en reconnaissant les améliorations qui, depuis quelques années, ont été apportées à la position des officiers de santé militaires et à l'enseignement des hôpitaux militaires d'instruction, émet le vœu que les lacunes qui existent encore à cet égard soient comblées le plus tôt possible. Prenant surtout en grande considération l'importance des services que rendent les officiers de santé militaires, le congrès recommande à la sollicitude du gouvernement la nécessité d'une loi qui règle les conditions de leurs prérogatives d'une manière qui soit plus en harmonie avec celles des autres corps de l'armée.

28° Que l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI soit maintenu et qu'il y soit ajouté une sanction pénale suffisante.

RAPPORT DE LA COMMISSION N° 12. — ASSOCIATIONS.

(M. CAMILLE BERNARD, rapporteur.)

Les questions proposées à la commission n° 12 sont ainsi conçues :

« Indiquer un plan d'association pour les médecins de France ; association de départemens, d'arrondissemens, se ralliant à un centre commun.

« Indiquer quels seraient les droits et les devoirs de cette association générale envers la science, envers la loi, envers la morale publique, envers l'administration, envers la profession. »

La commission a décidé à l'unanimité que tous les hommes exerçant légalement dans le royaume la médecine, la pharmacie et l'art vétérinaire seraient invités à se ranger sous une bannière commune et à se donner la vie collective sous le nom d'*Association médicale de France*, ayant pour but la culture de la science, une mutuelle moralisation et la prévoyance, fondée sur la confraternité.

En proposant une association générale, la commission a décidé que, dans l'acceptation comme dans l'abandon de cette règle, tout resterait facultatif.

L'Association médicale de France a donc été déclarée libre.

Les principes fondamentaux sur lesquels la commission a cru devoir baser l'organisation de l'association sont les suivans :

Au moment de la création, admission de toute la famille médicale. Après la formation de la société, admission sur ballottage.

L'association existera dès que le bureau, désigné dans chaque localité par la commission permanente, se sera complété, et aura fait connaître son existence à la commission centrale.

L'association se gouverne par le principe de la puissance de la majorité.

Elle procède par voie d'élection dans la nomination de tous ses fonctionnaires.

Tous les membres concourent à la nomination des fonctionnaires, et sont aptes à le devenir.

Aucun membre étranger au corps médical n'est admis à faire partie de l'association.

Les fonctions sont brièvement temporaires, mais comportent la réélection.

Pour la première fois et jusqu'à la réunion générale des associations, les fonctions seront données, savoir :

Celles de président, de vice-président, aux doyens d'âge;

Celles de secrétaire et de trésorier, aux plus jeunes.

D'après votre commission, Messieurs, l'organisation physique se composerait :

1° D'associations locales formées dans chaque chef-lieu d'arrondissement ;

2° D'associations départementales formées des bureaux des arrondissemens ;

3° D'une association centrale composée des délégués des arrondissemens ;

4° D'une commission administrative permanente et séant à Paris.

Afin de centraliser les arrondissemens de chaque département, sans porter atteinte à leur indépendance, la commission a décidé :

Que le bureau de l'association du département serait indépendant de celui nommé par l'association de l'arrondissement du chef-lieu ;

Que ce bureau serait constitué par les suffrages des bureaux d'arrondissement réunis en assemblée annuelle dans le chef-lieu du département ;

Enfin, qu'il resterait en permanence jusqu'au renouvellement subséquent.

Tous les trois ans, chaque association médicale d'arrondissement nommerait un délégué pour assister à l'assemblée générale de l'Association médicale de France.

Cette assemblée porterait le nom de Congrès de l'Association médicale.

Tous les membres de l'association prendraient part aux travaux du congrès. Les délégués seuls auraient voix délibérative.

La commission a continué sa tâche en indiquant les droits et les devoirs de l'association envers la profession, envers la science, envers la morale.

En ce qui concerne *la profession*, elle a jeté les bases d'un système de prévoyance, qui se résume dans l'expression des vœux suivans :

1° Que le congrès approuve la fondation d'une maison de retraite pour les médecins, pharmaciens et médecins vétérinaires de France ;

2° Qu'au nombre de ses vœux le congrès comprenne celui de l'autorisation de cette fondation ;

3° Enfin, qu'il décide que la portion des fonds restés disponibles, après qu'il aura été pourvu à tous les frais d'administration et d'organisation, soit appliquée à ce but.

Sous le point de vue de la *science*, la commission pense qu'un journal rédigé au nom de l'Association médicale de France, qui serait le dépositaire du résumé de tous les travaux des associations, l'organe de leurs intérêts et l'écho des divers journaux, contribuerait à unir dans un lien commun tous les membres de l'association médicale.

Enfin, au point de vue de la *morale*, la commission, en présentant un ensemble de vues sur les résultats qu'aurait sous ce rapport l'association, a cru devoir s'en référer à la commission permanente ultérieurement chargée de présenter un règlement de discipline, du soin de préparer et de réaliser l'affranchissement moral du corps médical.

La commission soumet au congrès les conclusions suivantes :

1° Qu'il soit formé une association des médecins, des pharmaciens et des médecins vétérinaires de France, dans le double but du perfectionnement de la science et d'institutions de prévoyance ;

2° Que cette association, formée dans le chef-lieu d'arrondissement, se relie au chef-lieu du département, et vienne se centraliser dans un congrès ouvert tous les trois ans à Paris ;

3° que la commission instituée par l'article 13 du règlement soit chargée d'organiser l'*Association médicale de France.*

— Après diverses observations présentées par MM. Tardieu, Malgaigne, Buiguet, Clausade et Rigal, sur les difficultés de discuter immédiatement les détails d'une semblable organisation et sur la nécessité de se borner à en voter le principe, la première conclusion de la commission a été remplacée par l'amendement suivant, formulé par M. Rigal : « Le congrès médical émet le vœu que des associations médicales libres soient formées dans toute la France, dans la certitude qu'il a que ces associations seront des plus utiles, tant sous le rapport de la dignité que sous celui des intérêts professionnels, en même temps qu'elles permettront au corps médical d'étudier d'une manière encore plus approfondie les documens relatifs à l'organisation définitive de l'exercice de la médecine en France. »

Pour se conformer à l'esprit de l'amendement adopté, la commission a proposé une nouvelle rédaction de la deuxième conclusion; elle est conçue en ces termes : « Ces associations libres seront reliées entre elles et auront un centre séant à Paris. »

Cette rédaction a été adoptée.

La troisième conclusion a été votée sans discussion et à l'unanimité.

SECTION DE PHARMACIE. — PRÉSIDENCE DE M. BOULLAY.

COMMISSION N° 1. — ENSEIGNEMENT; ÉCOLES.

(M. FÉLIX BOUDET, rapporteur.)

Les questions sur lesquelles la commission était appelée à délibérer étaient les suivantes :

Enseignement. L'enseignement des sciences que les pharmaciens doivent étudier est donné aujourd'hui dans les écoles de pharmacie et dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie; cette division est-elle utile? Quels sont ses avantages et ses inconvéniens?

Ecoles de pharmacie. L'enseignement donné dans les écoles de pharmacie répond-il aux besoin de la profession? Dans le cas de la négative, indiquer les modifications à introduire dans l'organisation de chacune des écoles de Paris, Montpellier et Strasbourg. Et, par exemple, est-il convenable que la botanique soit l'objet d'un enseignement spécial, ou doit-elle, comme le veut l'ordonnance du 27 septembre 1840, être confondue avec la minéralogie et la matière médicale sous la dénomination d'histoire naturelle médicale et enseignée avec ces sciences par un seul et même professeur?

Ecoles préparatoires. L'enseignement donné dans les écoles préparatoires répond-il aux besoins de la profession? Atteint-il le but que le gouvernement s'est proposé en les créant?

Indiquer les modifications à introduire dans le régime de ces écoles dans le cas où elles seraient conservées.

Enseignement libre. Rechercher quels sont les droits des pharmaciens relativement à l'enseignement libre.

L'assemblée a adopté les conclusions suivantes proposées par la commission :

1° L'enseignement des sciences que les pharmaciens doivent étudier sera divisé en enseignement préparatoire et en enseignement spécial.

L'enseignement préparatoire se composera d'un cours élémentaire de chimie et de physique, et d'un cours également élémentaire de pharmacie et d'histoire naturelle; cet enseignement sera donné dans les écoles préparatoires et dans les écoles spéciales de pharmacie : ces dernières recevront le titre de facultés de pharmacie.

2° Il sera créé une chaire de botanique dans chaque faculté de phamacie.

Le cours de pharmacie sera terminé par quelques leçons sur la posologie et l'action thérapeutique des médicamens.

Le cours de toxicologie comprendra un exposé des principales dispositions législatives qui se rapportent à l'exercice de la pharmacie et aux expertises judiciaires.

Le cours de l'école pratique sera obligatoire pour tous les élèves en pharmacie, et terminé par un examen spécial.

3° L'enseignement donné dans les écoles préparatoires sera absolument identique avec l'enseignement préparatoire donné dans les facultés, et il sera confié à deux professeurs qui seront nécessairement pharmaciens.

4° Il sera annexé à chaque faculté ou école préparatoire de pharmacie un ou plusieurs amphitéâtres, où toutes les pesonnes qui se destinent à l'enseignement des sciences pharmaceutiques pourront ouvrir des cours sous la garantie et avec l'autorisation du doyen de la faculté de pharmacie.

COMMISSION N° 2. — ÉLÈVES.

(M. BRIGNET, rapporteur.)

QUESTIONS. Quelles conditions préalables, quelles garanties d'aptitude devrait-on exiger des jeunes gens qui se destinent à l'étude de la pharmacie? Serait-il utile de rendre obligatoire pour eux, comme on l'a fait pour les élèves en médecine, l'obtention du diplôme de bachelier ès-sciences?

Ordre des études. Rechercher si les réglemens actuels concernant l'ordre des études, la manière dont elles sont suivies, et la preuve qu'elles ont été suivies sont suffisantes et efficaces.

Dans le cas de la négative, indiquer des dispositions nouvelles.

Ecoles. Examiner si, au point de vue de l'intérêt public et de la force des études théoriques, il y aurait avantage à placer les élèves en pharmacie dans les mêmes conditions que ceux de quelques écoles spéciales du gouvernement, telles que les écoles de marine, polytechnique et autres.

Réceptions. Le mode actuellement suivi pour les examens offre-t-il des garanties suffisantes?

N'est-il pas juste de penser que chacun des deux premiers examens s'applique à des sujets trop nombreux et trop vastes, tandis que les deux derniers sont beaucoup trop restreints dans leurs objets, et sont loin de compléter convenablement les épreuves?

Si l'on adopte cette manière de voir, indiquer un ordre nouveau à établir dans les examens.

Des jurys d'examen. Est-il sans inconvénient que les examens soient faits exclusivement par les professeurs?

Est-il convenable qu'une nouvelle organisation des jurys d'examen soit réclamée?

Conclusions. 1° Le baccalauréat ès-lettres sera maintenu; l'élève sera tenu de présenter son diplôme avant de commencer ses études pharmaceutiques.

2° L'obtention du diplôme de bachelier ès-sciences sera obligatoire et devra précéder la deuxième épreuve des examens. Il ne sera exigible qu'en 1850.

3° La durée des études pharmaceutiques sera de sept années, divisées en quatre années de stage officinal, une année de cours élémentaire et deux années de cours complémentaires.

4° Les élèves qui suivront leurs cours seront tenus de répondre à un appel nominal au commencement du cours et de signer une feuille de présence à la fin.

5° Les épreuves qu'auront à subir les candidats seront au nombre de cinq, quatre examens et une thèse. Ils seront ainsi répartis : 1° histoire naturelle, botanique et matière médicale; 2° physique et chimie; 3° pharmacie et toxicologie; 4° examens pratiques; 5° thèse inaugurale.

Le premier examen conférera le titre de bachelier en pharmacie.

Le troisième examen donnera le titre de licencié, mais sans autorisation d'exercice.

Enfin, la thèse, qui ne pourra être soutenue qu'à vingt-cinq ans, conférera le titre de docteur en pharmacie et le droit d'exercer.

6° Proposition.

Les jurys d'examen se composeront de quatre professeurs, un agrégé de la faculté de pharmacie, auxquels s'adjoindront cinq pharmaciens exerçans, ayant voix délibérative seulement. Ces derniers seront choisis par la voie du sort.

Les professeurs de la Faculté de médecine n'interviendront plus dans les examens en pharmacie.

COMMISSION N° 4. — DEUX ORDRES DE PHARMACIENS; JURYS MÉDICAUX.

(M. A. LATOUR, de Brie, rapporteur.)

Deux questions ont été proposées à la commission. Elles sont ainsi formulées :

Deux ordres de pharmaciens. Deux ordres de pharmaciens existent : ceux que reçoivent les écoles, ceux que reçoivent les jurys. Est-il utile de les maintenir?

Jurys médicaux. L'opinion s'est depuis longtemps prononcée contre l'institution des jurys; cependant quelques personnes semblent craindre que leur suppression ne diminue outre mesure le nombre des pharmacies en dehors des villes, et que les populations rurales ne soient plus, dès-lors, suffisamment pourvues de ces établissemens.

Cette question est grave : on doit rechercher si ces craintes sont fondées, et par quels moyens on pourrait concilier les avantages d'un exercice éclairé de la pharmacie avec la nécessité de ne pas trop restreindre le nombre des pharmaciens.

Conclusions. 1° Il ne pourra y avoir dans tout le royaume qu'un seul ordre de pharmaciens;

2° Les jurys médicaux créés par la loi du 21 germinal an XI seront supprimés.

M. F. Boudet, dans le but de réparer une omission du programme, celle des pharmaciens cantonnaux, a formulé la proposition suivante, qui a été adoptée :

« Il sera institué des pharmaciens cantonnaux partout où leur présence sera jugée nécessaire pour assurer le service de la pharmacie.

» Les pharmaciens cantonnaux seront nommés par le conseil général du département, sur une liste de présentation dressée par la chambre des pharmaciens du département.

» Il sera accordé à chaque pharmacien cantonnal une subvention suffisante pour le déterminer à s'établir dans les localités désignées, et lui assurer une existence digne de ses services. Cette subvention sera votée tous les dix ans par le conseil général, qui pourra la réduire ou la supprimer dès qu'il sera constaté qu'elle n'est plus nécessaire.

» En conséquence de ces dispositions, la préparation, le dépôt et la vente des médicamens est interdite, sans aucune exception, à toute personne autre que les pharmaciens légalement reçus et ayant officine ouverte. »

COMMISSION N° 5. — CODEX, TARIF LÉGAL, EXPERTISES JUDICIAIRES.

(M. MIALHE, rapporteur.)

Première question, relative au Codex :

« Le dernier Codex a été publié en 1836; n'a-t-il pas cessé d'être en rapport » avec l'état de la pharmacie, et ne serait-il pas nécessaire qu'il fût révisé pen- » dant le cours de l'année 1846? »

Seconde question, relative au tarif légal :

« Un tarif légal des médicamens sera-t-il utile et possible sous l'empire de » l'organisation actuelle de la pharmacie? »

Troisième question, relative aux expertises judiciaires :

« Y aurait-il lieu de réclamer quelques modifications aux conditions fixées par » la loi en faveur des pharmaciens chargés d'expertises judiciaires? »

Conclusions. 1° Révision immédiate du Codex.

2° Le nouveau Codex sera rédigé en latin.

3° La rédaction du Codex sera confiée à une commission permanente, qui siégera à Paris, et sera composée en nombre égal de professeurs de l'école de pharmacie, de médecine, de médecine vétérinaire et de pharmaciens exerçant.

4° Il sera nommé dans chaque département une sous-commission, qui se mettra en rapport avec la commission permanente à Paris.

5° Révision, réimpression du Codex tous les dix ans.

6° Publication annuelle d'un appendice ou fascicule.

7° Insertion dans le Codex des formules relatives à la médecine vétérinaire.

8° La possession du Codex sera obligatoire pour tout le corps médical.

9° Un tarif légal ne sera possible et utile que lorsque le nombre des pharmaciens sera limité, et que les réceptions des pharmaciens auront lieu sous l'empire des nouvelles exigences scientifiques demandées par le congrès médical.

10° Les rétributions judiciaires accordées aux pharmaciens doivent être égales à celles des médecins.

11° La loi qui les régit l'une et l'autre devra être révisée.

12° Les pharmaciens appelés à donner des soins à des blessés sur la voie publique devront être tenus de dresser un procès-verbal de l'accident.

13° Les médicamens par eux fournis en cette circonstance devront leur être remboursés par l'état.

— La première conclusion a été adoptée à l'unanimité.

Après une longue discussion, dans laquelle la majorité des orateurs s'est prononcée contre la seconde proposition de la commission, cette proposition a été rejetée.

La proposition suivante, devenue la deuxième, a été adoptée sans discussion.

Les quatrième, cinquième, sixième et septième propositions sont successivement adoptées.

La huitième proposition a été remplacée par celle-ci : « La possession du Codex sera obligatoire pour tous les pharmaciens. »

La neuvième proposition de la commission, relative au tarif légal, a été remplacée par la suivante : « Un tarif est utile, possible et nécessaire dans l'état actuel de la pharmacie en France. »

Les quatre articles de la commission concernant les expertises judiciaires ont été écartés et remplacés par la proposition suivante : « Les pharmaciens appelés à faire des expertises judiciaires devront être suffisamment indemnisés et considérés à l'avenir comme experts, et non comme témoins. »

Voici, en résumé, les conclusions telles qu'elles ont été adoptées par l'assemblée :

Première conclusion maintenue textuellement, ainsi que les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième, devenues deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième, par suite de la suppression de la deuxième conclusion de la commission.

7° La possession du Codex sera obligatoire pour tous les pharmaciens.

8° Un tarif légal est utile, possible, nécessaire, dans l'état actuel de la pharmacie en France.

9° Les pharmaciens appelés à faire des expertises judiciaires devront être convenablement indemnisés et considérés à l'avenir comme experts, et non comme de simples témoins.

COMMISSION N° 6. — RESPONSABILITÉ ; VENTE DES POISONS.

(M. ACCAULT, rapporteur.)

Les questions qui devaient faire l'objet de l'examen de la sixième commission étaient les suivantes :

1° La responsabilité du pharmacien est-elle convenablement déterminée?

Les conditions auxquelles elle est soumise sont-elles équitables?

2° Les réglemens relatifs à la vente des poisons, considérée, soit dans le ressort de la pharmacie, soit en dehors de cette profession, ont-ils besoin d'être révisés? De quelles modifications sont-elles susceptibles?

La commission répond à la première question : Non. La responsabilité n'est ni convenablement, ni équitablement déterminée, et elle présente les propositions suivantes :

1° Les pharmaciens ne seront pas correctionnellement responsables des erreurs qui seront commises dans leurs officines, lorsqu'elles proviendront du fait de leurs élèves ou autres; ils n'encourront qu'une solidarité quant à la responsabilité civile.

2° Lorsque le délit aura été commis en leur absence pour un service public imposé par la loi, ils ne seront soumis à aucune espèce de responsabilité.

La commission répond à la seconde question par la proposition suivante :

3° Les pharmaciens ayant officine ouverte ont et auront seuls le droit de préparer, vendre et débiter les substances ou préparations vénéneuses exclusivement employées en pharmacie.

L'amendement suivant remplace les deux premières propositions de la commission :

« Toute responsabilité cessera pour le pharmacien lorsqu'il aura été obligé de quitter sa pharmacie pour un service public, pour cause de maladie ou d'absence légitimement motivée, et qu'il se sera fait remplacer par un élève ayant au moins deux années de stage en pharmacie, et ayant subi devant la chambre des pharmaciens de son département un examen à la suite duquel il recevra le titre de bachelier en pharmacie. »

Une disposition additionnelle a été adoptée, disant que :

« Les pharmaciens ou leurs élèves ne seront, dans aucun cas, responsables des accidens qui pourraient provenir des erreurs commises par les médecins dans la rédaction de leurs formules. »

La dernière proposition de la commission, relative à la vente des poisons, a été adoptée.

COMMISSION N° 7. — EXERCICE ILLÉGAL. — PRÊTE-NOM. — PHARMACIENS ÉTRANGERS.

(M. LEPÈRE, rapporteur.)

Les questions sur lesquelles la commission n° 7 a été appelée à délibérer sont les suivantes :

Exercice illégal. La pénalité appliquée à l'exercice illégal de la pharmacie est-elle en rapport avec la gravité du délit?

Prête-nom. Convient-il d'assimiler à l'exercice illégal l'exercice par prête-nom, et, dans le cas où cette assimilation serait admise, le prête-nom et le propriétaire réel de l'officine ne devraient-ils pas être passibles des mêmes peines?

Pharmaciens étrangers. Les conditions auxquelles les pharmaciens étrangers peuvent exercer en France ne portent-elles pas atteinte aux droits et intérêts des pharmaciens français?

Indiquer ce qu'il y aurait à faire à cet égard.

L'avis de la commission sur ces diverses questions a été : 1° en ce qui concerne l'exercice illégal, que la pénalité n'est pas en rapport avec la gravité du délit et qu'elle doit être augmentée; mais qu'il est nécessaire en même temps d'établir une gradation des peines telle que certaines contraventions qui lui sembleraient pouvoir être plus efficacement atteintes par une pénalité moins forte, ne fussent justiciables que des tribunaux de simple police.

Il a paru nécessaire aussi à la commission de demander la création d'un personnel chargé de la répression des abus.

Ses vœux à cet égard sont exprimés de la manière suivante :

1° Les professeurs des écoles de pharmacie ont, en ce qui concerne la constatation et la dénonciation des abus relatifs à la pharmacie et au commerce des médicamens en général, tous les droits et tous les pouvoirs des officiers judiciaires.

En dehors des écoles de pharmacie, les mêmes pouvoirs seront donnés soit aux dignitaires des chambres des pharmaciens, soit aux conseils médicaux, mais seulement pour les contrevenans ou délinquans non pharmaciens.

Le tout sans préjudice des droits généraux des polices administrative et judiciaire sur la matière.

2° En ce qui concerne l'abus des prête-noms, la commission a formulé les dispositions restrictives que nous reproduisons plus bas aux conclusions.

3° Enfin, pour les pharmaciens étrangers, elle a émis le vœu qu'ils ne fussent admis à exercer la pharmacie en France qu'après avoir rempli toutes les conditions imposées aux nationaux.

Après discussion l'assemblée a adopté les conclusions qui suivent :

1° Nul ne peut ouvrir une officine de pharmacie ni prendre une patente à cet effet, s'il n'est muni d'un diplôme de pharmacien, et s'il n'est inscrit sur les listes dressées par l'autorité compétente, le tout conformément aux dispositions de la loi.

Nul ne peut fabriquer, mettre en vente, vendre en gros ou en détail, ni avoir en dépôt aucune substance médicamenteuse, s'il n'est muni du même diplôme, sauf les exceptions admises par la loi.

Toute infraction aux prescriptions ci-dessus énoncées sera considérée comme exercice illégal de la pharmacie.

L'exercice illégal de la pharmacie sera puni d'une amende de 100 à 500 francs pour le premier délit; et après une première condamnation, le délinquant sera toujours puni d'une amende de 500 à 3,000 francs, et de trois à trente jours de prison.

2° L'exercice de la pharmacie à l'aide d'un prête-nom est formellement interdit, et puni des peines applicables à l'exercice illégal de la pharmacie.

L'association en nom collectif d'un pharmacien avec une ou plusieurs personnes non pourvues d'un diplôme de pharmacien, sera considérée et punie comme exercice illégal de la pharmacie, et chacun des associés sera passible de toute la peine prononcée.

En cas de récidive, la fermeture de l'établissement sera toujours ordonnée.

3° Toutefois, après le décès d'un pharmacien, la veuve ou les enfans pourront faire gérer l'officine du défunt pendant deux années, par un élève reçu bachelier en pharmacie, et sous la surveillance d'un pharmacien légalement reçu et désigné par la chambre des pharmaciens du département.

4° Les étrangers ne pourront exercer la pharmacie en France qu'après avoir rempli toutes les conditions imposées aux nationaux.

COMMISSION N° 8. — HERBORISTES-VÉTÉRINAIRES, PHARMACIENS DITS SPÉCIAUX.

(M. BELIN, de Versailles, rapporteur.)

Trois questions ont été soumises à l'examen de la commission :

1° La profession d'herboriste doit-elle être maintenue, supprimée ou simplement modifiée?

2° Les médicamens à l'usage de la médecine humaine et de la médecine vétérinaire étant de même nature, sont incontestablement du ressort de la pharmacie; les vétérinaires sont-ils fondés à s'attribuer concurremment avec les pharmaciens le droit de les préparer et débiter, et ne doivent-ils pas se contenter de les prescrire?

3° La troisième a pour objet les pharmaciens spéciaux. Elle est ainsi conçue: « Relativement à l'existence de certaines pharmacies dites spéciales, le Codex impose à tout pharmacien l'obligation de tenir dans son officine, à la disposition du public un certain nombre de médicamens simples ou composés, qu'il désigne par un astérisque. Cette prescription formelle du Codex est-elle compatible avec l'existence de quelques pharmacies prétendues spéciales, qui se bornent à l'exploitation d'un petit nombre de médicamens? »

Après discussion, la section de pharmacie a adopté les conclusions qui suivent :

Herboristes. 1° A l'avenir, il ne sera plus délivré de certificats d'herboristes.

2° Les herboristeries actuellement existantes seront successivement supprimées par voie d'extinction, c'est-à-dire à la mort des titulaires.

3° Les herboristes exerçant aujourd'hui devront se borner à la vente des plantes indigènes non vénéneuses, entières, vertes ou sèches et n'ayant subi aucune préparation.

Vétérinaires. 4° L'exercice de la médecine vétérinaire étant incompatible avec celui de la pharmacie, les vétérinaires ne pourront préparer ni vendre de médicamens simples ou composés.

Pharmaciens dits spéciaux. 5° Les pharmaciens doivent tenir dans leurs officines tous les médicamens qui sont notés au Codex comme étant d'un usage général.

Le pharmacien ne peut prendre pour lui d'autre qualification que celle de pharmacien, ni donner à son établissement d'autre titre que celui de pharmacie.

COMMISSION N° 9. — LIMITATION DU NOMBRE DES PHARMACIENS. — DE LA LIBERTÉ DANS L'EXERCICE DE LA PHARMACIE.

(M. MACONTY, rapporteur)

La commission avait à répondre aux questions suivantes :

De la limitation. La limitation du nombre des pharmaciens peut-elle être admise en principe?

Sur quelles bases faudrait-il la faire reposer?

De la liberté dans l'exercice de la pharmacie. Les conditions au prix desquelles les pharmaciens obtiennent leurs diplômes et le droit d'exercer la pharmacie, la responsabilité et la surveillance auxquelles ils sont soumis, offrent des garanties sérieuses et multipliées.

En échange de ces garanties, la loi ne doit-elle pas et ne peut-elle pas sans danger accorder aux pharmaciens le droit de préparer, de conserver dans leurs officines et de livrer au public tous les médicamens et produits naturels et chimiques applicables à l'art de guérir, sans restriction aucune?

Cette *liberté* ne paraîtra-t-elle pas nécessaire, si l'on considère l'omnipotence des médecins dans l'exercice de leur profession et dans l'emploi de tous les agens que la nature met à la disposition des hommes pour combattre les maladies?

Cette question est grave : on doit, en la traitant, faire la part de la liberté que réclame l'exercice de la médecine et des garanties qui doivent protéger la santé et la vie des citoyens.

Voici les conclusions qu'elle a soumises à l'assemblée et qui ont été adoptées :

1° Le congrès médical pense que le nombre des pharmaciens doit être limité par la loi nouvelle.

2° Le choix des moyens, pour arriver à cette limitation, est laissé au gouvernement, avec le concours des chambres de pharmacie.

3° Le congrès médical émet le vœu que les pharmaciens soient libres de préparer et de vendre toute espèce de médicament, sous leur responsabilité, en se conformant aux prescriptions de la loi, et sous la réserve de la prohibition des annonces.

SECTION DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — PRÉSIDENCE DE M. HAMONT.

ENSEIGNEMENT. — ÉCOLES. — CLINIQUE. — ÉLÈVES MILITAIRES.

Questions. 1° *Ecoles.* L'enseignement de la médecine vétérinaire est donné aujourd'hui dans trois écoles. Ce nombre est-il trop considérable? Est-il insuffisant?

Dans le premier cas, quelle est celle des écoles qu'il faudrait supprimer?

Dans le second cas, ou conviendrait-il d'en établir d'autres?

Y aurait-il avantage à n'avoir que deux écoles?

L'enseignement, tel qu'il est établi aujourd'hui, répond-il aux besoins de la science, de l'art, et aux besoins du pays?

Dans le cas de la négative, indiquer les modifications nécessaires et les améliorations qu'on croit utiles.

Avant 1825, les écoles vétérinaires portaient aussi la qualification d'écoles d'économie rurale; serait-il convenable de leur rendre cette qualification?

Les écoles vétérinaires ont elles une organisation assez complète pour atteindre le but qu'on s'est proposé en les créant?

Indiquer sommairement le but de ces institutions, et faire connaître les améliorations dont elles peuvent avoir besoin.

2° *Clinique.* Comment se fait la clinique dans les hôpitaux des écoles?

Est-ce par un professeur seulement ou par plusieurs professeurs?

Quel est de ces deux modes celui qui offre le plus de garanties?

3° *Elèves militaires.* Dans l'une des trois écoles, celle d'Alfort, on compte un certain nombre d'élèves destinés à devenir vétérinaires militaires.

Reçoivent-ils toute l'instruction spéciale que réclame la nature de leurs attributions futures?

En cas de négative, indiquer les améliorations que l'on croit utiles.

Les vétérinaires devant s'occuper de tous les animaux domestiques au point de vue du traitement de leurs maladies, de l'amélioration des races et de leurs produits, trouvent-ils dans les écoles tous les sujets d'instruction désirables?

En cas de négative, quelles sont les modifications et améliorations qu'il importerait d'y introduire?

Solutions. Sur le premier ordre de questions, la section de médecine vétérinaire exprime les vœux suivans:

1° Que les trois écoles soient maintenues, à la condition toutefois que l'enseignement sera complet dans chacune d'elles.

2° Que de nombreuses améliorations soient apportées dans l'enseignement. (Sont comprises dans ces améliorations l'introduction dans l'enseignement d'un cours d'agriculture et d'économie rurale, d'un cours d'hygiène et d'éducation des animaux domestiques, d'un cours d'équitation et d'un cours de dessin; l'adjonction aux écoles vétérinaires d'une étendue suffisante de terrain pour y faire de la culture perfectionnée, un établissement de haras, etc.)

3° Que l'autorité veuille bien restituer aux écoles vétérinaires la qualification d'écoles d'économie rurale.

Sur la seconde question, l'assemblée émet le vœu: Que dans chaque école il y ait des professeurs de clinique.

Instruction des élèves militaires. Cette question se rattachant à la question de l'enseignement en général, l'assemblée lui donne les mêmes solutions. Seulement elle manifeste le désir que l'on mette à la disposition des élèves militaires tous les complémens d'instruction spéciale que peut fournir le voisinage des régimens de cavalerie.

ÉLÈVES. — ÉTUDES. — EXAMENS.

QUESTIONS. *Elèves. Aptitude.* Les garanties d'aptitude demandées aujourd'hui aux élèves sont-elles suffisantes?

Dans le cas de négative, indiquer ce qu'il y aurait à faire.

Le titre de bachelier ès-lettres devrait-il être une des conditions à exiger de tout élève entrant aux écoles?

Y a-t-il des inconvéniens à ce que les examens pour l'admission des élèves aux écoles soient faits exclusivement par les professeurs vétérinaires?

La connaissance de la maréchallerie pratique, comme condition d'admission aux écoles, est-elle nécessaire?

Durée des études. Les études vétérinaires exigent quatre années de séjour dans les écoles; est-ce trop, n'est-ce pas assez?

Solutions. 1° L'assemblée émet le vœu que le titre de bachelier ès-lettres soit exigible à dater de 1848.

2° La pratique de la maréchalerie étant professée dans les écoles, il est superflu d'imposer cette condition aux aspirans.

Cette condition de la connaissance pratique de la maréchalerie a été aussi, jusqu'à présent, imposée à tout candidat au professorat dans les écoles vétérinaires; l'assemblée, convaincue que cette condition peut éloigner du concours des hommes éminemment instruits, émet le vœu que cette épreuve soit également rayée des conditions des concours.

3° L'assemblée, tenant compte du complément d'instruction qu'elle désire introduire dans les écoles vétérinaires, émet le vœu que la durée des études soit désormais de cinq ans.

PROFESSEURS. — JURYS. — ENSEIGNEMENT LIBRE. — MARÉCHAUX-EXPERTS. — RÉCEPTIONS.

Questions. Nomination des professeurs. Quel est le meilleur mode de nomination des professeurs?

Comparer les avantages et les inconvéniens des divers modes de nomination, telles que la nomination directe, la nomination après présentation, la nomination par concours, la nomination par élection ou toute autre.

Dans le cas où le concours serait reconnu le meilleur mode de nomination, rechercher les améliorations dont cette institution devient susceptible.

Les fonctions des professeurs doivent-elles être à vie?

Quelle est la meilleure législation à établir sur ce qui a trait aux professeurs dans les écoles?

Jurys. Les jurys pour la nomination des professeurs se composent des professeurs actuels et d'anciens professeurs des écoles.

Des médecins vétérinaires étrangers au professorat devraient-ils faire partie des jurys?

Serait-il avantageux que, parmi les examinateurs des candidats au professorat, les professeurs des écoles fussent toujours en minorité?

En cas d'affirmative, des jurys composés de la même manière ne devraient-ils pas présider à l'examen des élèves?

Enseignement libre. L'enseignement donné dans les écoles interdit-il l'enseignement libre?

La pratique de la maréchalerie, imposée dans les écoles aux élèves, est-elle nécessaire?

Décret de 1813. *Maréchaux-experts.* Le décret de 1813, qui autorise les médecins vétérinaires des départemens et ceux d'arrondissemens à délivrer des certificats de capacité, doit-il être maintenu?

Jurys d'examen des élèves pour l'obtention des diplômes. A qui appartient-il de nommer des vétérinaires?

Les professeurs des écoles doivent ils rester en possession de ce privilége, et la corporation ne doit-elle être pour rien dans la nomination de ses membres?

Solutions. Professeurs. 1° Le concours a été demandé à l'unanimité.

2° L'assemblée émet le vœu que nul ne puisse se présenter comme candidat à la place de professeur dans une école vétérinaire, s'il n'a justifié de quatre années d'exercice de la médecine des animaux.

Une large part devra être faite aux titres scientifiques.

3° Il sera nommé à l'avenir des professeurs suppléans pour seconder les professeurs titulaires. Ces professeurs suppléans appliqueront les principes, guideront les élèves, feront des examens, suppléeront les professeurs malades et dirigeront tous les travaux;

4° Les fonctions de chefs de service actuellement en vigueur seront supprimées et remplacées par celles d'élèves répétiteurs, dont on limitera autant que possible la durée des fonctions;

5° Les fonctions de professeurs seront temporaires et cesseront à 65 ans. A cet âge les professeurs devenus honoraires participeront encore aux conseils administratifs des écoles;

Jurys. 6° Des médecins vétérinaires étrangers aux écoles doivent incontestablement faire partie des jurys pour les concours;

7° Les professeurs des écoles doivent toujours être en minorité dans ces jurys;

8° Ces jurys seront composés de huit membres, sous la présidence de l'inspecteur général des écoles vétérinaires, ou, à son défaut, du directeur de l'école où le concours aura lieu;

9° Quatre de ces membres, au choix du ministère, seront pris parmi les professeurs de l'école vétérinaire et les professeurs de la Faculté ou école de médecine de la ville où le concours aura lieu;

10° Les quatre autres membres seront désignés par le sort, pour le département de la Seine sur une liste de quinze vétérinaires non professeurs, et pour les autres départemens sur une liste de dix;

11° Cette liste sera établie par les préfets, qui y feront entrer toutes les notabilités vétérinaires du département et des corps en garnison dans la localité;

Enseignement libre. 12° L'assemblée émet le vœu qu'il soit laissé une liberté entière pour l'enseignement en dehors des écoles, en conservant à celles-ci le droit exclusif de conférer des titres après cinq années de séjour dans leur sein;

Maréchaux experts. 16° L'assemblée vote par acclamation l'abrogation de la partie du décret de 1813 qui autorise les médecins-vétérinaires de départemens et d'arrondissemens à délivrer des certificats de capacité;

Jurys d'examen pour les diplômes. L'assemblée émet le vœu que les jurys d'examen pour le diplôme de médecins vétérinaires soient composés comme les jurys pour les concours des professeurs.

EXERCICE.

QUALIFICATION. — VÉTÉRINAIRES DE DÉPARTEMENS, D'ARRONDISSEMENS ET DE CANTONS. — *Qualification.* Sur la proposition de M. Leblanc, l'assemblée a mis à l'ordre du jour l'examen d'une question qui n'existait point dans le programme, celle de la qualification des vétérinaires.

L'assemblée a formulé le vœu « que toutes les personnes exerçant légalement la médecine vétérinaire portassent désormais une seule et même qualification, celle de médecins vétérinaires. »

Questions. Le défaut de loi sur l'exercice de la médecine vétérinaire ayant donné lieu aux plus grands abus, indiquer les moyens de les faire cesser.

Tout homme non porteur d'un diplôme obtenu dans l'une des écoles peut-il prendre ostensiblement la qualification de vétérinaire et exercer la médecine des animaux?

Qualification d'expert. La qualification d'expert que prennent les maréchaux ne peut-elle pas induire le public en erreur? Cette qualification doit-elle être maintenue?

Des ordonnances ont laissé aux préfets, sous-préfets et aux maires la faculté de nommer des médecins vétérinaires dans les chefs-lieux de départemens, d'arrondissemens et de cantons.

Cette institution offre-t-elle des avantages, offre-t-elle des inconvéniens?

Si elle est utile, n'y a-t-il pas des inconvéniens à ce que la nomination de ces fonctionnaires appartienne exclusivement aux préfets, sous-préfets et aux maires?

Indiquer les modifications à introduire et les honoraires qui doivent être irrévocablement attachés à ces emplois.

Solutions. L'assemblée demande qu'une loi vienne bientôt protéger l'exercice de la médecine des animaux, et que, dans cette loi, il soit bien stipulé que nul ne pourra désormais prendre ostensiblement le titre de médecin vétérinaire, et exercer la médecine et la chirurgie des animaux, ou toutes les spécialités qui s'y rattachent, s'il n'est porteur d'un diplôme obtenu dans une des écoles;

Que la qualification d'expert que prennent les maréchaux, et qui trompe le public, soit rigoureusement défendue.

Enfin, pour répondre à une objection présentée à la section, concernant le

droit que pourraient avoir les propriétaires de traiter eux-mêmes leurs animaux, l'assemblée a émis l'opinion « qu'une loi pouvait et devait défendre à tout individu non diplômé l'exercice de la médecine vétérinaire, même sur ses propres animaux. »

Vétérinaires de départemens, d'arrondissemens et de cantons. L'assemblée émet le vœu que dans chacune de ces localités il soit nommé un vétérinaire rétribué, qui aura pour mission d'éclairer l'autorité sur les mesures à prendre dans le cas d'épizootie, et qui, dans cette circonstance, devra se transporter, sur un mandat de l'autorité, dans les écuries ou étables où la maladie se sera déjà montrée.

L'assemblée décide que la nomination de ces vétérinaires appartient au gouvernement éclairé d'un conseil vétérinaire placé près de lui, et dont la formation et les fonctions seront déterminées plus loin; que cette nomination ne pourra dans tous les cas avoir lieu qu'après une présentation hiérarchique des maires, sous préfets et préfets.

— La dernière séance du congrès a été consacrée à la lecture du rapport d'ensemble par M. le secrétaire-général.

Après la lecture de ce rapport, M. le ministre de l'instruction publique a pris la parole. Suit le discours qu'il a prononcé.

Messieurs,

Je suis venu entendre et recevoir les vœux du congrès, parce que le congrès a été un fait nouveau et considérable, que ce fait nouveau a réussi, que ce fait considérable n'a produit que des résultats utiles pour la société, honorables pour le corps médical. C'est pour constater ces résultats que je suis au milieu de vous. C'est un hommage que je rendrai en votre nom à nos institutions, qu'un corps aussi nombreux que le vôtre, qui s'étend sur tous les points du territoire, qui touche à tous les intérêts de la société, ait pu s'assembler, délibérer sur ses intérêts, et que celui des membres du gouvernement du roi qui a la garde de vos intérêts et de votre dignité ait compris qu'il vous devait à vous, qu'il se devait à lui-même de ne pas laisser passer une assemblée pareille sans se trouver au milieu de vous. Un gouvernement tel que le nôtre s'appuie sur tous les intérêts sociaux, il doit les entendre, se concerter avec eux, répondre à leurs vœux, et, s'il se trouvait en dissentiment avec eux, il devrait avant tout leur dire et leur faire comprendre que c'est par des raisons légitimes, par des raisons qui seraient acceptées de tous.

Permettez-moi de le remarquer: c'est un rare honneur pour notre temps qu'une assemblée comme celle-ci se soit réunie, ait délibéré et produit des résultats empreints de sagesse. Nous avons passé par bien des épreuves; vous pouvez remonter dans vos souvenirs, vous ne trouverez pas une époque où elle eût été possible; vous ne trouverez pas un gouvernement qui n'en eût pris ombrage, pas un jour où le gouvernement et le pays ait pu, comme aujourd'hui, se rencontrer pour traiter librement des intérêts communs. (Applaudissemens.) Je le dis à l'honneur des institutions de notre pays et d'une direction générale qui nous a donné le calme des esprits, et je dirai des passions qui permettent à nos intérêts légitimes de se replier sur eux-mêmes, d'exprimer leurs besoins, d'en délibérer et d'arriver à des résultats qui, à un jour prochain, j'espère, puissent paraître devant les pouvoirs publics et recevoir leur sanction.

Messieurs, le congrès a déjà produit des résultats réels; je me fais un devoir et un honneur de le constater. J'avais remarqué, dans ce qui m'est arrivé de vos premières délibérations, une préoccupation honorable et généreuse des intérêts de votre considération, et j'avais vu, dans ces débats, des opinions qui m'avaient semblé en contradiction avec l'état actuel de la société. Votre réunion m'a prouvé que j'avais raison. Vous vous préoccupez de votre considération. J'ai entendu faire des parallèles qui sont démentis par l'histoire. Veuillez vous rendre compte de ce qu'était le corps médical quand Louis XIV naissait, que Gui Patin florissait, que Descartes brillait de toutes ses lumières; alors le médecin était confondu avec l'astrologue; je ne puis dire avec qui l'on confondait le chirurgien, car un pareil état existe encore dans quelques-uns des états civilisés qui vous entourent.

Vous ne pouvez douter, Messieurs, de la considération dont jouit une profession qui donne autant de garanties que la vôtre. Il n'y a que vous qui, avant de comparaître devant la société, avant de lui apporter vos secours et le fruit de vos pénibles travaux, ayez demandé trois sanctions: l'une aux lettres, l'autre aux sciences, la troisième à la Faculté devant laquelle vous terminez vos études. Tous les autres services de l'état se contentent à moins. Vous aviez tort de douter du rang que vous occupiez dans la société française de 1830. Ce rang, d'ailleurs, vous l'aviez acquis par les services que vous rendez chaque jour. J'ajoute avec sincérité, il sera encore mieux mérité à l'avenir par ce que vous avez été dans cette grave conjoncture. Vous avez délibéré avec maturité et en même temps avec promptitude; en peu de temps vous avez pu parvenir à des résolutions décisives, et sans tenir compte de ces vivacités de parole qui tiennent à l'inexpérience des discussions publiques qui, quand on les a éprouvées longtemps, apprennent que la modération est un élément de force et d'autorité, vous avez eu cette rare sagesse des assemblées nombreuses de vous renfermer dans les limites que vous vous étiez tracées, de vous borner à des discussions relatives à vos intérêts et de présenter des solutions souvent discutables, permettez-moi de le dire, sur lesquelles le gouvernement du roi se réserve de discuter, mais qui toutes méritent qu'on les pèse et qui toutes ont acquis une autorité de plus du poids de vos suffrages. (Applaudissemens.)

Messieurs, un autre résultat obtenu déjà, c'est d'avoir constaté, plus peut-être que vous ne le saviez vous-mêmes, que des améliorations nombreuses sont désirables; il y a dans l'état présent des choses, des garanties nombreuses, des satisfactions réelles, des progrès continus, un ensemble d'instruction dont vous vous êtes montrés satisfaits, car la généralité de vos vœux consiste à les étendre et à les affermir.

Le souvenir de 89 était rappelé tout à l'heure devant vous. Il y a une grande différence entre cette assemblée et celles dont le souvenir, n'eût-ce été que par le nombre et par les lumières, a dû se présenter à l'habile et éloquent interprète qui a pris la parole en votre nom: c'est que lorsque nos pères se rassemblaient ainsi, c'était pour détruire, et les premiers de vos votes ont eu pour premier résultat de consolider, d'affermir.

Une de nos Facultés, une de celles qui a brillé du plus vif éclat entre toutes les autres, et qui, par ses connaissances héréditaires et traditionnelles, est digne des plus grands honneurs, cette Faculté s'est inquiétée de voir l'existence des Facultés actuelles mise en question. Vous avez répondu à la dignité de sa sollicitude par un vote décisif. La première expression de votre pensée a consacré les trois Facultés dont s'honore la France; vous avez eu raison.

Si la Faculté de Montpellier, par exemple, par des circonstances qui ne tiennent point à elle, mais qui tiennent au déplacement de toute chose dans notre patrie, à cette centralisation contre laquelle le devoir de notre ministère est de lutter, tandis que les autres ministères s'y attachent davantage, si, par suite de ce fait immense qui ne tient à aucun homme, mais qui tient aux institutions, la Faculté de Montpellier ne semble pas projeter aujourd'hui d'aussi vives lumières, croyez qu'il est utile qu'il y ait un corps médical auquel on adresse ce reproche d'être spéculatif. Mon intérêt de grand-maître de l'Université est de favoriser ces tendances diverses. Il naît de là, de ces oppositions, de ces contrastes, des luttes qui font briller de plus vives lumières. A Paris, la pratique est plus savante; à Montpellier, la théorie est plus pratique; et, ce que je dis de Montpellier, je le dirais de Strasbourg si je n'avais eu soin, par une expression générale, de faire entendre que j'appliquais à ces deux Facultés la même pensée, la même estime. Je n'insiste que pour marquer le caractère du congrès et expliquer l'empressement que j'ai mis à venir parmi vous.

Parmi les vœux que vous avez exprimés, il en est qui ne ressortissent pas à mon département; tels sont ceux qui concernent l'exercice illégal de la médecine, les répressions dont cet exercice illégal peut être l'objet, les lacunes qui existent dans notre législation sous ce rapport; peut-être les conseils de médecine, ou du moins ce n'est que partiellement que mon autorité et par conséquent ma responsabilité s'étendent sur cet ordre d'institution. Je puis dire qu'il n'y a pas un de vos vœux que je n'aie vu passer avec une satisfaction personnelle et publique, car je puis dire qu'ils sont tous d'anciennes connaissances pour moi, que tous ont été agités, produits, défendus, favorablement accueillis dans une commission que je m'honorerai toujours d'avoir présidé, et qui avait mis au jour un travail dans lequel l'Université avait marqué sa sollicitude pour les intérêts médicaux, dans lequel elle l'avait montrée d'autant mieux qu'elle était éclairée par un esprit dont la vigilance égale les lumières, dont la vigilance est de toutes les heures.

Ces vœux, Messieurs, ceux sur lesquels mon action est directe et personnelle, sont de deux natures. Il en est que je puis à l'instant convertir en actes de la puissance publique. D'autres doivent avoir la sanction du gouvernement du roi; ceux-là, je ne puis que les porter dans les conseils de la couronne, et ensuite m'appliquer à faire prévaloir devant les trois pouvoirs législatifs ceux que le gouvernement considérera comme l'expression des intérêts du corps médical et de la société. Parmi les premiers, se rencontrent, par exemple, le vœu que vous exprimez pour l'extension de quelques branches dans nos Facultés. Ce vœu, je me fais un devoir de l'accueillir avec d'autant plus d'empressement que j'y vois un hommage rendu par vous à ces grands corps. Les Facultés n'ont pas enseigné l'histoire et la philosophie de la médecine, et elles ont regretté autant que vous de ne pouvoir le faire; et si ces hommes qui sont l'honneur de la science en France et en Europe, si ces hommes avaient détourné leur enseignement du but vers lequel il devait être dirigé pour s'occuper de matières qui n'y étaient pas comprises, l'Université les aurait fait rentrer dans la voie dont ils se seraient écartés. L'enseignement, Messieurs, n'appartient pas au professeur; il doit se renfermer dans le cadre qui lui est imposé. Que diriez-vous si le professeur d'anatomie, de chimie, de physique, allait entrer dans les vues spéculatives et générales, dans ces souvenirs historiques indispensables au médecin, il est vrai; car on ne sait la science que quand on sait par où elle a passé, mais inutiles et déplacés dans les premiers temps d'un enseignement élémentaire? Ces chaires n'existaient pas, Messieurs; elles seront proposées dans le budget que, dans quelques semaines, je dois déposer sur le bureau des chambres.

Vous avez exprimé un vœu relatif à une des branches des corps enseignans, à l'agrégation. Ce vœu, je l'approuve: et sous ce rapport il m'est facile de m'expliquer devant le congrès; car le jour où le roi remit en mes mains le portefeuille de l'instruction publique, les agrégés se rappelant mes dispositions à leur égard, et les dispositions que je leur avais témoignées lors de ma première administration, m'exprimèrent les vœux mêmes qui viennent de sortir du congrès.

Et, d'accord en cela avec le conseil de l'Université, je répondis aux agrégés qu'un budget ne serait pas présenté sans que justice fût rendue à leurs travaux et à leurs services. Vous voulez de plus que, dans le nouvel ordre d'examens, une part plus large soit faite aux agrégés. Cette pensée est depuis longtemps arrêtée dans le conseil de l'Université.

Vous avez traité une question grave et délicate à l'égard du corps enseignant, à l'égard de ces professeurs qui, appesantis par l'âge, fatigués peut être par l'exercice même de leurs fonctions, perpétuent un enseignement consacré par une longue expérience, par une longue autorité. Il y a là matière à méditation, et j'ai vu que vous aviez eu l'intention de faire passer dans la loi de l'enseignement une partie des dispositions auxquelles l'État s'est arrêté pour les plus illustres de ses défenseurs. Apparemment, puisque la loi l'a voulu, ce régime était bon pour l'armée. Je ne l'appliquerai point au corps enseignant. Je n'admettrai point qu'il doive y avoir une époque avancée de la vie, où précisément parce que les forces s'épuisent, que le front se couvre de cheveux blancs, que le moment est arrivé de suspendre les travaux; je n'admettrai pas qu'à cette époque on doive passer d'une position restreinte à une position plus restreinte encore. J'aviserai à ce que tous ces intérêts soient ménagés; que l'on concilie le respect dû à la vieillesse avec les égards dus à l'instruction des jeunes gens; que l'enseignement puisse être suspendu pour ces doyens de la science, sans que les ressources leur manquent, sans que l'on réduise encore plus l'honorable modicité de fortune dont ils jouissent. (Applaudissemens.)

Les écoles préparatoires vous ont occupés. Dans cette sagesse qui a plané sur vos travaux, vous avez pensé qu'elles devaient être maintenues; vous vous êtes prononcés pour le fait existant; vous lui avez donné la consécration de vos suffrages.

Un vœu a été exprimé: que les écoles de pharmacie fussent plus directement attachées à l'Université; qu'elles passassent tout entières sous son autorité; qu'elles ne relevassent que d'elles. Vous avez eu raison; la dignité de l'enseignement médical y est intéressée. Je me propose, Messieurs, de demander immédiatement aux chambres les moyens de pourvoir, ne fût-ce que partiellement, aux vœux exprimés par le congrès; je dis partiellement, parce qu'il faut, dans toutes les choses de la politique, procéder avec mesure, parce que le chiffre qui doit être proposé pour ces améliorations tout entières est tellement considérable, qu'il serait peut-être de la sagesse des ministres d'accepter des tempéramens pour les mieux assurer. (Applaudissemens.) Mais j'aurai soin que ces mesures,

prises dans l'intérêt de l'enseignement, de la science, tournent au profit de la science.

Sous un autre rapport, je ne restituerai pas aux villes leurs sacrifices; il faut qu'ils aient une autre portée, qu'ils concourent toujours à l'exécution d'une même pensée, qu'ils s'appliquent au matériel de vos écoles, qui vous a paru avec raison incomplet, et dont le développement est indispensable au but que nous voulons atteindre. Nous devons offrir des garanties à la science en même temps qu'aux familles. Nous devons prendre des mesures telles que l'on ne puisse craindre de voir se restreindre la population médicale au delà de ce qu'exigent les besoins du pays et les nécessités de la santé publique.

Messieurs, de grandes questions générales ont été produites et devaient l'être. Je vais les caractériser en peu de mots. Vous avez traité la question de l'enseignement libre, celle de la réduction du corps médical à une seule classe, la question du concours, la question de l'immixtion au corps des Facultés de juges pris en dehors des Facultés. Messieurs, ces questions méritaient votre examen, et seules elles auraient justifié les délibérations du congrès. Sur ces questions, le gouvernement du roi se rendra compte de ce que demande le corps médical, de ce qu'exigent ses besoins.

Le corps médical a un triple caractère; c'est ce qui a fait sa forte situation. C'est une profession à la fois utile, non seulement à tous les intérêts essentiels, mais à toutes les sollicitudes intimes de la famille et de la société. C'est une science qui se rattache à toutes les sciences indispensables et au profit de laquelle tournent tous les progrès. C'est enfin un ministère, une mission de charité, comme on l'a dit dans cette enceinte, et cette mission relève votre caractère. Oui, vous êtes les missionnaires de la charite. De même que partout où il se trouve des douleurs morales il faut qu'il y ait un prêtre pour les consoler, partout où il se montre une douleur physique, il faut qu'il y ait un médecin pour la guérir. (Très bien.) C'est là une préoccupation qui sera présentée au gouvernement du roi dans toutes ses conséquences. Je vous dirai seulement une chose, c'est que ces questions controversées qui ont mis les esprits les plus puissans en présence, ces questions seront mûries, pesées, avant d'être débattues devant les pouvoirs publics, avec un poids de plus dans la balance, celui des vœux que vous avez exprimés et de la manière dont vous les avez exprimés.

Il est un vœu que je n'oublierai pas: c'est celui de voir nos écoles préparatoires faire comme nos armées, passer les mers, aller chercher ces terres si nouvellement françaises que vous avez raison de revendiquer. Si c'est par la guerre qu'elles ont été conquises, c'est par la civilisation qu'elles doivent être conservées. (Applaudissemens.)

Vous voyez déjà, comme j'espère le voir bientôt, l'Algérie passer à l'état de province française. J'aspire au jour où ses écoles pourront être universitairement constituées, où elle aura ses recteurs de l'Académie, où son collége sera collége royal, où elle aura une Faculté des lettres, où une école préparatoire de médecine viendra en aide aux officiers de santé de nos armées, qui soignent les blessures de nos soldats sur le champ de bataille, et donnera aux populations ces exemples de bienveillance, de dévouement et de charite qui nous font des conquêtes plus sûres que celles de nos soldats. Il y a de grandes raisons pour que nous nous hâtions de réaliser ce vœu du congrès. La race arabe n'est accessible que par la religion et la médecine: la religion nous sépare, la médecine nous rapprochera. (Applaudissemens.)

On sait quelle importance ce peuple attache sous ses tentes à ces forces de la vie qui sont tout pour lui, qui sont sa richesse, ses moyens de négoce, de combat, et par cela même quelle importance il attache aux paroles savantes qu'il pense devoir les lui rendre; on sait quel respect il porte au médecin qui a prouvé que sa science n'est pas vaine, qu'elle repose sur une expérience positive, sur des moyens sûrs. Les médecins sont les missionnaires des conquêtes pour la France, de civilisation bien plus encore. Nous verrons l'école d'Alger suivie par les médecins et les élèves arabes qui porteront sous la tente de leurs compatriotes les trésors qu'ils auront puisés chez vous. Vous aurez servi à la fois la science et le pays.

Messieurs, vous allez retourner dans les départemens que vous avez quittés en si grand nombre pour y discuter les intérêts communs: dites à ceux qui vous ont délégués que le gouvernement du roi veille sur tous les intérêts, qu'il s'occupe des besoins de la société, qu'il cherche à les comprendre, et fait, quand il le peut, tous ses efforts pour les satisfaire. Vous n'avez pas exprimé un vœu qui n'ait été entendu, qui ne soit accueilli et ne soit bientôt exaucé s'il ne se trouve pas en présence d'intérêts de même nature, mais plus grands encore que les vôtres.

Messieurs, il a été parlé au commencement de cette séance d'une solennité digne de vous; j'éprouve un regret profond, c'est que d'autres devoirs ne me permettent pas de me réunir à vous et de réclamer le droit de conduire le deuil du savant illustre auquel vous allez rendre un noble et magnifique hommage. Que cette occasion me soit donnée de vous dire qu'un autre de vos vœux est déjà satisfait. Il n'est pas vrai de penser que les galeries de Versailles portent écrits sur leur fronton ces mots: *A toutes les gloires de la France*, sans que les vôtres y soient rassemblées aussi. En ce moment même la toile et le marbre travaillent pour les galeries de Versailles à faire revivre une collection de vos grands hommes dont j'ai donné la liste au prince illustre qui veille avec sollicitude sur tous les intérêts du pays. Assurément les traits de Bichat y revivront; vous pouvez aller avec sécurité dans ces galeries, vous n'y trouverez pas seulement l'image des guerriers qui ont agrandi la France ou qui l'ont défendue, vous y trouverez encore les images de vos ancêtres, de ceux qui l'ont honorée par la science, qui ont été vos devanciers, qui seront vos modèles, et qui trouvent parmi vous un si grand nombre d'imitateurs. (Applaudissemens, acclamations unanimes et réitérées.)

VARIÉTÉS.

TROUBLES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Quelques désordres ont éclaté à l'école de médecine de Montpellier. La sévérité des examens du baccalauréat ès sciences en a été la cause ou plutôt le prétexte. Voici en quels termes les journaux de Montpellier rapportent les faits.

« Mardi 25, M. Gerhardt, professeur de chimie, ouvrit son cours à onze heures; c'était le premier du semestre d'hiver. Les sifflets, les huées accueillirent le professeur, qui essaya plusieurs fois de prendre la parole sans succès. Après dix minutes d'attente, et malgré la présence de M. le doyen, qui était accouru pour interposer sa bienveillante autorité, le cours dut être suspendu. Ce jour-là, les professeurs de zoologie et de mathématiques firent leur première leçon dans le plus grand calme.

» Jeudi 27, M. Marié, professeur de physique, assisté de ses collègues et de M. le doyen, se présenta pour commencer son cours. De temps en temps quelques cris, quelques trépignements venaient bien l'interrompre; mais enfin tout allait assez bien, lorsque, vers le milieu de la leçon, un coup de sifflet fut le signal d'un grand tumulte, et M. Marié, voyant son faible organe entièrement dominé, annonça qu'il allait se retirer. M. Gerhardt, présent à la séance, emporté par une vivacité naturelle et par un sentiment d'honorable confraternite, ne put voir avec assez de sangfroid l'accueil désordonné qui était fait à son collègue, et interpella l'auditoire. Il se laissa aller, nous assure-t-on, à prononcer des paroles d'autant plus malheureuses, qu'elles ne sauraient jamais trouver une juste application dans une réunion de jeunes gens français. Mais l'exagération même de cette apostrophe, qui prouve l'émotion profonde de celui qui l'a prononcée, en atténue la portée, et M. Gerhardt, de sangfroid, a certainement été le premier à contredire l'expression dont nous avons dit qu'il s'est servi.

» On comprend quel dut être, au premier moment, l'effet d'une apostrophe violente sur des jeunes gens déjà en proie à quelque exaltation. Le tumulte fu à son comble, les interpellations les plus animées furent échangées. Les professeurs, confondus dans la foule, y étaient sifflés, hués; dans ce desordre, M. Gerhardt, très-ému, s'adressa à un élève qu'il connaissait et lui donna rendez-vous à deux heures, chez lui, pour avoir une explication. Ici, encore, un malentendu eut lieu: on considéra ce rendez-vous comme une provocation, alors qu'il n'entrait dans l'idée du professeur que d'en faire un moyen de rapprochement, et les élèves se rendirent en corps à la demeure de M. Gerhardt, qui, fort heureusement, était sorti.

» Hier samedi, à 9 heures, le désordre s'est renouvelé au cours de M. Marcel de Serres, auquel M. le recteur assistait; enfin, et par une fatalité qui semble éloigner à plaisir le moment si désirable où se terminera le différend des élèves et des professeurs, lorsque l'opposition faite à M. Marcel de Serres semblait se calmer, une altercation survenue parmi les assistans a fait recommencer le tapage avec plus d'intensité.

» On nous apprend que les élèves réunis ont nommé trois commissaires qui se sont rendus chez M. le recteur, suivis de leurs camarades, restés dans le jardin pendant qu'ils etaient introduits dans le cabinet du chef de l'Académie.

» La conférence a eu lieu dans les termes les plus convenables. M. le recteur aurait, nous assure-t-on, promis d'être indulgent envers les trois éléves désignés comme les principaux auteurs du tumulte; mais il a insisté sur la nécessité de faire cesser toute espéce de désordre.

» Les commissaires ont répondu que l'intention des élèves était de reprendre paisiblement le cours des études; mais ils ont ajouté que M. Gerhardt ayant insulté publiquement les élèves, la tranquillité ne pourrait être retablie que lorsqu'il aurait fait des excuses ou accordé du moins une reparation suffisante.

» Après cette conférence, qui malheureusement n'a conduit à aucune solution définitive, les éléves réunis de nouveau ont délégué trois commissaires pour se transporter chez M. Gerhard et le décider amiablement à temoigner, soit par une declaration orale et publique, soit par un écrit, le regret qu'il doit éprouver d'avoir, dans un moment d'irritation, laissé échapper un mot injurieux pour l'honneur des élèves.

» Cette démarche conciliatrice n'a pu avoir aucun résultat: M. Gerhard était parti pour Paris par la malle-poste. »

— Le 12 mars 1846, un concours sera ouvert à l'hôpital de perfectionnement, à Paris, pour cinq emplois de professeurs vacans dans les hôpitaux militaires d'instruction ci-après:

Hôpital de Metz. — Trois emplois pour la *médecine*, la *chirurgie* et la *pharmacie*. — Le premier cours comprend l'hygiène de l'homme de guerre et la médecine légale; le deuxième cours, l'anatomie descriptive générale et la physiologie élémentaire; le troisième cours, la botanique et la preparation des médicamens.

Hôpital de Strasbourg. — Deux emplois pour la *médecine* et la *pharmacie* — Le cours de médecine est le même que celui de Metz Le cours de pharmacie comprend la chimie médicale, l'analyse, l'action des réactifs, la toxicologie, la physique médicale et la météorologie.

Un concours pour cinq emplois de médecins-adjoints aura également lieu à la même époque, à Paris.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET C[e], RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 50. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

Des difficultés matérielles imprévues nous forcent de retarder jusqu'au prochain numéro l'exposé et le spécimen des améliorations que nous comptons apporter à la GAZETTE MÉDICALE, à partir de l'année 1846.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE LA PNEUMONIE CHRONIQUE; par EUS. CORBIN, médecin à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Vers le milieu de 1829, il y a tantôt seize ans, M. Dalmas, qui remplissait alors à la Charité les fonctions de chef de clinique par intérim en l'absence de M. Louis, m'exprimait ses doutes sur l'existence de la pneumonie chronique, qu'il regardait comme fort problématique. Je tombai d'accord avec lui, bien que dès-lors j'eusse vu plusieurs fois, dans des ouvertures de cadavres, quelque chose que je regardais comme de la pneumonie chronique. Je dirigeai mes recherches sur ce point; et, comme j'avais alors, en qualité d'interne et plus tard de chef de clinique, la facilité de voir beaucoup, je ne tardai pas à réunir un certain nombre de faits plus ou moins probans que je n'ai pas encore utilisés.

S'il fallait des autorités plus imposantes pour prouver combien la pneumonie chronique est peu connue, c'est presque dans le même temps que Laënnec commençait son chapitre par ces mots: *Connait-on des péripneumonies chroniques?* que M. Chomel témoignait de la rareté de cette maladie, dont il ne connaissait alors que deux exemples, dans le DICTIONNAIRE en 21 volumes, article *pneumonie*. Ils s'exprimaient ainsi l'un et l'autre en opposition avec l'opinion générale des auteurs et du public médical, qui parle de la pneumonie chronique comme d'une chose courante. Ils s'appuyaient sur les ouvertures des corps; et ils avaient pour eux tous les hommes distingués qui se livraient comme eux à l'anatomie pathologique (le nombre en était grand) à part l'école de Broussais.

Pour Broussais, la pneumonie chronique est commune et bien connue. Mais il entend par là le plus souvent la phthisie tuberculeuse, qui aurait dans son opinion une origine inflammatoire. On peut s'en convaincre par les observations du second volume des PHLEGMASIES CHRONIQUES. Quant à celles du premier, données comme des péripneumonies chroni-

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Le Congrès médical *de France*, avant d'expirer sur le seuil de la salle Saint-Jean, et après avoir reçu les adieux de M. le ministre de l'Instruction publique, a institué, par dispositions testamentaires, une commission dite permanente, chargée de poursuivre devant qui de droit l'exécution de ses dernières volontés. Cette appréhension de l'avenir, cette crainte de l'oubli et de l'ingratitude des hommes est assez naturelle. Le Congrès avait judicieusement prévu que beaucoup de ses vœux pourraient rencontrer des difficultés; et la précaution qu'il a prise contre cette éventualité nous parait excellente. Une commission *permanente* a cela de particulièrement avantageux que devant durer tant qu'il restera un seul vœu à exaucer, elle équivaut à une commission *perpétuelle*. Dans un an, dans deux ans, dans cinquante ans, un survivant de la commission peut surgir inopinément et gourmander l'obstination des pouvoirs et l'insouciance ministérielle; de quoi le corps médical ne peut que tirer un grand profit.

La commission paraît, du reste, décidée à ne pas faire la besogne du bout des doigts. Depuis le jour de son institution, elle se livre à différens exercices qui, vu leur durée présumée, menacent de devenir assez fatiguans. Elle a commencé par mettre ses beaux habits et faire ses visites de politesse aux différens ministres qui, tôt ou tard, de près ou de loin, auront quelques comptes à régler avec elle. Les ministres ont été fort gracieux. M. Martin (du Nord) n'est pas hostile, en ce qui le concerne, aux vœux du Congrès; M. Duchâtel les trouve de son goût; M. Cunin-Gridaine les approuve fort, et M. de Salvandy en est enchanté. C'est le journal *officiel* du Congrès qui le dit. Ainsi tout va au mieux pour le moment; on est plein d'espoir pour l'avenir. Les chefs de file s'applaudissent. *Nil desperandum teucro duce et auspice teucro.*

Quand nous disons que tout va au mieux, nous parlons des rapports de la commission avec l'extérieur; car à l'intérieur, comme qui dirait au sein du ménage, un petit dissentiment s'est élevé. Un membre, nommé en outre par le ministre secrétaire de la *haute Commission des études*, a préféré le transitoire de cette dernière position à la *permanence* de la première, et a satisfait son goût particulier en envoyant sa démission à Messieurs les commissaires du Congrès. Fort heureusement, ceux-ci, toujours dans le même esprit de prévoyance, avaient en réserve un certain nombre de *suppléans*, comme elle les appelle dans une circulaire imprimée; elle a remplacé le membre démissionnaire par son *premier suppléant*.

— « Bon cheval trouve toujours un maître, » dit un proverbe: on peut le dire, à plus forte raison, d'une bonne idée. A ce compte-là, l'idée du Congrès est excellente; car, à l'heure qu'il est, on s'en dispute chaudement la propriété. Il faut vous dire d'abord que dans son compte-rendu M. le secrétaire-général avait, dès les premiers mots, présenté cette idée comme une inspiration *d'un praticien obscur*. Tout le monde a compris de qui il s'agissait: en bonne conscience, on ne se permet ces choses-là qu'envers soi-même. Mais voilà qu'un

ques sans tubercules, à supposer que les symptômes puissent justifier ce titre, il ne l'est pas par le peu de détails des autopsies.

Je ne prolongerai pas cette revue historique des quinze années écoulées qui ont fourni bien peu de travaux et de lumières sur cette maladie, toujours aussi rare et aussi peu connue, à mon sens. Et je le prouve par l'un des derniers ouvrages de pathologie interne.

« Le passage de la pneumonie à l'état chronique est le mode de terminaison le plus rare; je ne l'ai encore observé qu'une fois. » Ainsi s'exprime M. Grisolle, à l'article symptômes (t. 1, p. 346). Plus haut, à propos de l'anatomie pathologique, M. Grisolle donne une description fort exacte, *suivant moi*; mais il la fait précéder de la même formule que je viens d'employer: « *Suivant nous* dans la pneumonie chronique il y a constamment..... » Ce qui prouve bien, surtout dans la bouche de M. Grisolle, auteur d'une monographie sur la pneumonie, qu'on n'est pas d'accord même sur les caractères anatomiques. Aussi la description est-elle comprise en dix lignes.

La voici; car j'aborde dès maintenant l'histoire de la maladie telle qu'elle est dans les auteurs, me proposant de mettre en regard ce que j'ai vu.

« On a rapporté, dit M. Grisolle, à la pneumonie chronique différentes formes d'induration pulmonaire. Suivant nous, dans la pneumonie chronique, il y a constamment endurcissement et imperméabilité du tissu pulmonaire; la couleur de celui-ci est d'un gris cendré, rougeâtre, ardoisée ou noire; sa dureté est telle qu'il résiste souvent à une pression très forte; à la coupe il paraît moins humide, il est d'un gris violet ou livide; la surface des incisions ou des déchirures peut être granulée; mais cette disposition est d'autant moins évidente que l'altération est plus ancienne; elle finit par disparaître. Dans ce cas, on trouve quelquefois le tissu cellulaire interlobulaire hypertrophié et formant des cloisons épaisses et presque fibreuses (t. 1, p. 336). »

Cette particularité, le *tissu paraît moins humide*, est développée ainsi dans la description antérieure de M. Chomel. « Si l'on presse entre les doigts le poumon ainsi affecté... on n'en fait suinter qu'une matière séreuse à peine louche, peu abondante; et la portion soumise à cette compression ne perd que fort peu de son volume. » (DICT. en 21 vol., art. *Pneumonie*.)

Plus loin M. Chomel ajoute : « Dans les deux cas qui se sont offerts à mon observation, l'altération était bornée à un quart ou à un cinquième du poumon. « Circonstance essentielle. M. Chomel aurait maintenant d'autres faits à citer, on le présume bien, ne fût-ce qu'une partie de ceux compris dans ce travail, qui ont été pris dans son service et étudiés par moi sous sa direction.

Comme complication des tubercules, la pneumonie chronique cesserait d'être rare, suivant M. Chomel; car l'endurcissement gris du parenchyme qui se montre souvent autour des tubercules et des cavernes est une pneumonie chronique pour lui, pour M. Laënnec aussi, mais seulement dans *quelques cas*. Dans le plus grand nombre, il y a, suivant M. Laënnec, infiltration tuberculeuse et non pneumonie. Ces opinions ne s'excluent pas. Les deux lésions sont souvent réunies et le tubercule blanc ou jaunâtre tranche sur le fond gris ou rosé de la pneumonie. C'est une chose que chacun peut vérifier, puisqu'en fait de phthisie tout le monde voit beaucoup. Je vais, du reste, citer tout à l'heure un exemple, entre beaucoup, de pneumonie manifeste, en partie sub-aiguë, en partie chronique, autour des tubercules et des cavernes.

Quant aux caractères anatomiques, les descriptions de Laënnec, assez courtes d'ailleurs, ne diffèrent qu'en un point des précédentes; il s'occupe surtout de ces pneumonies chroniques développées autour des tubercules, des cavernes gangréneuses et des anciens noyaux hémoptoïques; il décrit la substance pulmonaire comme « beaucoup plus dure que dans l'état d'hépatisation simple et *criant* sous le scalpel. » Pour la couleur « le gris violet ou le rouge livide dominent; » il indique aussi les granulations pulmonaires *plus sèches*.

C'est sur le volume de ces granulations qu'il diffère des auteurs que j'ai cités. Elles sont, suivant lui, *plus marquées* que dans l'état aigu, et il en compare l'aspect sur une tranche de poumon déchiré, « à des œufs d'insectes pressés les uns contre les autres sans aucun intermédiaire. »

Gomme pneumonies chroniques isolées et simples, Laënnec cite seulement quelques cas où il a trouvé « çà et là, dans le poumon, des portions d'une consistance *plus ferme* et *moins humide* que dans l'hépatisation aiguë, mais d'ailleurs tout à fait semblables. » (V. Laënnec, 2e édit., t. 1, p. 476, 477 DE LA PÉRIPNEUMONIE CHRONIQUE.)

Tel est l'état de la science sur l'anatomie pathologique de la maladie. On voit déjà qu'il y aurait lieu d'indiquer deux formes de pneumonie chronique : *la pneumonie chronique simple* existant seule, indépendamment de toute autre lésion; *la pneumonie chronique secondaire* développée autour des tubercules ou d'autres productions morbides. Comme cette distinction est importante, qu'elle est admise implicitement par MM. Laënnec et Chomel, je m'y arrête et je vais la faire ressortir par un exemple. C'est le fait que j'ai énoncé tout à l'heure de pneumonie développée autour des tubercules.

OBS. I. — La nommée Lougue, âgée de vingt-six ans, domestique, malade depuis neuf mois, entra, le 17 janvier 1831, à la Clinique de la Charité, service de M. Fouquier, salle Sainte-Anne, n. 7.

C'est une fille d'un tempérament lymphatique, à cheveux d'un chatain très clair et presque blonds, dont la voix est un peu voilée. Elle est née d'un père robuste et sain, qui vit encore; sa mère est morte lorsqu'elle n'avait que deux ans, Elle a passé la plus grande partie de sa vie à Auteuil, où elle travaillait à la terre; elle est venue servir à Paris il y a un an. A cette époque, ses règles étaient dérangées depuis six mois, et depuis lors elle ne les a eues qu'une fois ou deux en tout. Huit jours après son arrivée à Paris, quoiqu'elle fût bien chez ses maîtres, elle tomba malade et entra à la Charité, dans une des salles de M. Lerminier. Tout ce qu'elle peut dire de cette maladie, c'est qu'elle avait de la fièvre, fit diète et séjourna onze jours seulement. Deux mois plus tard, elle rentra à la Charité, salle Saint-Vincent (service de M. Rayer, autant que je puisse m'en souvenir aujourd'hui), où elle fut traitée, pendant cinq semaines, *pour une fluxion de poitrine, avec point douloureux au-dessus du sein gauche*. Elle ne crachait pas de sang, assure-t-elle. Elle fut saignée une fois, demanda sa sortie lorsqu'elle était à peine guérie, et reprit, chez une fruitière, sa maîtresse, son service, qui était fort rude. Elle retomba malade, s'enrhuma, cracha beaucoup, vomit quelquefois par suite des quintes de toux. Elle quitta encore son travail, ne crut pas pouvoir supporter la voiture pour aller à Auteuil, et, pour la troisième fois, entra à la Charité, où elle fut couchée, comme je l'ai dit, dans le service de M. Fouquier.

Elle avait un peu de fièvre, de l'oppression, toussait, rendait une petite quantité de crachats verdâtres, mêlés à du mucus incolore. Dans la région sous-claviculaire droite on entendait des craquemens et du gargouillement, qui se retrouvaient plus gros ou plus forts dans la fosse sus-épineuse du même côté, où l'on constata en outre de la pectoriloquie. Ces phénomènes, à part la pectoriloquie, se retrouvèrent aussi à gauche dans les mêmes régions. En outre, vers la base, à droite, deux pouces au moins au-dessus du niveau du foie, il y avait ma-

---

praticien de Meulan, M. le docteur Bérigny, se trouva avoir émis le 29 avril dernier la pensée d'un congrès dans le journal même où elle a été développée, et, qui plus est, jugée impraticable par M. le secrétaire-général. On comprend à merveille qu'avec toute la modestie possible M. Bérigny ne se soit pas clairement reconnu dans le signalement ci-dessus. De son côté, M. le secrétaire veut absolument le maintenir à son profit. *Indè iræ*. Toujours est-il que M. Bérigny ayant écrit à ce sujet à la GAZETTE DES HÔPITAUX une lettre qui n'a pas été insérée, nous a adressé sa réclamation. Ce que nous venons d'en dire nous dispense d'en publier le texte.

A quoi bon d'ailleurs? M. le secrétaire-général préfère une concession à une discussion. « Où et quand, dit-il, ai-je réclamé cette priorité? A qui cette idée ne peut-elle pas être venue? » Prudente précaution, assez semblable à celle du castor qui, selon une croyance populaire, sachant bien ce que le chasseur veut de lui, s'arrache les parties génitales et les lui jette pour arrêter sa poursuite.

Eunuchum ipse facit, cupiens evadere damno
Testiculi.....

Et puis M. le secrétaire pourrait croire que nous avons envie de *faire rider cette surface calme et paisible, ce quelque chose qu'il sent là qui fait son bonheur et sa joie*. Nous ne poussons pas jusque-là la noirceur de notre âme et la perversité de nos instincts.

Quant à notre cher confrère de Meulan, nous le féliciterions volontiers de son idée. Mais, ayant de bonnes raisons de croire qu'il est sorti du Congrès beaucoup moins charmé qu'il n'y est entré, nous craindrions qu'il ne se rappelât le genre de félicitations proposé par Piron à l'Académie, pour le cas où elle l'eût reçu dans son sein. « Je vous dirai : *je vous remercie*, et vous me répondrez : *il n'y a pas de quoi*. »

— Mais ce n'est pas tout. Nous recevons une lettre signée Lugoguey-Saint-Joseph, *médecin oculiste voyageur*, FONDATEUR DU CONGRÈS MÉDICAL DE PARIS, *rue de la Chaussée-d'Antin*, 70; *momentanément à Troyes, place de la Préfecture*, 146. Ce praticien nous écrit que le 23 *janvier* 1840, il a fondé sous ce titre : LE CONGRÈS MÉDICAL DE PARIS, un journal mensuel qu'il a fait annoncer dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, et dont la déclaration a été faite le 8 du même mois au ministère de l'instruction publique. L'auteur assure que ce journal a paru. Nous n'avons aucune raison de le nier.

—Pendant que nous causons amicalement avec messieurs du congrès, nous leur signalons la difficulté suivante : *Les femmes peuvent-elles être admises à exercer l'art du dentiste ?* La question vient d'être adressée à l'Académie de médecine belge par le ministre. Nous n'y verrions rien, quant à nous, d'incompatible avec l'exercice de la profession, si ce n'est peut-être la faiblesse du poignet. Mais enfin la question est grave apparemment, puisqu'elle occupe en ce moment un ministre et une Académie royale; et nous ne serions pas fâché d'avoir sur ce point l'avis des fortes têtes de la commission permanente. Comme aussi il eût peut-être été bon d'appeler les dentistes à la réunion de la salle Saint-Jean. Ils ne seraient pas obligés de faire leurs affaires eux-mêmes, comme il arrive aujourd'hui dans un procès engagé devant la 6e chambre. Quatre chirurgiens-dentistes, MM. Audibran, Regnard, Thoirac et Rossi, ont porté plainte en exercice illégal d'une branche de la chirurgie, contre MM. William

tité, absence de respiration. M. Fouquier prescrivit une infusion de fleurs de guimauve avec sirop de gomme, une première apposition de sangsues à l'anus et le lendemain une autre à la vulve : il y eut un peu d'amélioration.

Le 19, à la visite du soir, je trouvai la malade beaucoup plus oppressée que de coutume, haletante, avec une grande fréquence du pouls, se plaignant, dans le côté droit, d'une douleur qui s'étendait jusqu'à l'épigastre. Le 20, au matin, après qu'on eut constaté l'extension de la matité, en avant, à la base de la poitrine, M. Fouquier prescrivit douze sangsues à l'épigastre, et il y eut encore un peu d'amendement. Il est à noter que la malade se couchait exclusivement sur le côté gauche et ne pouvait rester sur le droit.... Son état empira rapidement et elle succomba le 2 mars.

L'AUTOPSIE fut faite le lendemain, trente-six heures après la mort, par un temps frais.

L'EXTÉRIEUR n'offrit rien de remarquable ; le CRANE ne fut point ouvert.

Dans l'ABDOMEN, le tube intestinal était sain ; le foie un peu pâle et légèrement gras.

Dans la POITRINE seule on trouva des altérations qui méritent d'être indiquées en détail.

C'était d'abord une induration presque générale des deux poumons, qui ne crépitaient un peu que dans la moitié inférieure et bien qu'à la base; car on sentait encore vers le milieu et au-dessous beaucoup de noyaux d'induration, qui seront décrits tout à l'heure. La coloration extérieure des poumons était peu changée. En les incisant, on trouva les deux lobes supérieurs et de plus le moyen à droite complétement hépatisés en gris, comme dans la pneumonie au troisième degré. Mais il y avait cette différence que dans le cas présent la teinte était plus rosée que grise ou jaune ; que le tissu était plus compact et les granulations plus effacées ; qu'il résistait bien plus à la pression et ne se laissait pénétrer par le doigt que très difficilement ; enfin, qu'en le coupant, il s'en écoulait bien moins de sérosité purulente, quoiqu'il en coulât un peu.

Les deux lobes inférieurs, surtout dans les portions les plus élevées, offraient des noyaux d'induration rouge, mais d'un rouge terne et violacé, les uns gros comme des noix, d'autres un peu plus ou un peu moins, très fermes, très résistans et coriaces. Ainsi en jugèrent les assistans, qui employèrent eux-mêmes ces épithètes. Je citerai, entr'autres, M. le professeur Fouquier, qui présidait: M. Ant. Demyan, mon collègue de la Clinique, et M. Phormion, médecin grec de grande espérance. Dans les intervalles de ces noyaux, il y avait du parenchyme crépitant, exsangue ou à peu prés.

Jusque-là les deux poumons étaient semblables. Dans les deux aussi il y avait des tubercules fort petits, infiltrés dans les lobes supérieurs surtout, des granulations grises semées dans les lobes indurés du milieu et du bas; enfin, tout à fait au sommet de petites cavernes. Mais ces cavernes étaient un peu plus grandes et plus multipliées à droite : on en comptait dix qui auraient pu loger de grosses avelines. A gauche, il y avait un tubercule rond, volumineux, semblable à une chevrotine, ramolli au centre, cru à la circonférence.

Les bronches étaient excessivement rouges, uniformément vermeilles, légèrement érodées et comme ulcérées dans quelques points.

Enfin, la plèvre droite était couverte, sur les parties antérieures du poumon, de fausses membranes encore un peu jaunes, qui commençaient à passer à l'état fibreux et formaient des adhérences déjà difficiles à déchirer ; elle contenait, en outre, un verre et demi environ de sérosité citrine.

Tous les cas ne sont pas aussi tranchés. Le plus habituellement il n'y a autour des tubercules et des cavernes que quelques centimètres ou même quelques millimètres d'induration grise ou rosée qui passe inaperçue, parce qu'elle n'est rien en comparaison de la lésion principale ; ici la phthisie fut aiguë, et il est impossible de ne pas voir dans l'induration qui entourait les tubercules et les cavernes une véritable pneumonie, subaiguë dans des points, chronique dans d'autres ; il est impossible aussi de ne pas voir un rapport de cause à effet entre ces deux altérations qui se suivaient par étages. Laquelle des deux a été cause? peu importe quant à présent; j'ai voulu seulement, par un exemple bien tranché, mettre hors de doute la coexistence et le rapport fréquent du tubercule et de la pneumonie chronique.

Ce point établi, je reviens à l'anatomie pathologique de la pneumonie chronique envisagée isolément et indépendamment des lésions qui l'accompagnent, et je vais la décrire d'après les observations qui me sont propres.

(La fin prochainement.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE SPINA-BIFIDA, AVEC L'OBSERVATION D'UN CAS DE GUÉRISON DE CETTE MALADIE PAR UN NOUVEAU MODE D'OPÉRATION; par le docteur LATIL DE THIMÉCOUR, de Trévoux (Ain), ancien élève des hôpitaux de Paris, membre de la Société médicale d'émulation de Lyon.

(Suite et fin. — Voir le numéro 47.)

On trouve dans les ARCHIVES DE MÉDECINE (2e série, t. V, p. 439) la description anatomique d'un enfant mort par suite de l'ouverture spontanée d'une tumeur rachidienne à l'hospice des Enfans-Trouvés; les accidens durent depuis le 19 avril jusqu'au 25 du même mois : ce sont des vomissemens, de la diarrhée, des convulsions, l'*inflammation des parois de la poche*, et on trouve, à l'autopsie, des fausses membranes dans l'arachnoïde rachidienne jusque vers le trou occipital et des dépôts d'un pus brunâtre et fétide en contact avec la moelle. Le même journal (2e série, t. XIII, p. 104) donne encore la description anatomo-pathologique d'un enfant hydrorachique qui a présenté des altérations à peu près semblables, mais qui est surtout intéressant pour nous, parce qu'il est exactement analogue sauf le résultat, à celui que nous avons observé. L'enfant avait une paralysie avec pied-bot *du côté gauche*, coïncidant avec l'intégrité de l'extrémité droite, tandis que d'ordinaire, ajoute l'auteur, les deux membres pelviens sont atrophiés et paralysés.

Cette observation est extraite des ANNALES DE MÉDECINE des docteurs Puchelt, Chélius et Nœgelé (ann. 1836, t. II, n° 1). La moelle était intacte, et cependant M. Sieger, auteur de l'article, soutient que le trajet des portions nerveuses sur les enveloppes de la tumeur doit contr'indiquer la ligature ou le séton ou la ponction, d'autant plus que les cas de guérison par ces différens moyens sont encore trop rares et que chacune des opérations de ce genre ne pouvait avoir dans *un cas pareil qu'un résultat funeste.* Notre observation peut servir de réponse, et d'ailleurs celles de MM. Probart de Hawarden et de Rosetti pouvaient déjà le faire pressentir, puisque dans ces deux cas il y avait à la fois paralysie des extrémités inférieures et que cette paralysie a été guérie par l'opération. (Voy. ARCHIVES DE MÉDECINE, 1re série, t. XVIII, p. 102, et 2e série, t. XVII, p. 280.)

Dans notre opinion, le point principal dans toute opération de spina-bifida consiste surtout à empêcher l'inflammation de s'étendre et d'envahir les enveloppes de la moelle ; car c'est par cette extension à ces enve-

---

Rogers (l'inventeur des dents osanores), Paul Simon, Aimé (de Nevers) et Rubeetz. Il y avait pourtant là une difficulté dont la solution n'est pas indifférente. La loi de l'an XI ne reconnaît que des docteurs en médecine et en chirurgie et des officiers de santé, c'est-à-dire, sauf la différence du degré, des médecins ; et un arrêté de la Cour de cassation a déjà décidé qu'il n'y a pas pour le dentiste de diplôme obligatoire, par le motif qu'*il ne s'agit pas de l'exercice de la médecine dans son intégrité, mais seulement dans une de ses parties*. Or, sans nier qu'on pareil système soit contenu dans la loi, on comprend ce qu'il a de peu rassurant. Il n'est pas absolument nécessaire d'exercer toutes les branches de l'*art de guérir* pour tuer les gens. La plus minime fraction suffit. D'un autre côté, on objecte qu'il ne serait pas juste d'exiger les mêmes notions, et de ceux qui demandent à travailler seulement entre les deux arcades maxillaires, et de ceux qui aspirent à l'honneur de médicamenter, tailler, désarticuler toute la machine. Il y a là matière à examen. En tout cas, les lumières ne manqueront pas à la discussion. Des noms comme ceux de MM. Crémieux, Paillet, etc., en sont un sûr garant.

— Une association qui fonctionnait, et fonctionnait bien, avant l'invention du congrès, l'*association des médecins de Paris*, vient de prendre une grave détermination. Un ex-chimiste, qui est aussi un ex-toxicologue, un ex-naturaliste, un ex-homme de lettres, un ex-écrivain politique, un ex-savant, et qui, par malheur, n'est pas médecin, a imaginé un jour un système de médecine dont le camphre est la pierre angulaire. Il a cru que le camphre pourrait conserver notre pauvre corps, absolument comme il conserve les vêtemens, en concurrence avec le poivre et le vétiver. L'exploitation du précieux médicament a été faite en grand. Des sociétés commerciales ont été formées (1). Les cigarettes et l'eau sédative ont fait fureur; les cigarettes surtout, qui allaient très bien à la main gantée des belles dames. Mais l'inventeur, qui est un homme avisé, ne se souciait pas d'avoir en police correctionnelle une seconde édition des malheurs qu'il avait eus autrefois à la cour d'assises et à la

(1) MÉDICATION RASPAIL. — Voici l'une des annonces qui ont motivé la lettre de l'association des médecins de Paris au procureur du roi : « Depuis » la demande en dissolution de société (commencement de novembre), M. Raspail a cessé de donner la garantie de son autorisation et de sa signature, aux » préparations émanées de l'officine de M. MOREL, RUE DES LOMBARDS, 14. En » conséquence, chacun est instamment prié de composer ses médicamens d'après les formules du MANUEL ANNUAIRE DE LA SANTÉ, ou bien d'en confier la » préparation à un pharmacien consciencieux de son choix.

» M. RASPAIL profite de cette circonstance pour désavouer hautement tout » ce que l'on annonce sous son patronage : SAVONS CAMPHRÉS, VINAIGRES CAMPHRÉS, PARFUMERIES, etc., et CONSULTATIONS ANONYMES de médecins, qui » n'appliquent rien moins que le nouveau système. Les seules consultations » médicales que M. Raspail *avoue*, et auxquelles *il assiste* régulièrement, se » donnent RUE DES FRANCS-BOURGEOIS, 10, AU MARAIS, tous les jours, à partir » de deux heures, excepté le dimanche, les jours fériés, et le lundi, jour exclusivement consacré aux malades indigens, qui se présentent munis de livrets ou » de cartes d'indigence. » (PRESSE.)

loppes que la mort arrive, soit que la tumeur s'ouvre spontanément, soit qu'on vienne à la vider par une opération chirurgicale. Les deux exemples que nous avons rapportés plus haut le prouvent suffisamment, et il ne serait pas difficile de les multiplier, attendu que les insuccès et les autopsies sont en assez grand nombre; et l'on pourrait en faire une assez longue liste. (A. Cooper, Abernethy, Trowbridge, Ollivier d'Angers, Billard, Lediberdière, etc., etc.)

Or c'est à prévenir cette inflammation des enveloppes de la moelle que doivent tendre tous les efforts des chirurgiens et les perfectionnemens à introduire dans les méthodes proposées contre cette fatale terminaison. Ne pourrait-on pas, quoi qu'en dise l'auteur d'un article inséré tout récemment dans le JOURNAL DE CHIRURGIE, essayer encore, pour arriver à ce résultat, de la méthode sous-cutanée d'après les procédés de M. J. Guérin, pour les abcès par congestion. Nous nous contentons d'énoncer ici cette idée sans la discuter et de la suggérer à ceux qui voudraient faire d'autres tentatives.

Lorsque les enfans opérés pour un spina-bifida, quelles qu'aient été les conditions diverses dans lesquelles ils se sont trouvés, n'ont pas été atteints d'inflammation des méninges, on que cette inflammation a été arrêtée à temps et ne s'est pas étendue, la guérison a été obtenue. Ainsi dans le cas d'A. Cooper, ainsi dans celui de M. Probart, ainsi pour celui de Rosetti, ainsi pour celui de M. Beynard et pour ceux de M. Dubourg. Nous ne pouvons rapporter ici toutes ces observations, mais voyez les œuvres d'Astley Cooper, le TRAITÉ DES MALADIES DE LA MOELLE de M. Ollivier d'Angers, les DICTIONNAIRES DE MÉDECINE, les ARCHIVES et la GAZETTE MÉDICALE déjà cités.

Toutes les fois, au contraire, que l'inflammation a été trop violente et s'est étendue aux méninges, elle a constamment amené la mort; ainsi on trouve dans A. Cooper une autre opération qui peut être mise en regard de celle que nous avons déjà citée. Ce chirurgien fit une première ponction à une petite fille de onze jours, avec une aiguille simple. Quatre jours après, la tumeur s'enflamme et la fièvre se développe: le sixième jour, convulsions qui durèrent jusqu'au dixième, revinrent le quatorzième et le quarantième jour; dès lors elles ne cessèrent plus, et la mort arriva au cinquantième. On trouva, à l'autopsie, dans les ventricules cérébraux, environ 180 grammes d'un liquide au milieu duquel nageaient des flocons de lymphe coagulable. Une seconde observation d'A. Cooper est encore plus remarquable en ce sens que l'enfant a pu résister à plus de trente ponctions. Il s'agit d'un jeune garçon qui avait un spina-bifida assez volumineux à la base du sacrum. Deux ponctions en trois jours amènent des selles vertes et des convulsions. On fait une nouvelle ponction qui laisse écouler un liquide un peu sanieux, ce qui n'empêche pas de pratiquer encore treize ponctions. Alors reviennent les convulsions: on ponctionne de nouveau; le lendemain, vomissemens fréquens: on ponctionne encore; la diarrhée s'y joint: on ponctionne toujours. Enfin, le soixante-troisième jour, l'enfant paraît mourant; il en revient cependant, et trois semaines après, ce qui est à peine croyable, on recommence les ponctions. Enfin, dit l'auteur qui rapporte le fait, tant de ponctions n'ayant pu ni guérir la tumeur, ni grace au ciel tuer ce malheureux enfant, on s'arrêta par lassitude, et on appliqua un bandage sur la tumeur. (JOURN. DE CHIRUR., fév. 1845, p. 46.) Cette observation suffirait pour dégoûter à tont jamais de la ponction, et cependant c'est la méthode qui compte encore le plus de partisans. Ainsi Abernethy a pratiqué dix ponctions en six semaines sur un spina-bifida sans qu'il en résultât aucun accident; mais à la fin une des piqûres s'ulcère, la tumeur suppure et la mort survient. M. Velpeau fait quatre ponctions avec une lancette sur un spina-bifida de la région lombaire sans qu'il se déclare aucun accident, mais le vingtième jour des convulsions surviennent et la mort suit de près. On trouve, à l'autopsie, une inflammation purulente qui partant de la tumeur avait remonté tout le long de la moelle épinière. (MÉD. OPÉR., t. III, p. 275.)

A ces faits qu'il serait encore facile de multiplier, ajoutons deux nouvelles observations extraites des journaux anglais (LONDON MED. GAZ., 1844); dans l'un de ces faits des ponctions réitérées ont été suivies de l'inflammation des parois de la poche et de la mort, tandis que dans l'autre l'enfant a succombé à la suite des mêmes accidens survenus après la rupture spontanée de la tumeur.

C'est encore à la suite des mêmes accidens qu'a péri l'enfant opéré dernièrement par M. Tavignot, puisqu'il dit lui-même: « En examinant le dos, on put constater la régularité parfaite de la suture; seulement vers la partie moyenne de la plaie, on voyait suinter par une des ouvertures des aiguilles, quelques gouttelettes d'un liquide laiteux. Le trajet d'une épingle s'était agrandi par ulcération, et il s'établissait ainsi une ouverture du canal à l'extérieur, ouverture que l'on avait tant d'intérêt à éviter. Les accidens allèrent toujours en augmentant, et la malade mourut dans la soirée, quatre jours et demi après l'opération, sans avoir présenté ni paralysie ni convulsions. La tumeur avait le volume d'un œuf de poule. Le canal rachidien a présenté une rougeur ecchymotique sur la face antérieure des lames vertébrales, surtout à la partie moyenne du dos. La dure-mère n'a pas paru injectée. Après l'avoir incisée, il s'est écoulé de la région dorsale un liquide épais, purulent, grisâtre qui paraissait comprimé, si l'on en juge par la force avec laquelle il s'échappait. La pie-mère rachidienne protégeait suffisamment la moelle épinière qui n'a paru avoir subi aucune altération. » (L'EXPÉRIENCE, 28 août 1844).

Enfin, dans le cas déjà cité de M. Skinner de Philadelphie, l'enfant paraît avoir succombé surtout à une pneumonie et à la diarrhée, après avoir supporté soixante et deux ponctions! N'est-il pas probable qu'il aurait guéri par une autre opération, d'autant plus que M. Skinner lui-même a eu soin de dire: « Ce cas était des plus simples, puisque la tumeur était peu volumineuse et que l'enfant qui n'avait que sept mois et qui par conséquent ne marchait pas pouvait se servir de ses jambes et rester debout en se tenant à quelque objet, qu'elle pouvait s'asseoir et se coucher sans le plus léger inconvénient et qu'une forte pression ne produisait aucun symptôme fâcheux. » M. Skinner ajoute que c'était là un de ces cas de spina-bifida local, sans maladie de la moelle épinière, sans aucun autre vice de conformation, et c'est à des cas de ce genre qu'on a justement restreint l'application du traitement curatif. Notre observation prouve qu'on peut et qu'on doit essayer davantage et même que le cas de Skinner n'était pas un véritable spina-bifida ou du moins qu'il n'y avait plus de communication entre la tumeur et la cavité vertébrale?

Un autre chirurgien, M. Prescott-Hewett, qui vient de publier à Londres des observations sur la maladie qui nous occupe (GAZ. MÉD., 1845, p. 45), pense que le point le plus important dans le pronostic du spina-bifida est de savoir si la moelle ou les nerfs qui en émanent ont ou n'ont pas des rapports avec la poche anormale; car sur vingt préparations que l'auteur a examinées avec soin dans différens musées il n'en a trouvé qu'une seule où ces rapports n'existaient pas. Malgré les succès de M. Dubourg,

barre de la chambre des députés. En conséquence, il s'était adjoint un associé à diplôme, préposé à la signature des ordonnances. Or, si l'on en croit un bruit public, cet associé, ce compère, puisque le mot est consacré, serait (*horresco referens!*) un ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Voilà ce que l'Association des médecins de Paris n'a pas voulu tolérer. On assure que son bureau, usant d'un droit d'initiative qu'il réserve pour les grandes circonstances, a appelé l'attention du procureur du roi sur cette affaire. Nous nous en tenons, pour le moment, au simple récit des faits qui, par leur nature, commandent, on le comprend, la plus grande réserve.

Le plus étonné en tout ceci sera sans doute l'auteur du fameux système. Son esprit de libéralisme bien connu comprendra difficilement ce gênant contrôle de la conduite d'un citoyen; sa vertu républicaine, qui n'est pas tenue de connaître, pas plus en médecine qu'en politique, d'autres lois que celles de 89, se révoltera contre les entraves apportées par un pouvoir ombrageux au soulagement des pauvres. Notre crainte est que le procureur du roi n'entende rien à ces raisons-là.

— Pendant qu'à Paris les étudians en médecine se pressaient aux cours ou organisaient des manifestations patriotiques, à Montpellier on se préparait encore à une rentrée des trois Facultés, qui n'a eu lieu que le 10 novembre. L'Académie de Montpellier est toujours un peu paresseuse à l'endroit de sa rentrée, ce qu'il faut incontestablement attribuer à la douce chaleur du climat, qui dispose au calme de l'esprit et du corps. Elle s'expose ainsi à être gourmandée tous les ans sur ce chapitre par la presse de l'endroit, qui voit dans ce retard une dérogation à l'instruction ministérielle du 31 juillet 1840, d'après laquelle la rentrée doit avoir lieu *le premier lundi de novembre*. La Faculté de Strasbourg s'est conformée à l'instruction et a déployé son drapeau le même jour que la Faculté de Paris. Le discours prononcé à cette occasion par M. Coze est digne de l'esprit positif et judicieux de l'honorable doyen. A Paris, un discours de rentrée est une occasion d'exhiber tout ce qu'on peut avoir de ressources littéraires. La distribution des prix, la nomination d'un nouveau professeur, un concours pendant, un collègue mort, deviennent autant de thèmes sur lesquels l'orateur a le droit d'être brillant, sublime ou pathétique suivant l'occasion. En province, où l'appareil extérieur est plus modeste, où moins d'oreilles écoutent, où l'on parle, pour ainsi dire, de plus près aux élèves, le meilleur discours est le plus instructif et le plus pratique. Celui de M. Cozeest de ce nombre. Il y est démontré encore une fois, par des chiffres authentiques, qu'à Strasbourg comme ailleurs, le nombre des élèves a diminué de plus de moitié depuis 1835. En représentant par 100 le chiffre des premières inscriptions prises dans cette Faculté au mois de novembre 1835, on voit ce chiffre tomber successivement, dans les trois années suivantes, à 74, à 47, à 38, puis remonter à 45, pour osciller, pendant les quatre dernières années, entre 27 et 30. Heureux résultat, préparant aux jeunes médecins un avenir plus facile et dû incontestablement aux mesures générales qui, en fortifiant les études médicales, ont rendu moins accessibles les abords du doctorat.

— Voici, sur notre bureau, une brochure rose intitulée: ÉTRENNES MAGNÉTIQUES DE 1846, PAR UNE MOUCHE PARISIENNE, dégoûtée de congrès, etc. C'est une rancune de magnétiseur contre le congrès de Reims. Puis en voici une jaune: c'est le premier numéro d'un nouveau journal mensuel. Il a nom: JOURNAL DE LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE, est publié par la SOCIÉTÉ HAHNEMANNIENNE,

il n'approuve pas son opération, et quand on veut se borner à ponctionner la tumeur, il veut qu'on ne fasse pas la piqûre sur la ligne médiane parce que c'est en ce point qu'existent ordinairement les connexions entre le sac et la moelle ou les nerfs. Il pense que ces connexions n'existent pas lorsque la tumeur ne correspond qu'aux deux ou trois premières vertèbres lombaires, tandis qu'au contraire le cordon rachidien est plus ou moins uni au kyste séreux toutes les fois que la tumeur occupe en partie la région lombaire, en partie la région sacrée, et cela tiendrait, suivant lui, à ce que dans ce dernier cas la maladie a eu lieu dans les premiers mois de la vie fœtale à l'époque où la moelle occupe encore le canal sacré. Or c'est précisément là un des points les plus délicats et les plus importans de la question sur lequel il est nécessaire d'insister un instant ; car il en résulterait évidemment que le spina-bifida, au lieu d'être moins grave à la région lombo-sacrée qu'ailleurs, le serait encore davantage dans cette région qu'en aucun autre point de la colonne vertébrale.

Il y aurait loin de cette opinion à celle qui a été émise au sein de la société médicale d'émulation de Lyon et qui consiste à mesurer le pronostic et à calculer la gravité de l'opération et ses chances de succès d'après la hauteur de la tumeur, le long de la colonne vertébrale. Du reste, l'une des observations de M. Dubourg, suivie de succès, répond à cette assertion puisque dans ce cas la tumeur siégeait au niveau de la réunion des dernières vertèbres cervicales avec la première dorsale. L'état général était satisfaisant, et il n'y avait paralysie ni de la vessie, ni d'aucun membre. Il y a d'ailleurs d'autres faits analogues, par exemple, un de ceux de Trowbridge dont nous aurons à parler plus loin.

Mais l'anatomie pathologique fournit des preuves encore plus concluantes et l'opinion de M. Prescott se trouve précisément conforme à celle de M. Ollivier (d'Angers). « Ordinairement, dit cet auteur (t. I, p. 223), et surtout quand il n'y a pas hydrocéphalie, la moelle ne présente aucun vice de conformation ; *si ce n'est plus de longueur surtout dans les cas où la tumeur occupe le sacrum.* Elle se prolonge souvent alors jusqu'au fond du sacrum. Une particularité à peu près *constante* explique ce fait ; c'est que non seulement les nerfs lombaires et sacrés, mais l'extrémité inférieure de la moelle elle-même sont confondus et adhérens avec les parois de la tumeur. » Il ajoute (p. 199) : « L'excès de longueur de la moelle a surtout été observé dans les cas de spina-bifida où l'on voit persister les proportions que présente cet organe dans les premiers temps de la vie fœtale. En effet, la moelle se prolonge alors jusqu'au bout du sacrum ; puis elle semble remonter à mesure que le rachis s'accroît surtout dans sa portion lombaire. Mais l'excès de longueur de la moelle dans le spina-bifida n'est que relatif ; il résulte de ce que l'accroissement de cet organe a continué de s'effectuer pendant que celui du rachis a été retardé ou entravé par la cause qui produit l'hydrorachis. » Ainsi Tiedemann pense que si la moelle épinière descend moins bas dans le canal vertébral chez le fœtus voisin du terme de la naissance que chez celui qui commence à se former, cela dépend de ce que la colonne épinière croît plus rapidement en longueur que le cordon nerveux qu'elle protége. De sorte que celui-ci devient plus court relativement à elle à mesure que le fœtus se rapproche davantage de l'instant où il doit voir le jour. Ainsi, selon lui, la moelle épinière reste fixée à sa place et c'est le canal vertébral qui s'allonge de haut en bas. Morgagni a vu ce cordon nerveux descendre jusqu'au sacrum chez un enfant affecté de spina-bifida. Trew Apinus, Hutchinson, Grashuys Meckel, citent des cas semblables. Béclard l'a vue se prolonger en pointe jusqu'au bout du sacrum qui était bifide et l'enfant était à terme. Enfin, j'ai observé, dit encore M. Ollivier (d'Angers) (p. 200), plusieurs fois cet excès de longueur en pareille circonstance.

M. Cruveilhier est encore plus positif ; car il soutient, dans son ANATOMIE PATHOLOGIQUE, que la cause du spina-bifida est une adhérence de la moelle et de ses enveloppes avec les tégumens, adhérence antérieure à la cartilagination des lames vertébrales qui maintient la moelle hors du canal osseux et s'oppose à la formation de ces lames dans la région correspondante. L'adhérence une fois établie, le canal osseux étant imparfait, il est tout simple que le liquide céphalo-rachidien se porte dans le point qui lui offre le moins de résistance.

Il est donc à peu près certain qu'il y avait réellement des nerfs dans les parois de la tumeur que nous avons opérée, et que leur présence n'a pas empêché le succès de l'opération. D'ailleurs, cette opinion serait encore confirmée par le passage suivant de M. Ollivier (p. 232) : « En général, on n'observe ces adhérences que *lorsque la tumeur occupe la région lombaire ou sacrée ;* quand elle a son siége *au cou ou à la partie moyenne du dos*, la moelle épinière et ses nerfs *n'adhèrent pas* aux parois de la tumeur, qui n'en présente pas moins, de même que le spina-bifida, les mêmes caractères que dans les deux autres régions. » Et ailleurs (p. 215) : « La peau est quelquefois mince et transparente ; d'autres fois elle est épaisse ; mais le plus souvent elle est amincie et présente des marbrures violettes ou brunâtres. A la vérité, il arrive aussi qu'elle manque réellement. La poche est alors formée seulement par la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère, quelquefois même par ces deux dernières seulement. La pie-mère est souvent alors épaissie, *recouverte de vaisseaux sanguins très injectés.* Quelquefois les tuyaux nevrilemmatiques qu'elle fournit à chaque nerf sont appliqués à sa surface où ils forment *des stries sensibles.* Alors la peau cesse brusquement à la base de la tumeur, et c'est surtout dans ces cas que l'on voit les tuyaux nevrilemmatiques des nerfs rachidiens à la face interne de la tumeur. » Il semble vraiment que M. Ollivier (d'Angers) ait voulu décrire ici la tumeur que nous avons opérée.

Enfin, cette disposition anatomique a encore donné lieu tout récemment, au sein de la Société médicale du Temple, à Paris, à un débat assez vif entre M. Gery et M. Baraduc, dans lequel le premier a soutenu que le spina-bifida est une hernie de la moelle, et que la ligature ne doit pas être appliquée à ces tumeurs, à cause des nerfs qui s'y rencontrent ; tandis que le second, tout en s'élevant contre cette assertion, a ajouté : « Ne voyant dans ces tumeurs que les nerfs qui se trouvent dans leurs parois, je maintiens que *le précepte de ne point en opérer la ligature* doit s'appuyer sur cette considération seulement que la ligature, en produisant le refoulement du liquide rachidien, déterminerait une compression de la moelle suivie d'accidens mortels. J'ai présenté deux pièces d'anatomie pathologique sur lesquelles j'ai démontré que les tumeurs du spina-bifida ne sont point formées suivant la manière de voir de M. Gery ; puis j'ai dit : Dans les parois de la tumeur qui contient du liquide, j'ai suivi et l'on peut distinguer encore des vaisseaux et *quelques filets nerveux :* la seconde pièce offre la même disposition et encore plus prononcée. » (GAZ. DES HÔP., 18 mars 1845.)

Ces preuves suffisent, il nous semble, pour établir la certitude que la tumeur que nous avons opérée était un véritable spina-bifida de la région lombo-sacrée formé par la dilatation et la sortie hors du canal rachidien

---

s'occupera de l'HAHNEMANNISME, et combattra l'INSUFFICIENTISME et autres hérésies. Le rédacteur en chef est M. le docteur Léon Simon. Nous prions Dieu que les abonnés de notre cher collègue ne se mesurent pas à dose *hahnemannienne.* Les effets salutaires de l'abonnement n'augmentent pas, comme ceux des médicamens, en raison inverse de la quantité, et l'*infiniment petit* perd ici de ses avantages.

— On parle, ou plutôt on a parlé, d'un projet de CERCLE ou CLUB MÉDICAL. Une commission bénévole s'était formée ; mais les auteurs du projet n'ont fait qu'une tentative d'exécution qui n'a échoué que par des circonstances indépendantes de leur volonté.

— A Hong-Kong, en Chine, une société d'un autre genre, une société scientifique, s'est fondée sous le titre de CHINA MEDICO-CHIRURGICAL SOCIETY ; elle a tenu sa première séance en mai dernier, sous la présidence de M. le docteur Tucker.

— En Autriche aussi on s'occupe d'organisation médicale, mais à la façon autrichienne. Un décret de la chancellerie d'état porte que, dans le cas où le *directeur des études médicales* (qui est en même temps le médecin de l'empereur) n'approuvera pas les moyens thérapeutiques employés par le médecin en chef, il sera provoqué une consultation entre plusieurs autres médecins en chef. Si ces moyens ne sont pas approuvés, le malade sera transféré dans un autre service, *à moins qu'il ne préfère courir les chances du premier traitement.* Nulle opération grave ne pourra être entreprise sans que le conseil du médecin en chef n'ait été entendu. Par décret de S. M. l'empereur, il est encore ordonné de continuer pendant deux ans des expériences sur la *méthode de Lali* (précieuse méthode que nous ignorons complètement) contre l'hydrophobie confirmée. Toutefois le traitement ancien sera continué tant qu'il ne s'agira que de morsures d'animaux suspects.

— Qui réunit au bonheur de jouir d'un strabisme ancien le bonheur d'être belge ? Que celui-là s'en aille à la Guadeloupe. Un vieillard de 108 ans mort en cette ville, lègue toute sa fortune aux Belges nécessiteux de l'arrondissement de Charleroy qui pourront produire un certificat de deux oculistes, constatant qu'ils sont louches depuis au moins dix ans. Il est à regretter que l'opération du strabisme soit de date si récente ; tant d'opérés auraient pu concourir avec succès !

— A Marseille, il y a quelques jours, on distinguait dans la suite de S. A. Ibrahim-Pacha, M. le professeur Lallemand, revêtu, dit le *Sud*, d'un costume turc d'une richesse extraordinaire. « Le drap écarlate de sa veste disparaissait presque entièrement sous de somptueuses dorures. Des plaques en diamant attachées sur sa poitrine ou suspendues à son cou jetaient un éclat dont l'œil était ébloui. Il était coiffé du fez ou bonnet turc. » Y a-t-il eu erreur ? Ibrahim lui-même a-t-il été pris pour M. Lallemand ? Ce serait vraiment dommage. Notre confrère pouvait être très beau sous ce costume, et la médecine française n'a guère d'occasions d'être représentée sous des dehors aussi brillans.

X.

des enveloppes de la moelle épinière sur la surface interne desquelles les tuyaux nevrilemmatiques qu'elles fournissent aux nerfs qui en émanent étaient appliqués et formaient des stries sensibles, comme dans les cas rapportés par les auteurs que nous avons cités. Du reste, comment expliquer autrement, dans notre observation, la paralysie du membre gauche, la difficulté et la douleur dans les excrétions alvines et urinaires avant l'opération, et la disparition de ces symptômes après l'enlèvement de la tumeur? Enfin, d'où serait venu le liquide qui survint le 8e jour après son ablation, et alors qu'il n'existait plus de poche anormale, si celle-ci n'avait pas eu de communication antérieure avec la cavité de l'arachnoïde? D'ailleurs, l'examen attentif des lambeaux de la tumeur nous montra qu'elle était uniloculaire, lisse et polie à sa surface interne formée d'une espèce de tissu fibreux très résistant et comme élastique, revenu sur lui-même et épaissi d'une manière très remarquable après son ablation, tandis qu'il était mince et transparent pendant qu'il était distendu par du liquide. Chaque mouvement imprimé à la tumeur avant l'opération faisait pousser des cris à l'enfant, amenait des hoquets et des suffocations qui paraissaient dangereuses. Or, tous ces phénomènes ont été observés et signalés dans d'autres cas analogues et suivis d'autopsie : ils ont été attribués, soit à la compression, soit à la lésion de la moelle ou des nerfs par divers auteurs.

Enfin, s'il pouvait rester encore quelques doutes, nous ajouterions que Jean-Marie Chaillon nous a été présenté de nouveau dans les premiers jours de septembre pour une hernie ombilicale qu'il portait déjà au moment de la première opération, et qui n'avait point guéri malgré l'application d'un bandage, ce qui nous a forcé à opérer de nouveau cet enfant par la ligature, suivant la méthode de Celse modifiée par Desault et M. Martin (de Lyon), et qui nous a réussi comme à M. Bouchacourt, qui vient d'en faire le sujet d'un mémoire à la Société médicale d'émulation de Lyon. Mais le fait à signaler, et qui nous a frappé dans l'une de nos visites, fut de trouver l'enfant couvert d'une sueur abondante sur tout le côté droit, sans apparence de moiteur du côté gauche, si ce n'est très peu à la tête et à la partie supérieure du dos. La mère nous apprit alors qu'elle avait déjà eu plusieurs fois l'occasion d'observer cette particularité, et que, bien plus, elle avait été fort surprise un jour de trouver son enfant tout couvert de plaques rouges à la peau sur tout le côté droit, tandis qu'il n'en existait aucune à gauche, l'éruption s'étant limitée exactement sur la ligne médiane. Malgré cela, les mouvemens du membre paralysé sont évidemment de plus en plus sensibles; et si bien qu'aujourd'hui la jambe se meut dans tous les sens, et que l'enfant peut même s'appuyer sur elle en soulevant le pied droit. Cependant la sensibilité paraît encore aussi plus obtuse dans le membre gauche que dans le droit, si l'on en juge par ce fait qu'il semble nécessaire de pincer cet enfant plus fort d'un côté que de l'autre pour le faire crier. Nous ne citons point cette particularité de l'absence de sueur et d'éruption cutanée d'un côté du corps comme un fait exceptionnel et sans exemple, car nous savons très bien que des phénomènes analogues ont été observés dans plusieurs cas d'hémiplégie et même dans quelques autres plus rares, sans lésion apparente du mouvement ou de la sensibilité; c'est seulement parce qu'elle a été signalée dans certaines altérations ou lésions de la moelle épinière, comme M. Ollivier (d'Angers) et M. Calmeil en ont cité des exemples.

Cette insistance et ces preuves ne sont peut-être pas inutiles pour répondre aux objections qui ont déjà été faites à presque toutes les guérisons de spina-bifida, et surtout à ceux qui ne veulent pas croire à la possibilité d'une cure radicale d'une tumeur rachidienne qui communiquerait réellement avec la cavité destinée à contenir la moelle de l'épine; ainsi cette objection n'a-t-elle pas été faite à M. Dubourg lui-même, puisque, dans le JOURNAL DE CHIRURGIE déjà cité (février 1845, p. 50), on trouve la critique suivante à son adresse : « M. Dubourg n'a pas été frappé de la constitution insolite de ces deux tumeurs : tout préoccupé de l'idée qu'elles doivent communiquer avec le canal rachidien, il ne se demande pas comment elles étaient si dures et ne cédaient pas à la pression. Dans sa première observation, il reconnut distinctement avec le bout du doigt la moelle épinière dépouillée de ses enveloppes immédiates, *sans se demander si la moelle épinière descend bien jusque-là*. Dans le second cas, une manœuvre semblable faisait parvenir le doigt, disait-il, sur la surface de la moelle spinale. Nous n'oserions pas, pour notre compte, nous confier si résolument au bout du doigt, et nous aurions voulu qu'un coup d'œil jeté à propos après l'ablation de la tumeur eût reconnu l'existence de cette communication, que nous regardons jusque-là comme très problématique. Autre chose est l'ouverture des vertèbres, qui ne se fermera peut-être jamais; autre chose le canal de communication entre la poche extérieure et la cavité arachnoïdienne. » Ces objections ne nous semblent pas sérieuses, puisque M. Dubourg avait eu soin de prendre ces précautions contre ceux qui ne croient qu'à l'anatomie pathologique et aux autopsies, et de dire dans la première observation : « L'examen anatomique de la tumeur enlevée démontra que c'était bien un kyste séreux communiquant dans la moelle épinière et doublé en dedans par une expansion de la dure-mère et de l'arachnoïde. Toutefois, la cavité n'était pas proportionnée au volume de la tumeur, et il y avait entre la dure-mère et les tégumens plusieurs couches de tissu cellulaire et adipeux. Dans la seconde, la dissection de la tumeur montra un kyste formé par le concours des méninges, de la peau et d'un tissu intermédiaire épais, résistant et comme fibreux. La cavité, lisse et pâle, pouvait admettre à peu près l'extrémité du pouce et le gros cordon que l'on avait senti avant l'opération, provenait d'un trousseau de fibres de la dure-mère. »

Resterait maintenant à rechercher les conditions et le mécanisme de la guérison. Déjà nous avons dit que, dans notre opinion, la cause de la mort est moins souvent dans l'essence même de la maladie que dans l'inflammation des enveloppes de la moelle, qui suit presque nécessairement l'ouverture, soit spontanée, soit artificielle de la tumeur. D'après cette manière de voir, l'existence d'un spina-bifida n'exclurait pas la viabilité, et la preuve en est dans ce fait que la plupart des enfans qui naissent avec ce vice de conformation continuent à vivre plus ou moins de temps, jusqu'à ce que la poche anormale vienne à se rompre, soit naturellement, soit par suite d'une opération chirurgicale. Or, qu'arriverait-il si la poche était assez solide pour résister à une rupture spontanée, ou si des efforts bien dirigés par l'art venaient à l'empêcher? L'une des observations d'A. Cooper va répondre à cette question.

James Applebée portait, sur la région lombaire, une tumeur transparente de la grosseur d'une noix. La tête de l'enfant n'était pas plus grosse que de coutume, et il pouvait remuer ses jambes. A. Cooper appliqua une bande, de manière à comprimer cette tumeur, qu'il considéra comme une espèce de hernie. Ce traitement *dura cinq mois, et pendant ce temps l'enfant eut plusieurs fois des convulsions.* A cette époque, on employa un bandage à pelote, comme pour la hernie ombilicale, et *à quinze mois* l'enfant pouvait *se traîner* sur ses jambes et monter un escalier. A dix-huit mois, le bandage s'étant déplacé, la tumeur devint grosse comme une orange, et quand on voulut la réduire, l'enfant fut comme *stupéfié*. Enfin, *plus tard* l'enfant put aller à l'école, *mais il fallut toujours maintenir le bandage, autrement on voyait reparaître la tumeur.*

Indépendamment de la lenteur du résultat, cette cure n'est évidemment que palliative, mais elle sert merveilleusement à notre opinion; et d'ailleurs, en dehors de cette espèce de guérison obtenue par l'art, on trouve quelques exemples de la persistance de la vie, malgré la présence d'une tumeur rachidienne, pour lesquels la nature seule paraît avoir fait tous les frais, sans aucune intervention de la chirurgie. Ainsi on trouve, dans l'ouvrage déjà cité de M. Ollivier (d'Angers), que Bonn a rapporté l'observation d'un enfant qui vécut deux ans avec un spina-bifida; que Warner a donné celle d'un autre qui ne périt qu'à 28 ans. M. Moulinié (de Bordeaux) parle d'un individu de 37 ans, qui portait un spina-bifida depuis sa naissance, et qui ne paraissait pas en avoir beaucoup souffert. Ajoutons qu'il existait encore, il y a quelques années, à Londres, une femme, âgée de 29 ans, qui vint au monde avec une tumeur à la partie inférieure de la colonne vertébrale. Cette tumeur a fait insensiblement des progrès, et elle égalait à peu près le volume de la tête d'un homme. Et ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est que le liquide qu'elle contenait suintait parfois et en petite quantité à sa surface. La santé de cette femme a été constamment bonne jusqu'à présent, et quoique les parties génitales soient bien conformées, les menstrues se font jour à travers une ouverture existant à la cuisse droite (JOURN. GÉN. DE MÉD., mars 1822). Swagermann parle d'un individu qui vint, avec cette difformité, jusqu'à 50 ans; disons toutefois que M. Ollivier (d'Angers) paraît douter qu'il y ait eu un véritable spina-bifida dans cette circonstance.

Deux autres faits des plus intéressans sont rapportés dans le mémoire de M. Prescott-Hewett, dont nous avons déjà parlé. Ils ont rapport, le premier, à un jeune homme de dix-sept ans, qui, dès sa naissance, avait une incontinence d'urine et ne pouvait qu'avec peine retenir ses excrétions alvines. Dans le second, il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans. L'état des membres inférieurs et celui des excrétions alvines est naturel; mais elle ne peut garder ses urines lorsqu'elle est assise, quoique debout elle les retienne parfaitement.

Enfin, quand on en arrive aux véritables guérisons obtenues par l'art, on n'en trouve plus qu'un très petit nombre qui présentent des caractères suffisans de certitude scientifique; ainsi, en réunissant tous les faits épars dans différens ouvrages, on n'arrive pas à former un total de plus de huit ou dix succès, présentant les caractères d'authenticité que l'on est en droit d'exiger; encore faudrait-il rigoureusement en déduire au moins deux qui ne sont pas le résultat d'une véritable opération chirurgicale, savoir celui d'A. Cooper, que nous avons cité plus haut, et celui de Terris, qui est le seul exemple d'une guérison due aux seuls efforts de la nature, puisqu'elle a eu lieu à la suite de la rupture spontanée de la tu-

meur (JOURNAL GÉNÉRAL DE MÉDECINE, 1806, tome 27, page 162). Resteraient, après cela, les succès de Rosetti, que quelques auteurs disent être au nombre de deux, mais dont un seul a été publié avec les détails suffisans, puisqu'il n'est nullement question du second dans plusieurs ouvrages où le premier a été transcrit presque textuellement (ARCHIVES, déjà citées). Le fait de M. Probart de Hawarden a été consigné dans le même journal, et dans ces deux cas le succès a été le résultat de la ponction, de même que dans un troisième cas d'A. Cooper, dont nous avons donné les détails; mais nous devons ajouter que ce sont les seuls que l'on puisse opposer à un nombre presqu'infini de revers, puisque de toutes les opérations pratiquées contre le spina-bifida, la ponction est, sans contredit, celle qui a été le plus souvent essayée.

Les deux succès de M. Dubourg sont dûs à un autre procédé que l'on peut appeler l'excision, et qui avait déjà été pratiqué par Bronner, au rapport de Morgagni, quoique la mort ait suivi de près cette tentative. Enfin, pour compléter le nombre des huit guérisons que nous avons annoncées, il faut ajouter le fait qui nous est propre, et celui de M. Beynard, dont l'observation a été consignée dans la GAZETTE MÉDICALE.

Il n'est peut-être pas inutile de rapprocher de ces faits les deux observations de Trowbridge rapportées dans le JOURNAL DE CHIRURGIE (février 1845, page 48), et qui constituent deux nouveaux succès obtenus par la ligature, bien qu'elle n'ait pas été pratiquée de la même manière et que l'auteur avoue avoir échoué plusieurs fois par le même moyen, lequel du reste avait été déjà essayé par Orth sur un enfant, qui ne tarda pas à succomber dans des convulsions. Nous croyons cependant que ces faits ont ici leur importance, en ce qu'ils constituent quatre succès sur huit, obtenus par la ligature, considérée comme méthode générale, bien qu'elle ait été pratiquée par trois différens procédés. (Voyez pour plus de détails les ouvrages cités et le JOURNAL DES PROGRÈS, tome 17, page 274, et le BOSTON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL, 1829.)

Ces observations ont encore cela de remarquable qu'elles ont trait à des tumeurs de la région cervicale, ce qui, avec le fait propre à M. Dubourg, formerait un total de trois guérisons pour cette région qui, dans certaines opinions, devrait n'offrir presqu'aucune chance de succès. En outre elles assureraient à la ligature la prééminence sur la ponction, qui a cependant compté jusqu'ici un nombre beaucoup plus considérable de partisans, et qui a été pratiquée surtout dans ces derniers temps, à l'exclusion de toutes les autres méthodes qu'on a voulu frapper de discrédit. Avouons cependant que les observations de Trowbridge, bien que datant déjà de 1827, n'ont pas reçu la même publicité que celles de Probart de Hawarden, d'A. Cooper et de Rosetti, et de beaucoup d'autres, à notre avis moins importantes; ainsi il n'en est nullement question dans l'ouvrage de M. Ollivier (d'Angers) (édition 1837), ni dans la plupart des articles qui ont été publiés jusqu'à présent sur le spina-bifida. Serait-ce donc que l'âge des enfans, vingt-et-un mois et trente mois, aurait fait naître des doutes sur la nature réelle de la tumeur? Cependant dans sa première observation, Trowbridge insiste sur ce point qu'il y avait une ouverture située entre les deux dernières vertèbres cervicales et pénétrant dans le canal rachidien, et dans la seconde, sur ce que le pouce et l'indicateur de la main droite restaient fermés et ne pouvaient être redressés que par un effort extérieur avant l'opération, et qu'après ces doigts recouvrèrent tous leurs mouvemens.

Beaucoup d'autres exemples ont été donnés comme des cas de guérison de spina-bifida, mais ils sont à peu près tous dépourvus de détails et de preuves suffisantes; aussi la plupart des auteurs ne les acceptent-ils point comme suffisamment prouvés; ils doivent, en effet, être soumis à une sévère discussion. Tel est celui d'Otto: l'enfant était en même temps affecté d'hydro-céphalie; la tumeur traitée par la ponction avait disparu depuis trois semaines, lorsque l'enfant mourut; il n'était âgé que de 3 mois. L'autopsie fit voir que l'hiatus vertébral était fermé. Aussi M. Ollivier (d'Angers), en rapportant ce fait, ne pent-il s'empêcher d'ajouter: Quelle fut donc la cause de la mort? Tel serait aussi celui de Hampfield (LONDON MEDICAL AND PHYSICAL JOURNAL, july, 1824, page 350, et ARCHIVES DE MÉDECINE, 2e série, tome 14, page 496), dont les détails sont tout à fait incomplets, et d'ailleurs la guérison, si elle est réelle, n'a pas été obtenue par une opération chirurgicale, comme dans le cas de Stueber, rapporté par Heister (RÉPERT. GÉN. DES SCIENC. MÉDIC., tome 16, page 59), comme dans ceux de Camper et de Maurice Hoffmann, qui ont été si souvent cités, malgré les raisons graves qui doivent en faire douter. (Camper, DISSERT. SUR L'HYDROPISIE, MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE, 1784). Le fait d'Hoffmann, s'il était vrai, serait assurément le plus étonnant qui ait été rapporté. Un enfant portait en venant au monde une petite tumeur hydroachique au-dessus de la seconde vertèbre lombaire. Six semaines après, elle avait le volume d'une orange et menaçait de se rompre. On fit une ponction avec une lamelle à la partie la plus déchirée. *L'ouverture fut bouchée par une tente de charpie* que l'on ôta de temps en temps, et l'on vida la tumeur à mesure qu'elle se remplissait de nouveau. La poche finit par s'affaiser, on la couvrit d'un emplâtre et il resta à la place une cicatrice rugueuse et enfoncée (Maurice Hoffmann, MISCELLANEA, obs. 208). Il est presque hors de doute qu'il ne devait pas y avoir communication entre la tumeur et la cavité de l'arachnoïde.

L'observation si souvent répétée de Genga d'après Morgagni (DE SEDIB. ET CAUS. MORB., epist 12, sect. 9) n'est pas un cas de spina-bifida, car il a rapport à un enfant *de quatre ans* qui fut affecté d'hydrocéphale à la suite d'une contusion à la tête. Un mois après une tumeur s'étant manifestée au *coccyx* on l'ouvrit et l'on vit la tête diminuer de volume à mesure que le liquide s'écoulait par la piqûre. Évidemment dans ce cas l'épine n'était pas bifide et la tumeur n'était pas congénitale; d'ailleurs elle nageait à l'extrémité du coccyx là où le canal rachidien reste naturellement ouvert et où il n'y a plus ni moelle ni nerfs. On trouve du reste dans Apinus d'après Haller (tome 7, page 285) un exemple à peu près semblable, observé sur une femme de cinquante ans, chez laquelle il se forma tout à coup à l'extrémité du sacrum une tumeur de la grosseur du poing, après un effort violent qu'elle avait fait pour lever un pesant fardeau.

La guérison attribuée à Keilman n'est guère regardée comme authentique que par Samuel Cooper qui n'en connaissait que trois; elle est d'ailleurs formellement révoquée en doute par M. Dubourg (GAZETTE MÉDICALE *loc. citat.*). Les deux succès rapportés dans la thèse de M. Bodin et extraits des MÉLANGES DES CURIEUX DE LA NATURE sont niés par M. Itard, (DICT. DES SCIENCES MÉDIC., tome 22, page 471), qui n'admet qu'une seule guérison: « celle dont parle Morgagni d'après Lancisi » et qui n'est autre chose certainement que le fait de Genga que nous avons rapporté.

Enfin dans ces derniers temps quelques nouveaux faits ont été donnés comme des exemples de guérison de tumeurs rachidiennes, mais aucune ne présente les véritables caractères du spina-bifida et pour certaines, les détails sont si incomplets qu'on ne saurait réellement se prononcer sur le véritable caractère de la maladie. Ainsi on trouve dans la REVUE MÉDICALE (tome 2, page 281, année 1826) une observation de M. Labonne dont voici le résumé: un enfant d'un an portait à la nuque une tumeur congénitale ayant plus du volume d'une orange. M. Labonne fit cinq mouchetures sur les côtés de cette tumeur. Il s'en écoula pendant huit jours une sorte de sérosité citrine; la tumeur alors s'affaissa et ne tarda pas à disparaître entièrement. Etait-ce bien un véritable spina-bifida?

J'ai vu dit, M. Velpeau, en 1824, à l'hôpital de perfectionnement, un enfant âgé de deux ans qui portait *sur la pointe du sacrum* un kyste séreux, aplati, rougeâtre, presque aussi volumineux que le poing et qui fut guéri par quatre ponctions pratiquées dans l'espace d'un mois et l'usage de la compression et de topiques astringens continués pendant environ cinq mois.

Or, M. Velpeau lui-même pense que ce kyste ne communiquait pas avec la cavité de la moelle et il rapproche cette observation d'une autre concernant un jeune garçon qui portait aussi à la base du sacrum un kyste accidentel de la grosseur d'un œuf de poule.

Enfin il est une dernière observation de Trowbridge (*loco citato*) qui mérite de fixer l'attention d'une manière plus spéciale, en ce sens qu'elle semble établir une sorte de passage entre les tumeurs rachidiennes communiquant avec la cavité de la moelle épinière et celles qui ne communiquent pas avec cette cavité ou ne communiquent plus, par suite des efforts spontanés de la nature pour détruire cette communication, et ce serait précisément cette tendance de la nature que notre procédé opératoire serait appelé à imiter et à favoriser. (Voyez pour les détails JOURNAL DES PROGRÈS, tome 17, p. 274.)

Cette observation est surtout remarquable en ce qu'elle établit d'une manière positive la nature de certaines tumeurs rachidiennes, et qu'elle peut servir à expliquer la guérison pour ainsi dire spontanée de quelques unes de ces tumeurs, par l'oblitération du conduit de communication entre elles et le canal rachidien: et c'est sans doute de cette manière que l'on doit expliquer la persistance de la vie dans les cas que nous avons rapportés plus haut parce que l'enveloppe de ces tumeurs avait été assez solide pour s'opposer à leur rupture dans les premiers momens de l'existence.

Trowbridge ajoute du reste à cette observation les réflexions suivantes qui ne sont pas sans intérêt. «J'ai observé, dit il, environ trente cas de spina-bifida sur toutes les parties de la colonne vertébrale depuis l'occipital jusqu'au sacrum; ils étaient de volume très varié et j'avais vainement tenté de les guérir par la compression, par la ponction, par l'incision et par la ligature. Je pense cependant qu'il en est de susceptibles de guérison quand on sait les distinguer. Il y a des cas dans lesquels l'ouverture qui existe à travers les vertèbres ne s'étend pas plus loin dans ce canal *et où il n'y a ni compression de la moelle, ni altération de ses fonctions*; le plus souvent alors les malades peuvent être guéris par une opération chirurgicale.»

On voit par les exemples précédens et par les nombreuses citations que nous avons faites, et des ouvrages les plus accredités, qu'il y a encore beaucoup de vague, d'incertitude et de confusion dans tout ce qui a été écrit jusqu'ici sur le spina-bifida et que la science est encore loin d'avoir une opinion fixe et arrêtée sur l'étiologie, la nature et le traitement de cette difformité qui a entraîné jusqu'à présent presque nécessairement la mort, sauf les rares exceptions que nous avons fait connaître. Voilà pourquoi il était utile et convenable de revoir et de discuter ces opinions diverses, de les mettre en regard les unes des autres, afin d'en tirer des conséquences qui seront peut-être un jour utiles à l'humanité; car il est presque toujours plus difficile de détruire une erreur que de la faire accepter.

Cependant nous pensons qu'avant d'entreprendre à tout événement une opération de spina-bifida, il convient de tenir compte des circonstances et des complications de la maladie, car cette affection est loin d'être toujours simple et de même nature. Ainsi, on la voit souvent exister avec d'autres vices de conformation, comme l'ectrophie de la vessie, l'hydrocéphale, l'anencéphalie, une imperfection notable de la moelle épinière, etc., etc. On a vu le spina-bifida s'étendre à toute la longueur du rachis, le corps des vertèbres être entièrement fendu, et la tumeur faire saillie dans la cavité abdominale. Les lames vertébrales peuvent manquer entièrement, quoique le plus souvent elles existent; mais elles sont étalées ou déjetées en dehors et laissent entre elles un écartement plus ou moins étendu. Quelquefois le liquide rachidien communique avec celui des ventricules cérébraux, et d'autres fois cette communication n'existe pas; de là des phénomènes divers dont quelques-uns ont été étudiés par M. Ledibcrdère (Arch. de méd., t. v, 2e sér., p. 439), par Billard (Traité des maladies des enfans, p. 609), et par M. Cruveilhier (Anatomie pathologique, 16e livraison).

Deux grandes classes ont été établies par M. Velpeau parmi les tumeurs rachidiennes: « Il est permis, dit cet auteur, de supposer que plusieurs des kystes séreux observés sur le plan postérieur du rachis ne communiquaient pas avec les enveloppes de la moelle et avaient leur point de départ en dehors de la dure-mère. Dans le dernier siècle, Orth, guidé par Salzmann, s'était déjà attaché à faire voir que certains kystes qui se développent le long du rachis ne doivent pas être confondus avec le spina-bifida, et de nos jours M. Busch s'est efforcé de prouver que plusieurs de ces kystes étaient cloisonnés, comme les ovaires, sans communiquer avec les cavités céphalo-rachidiennes. » (Méd. opérat., t. iii, p. 272 et 275.) Vrohk avait déjà eu occasion de disséquer un sujet chez lequel il y avait deux kystes, dont l'un communiquait avec l'intérieur de la dure-mère, tandis que l'autre n'arrivait qu'à l'extérieur de cette membrane. Lechel et de Hoïn ont cité deux cas analogues, et Brewerton a vu une tumeur rachidienne formée de deux sacs distincts communiquant chacun avec le canal rachidien par un canal étroit, les deux conduits pénétrant à travers une ouverture unique de la dernière vertèbre lombaire. L'enfant était mort le dixième jour après la naissance, (Edimbourg med. and surgical journ., july 1824; Ollivier (d'Angers), loc. cit., p. 208 et suiv.)

D'autres fois, la tumeur s'étant rompue dans le sein même de la mère, comme dans le cas déjà cité de M. Bérard et beaucoup d'autres, on a pu trouver le canal rachidien ouvert lors de la naissance et les deux bords de la plaie ne s'étant point réunis ou ayant formé dans le voisinage de la tumeur des masses hydatiformes, des kystes séreux ou des fongosités mollasses, suivant les expressions de M. Ollivier (d'Angers), ou bien encore une cicatrice irrégulière, déprimée, et à la circonférence de laquelle les tégumens forment des rides, des plis nombreux et des adhérences entre la peau et les tuyaux nevrilemmatiques des nerfs lombaires.

On trouve, dans le Bulletin des sciences médicales (1829, t. xviii, p. 283), une sorte d'analyse des travaux de M. Busch, déjà cité d'après M. Velpeau, et d'où il résulte que cet auteur avait eu occasion d'observer quatre tumeurs congéniales au sacrum, dans un espace d'environ vingt ans. Ces tumeurs avaient varié depuis la grosseur d'une noix jusqu'au poids de trois livres et demie. Lorsqu'on vient à ouvrir ces tumeurs, dit M. Busch, on trouve les tégumens communs plus ou moins dégénérés, quelquefois amincis, mais toujours adhérens assez fortement aux parois de la tumeur. En incisant plus profondément, on aperçoit des cellules, des compartimens hydatiformes, semblables à la disposition que l'on rencontre dans certains ovaires dégénérés. Ces cellules varient de la grandeur d'un pois à celle d'une noix; leurs cloisons sont plus ou moins fermes et épaisses, et leur texture est tantôt celle du tissu cellulaire lamelleux et membraneux, tantôt celle de la fibre charnue ou du cartilage. En examinant avec soin, on trouve une communication nerveuse entre le centre de la tumeur et la partie inférieure de la moelle vertébrale. M. Busch pense que l'hydropisie a existé dans les premiers temps de la vie fœtale, et qu'elle a disparu plus tard en laissant la tumeur à sa place. Ne serait-ce donc pas précisément en déterminant, au moyen de l'art, l'oblitération de ce canal de communication et l'élimination de la tumeur que la guérison se serait produite dans l'opération qui nous a si bien réussi?

Il est bien évident que cette opération ne saurait être appliquée indistinctement à tous les cas, et qu'il faudra savoir choisir ses sujets et établir des catégories dont les uns seront opérables tandis que les autres ne le seront pas; mais n'en est-il pas ainsi pour toutes les opérations de la chirurgie, et réussit-on dans tous les cas? Sans doute il y aura encore telle circonstance où il faudra renoncer à toute opération et laisser terminer naturellement la vie végétative d'un être imparfait; mais si l'on considère que le spina-bifida, pour lequel on n'a presque rien fait jusqu'à présent dans la persuasion que toute tentative serait inutile et parce qu'il était pour ainsi dire de précepte de ne rien faire, est un des vices de conformation les plus fréquens, puisque, d'après Chaussier, sur cent trente-deux enfans nés à la Maternité de Paris avec des difformités diverses, dans l'espace de cinq années seulement il s'en est trouvé vingt-deux affectés de spina-bifida, et qu'après la kyllose ou pied-bot il se trouve que c'est la difformité congénitale la plus fréquente (Procès-verbal de la distrib. aux sages-femmes, 1812, p. 58.); que de plus, pendant une seule année que Billard a passé à l'hospice des Enfans-Trouvés, il a eu l'occasion d'en observer sept exemples (ouvrage cité, p. 608); n'est-il donc pas probable que, sur ce nombre, il s'en trouvera toujours dans des conditions favorables pour l'opération que nous proposons, et qui pourrout échapper ainsi à la condamnation qui pèse sur eux d'une manière trop rigoureuse et trop exclusive?

Nous pensons que, quand le spina-bifida consiste en une simple tumeur le long de la colonne vertébrale, quelle que soit sa position, qu'elle communique, et à plus forte raison si elle ne communique pas avec le canal rachidien, qu'il y ait paralysie ou non des extrémités inférieures, pourvu qu'il n'existe pas en même temps une altération notable de la moelle, ce qui sans doute sera quelquefois difficile à reconnaître, ce sera le cas de tenter la guérison et d'appliquer la méthode opératoire que nous venons de décrire. Il doit suffire, suivant nous, de rétablir les conditions normales de la colonne vertébrale, de déterminer l'oblitération de l'ouverture de communication entre la cavité qui contient la moelle rachidienne et la poche postérieure, en prévenant l'introduction de l'air et surtout l'inflammation des enveloppes membraneuses du cordon rachidien, pour replacer au bout de peu de temps, dans les conditions ordinaires de la vie, un enfant naguère condamné à une mort certaine, si l'on ne cherche pas à prévenir ces accidens pour ainsi dire nécessaires. D'ailleurs, n'est-ce donc pas ainsi que procède la nature quand elle parvient à oblitérer par ses seuls efforts, et spontanément, cette communication entre la tumeur et le canal rachidien? Et ne semble-t-elle pas nous mettre elle-même sur la voie par l'observation exacte de certains faits d'anatomie pathologique auxquels, suivant nous, on n'avait pas jusqu'ici attaché une suffisante attention?

Ce n'est pas qu'il doive arriver nécessairement que les os se rapprochent en réalité pour fermer l'hiatus vertébral, il arrive au contraire qu'on le voit presque toujours persister; mais l'ouverture tapissée par la duremère et l'arachnoïde se rétrécit quelquefois en forme de sablier; elle peut s'accoler et se fermer même spontanément. Ainsi Ruysch, prenant pour ainsi dire la nature sur le fait, avait déjà dit avoir rencontré des cas dans lesquels le canal de communication n'aurait pas admis un petit pois (Obs. d'anat. et de chirur., 35 et 36). On en a vu d'autres où l'on aurait eu de la peine à faire pénétrer un stylet, et nous en avons cité dans lesquels cette oblitération était complète. Eh bien! notre opération n'a d'autre but que celui de provoquer et de favoriser cette tendance de la nature!

L'évacuation du liquide rachidien n'est point dangereuse seule et par elle-même, pourvu que l'inflammation ne s'étende pas jusqu'aux méninges. Les soixante-dix ponctions de M. Skinner et l'une des observations d'A. Cooper en sont la preuve la plus évidente que l'on en puisse fournir. D'ailleurs, les expériences de M. Magendie sur le liquide céphalo rachidien, pratiquées sur les animaux, ont établi que la soustraction de ce liquide pouvait bien faire tomber les sujets soumis à l'expérience dans l'immobilité, l'hébètement ou une espèce d'ivresse, mais qu'il ne survient aucune altération notable dans la cavité vertébrale, quand bien même *l'air a remplacé le liquide pendant un certain temps*, et que d'ailleurs cet état disparaît après quelques heures, lorsque le liquide s'est reproduit, ce qui arrive rapidement. (Journ. de physiol. expérim. et pathol., janvier 1826.) M. Cruveilhier a confirmé ces observations dans son Anatomie descriptive (tom. iv, p. 556). Enfin, l'une des observations de M. Dubourg est la confirmation sur l'homme de ces résultats.

Ajoutons que des expériences nouvelles de M. Longet (Académie des sciences, 16 juin 1845) tendent à prouver que ces phénomènes sont beaucoup moins dus à la soustraction réelle du liquide céphalo-rachidien, qu'au procédé mis en usage jusqu'à présent pour opérer cette soustrac-

tion, puisqu'il a pu, sur le cheval, le chien, le cabiai et le lapin, reproduire ces mêmes phénomènes, sans évacuer le liquide, et qu'il les a vu manquer après cette évacuation opérée avec certaines précautions. Ces expériences nous semblent de tous points favorables à notre opinion, et nous nous félicitons d'avoir à les citer.

Le danger le plus réel n'est donc pas, comme on l'a répété jusqu'ici, dans l'introduction de l'air et dans l'opération elle-même, mais bien plutôt dans ses conséquences et surtout dans l'inflammation qu'elle peut produire. Or, suivant nous, le procédé que nous avons proposé est plus propre que tout autre à conjurer et à prévenir ces accidens. En effet, aussitôt que l'instrument est en place et que la poche a été vidée, l'opéré se trouve immédiatement dans les conditions ordinaires de l'organisation normale. La dilatation monstrueuse de la cavité rachidienne est détruite, l'instrument remplace les lames vertébrales; il sert même à limiter en dehors de lui la gangrène et l'inflammation, et il favorise à la fois le resserrement et l'accolement des surfaces séreuses, et même celui des os, comme dans l'opération du bec-de-lièvre et de la staphyloraphie la réunion des parties molles amène peu à peu celle des os sur la ligne médiane. Dès lors, le canal rachidien se retrouve dans des conditions de continuité et de régularité normales, et il doit permettre l'accomplissement de toutes les fonctions de la moelle, si celle-ci n'est point altérée dans sa texture même, et si aucun des nerfs qui en émanent n'a été compris dans les enveloppes de la tumeur.

Mais lors même que quelques tuyaux nevrilemmatiques seraient comme égarés dans les parois de cette poche, les exemples que nous avons cités de l'opération du varicocèle par la méthode de M. Breschet et surtout du procédé de castration par la ligature avec des bâtons ne suffiraient-ils pas pour empêcher de désespérer du succès, malgré cette complication, surtout fréquente à la région sacrée, ainsi que nous l'avons suffisamment prouvé? Et même, lorsqu'il y a paralysie des deux membres inférieurs ou d'un seul, ne pourrait-on l'expliquer, soit par la compression de la moelle (et ne serait-ce pas ici le cas de se rappeler cette curieuse observation de M. Itard, qui, traitant par des applications de glace un enfant atteint d'hydrocéphalie aiguë, vit tout d'un coup le mal de tête et l'assoupissement disparaître et être remplacés par une paralysie complète des extrémités inférieures due sans doute au déplacement du liquide?), soit encore par une aberration de formation ou de direction des nerfs destinés à aller porter la vie et le mouvement dans les membres inférieurs, aberration pouvant porter sur les deux membres à la fois ou sur un seul?

Cette complication serait sans doute d'une certaine gravité, mais elle ne doit pas suffire pour contr'indiquer l'opération puisque l'expérience a déjà prouvé trois fois que l'on peut réussir même dans ces cas. N'est-il pas possible d'ailleurs que l'absence de parois et par conséquent de compression normale sur un des points du canal rachidien soit la cause première du changement de direction et de disposition ou de la moelle elle-même ou des nerfs qui en émanent au moment de leur formation et ne pourrait-on pas, en empruntant le langage des Allemands, dire que c'est là une erreur de la force formatrice; mais que si l'art vient à rétablir les choses dans l'état normal cette force formatrice, qui n'est pas épuisée même après la vie évolutive et se continue dans la première enfance parvient à recréer ou à réparer au moins ses erreurs sous l'influence des nouvelles conditions qui résultent du rétablissement de la continuité du canal rachidien?

On pourrait objecter que ces explications peuvent être spécieuses, mais qu'elles manquent de preuves réelles. Cependant ne serait-il pas facile de donner des raisons plus positives; d'invoquer l'analogie et de citer à l'appui de cette opinion les expériences si curieuses et si concluantes de M. Flourens sur la reproduction et la réunion croisée des nerfs des différens plexus au moyen desquelles cet expérimentateur a vu se reproduire le retour complet de la fonction primitivement abolie? (Rech. expér. sur les fonctions du système nerveux, p. 272 et suiv.) Ces expériences ont été répétées depuis par M. Tavignot qui, dans un travail récent sur les substitutions nerveuses, arrive à cette conclusion, savoir : que si l'on étreint dans une même ligature deux cordons nerveux voisins l'un de l'autre dans le but d'opérer leur retour simultané, on ne tarde pas à voir se développer entre les quatre extrémités une sorte de ganglion nerveux qui leur est commun et dans lequel les fibres des deux nerfs et leurs fonctions semblent se confondre. (Académie des sciences, 6 janvier 1845.)

Enfin, sans sortir de l'expérimentation directe et en supposant même que la moelle ait pu être intéressée, ne sait-on pas qu'on a vu se cicatriser des plaies du cerveau lui-même et pour nous borner à ce qui est de la moelle ne sait-on pas, d'après les expériences entreprises en 1823 par M. Ollivier d'Angers, qu'à la suite d'une simple piqûre de la moelle l'irritation cesse peu après qu'on a retiré l'aiguille et que si l'on examine plus tard cet organe, on ne voit plus aucune trace de l'acupuncture, et que si la plaie est plus étendue sans être trop considérable, on voit la substance médullaire faire hernie à travers l'ouverture de la pie-mère, former un petit renflement qui ressemble à un petit champignon, et que si l'on tue l'animal longtemps après, on trouve la blessure cicatrisée complètement adhérente au petit mamelon qui a beaucoup diminué et s'est endurci, et qu'en général la lésion de la sensibilité et du mouvement qui peut avoir été déterminée par la blessure est alors entièrement disparue? « Je suis d'autant plus disposé, dit M. Ollivier, à penser que les piqûres ou plaies peu étendues de la moelle épinière chez l'homme doivent produire ces phénomènes observés chez des chiens que dans un cas de déchirure des enveloppes de la moelle à la suite d'une commotion, on a trouvé aussi deux plaques rosées de substance nerveuse à la surface de la pie-mère. »

Arnemann rapporte qu'après avoir coupé la portion lombaire de la moelle d'un chien, huit semaines après cet animal avait recouvré la faculté de marcher *lentement*. Et l'ouverture du corps prouva que les deux bouts s'étaient réunis au moins d'une manière médiate. M. Ollivier cite encore une expérience semblable faite sur un chat chez lequel le mouvement était revenu au bout de quelques semaines. Enfin, M. Flourens avait déjà publié, en 1828 (Ann. des sc. natur., t. XIII, p. 113), des expériences, desquelles il résulte qu'une section longitudinale du renflement postérieur de la moelle opérée chez un canard était réunie au bout de trois mois et qu'alors le mouvement des jambes était redevenu aussi libre qu'avant l'expérience. Une section en travers presque complète du même renflement fut suivie du même résultat au bout de quelques mois chez un autre canard, tandis que sur un troisième la moelle ayant été coupée entièrement l'animal périt le surlendemain.

Le fait le plus singulier de cette espèce est celui dont parle Desault et qu'il avait observé lui-même sur un volontaire marseillais blessé le 10 août 1792 et qui avait continué de mouvoir ses jambes jusqu'au moment de sa mort, malgré une section complète de la moelle épinière au niveau de la dixième vertèbre dorsale. (Journ. de chirur., t. IV, p. 137.) M. Ollivier (d'Angers) a également consigné dans son ouvrage plusieurs exemples de lésions graves et profondes de la moelle épinière, même dans sa partie supérieure, compatibles avec la persistance de la vie et l'exercice de presque toutes les fonctions et dont quelques-unes même ont pu arriver à une guérison complète, ainsi dans les observations 6, 7, 18, 19, 31, 34, 42. Bertin rapporte qu'il a vu des squelettes dans lesquels le canal de l'épine avait perdu dans certains endroits une grande partie de sa cavité, et que dans quelques cas la figure de ce canal était si déformée et la moelle tellement comprimée qu'il était difficile de comprendre comment ces individus avaient pu vivre. (Traité d'ostéologie, t. III, p. 65.)

Pour ce qui est des lésions de la dure-mère, bien qu'elles puissent donner lieu à des épanchement et à des inflammations qui peuvent devenir mortels, elles sont beaucoup moins graves que ne le pensait Baglivi, et les expériences de Haller confirmées aujourd'hui par beaucoup d'autres ont prouvé que, dans l'état sain, cette membrane est à peu près complètement insensible.

Nous pourrions encore invoquer pour soutenir et expliquer notre manière de voir les expériences non moins intéressantes de M. Jobert de Lamballe sur le rétablissement de l'action nerveuse dans les lambeaux autoplastiques (Académie des sciences, 1er février 1845); mais, sans vouloir discuter ici plus profondément toutes les difficultés qui se rattachent à cette délicate et importante question pour laquelle on trouverait encore de nombreux documens dans les travaux de MM. Calmeil, Legallois, Charles Bell, Longet, Abatteucci, Bellingheri, Brachet (de Lyon), etc., qu'il nous suffise d'avoir prouvé par l'expérience et la théorie que l'opération du spina-bifida dans certaines conditions n'est ni téméraire ni irrationnelle; que désormais elle doit prendre place dans la médecine opératoire, et que puisqu'elle a déjà réussi un certain nombre de fois, bien que par des moyens et dans des circonstances très diverses, il est probable qu'on pourra compter plus de succès à mesure qu'elle sera pratiquée plus souvent et d'après des formes et des procédés plus réguliers et mieux appropriés aux circonstances et à la nature de la maladie.

Puissent le succès que nous avons obtenu et les observations auxquelles il nous a conduit encourager de nouvelles tentatives et amener d'autres résultats satisfaisans!

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les nos de juillet, août et septembre 1845, contiennent les articles originaux suivans: 1° *Recherches sur la structure de la membrane mu-*

queuse intestinale; par M. Masselot. 2° *Du varicocèle et de sa cure radicale*; par M. Hélot. (Énumération critique des divers procédés opératoires imaginés depuis quelques années pour la guérison de cette infirmité.) 3° *Deux observations d'anévrisme de la crosse de l'aorte, suivies de quelques remarques sur le diagnostic des dilatations aortiques commençantes*; par M. Pereira. 4° *Des effets des vapeurs mercurielles sur l'homme, stomatite mercurielle*; par M. Grapin. 5° *Mémoire sur l'écoulement d'un liquide aqueux par l'oreille, considéré comme signe des fractures du crâne et en particulier du rocher*; par M. Laugier. 6° *Nouvelles recherches sur les bruits des artères et application de ces recherches à l'étude de plusieurs maladies*; par M. Beau. (Non terminé). 7° *Des formes de la folie*; par M. Jousset. 8° *Observation de molluscum*; par M. Néret. 9° *Considérations sur un cas d'anévrisme spontané de l'aorte ascendante ouvert dans la veine cave supérieure*; par M. Cossy. 10° *Fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement laborieux*; opération de l'infibulation pratiquée par M. A. Bérard; observation recueillie par M. Trifet. (Il s'agit ici de l'observation qui fut présentée au mois de février 1845 à l'Académie de médecine, et dont la GAZETTE MÉDICALE ne manqua pas à cette époque de rapporter les détails et d'apprécier la signification.)

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE DE LA MEMBRANE MUQUEUSE INTESTINALE, par M. F. MASSELOT.

Depuis quelques années, de nombreuses controverses se sont élevées sur la structure des parois intestinales, et la division de ces parois en quatre membranes, devenue classique depuis Fallope et Willis, a été fortement ébranlée. Pendant que M. Cruveilhier soutient cette ancienne division et admet encore la tunique péritonéale, la tunique musculeuse, la membrane fibreuse et la membrane muqueuse, M. Nathalis Guillot n'admet avec Bichat que trois couches, qui sont la couche péritonéale, la couche musculaire et la couche muqueuse. Sous cette dernière dénomination, M. Guillot comprend, 1° le réseau vasculaire sous-muqueux, réservoir commun de tous les canaux qui naissent à la surface de l'intestin; 2° les vaisseaux qui naissent dans les innombrables cloisons du tissu aréolaire, pour se porter dans le réseau vasculaire sous-muqueux; 3° les vaisseaux qui accompagnent chaque villosité et vont, comme les précédens, se perdre dans le réservoir commun. Ces trois couches ne forment donc qu'un seul et même système qui constitue l'organisation vasculaire de la membrane muqueuse. Vient ensuite M. Flourens, qui distingue dans la paroi intestinale cinq couches, savoir : le péritoine, la tunique musculeuse, le derme qui porte et produit les papilles, le corps muqueux ou second épiderme et l'épiderme proprement dit. Enfin, voici M. Masselot qui vient soutenir sur ce problème anatomique une doctrine qui ne rentre, de tout point, dans aucune des doctrines précédentes.

Il n'est pas inutile de faire remarquer que l'auteur n'a pas suivi, dans ses recherches, les mêmes procédés que ses devanciers. Il n'a pas puisé ses opinions dans la dissection ou la macération de viscères sains, mais seulement dans cette sorte de préparation naturelle que la maladie leur fait quelquefois subir. Ayant en occasion, pendant les mois d'août, septembre et octobre 1842, d'étudier à Versailles une dysenterie épidémique qui fit de nombreuses victimes parmi les soldats de la garnison, il pensa avec raison que le développement assez considérable des membranes qui a lieu quelquefois dans cette maladie lui serait une occasion favorable d'étudier leur structure et leurs rapports respectifs.

Le premier résultat de son examen a été la confirmation des idées de M. Flourens sur l'existence de deux épidermes, ou, pour mieux dire, de l'épiderme proprement dit, déjà admis par Lieberkuhn, Doellinger et autres, et d'une seconde couche membraneuse, épidermoïde, à laquelle M. Flourens donne le nom de *corps muqueux*. M. Masselot est parvenu à isoler autour d'ulcérations superficielles de petites lamelles excessivement fines, libres et flottantes du côté du bord de l'ulcération, se continuant de l'autre avec une mince couche opaline, qui recouvrait sa surface intestinale dans les parties les moins malades. Examinées à la loupe, ces petites lamelles n'offraient pas toutes le même aspect; les unes étaient réticulées, percées d'une foule de trous excessivement petits; les autres offraient de petites dépressions sur une de leurs faces, et, sur l'autre, de petites saillies qui semblaient correspondre aux dépressions. Quelques lamelles présentaient ces deux états à la fois. Enfin M. Masselot a parfois rencontré deux lames bien distinctes, et cela aussi bien dans quelques parties peu altérées que dans d'autres profondément malades.

On ne peut méconnaître que cette description des lamelles observées à la surface du tube digestif ressemble beaucoup à celle que M. Flourens donne des épidermes. Ainsi, suivant cet habile anatomiste, les lames épidermiques sont toutes deux hérissées de petites saillies à leur face externe et parsemées d'enfoncemens à leur face interne. Ces deux lames se répètent mutuellement. Seulement, comme les gaînes que le second épiderme ou corps muqueux envoie aux papilles du derme peuvent rester attachées soit à ces papilles, soit aux gaînes du premier épiderme, ce corps forme alors un véritable réseau, mais un réseau factice et tout-à-fait accidentel. Voilà bien, en effet, les caractères rencontrés par M. Masselot dans ses autopsies, et il ne paraît pas douteux qu'il n'ait observé l'une au moins des deux lames de M. Flourens. Les a-t-il observées toutes deux ? Il dit positivement qu'il a vu par places une double membrane. Mais on peut regretter ici de ne trouver sur ce point délicat, au milieu d'une description détaillée, que quelques lignes d'affirmation. L'esprit eût été plus satisfait si l'auteur l'eût fait assister, dans un supplément de description, à la dissection et à la séparation des deux feuillets, ainsi qu'à la comparaison minutieuse des feuillets entre eux, de manière à ne laisser aucun doute non seulement sur leur existence, mais encore sur la ressemblance de leurs caractères extérieurs; car il ne faut pas oublier que c'est à cette condition seulement qu'ils peuvent être regardés comme les analogues de ceux qu'a décrits M. Flourens.

En examinant une coupe longitudinale de l'intestin, l'auteur a vu, sous le double épiderme, entre lui et la couche dite fibreuse, une membrane d'un rouge obscur qui devint bientôt, par le contact de l'air, écarlate ou rouge-brique. Son épaisseur variait de un à deux millimètres, et sa densité était celle d'une pulpe molle. Dans tous les points de sa surface qui avaient donné lieu à une exfoliation, c'est-à-dire où l'épiderme s'était détaché en petites lamelles écailleuses, on retrouvait la même coloration que sur le bord résultat de la section, et la même modification de couleur dès que l'intestin ouvert était exposé au contact de l'air. La surface interne de cette membrane, toujours dans les parties où s'était effectuée la desquammation, était hérissée de villosités très développées, confluentes, formant par places comme un gazon touffu qu'on pouvait coucher ou relever avec le doigt. En examinant l'intestin sous l'eau, ou en promenant à la surface de la membrane la lame d'un scalpel, on pouvait s'assurer que ces villosités étaient complètement libres de leur extrémité flottante à leur base. De ce dernier côté, elles étaient séparées les unes des autres par de très petites dépressions linéaires, sinueuses, tantôt continues, tantôt interrompues par des reliefs aussi linéaires qui n'étaient autre chose, dit l'auteur, que des vaisseaux sanguins rattachant entre elles plusieurs villosités. Si l'on incisait transversalement la membrane jusqu'à la couche dite fibreuse, et que l'on soulevât l'un des bords de l'intestin de manière à pouvoir la saisir avec les doigts, une très légère traction détachait cette membrane en lame continue. On arrivait encore au même résultat en la roulant sur elle-même avec le dos ou le manche d'un scalpel. Sa face externe était lisse, avec un reflet presque brillant, et offrait une couleur brune ou blanchâtre passant légèrement au rouge obscur après le contact de l'air. On y remarquait une multitude de petites dépressions correspondant précisément aux saillies de la base des villosités, du côté de la cavité intestinale; tandis que les intervalles situés entre ces enfoncemens répondaient aux espaces que nous avons dit plus haut séparer les villosités entre elles. Les dépressions externes dont nous venons de parler recevaient autant de papilles ou granulations coniques assises sur la face interne de la membrane sous-jacente. Il est à remarquer que la face externe de la couche sous-épidermique n'offrait pas le moindre débris de tissu cellulaire pouvant faire soupçonner l'existence de ce tissu entre elle et la membrane fibreuse. Mais en examinant à la loupe ce qui se passait lors de la séparation des deux membranes, l'auteur a reconnu que l'union avait lieu au moyen de vaisseaux excessivement déliés sortant par le sommet de chacune des granulations coniques et dont les unes se rendent directement dans les villosités, tandis que les autres s'anastomosent de manière à former une membrane exclusivement ou en grande partie vasculaire, et à la face interne de laquelle s'implantent les villosités. C'est cette membrane que M. Masselot appelle *membrane vasculaire*.

Ici se présente une difficulté qui, nous l'avouons, ne s'est pas encore bien éclaircie après la lecture attentive du texte de l'auteur. On sait qu'il existe encore aujourd'hui beaucoup d'incertitude sur l'existence de la membrane fibreuse. Certains auteurs n'en font aucune mention. D'autres la décrivent comme la chose du monde la plus claire. M. Lacauchie en reconnaît même deux, l'une recouvrant la membrane muqueuse, l'autre tapissant la face interne de la couche musculeuse, et séparées l'une de l'autre par une couche de tissu cellulaire très-fin. Suivant les uns, la membrane muqueuse joue facilement sur la membrane fibreuse à laquelle elle est lâchement unie par des lamelles celluleuses susceptibles d'infiltration gazeuse, séreuse, etc. (M. Cruveilhier). Suivant les autres, ces deux membranes sont tellement unies, que le dédoublement généralement admis est une fiction, et que toute séparation entre elles est artificielle (M. Henle). Or, au milieu de cette confusion, voici l'opinion apportée par M. Masselot. Nous citons : « La membrane fibreuse des auteurs a une

existence propre, incontestable.... Après avoir enlevé la membrane vasculaire (celle dont il vient d'être question), la surface interne (de l'intestin) lisse, brillante, n'offre pas la moindre trace d'une texture linéaire, filamenteuse..., De toute cette surface s'élève une multitude de très petites éminences ou granulations coniques.... La coloration du derme, beaucoup moins foncée que celle de la membrane vasculaire, varie du blanc légèrement rosé au rose vif...; sa face externe se confond avec la couche du tissu cellulaire lâche sous-jacent, couche toujours assez épaisse, dont la couleur, d'un blanc argentin, contraste fortement avec la couleur rosée du derme et la couleur rouge de la tunique musculeuse. Examinée par cette face, la membrane nerveuse paraît d'abord constituée par l'entrecroisement en tous sens de fibres très résistantes, très rapprochées les unes des autres, qui paraissent être de nature fibreuse..,. Les vaisseaux de l'intestin, après s'être divisés en rameaux déjà nombreux et ténus dans le tissu cellulaire qui sépare cette membrane de la tunique musculeuse, la pénètrent pour s'y ramifier encore et constituer un réseau vasculaire général dont les canaux très petits ont entr'eux de fréquentes anastomoses. De ce réseau vasculaire.... partent des rameaux déliés qui se rendent dans les granulations ou papilles.... Il résulte de ce qui précède, que la membrane nerveuse ou fibreuse des auteurs a une structure qui lui donne la plus grande ressemblance avec le chorion cutané. »

Ce passage renferme deux opinions distinctes. La première est qu'il existe bien réellement une tunique fibreuse; la seconde est que cette tunique, loin d'être une simple couche de tissu cellulo-fibreux, est un véritable derme, analogue au derme cutané avec lequel il se continue, et portant comme lui les *papilles*, lesquelles sont différentes des *villosités* qui appartiennent entièrement à la membrane vasculaire. Ainsi les auteurs qui ont admis la tunique fibreuse ont eu le tort de la regarder comme étrangère à la membrane muqueuse, car elle en formeà proprement parler le feuillet externe, le feuillet interne étant constitué par la *couche vasculaire*; et ceux qui n'ont pas admis la tunique fibreuse ont eu cet autre tort de confondre les deux feuillets de la membrane muqueuse, les villosités et les papilles, et de n'attribuer à ces deux sortes de prolongemens qu'une seule et même origine dans une membrane unique.

Maintenant, nous le disons en toute franchise, nous craignons que les auteurs n'aient disputé et ne disputent encore sur la membrane fibreuse sans s'entendre sur l'élément anatomique auquel on a voulu appliquer cette dénomination. Nous sommes très étonnés de voir les anatomistes les plus distingués différer sur des questions aussi simples que celle de savoir si la muqueuse joue facilement ou est fortement adhérente au tissu sous-jacent; celui-ci nier la membrane fibreuse, cet autre affirmer qu'elle constitue la charpente de l'organe, et tous soutenir que la muqueuse, telle qu'ils la comprennent (c'est-à-dire la *membrane vasculaire* de M. Masselot), se continue avec le derme cutané, tandis que, suivant lui, ce serait la couche sous-jacente à la membrane vasculaire (c'est-à-dire la tunique fibreuse des auteurs) qui se continuerait avec le chorion de la peau. Quand ils parlent d'une tunique fibreuse, ont-ils réellement en vue, comme le croit M. Masselot, la même couche que ce dernier regarde comme formant la lame profonde de la muqueuse et portant les papilles? Comment dès lors auraient-ils pu admettre qu'elle est *lâchement unie* à la couche superficielle ou vasculaire et qu'elle s'infiltre aisément de sérosité et même de pus? Puis, s'il est vrai, comme l'enseigne M. Lacauchie, que la membrane muqueuse, qu'elle soit simple ou qu'elle soit double, est encore séparée de la couche musculaire par un tissu cellulaire fin et, de plus, par une enveloppe fibreuse immédiatement sous-jacente au muscle, qui nous affirme que ce n'est pas cette tunique-là que certains anatomistes décrivent sous le nom de *membrane fibreuse?* D'un autre côté, quand le professeur Henle dit que la couche fibreuse *fait corps* avec la membrane muqueuse proprement dite, est-il bien certain qu'il n'entend pas désigner précisément la couche dermoïde de M. Masselot?

Quoi qu'il en soit de toutes ces questions, sur lesquelles la confusion règne encore, il reste toujours dans cette partie de la description de l'auteur cette assertion nouvelle et qui mérite un sérieux examen, que les villosités et les papilles doivent être distinguées: les premières plus fines, plus déliées, nées de la couche superficielle de la membrane muqueuse ou couche vasculaire; les secondes granuleuses, coniques, nées de la couche profonde de cette même membrane et recouvertes par la couche vasculaire.

DEUX OBSERVATIONS D'ANÉVRISME DE LA CROSSE DE L'AORTE, SUIVIES DE QUELQUES REMARQUES SUR LE DIAGNOSTIC DES DILATATIONS AORTIQUES COMMENÇANTES; par le docteur PEREIRA.

Ces deux observations n'offrent en elles-mêmes rien de particulier, et l'auteur ne les rapporte même pas dans le but direct de justifier la conclusion de son mémoire. Il les présente comme donnant la mesure des résultats auxquels nous permettent d'arriver, dans le diagnostic des anévrismes aortiques, les procédés d'Avenbrugger et de Laënnec. Et en effet, les résultats ont été ici caractéristiques. Mais l'auteur établit ensuite que les signes physiques de ces sortes d'anévrismes sont souvent insuffisans. Nous ne les suivrons pas dans l'analyse à laquelle il se livre à ce sujet, et qui n'est encore qu'une sorte de préambule pour arriver enfin à l'objet spécial de son travail, exprimé en ces termes : « Il est un autre symptôme *infiniment plus précieux que les précédens* (les signes rationnels); quoique signalé dans un grand nombre d'observations particulières, il est à peine indiqué par les auteurs dans leurs descriptions générales, et est loin d'occuper le rang que lui mériterait son importance : je veux parler des *défaillances* et de la *syncope*. »

Il est à remarquer que, des deux observations de M. Pereira, une seule parle de ces symptômes. Le malade, y est-il dit, *était pris de défaillances subites et quelquefois de syncope complète*. Mais il cite ou analyse succinctement un grand nombre d'observations empruntées à différens auteurs, et dans lesquelles la *syncope*, la *tendance à se trouver mal*, les *pertes de connaissance*, les *défaillances*, les *évanouissemens* sont fréquemment notés.

Morgagni a donné diverses explications de ce phénomène. Dans ses vingt-cinquième et vingt-sixième lettres, il avance que les parois du vaisseau malade, dilatées, altérées, inextensibles, ne pouvant plus réagir sur la colonne sanguine, retardent la circulation dans ce point, en même temps que les inégalités de la surface interne et les petites écailles osseuses souvent formées dans les tuniques rendent le mouvement du sang plus difficile. Dans sa dix-septième lettre, consacrée à la description de l'aorte pectorale, il suppose que, dans le cas de tumeur sacciforme juxta-posée au vaisseau, certaines positions du malade permettent quelquefois au sang de retomber au fond du sac devenu plus déclive, en quantité telle qu'il n'en reste pas assez dans les artères pour que la circulation continue, d'où résulte la syncope. A ces explications, dont la première seulement paraît assez plausible, M. Pereira en ajoute une autre qui n'a encore été, que nous sachions, proposée par personne, et qui mérite d'être prise en considération. Il pense que des débris de *coagulum* déposé dans les sacs anévrismaux peuvent se détacher de la masse, s'engager dans le tronc brachio-céphalique ou les carotides, et suspendre momentanément l'abord du sang au cerveau.

Quant à la valeur séméiologique de la syncope, il est impossible de nier que ce symptôme n'accompagne très souvent les anévrismes des gros vaisseaux; on peut même ajouter que son retour plus ou moins fréquent doit, en présence d'un diagnostic obscur, diriger l'attention du praticien vers les organes de la circulation centrale, non pas seulement de la crosse de l'aorte ou du tronc brachio-céphalique, mais encore et surtout du cœur lui-même; car l'auteur sait sans doute, bien qu'il ne le dise pas, que la syncope est souvent aussi l'effet de certaines affections organiques du cœur. Du reste, il ne s'exagère pas la valeur de ce symptôme. « Chacun sait, dit-il en terminant, que la syncope ne constitue fréquemment qu'un phénomène purement nerveux. Ce que j'ai seulement voulu indiquer ici, c'est.... le parti qu'il sera quelquefois possible d'en tirer, pour éclairer un diagnostic douteux, par des recherches ultérieures. »

MÉMOIRE SUR L'ÉCOULEMENT D'UN LIQUIDE AQUEUX PAR L'OREILLE, CONSIDÉRÉ COMME SIGNE DES FRACTURES DU CRANE ET EN PARTICULIER DU ROCHER; par M. LAUGIER.

Depuis l'année 1835 où M. Laugier observa et signala pour la première fois le phénomène singulier dont il est question dans ce travail, il a été constaté de nouveau par lui d'abord, puis par MM. Marjolin, Robert, Nélaton, Dubreuille et Diday; de sorte qu'aujourd'hui les faits de ce genre publiés avec tous leurs détails ne s'élèvent pas à moins de dix ou douze. Mais à mesure que le phénomène a été plus généralement observé, des doutes sont venus à l'esprit de quelques médecins relativement à la justesse de l'explication que M. Laugier avait dès le principe donnée de sa production. Ce sont ces doutes et ces objections que M. Laugier vient aujourd'hui examiner et discuter.

On sait que, pour ce chirurgien, l'écoulement d'un liquide aqueux par l'oreille après les percussions du crâne indique une fêlure du rocher pénétrant de la cavité crânienne dans la caisse du tympan ou dans le conduit auditif externe. L'origine de ce liquide lui paraît être l'épanchement de sang qui résulte de la fracture, plus l'extravasation de la sérosité fournie secondairement par les vaisseaux déchirés à la surface de la solution de continuité des os et des parties molles auxquelles ils adhèrent. On a opposé à cette théorie plusieurs considérations directes; d'abord, la quantité du liquide séreux épanché au dehors, en second lieu sa nature. Suivons l'argumentation sur ces deux points.

1° Le liquide écoulé à l'extérieur a souvent été trouvé hors de proportion avec le caillot rencontré dans le crâne à l'autopsie. Dans l'un des cas de M. Laugier, on peut l'évaluer à 380 grammes ; à 600, dans

un second. Dans celui de M. Robert, le narrateur estime qu'il a été jusqu'à 1,000 grammes. On comprend dès lors qu'un liquide aussi abondant ne peut guère être regardé comme étant uniquement le sérum du sang qui s'était épanché sur le moment entre la dure-mère et les os, en y ajoutant même celui du caillot qui se forme ensuite peu à peu par suite de la persistance de l'hémorrhagie.

A ceci, M. Laugier répond: dans toutes les solutions de continuité traumatiques qui intéressent les parties molles et les os, une quantité de sang proportionnelle à l'importance des vaisseaux ouverts s'écoule d'abord, mais bientôt une sérosité, plus ou moins abondante suivant les sujets, remplace l'écoulement du sang, et dure jusqu'au développement de l'inflammation qui produira la suppuration. Cette sérosité est bien distincte et de celle qui n'est que le résultat de la décomposition d'une masse de sang épanché et aussi du fluide purulent dont la sécrétion survient ultérieurement dans une troisième période. Or, dans le crâne, la boîte osseuse étant disposée de manière à recevoir goutte à goutte et à recueillir cette sérosité, qui découle de la surface de la solution de continuité produite par la fracture, on doit concevoir comment il peut se faire que la quantité du fluide sortant par l'oreille devienne quelquefois très considérable. Dans cette explication, il faut également faire entrer en ligne de compte l'état de congestion des vaisseaux cérébraux, la stase du sang dans les veines de cet organe, dans les veines de la dure-mère et la gêne de la respiration dans quelques cas.

2° D'après les analyses chimiques, la composition du liquide suintant par l'oreille différerait de celle du sérum du sang sous deux rapports: il ne se coagule pas sensiblement par les acides ou la chaleur, et partant ne contient pas d'albumine: il offre une quantité de chlorure de sodium double de celle du sérum sanguin.

A la première difficulté M. Laugier répond qu'au lieu de dire que le liquide en question ne contient pas d'albumine, il serait plus exact de dire qu'il n'en contient pas de soluble; car lui-même et un chimiste exercé y ont plusieurs fois remarqué des flocons blancs nombreux. Quant à l'excès de chlorure de sodium, si l'on tenait absolument à lever des doutes aussi peu inquiétans pour la solidité de la théorie que ceux qui naissent de l'interprétation d'analyses chimiques, on pourrait faire observer que le liquide a fort bien pu, en traversant l'oreille moyenne et le conduit auditif externe, se charger d'une nouvelle quantité de ce sel. En effet, M. Laugier a vérifié que le fluide séro-purulent sécrété dans l'otite contient une proportion très notable de chlorure de sodium. Or dans les fractures du rocher, il y a nécessairement dès le deuxième jour inflammation traumatique et par suite développement de ce sel en excès dans les parties que le liquide séreux doit traverser avant de s'écouler au dehors.

Ces objections directes étant résolues, M. Laugier passe à l'examen des théories qui ont été mises en avant pour expliquer d'une autre manière que lui l'écoulement de ce liquide par l'oreille. M. Robert l'attribue à la sortie du liquide de cotugno, qui existe normalement dans l'oreille interne; M. Bodinier au liquide céphalo-rachidien lui-même échappé par voie accidentelle.

Contre la première hypothèse, M. Laugier invoque d'abord la très petite quantité du liquide de cotugno dans l'état normal, mise en regard de l'abondance excessive de la sérosité qui est sortie dans quelques cas. D'ailleurs les maladies de l'oreille interne où le liquide de cotugno est encore augmenté de quantité par la suppuration qui vient s'y joindre ne s'accompagnent jamais de la sortie d'autant de liquide qu'on l'observe à la suite des fractures. Mais la raison la plus forte contre cette supposition, c'est que dans l'un des cas publiés par M. Laugier, la fêlure du rocher ne communiquait en aucune manière avec l'oreille interne. Comment donc et par quelle voie la périlymphe se serait-elle alors écoulée à l'extérieur?

D'après M. Bodinier, ce serait la sérosité céphalo-rachidienne qui transsuderait à travers les membranes du cerveau, viendrait délayer le caillot sanguin et sortirait enfin par la fêlure du rocher. Dans le but d'établir la possibilité de cette transsudation, M. Bodinier a placé de l'eau ou de la sérosité du péritoine entre le cerveau et la dure-mère, dans la cavité de l'arachnoïde d'un cadavre, puis du sang à demi-coagulé entre la dure-mère et les os du crâne. En très peu de temps, dit cet auteur, une quantité notable de liquide aqueux est passée du côté du sang et l'a délayé. L'expérience inverse lui a donné le même résultat, et cette fois c'est le liquide aqueux qui a passé du côté du sang placé entre les membranes et le cerveau.

Sans s'arrêter à discuter le plus ou moins de valeur de ces expériences relativement à la solution du point en discussion, M. Laugier a voulu les répéter: il a injecté de l'eau dans l'arachnoïde cérébrale sur un cadavre, après avoir déposé à l'extérieur de la dure-mère du sang à demi-coagulé. Aucune humidité appréciable n'a traversé cette membrane; un peu de sérosité sanguinolente s'est séparée, comme cela eût été dans toute autre circonstance, du sang déposé à la surface de la dure-mère. Dans une deuxième expérience, il a enlevé une assez grande portion du cerveau pour transformer la dure-mère en une espèce de sac dans lequel il a versé beaucoup d'eau. Un caillot de sang a été placé à l'extérieur de la dure-mère, comme dans la première expérience, et aucune partie de l'eau versée dans la cavité arachnoïdienne n'a suinté à travers les enveloppes cérébrales; l'eau y est restée en même quantité qu'on l'avait versée. Cette expérience, dit M. Laugier, était décisive.

On a proposé, par forme d'amendement à cette explication, l'hypothèse suivante. Le liquide cérébro-spinal ne filtrerait pas par exosmose; mais le cul-de-sac arachnoïdien qui accompagne le nerf auditif dans le conduit auditif interne aurait été déchiré par la fracture du rocher, et le liquide arriverait ainsi dans la caisse du tympan également fracturée, et de là au dehors. — Mais il existe deux observations qui empêchent absolument d'admettre que les choses se passent ainsi. Dans celle de M. Nélaton, ce chirurgien ayant injecté de l'eau dans les membranes pour vérifier si elles n'étaient pas ouvertes, n'en a pas vu sortir une goutte par l'oreille qui avait versé le liquide pendant la vie. Dans la deuxième de M. Laugier, la fracture n'intéressait que la paroi supérieure du conduit auditif externe et n'avait aucun rapport avec le nerf auditif.

De tout ce qui précède, M. Laugier tire les conclusions pratiques suivantes: « Dans l'immense majorité des cas, l'écoulement séreux de l'oreille, dans les circonstances énoncées plus haut, indique un épanchement de sang situé au-dessus du rocher entre le temporal, le pariétal et la dure-mère. Dès lors, ce signe n'est pas à lui seul une indication pour le trépan puisque l'écoulement de la sérosité du caillot diminue la pression de celui-ci sur le cerveau. En effet, aucun des malades observés n'a éprouvé d'hémiplégie primitivement; mais si elle se montrait consécutivement et qu'on se déterminât d'après cet accident à pratiquer l'opération il y aurait plus de raison pour faire agir la couronne du trépan audessus du conduit auditif externe qu'en tout autre point, et s'il restait quelque incertitude, une incision préalable des parties molles dans cette région du crâne servirait à reconnaître un point déclive de la fracture. »

DES FORMES DE LA FOLIE; par M. JONSSET.

Ce n'est pas moins qu'une nouvelle division des maladies mentales que l'auteur vient proposer. Suivant lui, la folie présente à étudier quatre formes principales: la forme *bénigne*, la forme *commune*, la forme *périodique* et la forme *paralytique*.

La forme *bénigne* est caractérisée par ses causes habituellement très appréciables, telles que l'accouchement, une émotion morale vive, etc.; par sa marche continue; par sa durée constamment courte, qui dépasse rarement une année; par sa terminaison heureuse, accompagnée de crises, telles que l'apparition d'une diarrhée abondante, le rétablissement du flux menstruel, etc.; enfin par la prédominance d'hallucinations effrayantes et du symptôme qui a reçu le nom de *manie*. Cette forme présente deux variétés: l'une qui atteint les femmes en couche ou qui allaitent, l'autre qui apparaît en dehors de ces circonstances.

La forme *commune*, ainsi nommée par l'auteur, non en raison de sa fréquence, mais parce qu'elle a servi de type à la description de la folie, est caractérisée par une marche rémittente; par une aliénation d'esprit qui revêt tour à tour les caractères de la manie, de la monomanie et de la lypémanie, mais qui presque toujours se termine par l'un de ces deux derniers symptômes, par sa durée constamment longue et habituellement par son incurabilité. L'auteur lui assigne aussi deux variétés: la première qui n'offre jamais de rémission complète; la seconde qui, d'abord périodique, devient bientôt habituelle. Dans cette dernière variété, les accès vont toujours en se rapprochant et en augmentant de durée; leur cessation n'est jamais accompagnée de phénomènes critiques. A la fin, l'intermittence est remplacée par une simple rémission comme dans la première variété.

La forme *périodique* est caractérisée par des attaques semblables entr'elles, qui reviennent à des époques fixes, mais éloignées; par la marche continue des symptômes pendant l'attaque; par la prédominance de la manie; par la cessation possible du retour des attaques. Cette forme qui est très rare n'a été rencontrée qu'une seule fois par l'auteur.

Vient enfin la forme *paralytique* caractérisée par une lésion particulière de la contractilité et de la sensibilité, qui a reçu le nom de *paralysie générale;* par la prédominance de symptômes appelé *monomanie des grandeurs;* par une marche habituellement continue et une terminaison constamment mortelle dans un temps court; par des caractères anatomo-pathologiques spéciaux indiquant une inflammation diffuse de la substance grise et de la pie-mère. L'auteur reconnaît deux variétés. Dans la première, la maladie peut débuter brusquement et violemment ou être

précédée de prodrômes; dans les deux cas, les symptômes de manie s'établissent: les malades déraisonnent sur toute espèce de sujet. Après quelques semaines ou quelques mois, l'agitation maniaque fait place à la paralysie graduelle et à la monomanie. La manie et la monomanie peuvent aussi alterner plusieurs fois. Dans la seconde variété, la marche est plus lente; il n'y a pas d'agitation habituelle et l'aliénation d'esprit est exclusivement une monomanie.

Après cette exposition qui, dans le travail original, est très développée, l'auteur cherche à établir la supériorité de sa classification sur celle de Pinel et d'Esquirol aux points de vue nosologique, séméiotique et thérapeutique. Le grand reproche qu'il fait à la classification de ces deux maîtres est d'être fondée uniquement sur des variations symptomatologiques qui n'ont rien de fixe et peuvent se transformer les unes dans les autres. « On a appelé, dit-il, la maladie du nom du symptôme principal; et toutes les fois que ce symptôme a varié, l'on a créé une forme, sans songer que les différentes variétés de l'aliénation d'esprit pouvaient accompagner des états aussi différens que la folie des femmes en couche, par exemple, et celle des paralytiques. » Et ailleurs: « Qu'est-ce qu'une division qui fait de la lypémanie, de la monomanie et de la manie, des formes différentes de la folie, quand tous les auteurs s'accordent à dire que la monomanie se transforme en manie et réciproquement? » Puis, l'auteur montre comment, à l'aide des caractères propres à chacune des formes qu'il a établies, quand on connaît sa symptomatologie précise et sa marche naturelle, il est facile de porter un pronostic assuré, de préciser les indications thérapeutiques et d'apprécier exactement les effets des diverses méthodes de traitement.

Tel est le résumé complet du travail de M. Jousset. Nous reconnaissons tout d'abord la vérité des caractères qu'il assigne à ses différentes formes de folie; nous reconnaissons l'importance qu'ils peuvent avoir en pratique, et que son mémoire met très habilement en lumière. Mais, en y réfléchissant davantage, il verra que sa classification n'ébranle en aucune manière celle de Pinel et d'Esquirol, quelque opinion qu'on ait d'ailleurs de cette dernière. On peut donner à une classification des mêmes objets toutes les bases imaginables, suivant le point de vue où l'on se place. Pinel a voulu faire une classification nosologique, et pour cela il a pris, et il a dû prendre, les caractères extérieurs, apparens, de la maladie, c'est-à-dire les symptômes, comme le botaniste prend les caractères extérieurs des plantes, c'est-à-dire la disposition de ses fleurs, de ses feuilles, etc. Tous les fous déraisonnent; voilà le caractère général de la maladie. Mais les uns déraisonnent sur toute espèce de sujets, les autres sur un seul; voilà la manie et la monomanie, et ainsi de suite. M. Jousset, lui, se place à un autre point de vue, au point de vue pratique. La folie est tantôt bénigne et courte, tantôt rémittente et chronique, tantôt périodique, tantôt accompagnée de paralysie, et voilà des formes diverses de folie. Ces formes sont réelles, nous le répétons; mais sur quoi reposent-elles? Sur le degré, la durée, la marche des symptômes, c'est-à-dire sur les caractères secondaires, et non essentiels, de l'aliénation. C'est une classification bonne, si l'on veut, mais dont Pinel et Esquirol auraient pu s'accommoder sans rien changer à la leur, et dont, à coup sûr, ils faisaient leur profit dans la pratique. Quand les anciens ont voulu classer les fièvres, ils ont aussi pris pour bases les symptômes prédominans et ils ont admis des fièvres bilieuses ou inflammatoires, et non des fièvres bénignes ou communes; ou, s'ils l'ont fait, ce n'a été que secondairement; ce qui ne les empêchait pas de tenir grand compte de la gravité et de la marche naturelle de la maladie. Ils ont admis, il est vrai, des fièvres *intermittentes*, comme M. Jousset des folies *périodiques*; mais à quel titre? Parce que l'élément périodique était, comme l'élément bilieux ou l'élément inflammatoire, le symptôme dominant, le caractère principal de la maladie; et cela va directement contre les idées de l'auteur.

Il n'est question, dans ce travail, ni de l'idiotie, ni de l'épilepsie, qui ne sont point, à proprement parler, des formes de la folie; il n'y est pas question non plus de la démence, sur laquelle M. Jousset se propose d'émettre plus tard des vues particulières.

(La suite au prochain numéro.)

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE.

L'Académie procède à la nomination d'un candidat pour la chaire de chimie vacante au collége de France par suite de la démission de M. Thénard.

M. Pelouze réunissant l'unanimité des suffrages est proclamé candidat de l'Académie.

EXPÉRIENCES SUR LA RÉSORPTION ET LA REPRODUCTION SUCCESSIVES DES TÊTES DES OS.

M. Flourens lit une note sous ce titre. Le fait qu'il cherche à expliquer est celui de l'écartement des têtes des os, pendant l'accroissement des os en longueur.

A mesure qu'un os croît en longueur, qu'il s'allonge, ses deux extrémités, ses deux têtes s'éloignent l'une de l'autre. Comment cet éloignement se produit-il?

Dans la théorie ordinaire de l'accroissement des os par *extension*, dit M. Flourens, rien de plus simple à concevoir que ce fait. Les deux bouts, les deux têtes de l'os s'éloignent, parce que le corps, la portion intermédiaire de l'os s'étend. Mais la théorie de l'extension n'est qu'une vaine hypothèse. L'os ne croît pas, parce qu'il s'étend. Il croît en grosseur par *couches* superposées; il croît en longueur par *couches juxta-posées*.

Comment donc, avec l'allongement de l'os par couches juxta-posées, l'éloignement des têtes de l'os sont successivement formées et résorbées pour être reformées encore, et toujours de plus en plus loin l'une de l'autre, tant que l'allongement dure. Ce fait avait déjà été établi; il y a longtemps, comme on le sait, que M. Flourens a constaté ces formations, ces résorptions, ces reproductions successives des têtes des os, au moyen de ses expériences avec la garance. On sait aussi à l'aide de quels moyens mécaniques il a cherché à suivre l'accroissement des os en longueur, à l'aide de petits clous enfoncés dans l'os. L'os s'allongeait, l'intervalle des clous ne changeait point; d'où il conclut que tout l'allongement se faisait par delà les clous.

C'est du même moyen qu'il s'est servi dans ses dernières expériences, dont il fait connaître aujourd'hui le résultat pour suivre le *déplacement*, l'*écartement*, ou mieux le *changement* des têtes des os, leurs *résorptions* et leurs *reproductions* successives.

M. Flourens met sous les yeux de l'Académie les pièces, objets des expériences.

C'est d'abord un tibia de jeune lapin, dans lequel ont été placés trois clous; l'un en bas, à 3 millim. de l'apophyse inférieure; le second en haut, à 4 millim. de l'apophyse supérieure, et le troisième au niveau de l'épine du tibia. L'expérience a duré vingt-deux jours. L'os qui, au commencement de l'expérience, avait 6 centim. de long, avait 3 millim. de plus à la fin. Tout l'allongement s'était fait par delà les clous. Celui qui avait été placé au niveau de l'épine du tibia s'en trouvait maintenant à 3 millim.; et comme il n'avait pas changé par rapport aux autres, c'était donc l'épine du tibia qui s'était éloignée, c'était elle qui avait changé.

Dans la deuxième expérience, qui a duré quarante-six jours, le clou, placé primitivement au niveau de l'épine du tibia, en était à 13 millim. à la fin de l'expérience.

Enfin, sur la pièce n° 3, pour laquelle l'expérience a duré soixante-dix jours, l'épine s'est éloignée du clou de 17 millim.

L'épine, c'est-à-dire la tête du tibia, se déplace, s'éloigne donc de plus en plus, à mesure que l'os s'allonge, ou, à parler plus exactement, elle change sans cesse. Ce n'est plus la même tête qui s'éloigne, ce sont des têtes diverses qui successivement sont formées pour être résorbées, puis reproduites. Il y a donc une mutation complète des os pendant tout l'accroissement des os en longueur. L'organe qui produit les os, c'est le périoste; c'est encore lui qui les résorbe.

Le périoste, qui n'est que la *membrane médullaire externe*, comme la membrane médullaire n'est que le *périoste interne*, partage avec elle la faculté de résorber l'os, comme elle partage avec lui la faculté de produire l'os.

M. Flourens conclut de ses expériences:

1° Que les têtes des os changent continuellement pendant tout l'accroissement des os en longueur;

2° Que le périoste résorbe l'os, tout comme la membrane médullaire;

Et 3° (ce que M. Flourens avait déjà prouvé par ses précédentes expériences) que la membrane médullaire produit l'os, tout comme le périoste.

SYSTÈME VEINEUX DES POISSONS CARTILAGINEUX.

M. Milne-Edwards présente un travail de M. Robin sur le système veineux des poissons cartilagineux.

L'Académie, dit-il, se rappelle sans doute que dans une de ses dernières séances, M. Natalis Guillot a appelé l'attention des zoologistes sur un système de cavités cellulaires ou de lacunes qui, chez la raie, communiquent directement avec les sinus veineux mentionnés par Mouro, ainsi qu'avec les veines caves, et reçoivent le sang de divers organes. M. Robin, qui de son côté s'occupait de recherches analogues, m'a prié de présenter à l'Académie les principaux résultats de son travail. Il décrit avec plus de détails que ne l'avait fait M. Guillot les rapports de ces cavités et des sinus de Monro avec les troncs veineux d'alentour, et signale quelques dispositions qui avaicot échappé à cet observateur. Il fait connaître aussi la présence et la structure de ce système de cavités veineuses chez les squales, et parmi les faits qu'il signale, je citerai l'existence d'un grand sinus veineux qui, bien distinct de la cavité décrite par Monro sous le nom de veine jugulaire interne, s'avance dans la tête des raies et des squales jusque dans le voisinage des fosses nasales, de chaque côté des branchies, et communique avec les cavités orbitaires. Le liquide qui remplit le fond de l'orbite et qui baigne les muscles de l'œil passe ainsi librement dans le système veineux, et si le sang ne pénètre pas dans la cavité orbitaire, comme chez les mollusques céphalopodes, cela ne tient qu'à la présence d'un petit repli membraneux faisant fonction de valvule. Mais le résultat le plus important est relatif aux vaisseaux que différens anatomistes et que M. Robin lui-même avaient considérés jusqu'ici comme constituant un système lymphatique. Il s'est assuré que dans l'état normal ces vaisseaux contiennent du sang et ne sont réellement autre chose que des veines.

M. Serres émet à cette occasion quelques doutes sur la valeur des faits en question. Il faudrait, dit-il, avant d'avancer de semblables assertions, indiquer des caractères nouveaux, autres que ceux qui sont généralement admis pour la distinction de ces deux ordres de vaisseaux. Or c'est ce qu'on ne trouve pas dans les deux communications dont il s'agit.

GLANDES SUDORIPARES DE L'AISSELLE.

M. CH. ROBIN dépose une communication sur ces organes. On sait que deux espèces de glandes ont été signalées dans la peau : 1° les glandes sudoripares, situées sous le derme, formées d'un tube roulé en peloton, qui traverse ensuite le derme et l'épiderme en décrivant des spirales, et s'ouvre à l'extérieur par un orifice très petit, aperçevable à l'œil nu sur les lignes concentriques de l'épiderme de la pulpe des doigts; 2° les glandes sébacées ou glandes des follicules pileux, situées deux à deux sur les côtés de chaque follicule et s'abouchant avec lui par un court canal.

Il existe, suivant M. Robin, des glandes d'une troisième espèce, qui n'ont pas encore été mentionnées. Elles se trouvent au creux de l'aisselle, en très grand nombre, et au pli de l'aine, où elles sont moins nombreuses. Elles sont situées dans le tissu adipeux qui tapisse la face profonde du derme, et constituées par un tube simple terminé en cul de-sac, enroulé sur lui-même de manière à former un petit lobule d'un millimètre de diamètre. De ce lobule part un petit conduit qui n'est pas roulé en spirale comme celui des glandes sudoripares ordinaires. Ces glandules sont quelquefois réunies par groupes de deux ou trois, faciles à voir à l'œil nu quand on enlève le tissu adipeux du creux de l'aisselle; elles apparaissent alors sous la forme de granulation, ayant une teinte rougeâtre ou rosée.

Quoique analogues par leur structure aux glandes sudoripares, ces glandes en diffèrent pourtant, suivant l'auteur, d'abord par leur volume, ensuite par la nature de leur sécrétion. Chacun sait que la sueur de l'aisselle est plus acide que celle des autres régions du corps et qu'elle a une odeur très prononcée.

En résumé, c'est une simple distinction que M. Robin établit entre les organes qui sécrètent la sueur.

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR LA GALVANO-PUNCTURE.

M. BENJAMIN PHILLIPS adresse une note en réclamation de priorité relativement au traitement de certaines tumeurs anévrismales par la galvano-puncture, proposé par M. Pétrequin. Il motive sa réclamation sur ce que le 1er janvier 1832 il a publié un mémoire contenant une série d'expériences sur les artères, qui ont été faites dans le courant de l'année précédente. Dans ce mémoire il s'exprimait en ces termes : « dans le cours des expériences qui ont été décrites, je crois avoir démontré que les anévrismes étaient susceptibles de guérison par l'action du galvanisme.»Il s'est appliqué à suivre l'examen de cette question et le résultat de ses expériences a complètement confirmé ses prévisions. Depuis cette époque, cette méthode a été appliquée au traitement des anévrismes et usqu'ici avec des résultats variés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture d'une lettre de M. Roux, président, et de M. Amédée Forget, secrétaire de la commission Bichat, pour prier l'Académie de vouloir s'associer à la souscription destinée à élever un tombeau à Bichat et à frapper une médaille commémorative de ses funérailles.

Cette lettre est renvoyée au conseil d'administration.

QUESTION MÉDICO-LÉGALE RELATIVE AU SANG MENSTRUEL.

M. LEGANU lit un rapport officiel sur ce sujet.

M. le ministre de la justice avait soumis à l'Académie la question suivante : « Le sang menstruel peut-il être distingué du sang provenant d'un avortement ou d'un infanticide? »

Le rapporteur, après avoir rappelé les principales recherches qui ont été faites sur ce sujet par les physiologistes et les chimistes, propose de répondre au ministre que la science ne fournit aucun moyen de faire la distinction dont il s'agit.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées sans discussion.

TRAITEMENT DES HYDARTHROSES PAR LES INJECTIONS IODÉES.

M. VELPEAU lit, au nom de MM. Espiaud, Baffos et au sien, un rapport sur un mémoire lu à l'Académie par M. Jules Roux, ayant pour titre: DE L'HYDARTHOSE SCAPULO HUMÉRALE ET DE SON TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS IODÉES.

Le rapporteur, après avoir analysé le travail de M. J. Roux, et avoir établi les degrés d'importance et de gravité des diverses lésions des articulations désignées sous le nom collectif d'hydarthroses, examine les différentes méthodes thérapeutiques qui ont été préconisées pour le traitement de cette affection. Suivant lui, l'administration de l'émétique à haute dose dont M. Gimelle a obtenu d'heureux résultats, n'est pas entièrement dépourvue d'inconvéniens; elle n'est pas toujours innocente, et les accidens auxquels cette substance peut donner lieu doivent rendre d'autant plus circonspect dans son usage que la maladie contre laquelle on l'emploie est elle-même moins grave. Le calomel recommandé par les Anglais et particulièrement par O Beirn n'a de succès qu'à la condition de produire la salivation ou la diarrhée. M. Velpeau dit avoir vu plusieurs cas où la guérison fut établie du moment où il se manifesta de la salivation. Le calomel aurait donc réellement une influence heureuse sur les épanchemens articulaires; mais les guérisons qui ont été obtenues à l'aide de cet agent, ont paru à M. Velpeau n'être en général que temporaires. Il y aurait d'après lui de fréquentes récidives à la suite de ce traitement; et d'ailleurs il ne serait pas plus que le précédent dépourvu d'inconvénient. En un mot, le remède serait souvent pire que le mal.

Passant ensuite à l'examen des moyens locaux, M. Velpeau dit avoir obtenu de bons effets des vésicatoires à large dimension.

Quant à la ponction simple, il ne la considère que comme un moyen palliatif, insuffisant pour amener une guérison complète et radicale. On a attaché, dit-il, trop d'importance à la manière dont il convient de faire cette ponction. Qu'elle soit sous-cutanée, oblique ou directe, peu importe; le point essentiel, c'est qu'elle soit faite avec un petit trocart rond, à canule cylindrique, au lieu d'un bistouri ou d'un trocart à lame plate. La raison, c'est que la petite plaie faite avec un petit trocart cylindrique se cicatrise avec une grande promptitude, et c'est là ce qu'il s'agit surtout d'obtenir.

Enfin arrivant à la méthode des injections iodées, M. Velpeau, après avoir rappelé l'usage qu'il en fait journellement, tant dans les hydarthroses que dans les hydrocèles, insiste sur les avantages de cette méthode, sur son innocuité, et sur les résultats qu'il en a obtenus et qui dépassent de beaucoup ceux que lui ont donnés toutes les autres méthodes.

Le rapporteur propose au nom de la commission les conclusions suivantes : 1° renvoyer le mémoire au comité de publication; 2° adresser à l'auteur une lettre de remercîmens, et 3° inscrire son nom en rang honorable sur la liste des candidats aux places de correspondans.

M. DUPUY demande la parole. — On a, dit-il, beaucoup exagéré les inconvéniens de l'introduction de l'air dans les articulations et dans les cavités séreuses en général. Il y a longtemps que je me suis convaincu par des expériences de l'innocuité du contact de l'air avec les séreuses. Je n'en rappellerai pour l'instant qu'un seul exemple. Je pratiquai sur une vache la résection d'une côte, la plaie avait une telle dimension que j'y pouvais introduire le poing et une partie de l'avant-bras. Quelque temps après un épanchement s'étant formé dans les plèvres, je dus pratiquer une contr'ouverture. Eh bien! malgré ces deux grandes incisions communiquant l'une avec l'autre et s'ouvrant toutes deux dans les plèvres, de manière à permettre une large issue à l'air, l'animal ne parut en éprouver aucun inconvénient et vécut encore longtemps dans cet état.

M. ROUX: M. Velpeau a émis plusieurs opinions qui m'ont paru un peu trop absolues. Le rapport ayant trait à des questions thérapeutiques assez diverses, je n'en examinerai dans ce moment que quelques points qui m'ont plus particulièrement frappé.

M. Velpeau prétend que la ponction des cavités séreuses n'offre aucun danger; il insiste surtout sur l'innocuité de la ponction simple, dans les hydrocèles. Cette opinion exprimée ainsi sans aucune espèce de restriction ne me semble pas suffisamment justifiée par les faits. Je suis très surpris qu'il ne soit jamais arrivé à M. Velpeau de voir la tunique vaginale s'enflammer à la suite d'une simple ponction, sans injection. Pour mon compte je dois avouer que cet accident s'est offert plusieurs fois à mon observation à la suite de cette simple opération. Je me rappelle en particulier un cas assez remarquable sous ce rapport. Une personne vint me trouver pour être débarrassée d'un hydrocèle; mais comme elle ne pouvait disposer que de peu de temps. elle me pria de faire une simple ponction évacuatrice, remettant à un temps plus opportun le traitement nécessaire pour obtenir une cure radicale. J'obtempérai à ses désirs, je me bornai à pratiquer la ponction; mais contre notre attente une inflammation intense ne tarda pas à se manifester et le malade se vit obligé contre son gré de garder le lit. Cet accident lui valut du reste une guérison complète sur laquelle nous ne comptions ni l'un ni l'autre.

M. Velpeau a émis encore sur le fait de l'inflammation adhésive, une opinion que je ne puis pas admettre. Il ne croit pas que les adhérences soient nécessaires pour obtenir une guérison radicale. Une guérison qui serait obtenue sans cette condition, serait, suivant moi, une guérison trompeuse, temporaire. M. Velpeau n'est pas le premier qui ait avancé une semblable opinion; elle a également été soutenue par un chirurgien anglais; c'est une erreur. Je suis convaincu, pour mon compte, que, quelle que soit l'injection dont on s'est servi, tant qu'elle n'a pas déterminé des adhérences complètes, la guérison n'est jamais solide.

M. Velpeau, sans doute par un sentiment de paternité que chacun peut comprendre a critiqué toutes les méthodes antérieures à celle qu'il a introduite dans la pratique, il en a exagéré les inconvéniens. Je puis affirmer que sur 12 ou 1500 opérations d'hydrocèles environ, que je peux avoir pratiquées par l'injection vineuse il ne m'est pas arrivé peut-être plus de 5 à 6 accidens. Je ne conteste pas les bons effets de l'injection iodée, mais je crois qu'aucune méthode n'est aussi bien éprouvée que celle des injections vineuses et c'est celle que je recommanderai toujours de préférence aux jeunes chirurgiens.

Quant aux hydarthroses elles cèdent assez généralement bien à des moyens très vulgairement employés, et très innocens dans leurs résultats, tels que les vésicatoires, les moxas. Il est bon, d'ailleurs, quand on parle du traitement des hydarthroses, de distinguer deux manières d'être assez différentes des hydarthroses, savoir : celles que l'on voit succéder à des contusions, à des coups, à des violences extérieures; ou bien celles qui surviennent spontanément. Or, les premières qui se forment très promptement, d'une manière presque instantanée, disparaissent aussi avec une très grande facilité.

En somme, je crois que M. Velpeau agit avec une prévention un peu grande en faveur de son *enfant* thérapeutique. L'expérience nous a depuis longtemps démontré qu'on peut guérir les hydropisies articulaires avec des moyens plus simples.

M. BLANDIN: Le rapport de M. Velpeau soulève plusieurs questions importantes sur lesquelles je crois devoir appeler un instant l'attention de l'Académie. Je ferai remarquer d'abord que les hydarthroses chroniques, celles qui exigent une médication active, sont peu fréquentes; et dans ces cas rares même on réussit quelquefois avec des moyens simples. Il en est un, en particulier, dont M. Velpeau n'a pas parlé, et qui méritait cependant d'être mentionné, je veux parler des frictions mercurielles poussées jusqu'à la salivation. Un autre moyen que m'a paru avoir de l'efficacité alors que les premiers ne suffisaient point, c'est l'inamovibilité obtenue à l'aide d'un bandage amidonné ou dextriné. J'ai obtenu avec ce moyen la guérison de presque toutes les hydarthroses qui avaient résisté aux frictions mercurielles et aux autres moyens usités en pareille circonstance.

M. Velpeau a parlé des ponctions simples, sans injection iodée. Il a dit que ces ponctions pouvaient être faites sans danger. Nous sommes d'accord sur ce point. Ces ponctions sont en effet d'autant plus innocentes qu'on les fait beaucoup mieux aujourd'hui qu'autrefois. Boyer prenait bien le soin de faire de petites ouvertures et de les faire un peu obliques afin d'éviter le parallélisme des peti-

les plaies, mais il bornait là toutes ses précautions ; il ne se servait pas, comme on le fait aujourd'hui, d'un trocart à robinet et d'une seringue aspirante pour faire le vide. Or, en l'absence de ces moyens, il était obligé, pour expulser le liquide des foyers qu'il voulait vider, de comprimer, de presser en tous sens sur leurs parois. Il résultait de là des inconvéniens graves que l'on évite sûrement maintenant avec le secours des moyens que je viens de rappeler. M. Velpeau a dit à cette occasion : qu'il s'introduise on non un peu d'air dans la plaie, que celle-ci soit directe ou oblique, peu importe, tout cela est indifférent. Je ne puis point admettre une pareille proposition. Personne ne peut contester, au contraire, qu'une ponction faite par la méthode sous-cutanée ne soit préférable à une ponction faite à air libre. Pour mon compte, cela ne fait pas l'objet d'un doute. Loin de croire, comme M. Velpeau, que le contact de l'air avec les cavités articulaires, ou n'importe quelle plaie sous-cutanée, soit innocent, j'ai la conviction, au contraire, que c'est là une des circonstances qui entraînent le plus de chances d'accidens.

En parlant des injections iodées, M. Velpeau a dit que la pratique de ces injections commençait à être adoptée. Je ne reconnais pas, pour ma part, la nécessité de substituer un moyen nouveau aux moyens en usage, quand ceux-ci offrent tous les avantages et toutes les conditions désirables. Il me paraît parfaitement inutile de chercher un nouveau moyen de guérir l'hydrocèle, par exemple, quand nous avons un moyen sûr, aussi fidèle que l'injection vineuse. Je sais bien que M. Velpeau opposera les accidens auxquels l'injection vineuse a quelquefois donné lieu. Cette objection serait fondée, ces accidens sont réels; mais M. Velpeau n'ignore pas qu'ils dépendent uniquement de la manière dont l'opération est exécutée, et qu'ils peuvent arriver avec l'injection iodée on tout autre moyen, aussi bien qu'avec l'injection vineuse. Tout dépend de la manière de procéder. On évite à coup sûr ces accidens en prenant les précautions et les ménagemens convenables pendant les manœuvres opératoires. Ce qu'il s'agit donc de savoir, ce n'est pas s'il y a plus ou moins de chances d'accidens d'un côté ou de l'autre, mais de quel côté sont les chances les plus nombreuses de guérison. Or, j'incline à penser que les guérisons que l'on obtient au moyen des injections iodées ne sont point des guérisons définitives. M. Velpeau dit qu'il a une manière particulière de procéder ; le liquide à injection dont il se sert renferme des proportions déterminées, un tiers d'eau pour deux tiers de solution d'iode. Je me suis servi de la même formule, j'ai pratiqué dix opérations d'hydrocèle par la méthode de M. Velpeau, et je n'ai pas réussi dans un seul cas. Chez tous mes opérés, j'ai été obligé d'en venir à l'injection vineuse pour obtenir une guérison définitive. Je me rappelle en particulier l'histoire d'un malade qui vint me trouver, et qui, tenant beaucoup à être opéré par la méthode des injections d'iode, insista vivement pour que j'eusse recours à ce mode opératoire. Je le fis, en effet; je pratiquai une première opération qui fut sans résultat : la maladie reparut peu de temps après ; une seconde injection d'iode n'eut pas plus de succès que la première ; à la troisième fois, j'employai l'injection vineuse et le malade guérit. Chez un autre sujet, je pratiquai trois fois l'injection iodée sans succès. Obligé d'en venir à l'injection vineuse, j'obtins cette fois une guérison durable. Il n'y a pas très longtemps en core qu'un malade est entré à l'Hôtel Dieu pour une hernie qui lui était survenue, disait-il, à la suite d'une injection iodée dans les bourses. Ce n'était point une hernie, mais une récidive de l'hydrocèle.

Je n'insisterai pas davantage; je crois en avoir assez dit pour prouver que l'injection iodée est un moyen extrêmement infidèle, tandis que l'injection vineuse est un moyen sûr.

Quand M. Velpeau est venu à parler des injections iodées dans les articulations, il a présenté ces injections comme à peu près innocentes, et il a en l'air de ne pas comprendre les craintes des autres chirurgiens à cet égard. Si M. Velpeau n'a pas eu encore d'accident, il a été fort heureux sans doute, mais le sera-t-il toujours autant? Il aurait tort de s'y fier, car on peut lui prédire à coup sûr qu'il aura tôt au tard de graves accidens à déplorer.

Enfin M. Velpeau, en parlant du procédé opératoire, a dit qu'il ne voulait pas qu'on se servit d'un trocart plat. Je n'en comprends pas le motif; je le prie de vouloir bien me l'expliquer.

En résumé, en ce qui concerne le traitement des hydarthroses, quand nous avons un moyen innocent et souvent efficace, l'inamovibilité aidée par la compression, je ne comprends pas qu'on veuille chercher à lui substituer une méthode telle que celle des injections iodées.

M. Velpeau, obligé de quitter la séance avant l'heure, demande à l'Académie la permission d'ajourner sa réponse à la séance prochaine. Je me bornerai à un seul mot, dit-il; pour rassurer l'Académie sur les craintes que pourraient lui inspirer les paroles de M. Blandin, il est bon de rappeler que j'ai pratiqué environ trois cents fois les injections iodées, et qu'il ne s'est pas encore manifesté un seul accident.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

ANTAGONISME DE LA PHTHISIE ET DES FIÈVRES.

M. Gaultier de Claubry lit, en son nom et au nom de M. Rayer, un rapport sur un travail ayant titre : Antagonisme de la phthisie, de la fièvre typhoïde et de la fièvre intermittente. Relevé statistique de clinique médicale, concernant la question d'antagonisme entre la phthisie pulmonaire et les fièvres typhoïdes et intermittentes, par M. Charcellay-Lagarde, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine de Tours.

Vous n'avez sans doute pas oublié, Messieurs, qu'à l'occasion du travail de M. le docteur Boudin, destiné à établir qu'il existe une sorte d'antagonisme entre la phthisie pulmonaire et les fièvres typhoïdes et intermittentes, plusieurs médecins vous ont déjà adressé des mémoires destinés à corroborer ou à combattre l'hypothèse admise par le savant médecin militaire dont nous venons de vous rappeler le nom, et qu'en particulier, dans la séance du 2 septembre dernier, nous avons eu l'honneur de vous faire connaître les résultats complètement opposés aux assertions de M. Boudin, que M. Lefèvre, professeur à l'École de médecine navale de Rochefort, a recueillis dans cette dernière ville, terre classique des affections fébriles intermittentes, où néanmoins il n'a jamais cessé de régner la phthisie pulmonaire, qui y fait incessamment de nombreuses victimes.

Aujourd'hui, nous avons à vous présenter une courte analyse d'un travail entièrement composé de faits, que M. Charcellay, professeur à l'École préparatoire de médecine de Tours, vous a adressé le 28 octobre dernier, sur la question même de l'antagonisme, que quelques personnes supposent exister entre la phthisie pulmonaire et les fièvres intermittentes et typhoïdes.

M. Charcellay se borne exclusivement à présenter des résultats statistiques, recueillis dans le service médical qui lui est confié, laissant à d'autres le soin de déduire de ces résultats nombreux et authentiques telles conséquences qui en découleront nécessairement; mais, avant tout, il rappelle la position de la ville de Tours, située entre la Loire, sur la rive gauche de laquelle elle est située, et le Cher, qui en est à peine distant de quelques kilomètres, double circonstance qui, jointe à la configuration du sol, au voisinage de collines élevées, d'eaux peu courantes, etc., tend à entretenir dans la ville et les environs une humidité qui dispose aux affections rhumatoïdes, aux fièvres intermittentes. Ajoutez à cela que, depuis quelques années, de grands mouvemens de terre ont été effectués, principalement pour l'établissement du chemin de fer, et qu'il en est résulté une augmentation notable dans le nombre des fièvres intermittentes, et, par suite de l'agglomération d'un grand nombre d'ouvriers, la facile production, l'extension au moins de la fièvre typhoïde. Quoi qu'il en soit, voici, en peu de mots, le résumé du travail que M. Charcellay a exécuté en quatre tableaux.

Du 1er septembre 1842 au 31 août 1845, c'est-à-dire pendant trois ans entiers et consécutifs, sur 1571 entrées de malades qui ne donnent cependant pas d'une manière exacte le nombre réel des sujets malades, attendu que certains malades, principalement parmi les phthisiques, sont entrés plusieurs fois dans les salles de la clinique, et en sont sortis également à plusieurs reprises, ce qui fait quelques doubles emplois, il y a eu 686 sujets, à savoir, 551 hommes et 135 femmes, qui ont été atteints de l'une des trois maladies suivantes: fièvres intermittentes, 384 sujets; fièvre typhoïde, 167; enfin, phthisie pulmonaire, 135; et ces chiffres eux-mêmes se partagent ainsi qu'il suit : fièvres intermittentes, 318 hommes et 66 femmes; fièvre typhoïde, 132 hommes et 35 femmes; phthisie pulmonaire, 101 hommes et 34 femmes.

Ainsi, tandis que, sous l'influence des conditions endémiques d'humidité du sol sur lequel est bâtie la ville de Tours, et aussi des grands mouvemens de terre que nécessitent les travaux du chemin de fer, les fièvres intermittentes se sont montrées extrêmement fréquentes, principalement parmi les nombreux ouvriers employés aux travaux, et que l'agglomération de tant d'hommes livrés à des fatigues, à des écarts de régime, soumis à l'influence des intempéries atmosphériques, a déterminé ou propagé la fièvre typhoïde parmi ces mêmes ouvriers principalement; voilà que la phthisie pulmonaire n'a pas cessé d'affecter un nombre considérable de sujets, à tel point qu'il en est entré dans les salles destinées à la clinique interne près du onzième du nombre total des entrans pour toutes les maladies réunies, qui ont amené des malades à l'hôpital, et le cinquième environ de celui des sujets affectés collectivement des trois maladies ci-dessus dénommées.

D'où il résulte évidemment que là où des conditions habituelles on accidentellement produites donnent lieu d'une manière endémique, ou au contraire simplement épidémique, aux fièvres intermittentes; d'une part, la manifestation de la fièvre typhoïde n'est pas empêchée, comme on s'était trop pressé de le conclure d'une coïncidence sans doute toute fortuite, et, d'autre part, que la production, le développement graduel de la phthisie pulmonaire ne semblent aucunement en être entravé d'une manière notable; en d'autres termes, qu'il ne paraît pas qu'il existe, du moins à Tours, une sorte d'antagonisme pathogénique entre les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde et la phthisie pulmonaire.

M. Charcellay ne s'est pas borné à communiquer les résultats des recherches statistiques qui lui sont propres ; il a voulu les corroborer par le rapprochement d'autres résultats également authentiques, qui ont été publiés par des professeurs de clinique de divers hôpitaux, et par ceux qu'il a recueillis dans les hôpitaux de Paris, pendant deux années consécutives d'internat.

C'est ainsi qu'à Strasbourg, dans la clinique de M. le professeur Forget, pendant un laps de temps qui n'est pas déterminé, sur 2838 entrées qui ont eu lieu pour diverses maladies, il y en a eu 904 qui se sont trouvées réparties de la manière suivante : 335 de fièvres intermittentes, 269 de fièvre typhoïde, et 300, ou le tiers du nombre total, de phthisie pulmonaire. De sorte que, dans cette ville de Strasbourg, où tant de conditions de localité sont favorables à la production des fièvres intermittentes, qui en effet y règnent d'une manière notable, la fièvre typhoïde n'y existe pas moins en nombre considérable, et que la phthisie pulmonaire y est elle-même très fréquente ; qu'ainsi la prétendue loi d'antagonisme pathogénique entre ces trois affections ne reçoit pas non plus d'application dans la capitale de l'Alsace.

De même à Bordeaux, dans le service de M. Gintrac, sur 4458 entrées qui ont eu lieu dans une période de temps que l'auteur ne fait pas connaître, il y en a eu 1201 pour les fièvres intermittentes et 153 pour la phthisie pulmonaire. La première de ces affections est donc loin d'empêcher la production de la seconde ; il n'y a donc pas non plus, à Bordeaux, d'antagonisme entre les fièvres intermittentes et la phthisie pulmonaire.

L'auteur termine son mémoire en exposant incidemment quelques résultats cliniques intéressans relatifs aux trois maladies en question.

M. le rapporteur propose, pour conclusions, d'écrire une lettre de remercîment à M. Charcellay, et de déposer son travail dans les archives, pour y rester à la disposition des commissaires des épidémies et de topographie médicale.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT D'UNE CAUSE FRÉQUENTE ET PEU CONNUE DE RÉTENTION D'URINE, ETC.; SUIVIES D'UN MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU MOYEN D'EXTRAIRE LES FRAGMENS APRÈS LA LITHOTRITIE; par M. L.-AUG. MERCIER. Un vol. in-8° de 372 pages. Paris, 1844. — Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 4.

On se plaint souvent que les traités généraux n'accordent ni assez de place ni des développemens assez sérieux aux grandes spécialités de la science; mais il faut avouer aussi que les spécialistes prennent bien leur revanche, qu'ils se complaisent singulièrement à étendre les moindres parties, à amplifier les plus petits détails de la branche qu'ils ont embrassée. Sans vouloir en rien préjuger sur le mérite même de leurs productions, nous ferons seulement remarquer que M. Civiale a écrit trois volumes sur les maladies de la vessie et de l'urètre. M. Mercier est encore plus fécond: il a fait un premier volume sur l'engorgement de la prostate, et en voici aujourd'hui un second sur la valvule vésico-prostatique, etc. Si la science devait s'écrire sur ce pied, quel médecin aurait une bibliothèque assez grande pour contenir les seuls ouvrages nécessaires à l'exercice de sa profession? Quel homme trouverait le temps de les étudier et d'en retenir la substance?

Nous devons ajouter une autre remarque, c'est que nulle part il n'y a autant de polémique, d'observations critiques, d'attaques, de représailles, de réclamations, de défis, que dans les livres des spécialistes. Est-ce nécessité de leur position? Nous serions presque tentés de le croire; mais à coup sûr la science n'a que faire de toutes ces guerres domestiques.

L'ouvrage de M. Mercier est consacré à la recherche d'une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine. Après avoir commencé par une lettre de réclamation contre M. Civiale, il finit par un mémoire critique sur un nouveau moyen pour extraire les fragmens après la lithotritie. Entre ces deux extrêmes, il s'occupe exclusivement de son véritable sujet; et l'on doit avouer que réellement il l'a bien travaillé et fructueusement approfondi. Il insiste sur le rôle des valvules vésico-prostatiques. Howship, Ev. Home, Bianchi, Guthrie, etc., ont parlé de ces valvules. M. Mercier pense qu'ils n'ont pas suffisamment établi leur structure anatomique, ainsi que leur action sur l'excrétion urinaire, et il y revient. Il commence, en étudiant les causes de la rétention d'urine, par révoquer en doute l'existence de la paralysie de vessie et des rétrécissemens spasmodiques de l'urètre. Il parle aussi dubitativement de la névralgie et du rhumatisme du col vésical. En définitive, on devine dès les premières pages que la cause de tous ces accidens est par lui rapportée à la présence des valvules, qui mettent obstacle au libre cours de l'urine.

Quant à la texture anatomique, M. Mercier admet deux espèces de valvules, les prostatiques et les musculeuses. Il décrit ces dernières avec beaucoup de détail et fait voir comment elles entravent la sortie de l'urine en s'appliquant en guise de soupape à l'entrée du col. Les causes qui favorisent le développement de ces valvules sont, pour la prostatique, les engorgemens de cette glande et, pour les musculaires, l'influence d'une irritation ou d'une contracture du col de la vessie, parfois d'une inflammation chronique de l'urètre, etc. Il pense qu'elles sont rarement originelles; cependant on trouve dans la suite de l'ouvrage quelques observations qui, jusqu'à un certain point, tendraient à établir le contraire.

La symptomatologie n'a pas été étudiée avec moins de soin. Les signes que l'auteur appelle *précurseurs* ne sont guère que des symptômes généraux de maladie dans les diverses parties du col vésical et de l'urètre. Viennent ensuite les signes fonctionnels: dysurie intermittente ou continue; la vessie se vide incomplètement; besoins fréquens d'uriner qui ne sont pas satisfaits entièrement, etc. Enfin, le cathétérisme fournit les signes physiques, lesquels consistent dans la présence d'un obstacle au col, etc.

Le traitement consiste: 1° à débarrasser la vessie; 2° à combattre les causes de la dysurie, c'est-à-dire à faire disparaître l'obstacle que constituent les valvules. Pour le premier chef, l'auteur propose sa sonde à courbure brusque et courte comme étant de beaucoup préférable à toutes les autres dans ces cas; il avoue cependant qu'elle est parfois un peu difficile à introduire. Quant aux moyens de remplir la seconde indication, il passe en revue la dilatation, la dépression, la cautérisation, etc. L'incision a été proposée et pratiquée par Blizard, il y a quarante ans; Guthrie a imaginé pour le même objet une sonde à lame; M. Civiale a décrit une autre de son invention. M. Mercier la trouve trop compliquée, et en propose lui-même trois différentes avec lesquelles il incise la valvule. Il dit les avoir appliquées avec succès, surtout le dernier de ces instrumens. Nous renvoyons pour les détails nécessaires à connaître, à l'ouvrage même où l'on trouvera plusieurs faits d'application très intéressans. M. Mercier n'a pas vu l'incontinence d'urine résulter de cette opération; mais il n'en est pas de même de l'hémorrhagie, dont il cite en effet un exemple. Il termine par le récit de quelques observations de guérison obtenue au moyen de ce dernier procédé.

En somme, et quoique la matière gagnât peut-être à y être plus condensée, ce volume contient des aperçus neufs et éminemment pratiques. La manière de M. Mercier, sobre et sérieuse, est celle d'un écrivain convaincu et d'un observateur sagace.

VARIÉTÉS.

— Le principal inventeur du congrès (ils sont donc déjà trois) se fâche très fort de nos critiques. Nous sommes des plus coupables de ne pas trouver toujours raisonnables, merveilleuses, les délibérations de cette convention au petit pied. « C'est là, dit-il, un acte de *mauvaise confraternité!* » Quelle manière expéditive de rétorquer vos argumens! toujours même système! Aimables logiciens de l'école de don Bazile, vous trouvez plus aisément une injure, voire même une calomnie, qu'une bonne raison! Pour nous, qui n'avons pas l'honneur d'appartenir à cette école, nous avons dépensé plus de 500 fr. pour faire preuve d'exactitude et d'impartialité à l'endroit de vos élucubrations! Et nous n'aurions pas le droit de les juger!

— RÉCLAMATION. Nous recevons de notre honorable confrère, M. Caffe, une lettre en réponse à quelques passages d'un article de M. le docteur Magne, inséré dans notre dernier numéro. Voici le passage auquel répond M. Caffe:

« Le conseil donné par M. Caffe de pratiquer l'abrasion de la cornée pour » ramener la transparence lorsqu'elle est interceptée par l'incrustation de sub- » stances étrangères est au moins très léger, car il reste les chances d'une pu- » pille artificielle. »

« Quel est donc le médecin compétent, nous écrit M. Caffe, qui peut ignorer que l'opération de la pupille artificielle, pratiquée même par une main très habile, est une des plus délicates et des plus infructueuses de la chirurgie.

» Je m'étais imaginé, continue notre confrère, par quelques raisons déduites de connaissances chimiques, que les substances connues sous le nom de substances *coagulantes* ou *plastifiantes*, telles que les sels des quatre dernières sections de Thénard, étaient susceptibles d'agir comme les préparations saturnines, et pouvaient dès lors laisser des dépôts sur les plaies de la cornée, qu'il fallait donc s'en abstenir. Tel n'est pas l'avis de votre correspondant, puisqu'il donne complaisamment son nom à un collyre de cette espèce. »

ÉTIOLOGIE DE LA PELLAGRE.

Nous recevons de M. le docteur Théophile Roussel la lettre suivante, en réclamation contre un passage d'une lettre de M. le docteur Dozous relative à l'influence du maïs sur la pellagre, insérée dans la GAZETTE MÉDICALE du 8 novembre dernier.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire, dans un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE, une lettre dans laquelle un médecin de province, M. Dozous, qualifie de *croyances* et d'*opinions erronées* les faits que j'ai exposés sur l'étiologie de la pellagre. J'ai cru, en raison même du crédit que peut acquérir une opinion quelconque, accueillie dans la GAZETTE, devoir vous soumettre quelques remarques, afin d'éviter désormais toute méprise sur une question aussi grave que mal connue.

J'ai avancé, et je crois que la pellagre n'existe endémiquement que dans des *contrées à maïs*; mais j'ai cherché à démontrer aussi qu'il y avait beaucoup de contrées à maïs dans lesquelles la pellagre était rare ou même inconnue; j'ajoute que c'est précisément sur ces deux faits, que j'ai opposés l'un à l'autre et analysés comparativement, qu'il est possible d'établir: 1° que ce n'est pas le maïs par lui-même qui produit la pellagre, et que cette céréale, lorsqu'elle offre ses qualités normales, fournit au contraire un aliment salutaire; 2° que la pellagre est le résultat d'une altération du maïs de même que l'*ergotisme* et la *convulsion céréale* sont les effets d'une altération des blés; 3° que cette altération du maïs, plus ou moins fréquente, suivant les pays et les années, peut être prévenue dans tous les cas, à l'aide de certaines mesures que l'on trouve déjà en usage parmi diverses populations qui font du maïs leur aliment principal et qui ont su, par leur prudence, se préserver de la pellagre.

Aussi, loin de proscrire la culture du maïs, j'ai eu soin de rechercher les conditions capables de l'améliorer, et surtout de lui faire donner des produits plus sains pour l'usage alimentaire.

Je pourrais demander à cet honorable médecin qui m'interdit *une croyance* sur une question à laquelle j'ai consacré quatre années d'études et de longs voyages, sur quels fondemens, lui, qui avoue n'avoir jamais vu de pellagreux et qui paraît ne soupçonner dans la pellagre que des *désordres cutanés*, il établit sa *croyance* particulière à laquelle tous ces désordres viendraient du *virus syphilitique*. Mais je bornerai là les réflexions que je voulais présenter sur ce sujet.

Agréez, etc.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 51. (TOME XIII. — 1845.) SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1845.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départements chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

NOUVELLE SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE.

INTRODUCTION.

La GAZETTE MÉDICALE commencera une nouvelle série à partir de l'année 1846. Ce n'est point là une mesure arbitraire ni indifférente. C'est une nouvelle phase, une nouvelle ère, un nouveau progrès du journal. A ce titre, il n'est pas inutile de présenter quelques considérations qui fassent bien comprendre le but qu'on se propose, et les moyens que l'on compte employer pour l'atteindre.

I.

Lorsque la GAZETTE MÉDICALE fut créée en 1830, elle voulut être à la fois un organe doctrinal, un recueil et un journal.

Comme *organe doctrinal*, elle se posa directement en face d'un système puissant, dont elle nia hardiment les principes et combattit de toutes ses forces les conséquences exagérées. Elle n'a point la prétention d'avoir ruiné ce système ; les systèmes tombent d'eux-mêmes par leur seule impuissance, et par la force de la raison publique. Mais la GAZETTE MÉDICALE peut au moins revendiquer l'honneur d'avoir été une des premières à pressentir et à prévoir cette chute, sinon d'y avoir contribué d'une manière directe et puissante.

En même temps qu'elle exerçait une critique active et vigilante contre l'esprit de système, la GAZETTE MÉDICALE s'efforçait de ramener dans la

Feuilleton.

LA MÉDECINE DANS LES GRANDS JOURNAUX.

Un des plus remarquables caractères de la science, dans les temps modernes, c'est sa vulgarisation, c'est-à-dire son extension de plus en plus grande dans tous les rangs de la société. C'est là même la circonstance la plus frappante de son développement extérieur. Née primitivement dans les temples, elle y reste pendant une longue suite de siècles, jalousement gardée par des hommes privilégiés qui se la transmettent comme un secret. Plus tard, elle échappe en grande partie à la caste sacerdotale qui ne peut plus en conserver le monopole, et passe aux mains des sages ou des philosophes. Aux sanctuaires des prêtres qui étaient fermés, succèdent les écoles qui sont ouverte ou à demi-ouvertes, car l'étude des sciences par les philosophes fut longtemps enveloppée de quelque mystère et leur enseignement ressemblait encore beaucoup à une initiation. Ce premier pas de la science fut sa sécularisation. Cette révolution ne modifia que très peu le rôle et le rang de la science et des savans dans la société. L'acquisition des connaissances était toujours recherchée plutôt comme un moyen exceptionnel de supériorité, d'autorité, de domination, qu'en vue des services qu'elle peut rendre aux hommes, bien plus comme une sorte de rare et brillant joyau, propre seulement à flatter la vanité du possesseur, que comme un instrument d'applications utiles à l'humanité. De là la tendance des savans de l'antiquité et du moyen-âge à dérober, autant que possible, au vulgaire l'origine et le contenu réel de leurs connaissances ; de là le secret et les enveloppes énigmatiques dont étaient couverts les procédés des arts. Le peuple encourageait lui-même ces habitudes de mystère par le respect superstitieux dont il entourait les hommes qui passaient pour avoir puisé aux sources les plus hautes et les plus cachées de la science, et cette science lui paraissait d'autant plus admirable qu'elle s'éloignait davantage par ses formes, son but et son mode d'aquisition, des connaissances usuelles résultant de l'expérience et de l'observation appliquées aux besoins de la vie. Il a fallu bien des siècles pour détruire cette singulière condition de la science dans la société ; cependant on peut dire qu'à dater de Descartes, de Galilée et de Bacon, et surtout de la découverte de l'imprimerie, la science a définitivement et ouvertement rompu avec les habitudes traditionnelles du passé ; tous les voiles ont été déchirés, et il n'y a plus eu de profanes ; elle est devenue un patrimoine commun que tous ont pu cultiver dans l'intérêt de tous. Après la sécularisation est venue la vulgarisation. C'est ce dernier progrès que notre époque paraît destinée à réaliser dans des proportions qu'on s'exagère sans doute beaucoup, mais qu'assurément on ne prévoyait pas dans des temps encore assez rapprochés de nous.

Cette tendance s'est manifestée dans ces dernières années par la multiplication des publications, périodiques et autres, ayant pour but avoué la popularisation des notions scientifiques et particulièrement de celles qui conduisent à des

science l'esprit de méthode et d'observation. Instituée sous la bannière de l'éclectisme, elle a montré ce qu'elle entendait explicitement par ce mot, dont l'acception trop vague et trop générale aurait pu éloigner les esprits sérieux et positifs. Elle a défini l'éclectisme : une méthode qui juge les doctrines et les systèmes par les faits ; qui s'approprie, à l'aide du contrôle de l'expérience, ce que chacun d'eux renferme de bon et de vrai. En d'autres termes, l'éclectisme, c'est la méthode expérimentale jugeant les systèmes et consacrant ce qu'ils renferment de réel et de raisonnable. Le rappel et le développement de cette méthode ont donc marqué la première phase de la GAZETTE MÉDICALE, considérée comme organe doctrinal. Ceci n'est point une prétention, c'est de l'histoire. En se donnant cette mission et en la remplissant, la GAZETTE MÉDICALE n'a pas cru se placer à la tête du mouvement, le diriger ; elle n'a voulu qu'être l'expression des tendances de l'époque. Elle voyait un système puissant s'écrouler ; elle apercevait une génération s'agiter et se porter dans d'autres voies ; elle n'a eu d'autre prétention et d'autre mérite que de se constituer l'organe de cette génération. Au règne de l'assertion théorique succédait le règne de l'observation plus précise, plus rigoureuse ; elle s'est rangée du côté de l'observation ; elle a pris fait et cause pour elle ; elle a marché avec elle, lui a servi d'organe sinon de guide dans la recherche des faits nouveaux et la revivification des vérités anciennes.

Comme *recueil*, la GAZETTE MÉDICALE s'est efforcée de réunir les travaux originaux les plus importans de l'époque. Elle a appelé et obtenu le concours des travailleurs inspirés comme elle par la méthode expérimentale. Il suffit de parcourir ses tables de matières pour s'assurer qu'aucun recueil du temps n'est aussi riche en recherches originales. Toutes marquent en effet le retour de la science à l'esprit d'observation. Par ces recherches et le caractère dont elles sont empreintes, le *recueil* constitue en quelque façon l'application et la mise en œuvre des principes de l'*organe doctrinal*.

Comme *journal*, proprement dit, la GAZETTE MÉDICALE s'est proposé d'enregistrer tout ce qui se faisait, se produisait ou arrivait d'important dans la science, l'art et la profession. Elle s'est efforcée de tenir ses lecteurs au courant de toute chose ; elle a participé à tous les événemens, à toutes les discussions, et toujours en prenant pour inspiration et pour guide, le fait, l'expérience, et le sentiment général, qui n'est lui-même que la consécration du fait et de l'expérience. Ses récits, ses opinions, ses jugemens n'ont jamais eu d'autre mobile, ni d'autre résultat. Elle croit pouvoir l'affirmer hautement : son passé n'est pas assez loin pour qu'il ne puisse servir de contrôle et de garantie à son assertion présente.

Instituée sous ce triple rapport, la GAZETTE MÉDICALE a donc rempli jusqu'ici trois buts distincts, et ces trois buts elle les a remplis avec des vues, des efforts et des résultats qui lui sont propres, et qui ont marqué, d'une manière plus ou moins différente, chacune des phases de son développement.

La première série, datant de 1830, n'a compris que trois années. On se rappelle que l'époque du choléra fut pour ses doctrines et pour elle l'occasion d'un double succès. Le fléau qui ravageait l'Europe et la France fut à la fois un grand désastre et un grand enseignement médical. La doctrine physiologique, qui prétendait niveler la maladie à son profit, fut nivelée par elle. Ce fut son dernier temps, son coup de grace. En même temps que la GAZETTE MÉDICALE aidait à ce grand résultat, elle recueillait le fruit du progrès des idées auxquelles elle s'était associée. Son succès matériel fut considérable ; son succès scientifique ne le fut pas moins. Dès lors la nécessité d'un nouveau et plus grand développement. C'est de cette époque que date sa deuxième série.

Commencée en 1833, cette série a été marquée par des changemens et des améliorations qu'il est indispensable de rappeler. Chaque numéro du journal a été doublé : au lieu de huit pages, il en a eu seize et quelquefois vingt. Ce développement était commandé par le progrès des idées, par l'abondance des matériaux, et les besoins toujours croissans du monde médical.

Nos principes furent de plus en plus explicites. Aux essais généraux de l'éclectisme, marquant la première série, ont succédé des aperçus plus nets, plus précis de la méthode expérimentale. Les premiers ont conduit aux seconds, ils les ont inspirés ; mais ceux-ci ont pris la place de ceux-là, ils ont fait disparaître jusqu'à leur nom. Dès lors la GAZETTE MÉDICALE s'est constituée l'organe de la médecine expérimentale, c'est-à-dire de la médecine qui aspire à prendre l'exactitude d'observation des sciences naturelles, et la rigueur des déductions des sciences physiques. Ce but est explicitement formulé en tête de l'introduction à la deuxième série. On sait si depuis lors la GAZETTE MÉDICALE est restée fidèle à cette devise, si elle s'est efforcée de la faire prévaloir dans ses exposés, ses travaux et ses critiques. — Toujours comme précédemment elle n'a eu d'autre but que de s'associer au progrès des meilleures idées, de favoriser leur développement, de les vulgariser : or, en se rappelant quels ouvrages depuis cette époque ont prévalu, quels noms ont surgi et grandi, quels résultats ont surnagé, on peut juger de la justesse de ses prévisions et de la valeur de ses sympathies.

L'importance du *recueil* s'est accrue avec celle des principes. Il est peu de travaux conçus en vue de nos idées qui n'aient été publiés dans les colonnes de la GAZETTE MÉDICALE. Pendant que d'autres recueils donnaient une louable hospitalité aux débris d'une armée en déroute, nous appelions à nous et nous réunissions les soldats d'une armée future. Toutes les recherches, plus respectables qu'utiles, entreprises durant ces dix dernières années, sur les inflammations organiques, sur les altérations matérielles qu'elles produisent ou sont censées produire, sur la symptomatologie locale, n'ont point paru dans la GAZETTE MÉDICALE. Elle s'est bornée à les mentionner et à en extraire ce que l'expérience et la raison pouvaient en tirer de bon. Elle a au contraire ouvert ses colonnes à d'excellens mémoires sur une foule de points de fait, relatifs au diagnostic des maladies, à leur marche, à leurs caractères différentiels, et surtout à leur thérapeutique. Une des premières elle a rappelé et dirigé l'attention vers l'étude des altérations des humeurs et du système nerveux dans les maladies. La chirurgie, avec ses déterminations et ses méthodes plus précises, a surtout obtenu ses sympathies. Convaincue que la marche de la médecine proprement dite est et doit être infiniment plus lente et moins féconde en résultats positifs, elle a souvent demandé à la chirurgie un supplément d'intérêt et de produits nets. C'est ainsi que les progrès les plus récens de pathologie et surtout de thérapeutique chirurgicale dont l'art s'est enrichi durant ces dernières années ont reçu leur première publicité dans la GAZETTE MÉDICALE.

Les développemens du *journal* proprement dit ont suivi les mêmes proportions. Est-il nécessaire de rappeler quelle extension ont prise, à partir de 1833, nos revues des journaux de tous les pays ; nos comptes-rendus des Académies et des Sociétés savantes ; nos articles de bibliographie ; nos

---

résultats pratiques immédiats. Citer ces publications serait chose superflue ; la France et l'Europe en sont inondées, et, avant toute appréciation de leur valeur et de leur utilité réelles, il faut reconnaître que le fait seul de leur apparition et de leur débit est en soi très significatif. Indépendamment de ces publications spéciales, déjà depuis longtemps les journaux quotidiens, exclusivement consacrés jadis à la politique et à la littérature, avaient donné place aux sciences. Enfin, tout récemment, plusieurs journaux ont systématiquement généralisé cette introduction de la science dans les feuilles destinées au grand public, et n'ont pas hésité à agrandir démesurement leur format pour satisfaire aux conditions de ce plan encyclopédique. Quoi qu'on puisse penser sur l'avenir de cette combinaison, toujours est-il qu'elle est tombée en même temps dans plusieurs têtes, et que des entreprises rivales se disputent l'honneur et les avantages de son exploitation.

La médecine a dû, comme on le pense bien, figurer dans ce vaste programme, et il peut y avoir quelque intérêt à s'enquérir des conséquences plus ou moins appréciables de ce fait. L'expérience se continue déjà depuis assez de temps pour permettre au moins des conjectures plausibles sur les résultats.

Ces conséquences peuvent porter à la fois sur la science elle-même, sur le public, sur la profession, sur la presse médicale.

Et d'abord, quant à la science qui, ici, ne fait qu'un avec l'art, on ne voit pas trop ce qu'elle pourra gagner à ce nouveau mode de publicité quotidienne, qui, par sa nature, n'admet guère que des travaux de seconde main, et doit régler le choix des matières, moins sur leur degré d'importance scientifique, que sur l'attrait et l'intérêt qu'elles peuvent offrir à la généralité des lecteurs. Mais si la médecine n'a rien à attendre, pour ses progrès intrinsèques, de la publicité des grands journaux, peut-on espérer du moins qu'elle gagnera du terrain dans les esprits, qu'elle deviendra plus familière, plus accessible, plus disponible ? arrivera-t-elle enfin à cette vulgarisation vers laquelle tendent toutes les sciences ? Assurément, rien ne serait plus désirable que ce résultat. Vulgariser la médecine (la bonne, bien entendu), serait le plus grand service qu'on pût rendre au genre humain. La médecine est, de toutes les sciences, celle qui a conservé le plus longtemps le caractère mystérieux, occulte, hiératique, qu'elles eurent toutes à leur origine, et c'est celle où il en reste le plus de traces. C'est à peu près la seule où il y ait encore des *arcanes*, remplacés dans les autres par les *brevets d'invention*, et plus d'un médecin classique parle encore dans l'occasion du sacerdoce de Cos. Dans aucune branche des connaissances, la superstition n'a gardé autant d'empire. Ceci s'explique suffisamment, d'un côté, par l'obscurité et la complication profondes des problèmes dont cette science s'occupe, l'incertitude de ses moyens de vérification et de démonstration, qui laisse le champ libre aux entreprises de l'esprit de système, aux écarts de l'imagination, aux prestiges du charlatanisme, et de l'autre par la nature même de son action pratique qui, touchant à l'intérêt le plus universel, le plus pressant, le plus instinctif, celui de la santé et de la vie, met en jeu les passions les plus fécondes en illusions, en résolutions inconsidérées, en entraînemens aveugles, la crainte et l'espérance. Si donc il n'est pas de science dont la vulgarisation soit plus souhaitable, il n'en est pas non plus, malheureusement, où elle soit aussi difficile et aussi périlleuse.

Pour bien s'entendre sur ce point, il faut, avant tout, ne pas oublier que les sciences en général, considérées en elles-mêmes, comme systèmes raisonnés de prin-

feuilletons? Aucun journal, nous croyons pouvoir l'affirmer, n'a reproduit avec cette exactitude, cette vigilance, cette actualité, tout ce qui s'est dit, fait et pensé dans le monde médical. On trouvera difficilement ailleurs des éphémérides plus complètes et surtout plus exactes. Nous pourrions rappeler les principales circonstances où la GAZETTE MÉDICALE a payé de sa personne, les faits qu'elle a mis en lumière, les discussions qu'elle a éclairées, tout ce mouvement des idées qu'elle a aidé, provoqué et enregistré. A d'autres l'honneur du bruit, du tumulte, de l'agitation des individus; à elle l'honneur d'avoir eu la première part dans le mouvement des esprits. Son intervention a été lente, calme et régulière; mais son influence a été réelle, profonde, durable. Si quelque chose d'utile et de définitif sort des tentatives récentes d'une portion du corps médical, on verra à qui il faut en attribuer la cause *efficiente*, à qui la cause *occasionnelle*.

Telle a donc été jusqu'ici la GAZETTE MÉDICALE, tels ont été les caractères propres à ses deux premières séries. Son passé pourrait servir de garantie à son avenir. Elle pourrait vivre et prospérer, en continuant à être ce qu'elle a été jusqu'ici. Mais quand on s'est institué sous la bannière du progrès, il faut le suivre en toute chose et en tout temps. Si la GAZETTE MÉDICALE ne voulait que perpétuer son passé, elle s'arrêterait, elle serait dépassée par ce qu'elle veut précéder. De là donc nécessité pour elle de marcher, de faire mieux, de se perfectionner sans abjurer ni ses principes, ni ses succès. Un journal n'est pas comme un individu, il peut recommencer pour ainsi dire sa carrière, et mettre à profit pour une nouvelle vie ce qu'il a appris dans une précédente, soit en idées nouvelles à produire, soit en moyens meilleurs à employer, soit enfin en écueils à éviter. C'est à réaliser ces différens ordres d'améliorations que sera consacrée la nouvelle série de la GAZETTE MÉDICALE. Quelques lignes suffiront pour le faire comprendre.

Comme organe doctrinal, la GAZETTE MÉDICALE a été jusqu'ici l'expression de l'éclectisme, de la méthode expérimentale; elle veut être désormais l'organe de la *médecine étiologique*. Eclectisme, méthode expérimentale et étiologie ne sont que trois phases progressives d'une même idée: ce sont les trois termes du développement de toute science. On commence par s'enquérir de ce qui a été vu, dit et écrit précédemment. En médecine il n'y avait guère en que des systèmes et des théories arbitraires; l'éclectisme a appris à n'accepter de ces théories, de ces systèmes que ce qui s'est trouvé conforme aux faits et à l'expérience. En possession de ce premier résultat, de ce contingent historique, l'esprit a besoin de pousser plus loin; la méthode expérimentale arrive à son secours: il observe, il recueille des faits, il fait des expériences; en un mot il cherche une idée ou entoure son idée de preuves. C'est la voie dans laquelle depuis la chute de la médecine physiologique la médecine actuelle s'est engagée. Mais il y a quelque chose au delà. Quand nous disions il y a quelques années que le caractère de l'époque était une *tendance à la preuve*, nous cherchions à exprimer ce grand mouvement de la médecine contemporaine vers le positif, vers le vrai; mais nous nous abstenions de déterminer l'ordre du vrai et du positif vers lequel elle se dirigeait. Elle obéissait à un instinct excellent, se servait d'une méthode excellente, mais le résultat qu'elle recherchait n'était peut-être pas aussi bon en proportion. En effet, l'idéal de notre temps scientifique c'est la recherche du fait, non du fait général avec ses allures dégagées, hardies; mais du fait particulier, soigneusement décrit, caractérisé dans sa phénoménalité actuelle et matérielle. On s'attache à l'accident réel, mais à l'accident seulement local, tronqué, détaché de ce qui le précède, le suit, c'est-à-dire de son principe, de ses rapports, de ses conséquences, de tout ce qui lui donne vie, étendue et signification. Cependant quelques bons esprits qui ne s'endorment pas dans les richesses du présent, pour qui l'avenir de la médecine comme d'aucune science ne réside dans une agglomération de faits vrais, mais particuliers, ont songé à relier entre elles ces acquisitions de détail, à leur donner une utilité et une portée nouvelles en les rattachant à des conceptions d'un ordre plus général. Ce besoin qui peut-être ne préoccupe encore que le petit nombre, c'est la généralisation du besoin que tous éprouveront à une époque qui n'est peut-être pas éloignée. Or, c'est à le provoquer et à le satisfaire que veut tendre la GAZETTE MÉDICALE: c'est là le troisième terme de son développement, le caractère doctrinal de sa nouvelle série. Elle n'inventera pas plus la médecine étiologique qu'elle n'a inventé l'éclectisme et la méthode expérimentale. Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, un petit nombre d'esprits en avaient conservé la tradition et l'instinct. La nature des maladies c'est leur cause: leur cause c'est l'élément primordial qui les gouverne, les décide, les caractérise et les exprime. C'est encore et surtout l'élément qui gouverne et doit gouverner leur thérapeutique. De tout temps cet ordre de vérités a percé à travers les conceptions de l'esprit de système. Eh bien! c'est à la restauration de cette médecine; c'est à son développement et c'est à son intronisation définitive que la GAZETTE MÉDICALE veut se consacrer: c'est en ce sens qu'elle croit pouvoir être l'organe de la médecine étiologique. Ce peu de mots suffit pour nous faire comprendre de la plupart de nos lecteurs, parce qu'il doit être la traduction de leur pensée et de leurs besoins; et pour ceux qui, par suite d'habitudes contractées à une autre école, auraient besoin de développemens, nous les prions de surseoir à tout jugement; ils auront bientôt sous les yeux des applications propres à compléter le sens de nos observations générales. Disons seulement qu'un des principaux résultats de la médecine étiologique, appliquée comme nous espérons qu'elle le sera bientôt, consistera à faire disparaître toutes ces études partielles et étroites de la lésion organique. Celle-ci ne sera point niée ni méconnue, mais réduite à sa véritable importance, mais rattachée aux lésions plus graves dont elle procède et emprunte ses véritables caractères. Disons encore que la thérapeutique, s'élargissant de toute l'ampleur de la vue scientifique et diagnostique, adaptera ses moyens à la cause la plus générale et la plus importante du mal, sans négliger pour cela l'indication et le remède commandés par l'accident local. Au triomphe de cette vue se rattache sans contredit une révolution entière de la chirurgie. La chirurgie actuelle n'a été que trop préoccupée du mal local. Dominée par l'esprit et l'enseignement de la médecine organique, elle n'a vu le plus souvent, dans les lésions matérielles auxquelles elle se proposait de porter remède, qu'un mal circonscrit, indépendant, alors qu'elle n'avait devant elle qu'une manifestation apparente d'un mal caché, plus profond, et surtout plus général. Il ne faut pas se le dissimuler, c'est à cette grave méprise qu'il faut attribuer les mécomptes effrayans de bon nombre de nos illustrations chirurgicales; mécomptes que ne peuvent certes pas compenser, aux yeux de la vraie science et de l'humanité, ni l'adresse infinie, ni la dextérité rare, ni le talent de discussion et d'érudition chirurgicales dont ils sont incontestablement doués. La médecine étiologique, en les éclairant sur des indications plus larges, en leur sug-

---

cipes et de conséquences, reliés par un enchaînement méthodique, ne sauraient être vulgarisées. La connaissance réflexive et logiquement ordonnée d'un ensemble quelconque de vérités, de l'ordre moral ou de l'ordre physique, ne peut être acquise que par une étude longue, spéciale, systématique; en d'autres termes, la science ne sera jamais que pour les savans. On ne peut vulgariser que quelques principes théoriques très généraux, dont la liste ne saurait être bien longue, ou, ce qui est bien plus important, les résultats pratiques applicables aux arts et aux besoins de la vie; et le contingent de notions scientifiques de cette double catégorie que les esprits ordinaires peuvent recueillir dans la conversation quotidienne avec un journal encyclopédique, est nécessairement fort mince et fort précaire. En médecine, surtout peut-on raisonnablement espérer qu'un enseignement de ce genre puisse jamais, au point de vue théorique, mettre dans la tête des lecteurs qui s'aviseront d'en profiter, autre chose qu'un chaos de notions décousues, de faits sans signification, de mots inintelligibles? Il suffit, pour s'en convaincre, de voir de quoi se compose aujourd'hui le *credo* médical populaire, ce qu'on pourrait appeler l'opinion publique en médecine, après deux mille ans qu'on l'endoctrine sous toutes les formes. La langue commune, qui conserve le dépôt des idées courantes et qui en est la traduction toujours complète et fidèle, contraste de la manière la plus étrange par sa vétusté et son immobilité séculaires avec celle que le temps et les révolutions de la science ont introduite et consacrée dans nos livres, dans nos chaires, dans nos académies. Sa formation remonte aux temps galéniques et même hippocratiques, et elle n'a pas varié depuis. Les bourgeois et le peuple de France parlent médecine aujourd'hui comme on en parlait à Athènes et à Rome; la doctrine est la même et le langage également. C'est à grand'peine que quelques expressions empruntées aux vocabulaires successifs de la science se détachent sur cet ancien fonds et y jurent comme des dissonances. Telle est la science médicale populaire, la science véritablement vulgarisée. C'est assez dire qu'il y a peu d'espoir de la modifier et encore moins de l'étendre.

Voilà pour la doctrine. Quant à la pratique, on est encore moins avancé, et il n'y a guère plus de chances de succès. Nous sommes de ceux qui pensent que la propagation des prétendues connaissances médicales dans le peuple est essentiellement nuisible, car pour un précepte véritablement utile et d'une application facile et sûre, il y en a des milliers qui ne sont que des armes plus ou moins dangereuses. Qu'ont d'ailleurs à faire de préceptes et de leçons ceux qui n'ont pas le droit de les pratiquer et de les suivre? Le seul précepte médical qu'on doive inculquer au peuple, et par peuple il faut entendre tout le monde, c'est que quand on est malade il faut appeler le médecin. Il n'est pas besoin d'insister davantage sur ce point.

D'après ce qui précède, on pourrait conclure que la vulgarisation de la médecine, en quelque sens qu'on l'entende, est un résultat impossible ou dangereux, et qu'en conséquence il n'y a pas à compter beaucoup sur l'influence des instrumens nouveaux de publicité employés dans ce but. Mais il y a cependant à faire ici une distinction qui nous permettrait d'accorder jusqu'à un certain point notre confiance à cette presse médicale auxiliaire, si elle voulait et pouvait circonscrire le champ de ses excursions à certains ordres de faits et de principes qu'elle serait en position de développer et de propager avec plus de succès et d'efficacité que la presse spéciale. Impuissante pour influer directement sur l'instruction

gérant des moyens plus généraux, et surtout en modérant les brillantes, mais funestes démonstrations de leur habileté, aura peut-être pour résultat de rendre la chirurgie plus médicale, c'est-à-dire plus savante, plus intelligente et surtout plus prudente.

Les indications qui précèdent montrent ce à quoi la GAZETTE MÉDICALE s'engage. Elle formulera d'abord quelques principes qu'elle croit dans les besoins et l'esprit de notre époque; elle appellera ensuite le concours des travailleurs qui marchent déjà ou marcheront avec elle sous l'autorité de la médecine étiologique. De même que, lors de la chute du système physiologique, les hommes du progrès sont venus à elle instinctivement, de même ceux qu'inspireront et guideront des idées plus avancées viendront remplir ses colonnes de leurs sympathiques travaux. Nous n'avons point de noms propres à citer : nous pouvons dire seulement que les hommes les plus éminens par leur savoir et leur position ont promis leur collaboration à la GAZETTE MÉDICALE, et leur appui aux idées qu'elle a le bonheur de partager avec eux. On verra bientôt si ce sont là de vaines promesses.

Ce qui précède n'a trait qu'aux améliorations nouvelles de la GAZETTE MÉDICALE, considérée sous le point de vue scientifique. Celles qu'elle compte réaliser au point de vue du *recueil* ne seront pas moins utiles. D'abord elle continuera son passé en le perfectionnant; tout en augmentant la portée de son élément *scientifique*, elle donnera surtout une nouvelle et bien plus grande importance à son côté *pratique*. En dehors des questions spéculatives de la science, qui sont soumises à de graves et fréquentes vicissitudes, il y a une partie nette, positive et en quelque sorte invariablement progressive, qui marche comme à l'insu des savans et en dehors de leurs agitations : c'est la partie pratique, le produit net du bon sens médical; c'est cet ensemble de faits, de principes, de méthodes, qui sont toujours bons, utiles et vrais, et qu'il est indispensable de connaître à quelque point de vue qu'on se place, et à quelqu'école qu'on appartienne. Il y a de tout cela dans l'anatomie, surtout dans l'anatomie chirurgicale; de tout cela dans la physiologie, surtout la physiologie médicale; de tout cela dans la matière médicale, la pharmacologie, la thérapeutique; de tout cela dans l'art des accouchemens; dans certains groupes de maladies contre lesquelles l'esprit de système a constamment échoué; de tout cela dans la médecine opératoire, dans la chirurgie proprement dite, dans l'hygiène, la toxicologie; de tout cela enfin et surtout dans les branches spéciales de l'art de guérir; c'est là en effet ce qui constitue la force, la richesse réelle, le produit absolu et concret de notre science considérée dans certaines limites et dans certaines régions. Nous donnerons surtout et souvent de ces articles positifs, soit en travaux originaux, soit en extraits, toujours avec des développemens et des éclaircissemens convenables pour faire distinguer l'utile du fatras; celui ci, en effet, se glisse parfois dans nos journaux sous le prétexte et avec l'étiquette du *pratique*, du *thérapeutique*, aussi bien que le fatras scientifique s'y glisse sous les auspices de l'observation et de l'expérience. On trouvera plus loin, dans l'énumération des articles dont se composera habituellement chaque numéro, les innovations de ce genre dont nous comptons enrichir la nouvelle série de la GAZETTE MÉDICALE.

Les perfectionnemens du *journal* proprement dit seront de plusieurs ordres. Nous continuerons à mettre nos lecteurs au courant de tout ce qui les intéressera; mais nous agrandirons de beaucoup le cercle de nos informations. A nos revues habituelles des journaux français et étrangers, nous ajouterons une revue des *Sociétés savantes*, une *revue pharmacologique et thérapeutique*, une *revue clinique*, une *revue médico-judiciaire*, une *revue sanitaire* et une *chronique médicale hebdomadaire*. Aucun fait n'échappera à nos investigations; aucune idée ne pourra poindre en quelque endroit et sous quelque forme que ce soit, que nous ne la reproduisions aussitôt. Mais, dans toutes nos recherches, nous serons beaucoup moins préoccupés du volume que de la substance. Plus attentifs au fond qu'à la forme, nous nous attacherons à l'idée, et rien qu'à l'idée. Cela nous paraît surtout bon à dire à l'égard des revues cliniques, des comptes-rendus des Sociétés savantes, de tous ces cadres où la banalité prend si souvent la place de l'utile et du nouveau. Nous donnerons aussi plus d'attention et de développement aux analyses d'ouvrages et surtout à celles des ouvrages étrangers. Trois sortes d'articles bibliographiques seront destinés à rendre compte de tous les ouvrages, opuscules et brochures. D'abord un *bulletin bibliographique* : l'annonce de l'ouvrage avec l'indication du but principal de l'auteur; une *revue bibliographique*, ou analyse rapide des ouvrages plus développés; enfin, des *articles spéciaux* et étendus dans lesquels, après avoir fait connaître le contenu de l'ouvrage, exposé le sommaire des idées de l'auteur, ces idées seront soumises à une discussion propre à fixer leur valeur et leur signification, par rapport à l'état actuel de la science; c'est à peu près ce que la GAZETTE MÉDICALE a fait jusqu'ici; plus quelques perfectionnemens destinés surtout à faire connaître plus rapidement et plus complètement les produits de la presse médicale.

C'est l'occasion de nous expliquer sur l'esprit qui nous dirigera toujours dans l'appréciation des ouvrages d'autrui, c'est-à-dire, sur nos principes de critique proprement dite.

La critique scientifique a de nos jours pris des allures, et s'est arrogé des prétentions contre lesquelles nous croyons devoir protester plus que jamais. Fidèle à ses précédens, la GAZETTE MÉDICALE s'occupera des choses et non des personnes. Elle observera avec la plus grande rigueur la démarcation tracée surtout par elle, entre la critique *morale* et la critique *scientifique*. Celle-ci respecte le savant, son caractère, et ne se préoccupe que de ses idées en tant que conceptions de l'esprit. Toute prétention contraire ramène aux procès de tendance; elle place la discussion scientifique sur le terrain de l'injure et de la calomnie; elle donne aux haines, aux rivalités, à toutes les mauvaises passions, les moyens les plus odieux comme les plus assurés de triompher de quiconque serait inattaquable par les voies et les véritables procédés scientifiques. Ce n'est que par une aberration incroyable de toute notion du juste, du droit, du convenable, qu'on a cherché, dans ces derniers temps, à ériger le contraire en principe. La GAZETTE MÉDICALE, plus que jamais, s'éloignera de ce dangereux système : non seulement elle s'en gardera pour elle-même, mais partout où elle en apercevra des traces, elle les signalera; et si, comme elle le prévoit plus qu'elle ne le craint, c'est à elle que ce système s'attaque, elle lui répondra en le montrant au grand jour, et en le confondant par l'autorité des faits et avec les seules armes de la raison.

II.

L'introduction de nouveaux élémens, de nouveaux articles dans les trois parties du journal, nécessitera une augmentation dans son étendue.

---

médicale et sur la pratique, elle pourrait en revanche exercer une action indirecte, mais très étendue et très profitable, en combattant certains préjugés populaires, certaines erreurs, à formes scientifiques, qui paralysent l'influence sociale de la médecine. Ce serait là, il est vrai, une action négative, mais qui se résoudrait à la longue en résultats positifs. C'est d'ailleurs faire beaucoup que de déblayer un champ des mauvaises plantes qui empêchent la croissance des bonnes. Il y a plus. Le résultat le plus net qu'ait apporté dans le fonds commun des connaissances usuelles des peuples la vulgarisation des sciences est l'abolition des fausses notions que la fabuleuse antiquité y avait déposées. Le vrai système astronomique est connu de très peu de gens dans tous ses détails et toutes ses preuves, mais on ne croit plus que c'est le soleil qui tourne. On ignore très aisément les lois chimiques de la composition et de la décomposition des corps, mais on ne croit plus qu'on puisse faire de l'or. On n'a pas une idée bien arrêtée sur la nature et la marche d'une comète, mais on sait en général que ce sont des corps analogues à ceux que l'œil rencontre partout dans le ciel, et non des messagers célestes porteurs de sinistres nouvelles. On ne sait pas quel remède il faut employer pour traiter les écrouelles, mais on ne croit plus que l'application de la main du roi de France ou de tout autre mortel privilégié ait le don de les guérir. La folie est un problème physiologico-psychologique profondément obscur pour les ignorans, comme pour les savans, mais on se garde de traiter un fou comme un saint, ou comme un criminel, ou comme un sorcier; on sait que c'est un malade. Ces résultats négatifs sont, nous le répétons, très positifs, et ils constituent tout le bagage scientifique de la portion éclairée du genre humain. Les questions médicales qui offrent matière à des rectifications analogues sont malheureusement très nombreuses, et c'est sur ces questions que le journalisme médical populaire devrait exclusivement s'exercer. De cet ordre sont, par exemple, et en première ligne, les grandes questions d'hygiène publique et l'examen des institutions qui s'y rattachent, les lazarets, les quarantaines, l'administration des hôpitaux, l'éducation physique des enfans, l'assainissement des habitations, les épidémies, les maladies contagieuses, les empoisonnemens, etc., etc., tout ce qui ressort de la haute police médicale et intéresse la santé publique. Sur ces questions, qu'il nous serait facile de multiplier, la publicité la plus étendue n'est jamais à craindre et ne peut qu'être très utile, car les conclusions pratiques auxquelles ces discussions aboutissent ne consistent qu'en des mesures générales d'ordre et d'administration, pour l'exécution desquelles il faut l'intervention des pouvoirs publics. Mais comme il faut que les pouvoirs soient ici dirigés par la science, et comme la science n'a d'influence sur l'autorité qu'à condition d'être soutenue elle-même par l'opinion publique, elle doit s'occuper d'abord à former cette opinion, à la diriger conformément à ses fins; et pour cela elle n'a qu'une voie ouverte : la prédication incessante, qu'un moyen : la publicité. C'est seulement en travaillant dans ce sens que la presse politico-médicale peut rendre de grands services à la médecine, et vulgariser les seules parties de la science qui le peuvent être.

Mais ce rôle, que nous indiquons ici trop brièvement, cette presse l'a-t-elle pris? Hélas! s'il faut juger de ce qu'on fera par ce qu'on a fait il n'y a pas apparence qu'on l'ait entendu ainsi. Jusqu'à présent toute la partie médicale de ces journaux est traitée absolument, pour le fond, et la forme sur le modèle des journaux spéciaux de médecine. Ce sont des leçons cliniques sur les catarrhes,

La Gazette Médicale aura désormais 24 pages par numéro, au lieu de 16. Chaque numéro se composera régulièrement :

1° D'un premier article: Revue hebdomadaire ou Revue sanitaire, articles sur les discussions à l'ordre du jour, ou sur les maladies régnantes.

2° Un premier travail original sur un point de science.

3° Un second travail original sur un point de pratique.

4° Une Revue des Journaux de médecine.

5° Un Compte-rendu des Académies, auquel on joindra un Compte-rendu des principales Sociétés médicales de l'Europe, quand les séances des Académies de Paris ne prendront pas trop d'étendue.

6° Des articles de Bibliographie française et étrangère.

7° Alternativement, une Revue clinique, une Revue thérapeutique, une Revue médico-judiciaire, une Revue des institutions médicales, des articles de Correspondance ou de Polémique médicale. A l'égard de ces derniers, nous aurons soin, toutes les fois qu'ils prendront une trop grande étendue, de les insérer en supplément aux frais des intéressés.

8° Les Variétés, Faits, Nouvelles, Bulletin bibliographique. —Nous comptons donner à cette partie du journal le plus grand soin ; nous avons pris des mesures pour nous assurer les renseignemens les plus complets aux sources les plus certaines.

9° Le Feuilleton comprendra, comme par le passé, une série d'articles sur la partie littéraire et philosophique de la science, sur les faits importans de la profession, sur la chronique médicale. Quoique obligés dans ce genre d'articles de toucher aux sujets les plus délicats, nous éviterons, comme par le passé, tout ce qui ne serait point avoué par les convenances et en parfait accord avec la dignité du médecin.

En augmentant ainsi, de moitié, l'étendue de la Gazette Médicale, nos lecteurs comprennent à quel surcroît de dépenses nous nous sommes spontanément décidés. Les frais de toute sorte, de rédaction, de papier, d'impression, de tirage, etc., augmenteront dans la même proportion. Mais, ainsi que nous le disions plus haut, la Gazette Médicale ne veut être en retard d'aucun progrès. Il s'est fait dans la presse contemporaine un mouvement tout au profit du public. La Gazette Médicale, quoique fonctionnant dans une sphère bornée, doit néanmoins s'associer à ce mouvement. Elle a un instant hésité entre deux partis : ou d'abaisser le prix d'abonnement, ou de maintenir ce prix en augmentant l'étendue du journal. Ces deux partis ont le même résultat pour l'entreprise matérielle, mais non pour la science et l'intérêt réel du lecteur. La clientèle de la Gazette Médicale se compose de l'élite de la profession : pour cette classe, une modification qui améliore la publication, qui lui donne plus d'importance, d'étendue et de variété, est de beaucoup préférable à un abaissement dans le prix, d'autant plus que les développemens nouveaux donnés à la Gazette pourront dispenser ses abonnés de faire la dépense d'un autre journal.

En s'imposant de nouvelles charges, la Gazette Médicale devait aussi songer aux moyens d'y faire face. Ses lecteurs ne doivent pas être moins soucieux de s'assurer la durée des avantages qu'on leur offre, que désireux d'en profiter. Nos ressources nouvelles sont de deux ordres : nous avons droit d'espérer, en premier lieu, que des améliorations considérables et des efforts incessans auront pour résultat d'accroître le nombre de nos abonnés ; en second lieu, nous consacrerons la demi-feuille extérieure formant la couverture du journal à des annonces dont l'objet sera toujours d'une utilité plus ou moins directe pour les médecins. Nous croyons superflu d'ajouter que jamais les annonces de la Gazette Médicale ne viendront démentir la rigueur de ses principes.

P. S. A partir du premier numéro de janvier, la Gazette Médicale sera imprimée en caractères neufs.

REVUE HEBDOMADAIRE.

TRAITEMENT DES HYDARTHROSES. — INJECTIONS IODÉES. — TRAITEMENT DES FRACTURES COMMINUTIVES PAR LE BANDAGE AMIDONNÉ.

Une hydarthrose étant donnée, quelle médication convient-il d'employer ? Voilà ce qu'on pouvait se demander au sortir des deux dernières séances de l'Académie. La question soulevée, controversée et même éclairée par les opinions opposées, est loin d'avoir été résolue. Il n'est pas impossible pourtant, en tenant compte des avis différens, en les complétant l'un par l'autre, d'arriver à quelque chose de plus précis.

Commençons par mettre hors de cause un incident qui a compliqué la discussion : la question du traitement de l'hydrocèle par les injections iodées. M. Velpeau, qui fait un grand usage de cette méthode, a posé en principe qu'elle est moins fertile en accidens que la méthode des injections vineuses, et aussi efficace que cette dernière. MM. Blandin et Roux ont réduit cette exagération aux limites dans lesquelles l'expérience doit la renfermer. Il n'est pas exact de dire que les injections iodées soient complètement exemptes de dangers : elles peuvent, comme les injections vineuses, quand elles sont pratiquées sans les précautions voulues, provoquer des inflammations graves. Quant à l'efficacité de la méthode, il résulte des faits nombreux cités par MM. Blandin et Roux, qu'elle donne lieu à des récidives fréquentes, récidives qui ont été définitivement guéries à l'aide des injections vineuses. D'ailleurs, les injections vineuses, pratiquées avec soin, ne sont pas plus dangereuses que les injections iodées, et elles sont d'une efficacité beaucoup plus constante et beaucoup plus durable. En terminant ce qui a trait à cet incident, relevons une inexactitude de M. Roux, qui attribue à M. Velpeau les honneurs de l'invention des injections iodées. Quoique le mérite ne soit pas grand, il faut le rendre à qui il appartient. C'est M. Martin, chirurgien de l'hôpital de Calcutta, qui est l'inventeur de cette méthode. Dès l'année 1838, la Gazette Médicale a fait connaître le résultat de mille cas traités par les injections iodées depuis 1832. (Voy. Gaz. Méd., 1838, pag. 561.)

Mais le point capital de la discussion est le traitement des hydropisies articulaires. A l'occasion d'un cas d'hydarthrose de l'articulation scapulo-humérale communiqué par M. le professeur Roux (de Toulon), M. Velpeau a soulevé la question du mode de traitement à préférer. Tout ce qu'a dit M. le rapporteur a paru entaché de confusion et d'exagération : de confusion, parce qu'au lieu de déterminer méthodiquement les cas, et d'échelonner les diverses méthodes suivant la nature de ceux-ci, il a confondu toutes les circonstances, et a été ainsi conduit à des conclusions empiriques et arbitraires. Pour lui, l'hydarthrose est toujours une maladie articulaire locale et pas autre chose ; et sa méthode, les injections

---

sur l'asthme, sur la goutte, des dissertations sur les fièvres intermittentes et sur leur traitement par le quinquina et l'arsenic, des observations en règle sur des cas particuliers de pathologie interne et externe, phlébites, anévrismes, lésions du cœur, maladies de l'utérus, détails de médecine opératoire, ligatures des artères, etc. A qui adresse-t-on ces renseignemens ? au public ? mais il n'en a que faire, il n'y comprend rien, il ne pourra jamais y rien comprendre, et encore moins en tirer la moindre utilité ; aux médecins ? mais pourquoi iraient-ils chercher là ce qu'ils trouvent bien mieux développé et expliqué dans les recueils spéciaux ? On s'est étendu, à la vérité, avec une sorte de complaisance, et même avec luxe, sur des maladies qui, par leur nom, leur origine, leur siége, ont assurément de la popularité et excitent beaucoup de curiosité ; mais ce motif même aurait dû, ce semble, leur interdire l'entrée de feuilles destinées à être lues par tous les âges et par tous les sexes. A cette exception près, d'ailleurs peu digne d'encouragement, les autres matériaux, excellens ailleurs, sont là tout à fait déplacés, et les y mettre, c'est faire une *error loci*.

La profession aura-t-elle plus à se louer de cette innovation dans la publicité médicale, telle qu'on paraît l'entendre, que la science et le public ? Cette question est plus insidieuse que les précédentes, et nous ne sommes pas encore en mesure de répondre. Il faut cependant reconnaître dès aujourd'hui que s'il y a quelques doutes sur l'influence de ces nouveaux journaux médico-populaires sur la profession en général, on ne doit en avoir aucun sur les avantages que tel ou tel praticien en particulier pourrait en retirer. On peut en effet être bien aise de voir figurer souvent son nom, avec éloges, et énumérer les succès de sa pratique dans telle ou telle maladie, dans un journal tiré à de nombreux milliers d'exemplaires ! Il est étonnant que les casuistes du congrès médical qui ont flairé et dépisté les ruses les plus subtiles du charlatanisme n'aient pas songé à ce tour-là. Nous ne prétendons pas qu'il ait été fait encore, mais on en voit déjà les préparatifs. *Naturam expellas furca*, etc.

Et les vieux et bons journaux de médecine, Revues, Gazettes, Bulletins, Archives, etc., n'ont-ils pas eux aussi quelque chose à craindre ou à espérer de l'intervention de ces troupes auxiliaires ? Quant à la Gazette Médicale, la seule dont les sentimens nous soient bien connus, elle n'a ni défiance ni crainte de ces alliés. Elle pense qu'ils voudront bien en revanche prendre en bonne part les observations bienveillantes que sa vieille expérience leur adresse, et elle les salue *ex animo et corde*.

— Par ordonnance du ministre de l'instruction publique, M. Guignaut est nommé secrétaire-général du Conseil royal de l'Université.

— Par une ordonnance du même ministre, sont nommés conseillers ordinaires de l'Université :

MM. Rousselle, inspecteur général de l'Université, vice-recteur de l'Académie de Paris ; Giraud, membre de l'Institut, inspecteur général de l'ordre du droit ; Donné, inspecteur général de l'ordre de la médecine ; Beudant, membre de l'Institut, inspecteur général de l'ordre des sciences ; Geoffroy-Saint-Hilaire, membre de l'Institut, inspecteur général de l'ordre des sciences ; Alexandre,

iodées. Déjà MM. Blandin et Roux ont fait justice du peu de fondement de cette double conclusion. On trouvera au compte-rendu des deux séances les raisons et les faits que chacun d'eux a légitimement allégués : nous allons les résumer en les complétant, et surtout en cherchant à les fortifier d'une interprétation nouvelle et peut-être plus méthodique.

Un cas d'hydarthrose étant donné, quelle méthode à employer? M. Velpeau ne connaît que les injections iodées. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de ce moyen, quelle qu'en soit l'indication. Pour M. Blandin, il faut s'abstenir d'abord, laisser le membre dans le repos, l'envelopper d'un bandage amidonné ; ou bien recourir aux frictions mercurielles, aux vésicatoires et enfin aux ponctions sous-cutanées. M. Roux ne s'est pas expliqué sur la méthode qu'il préfère, mais il a judicieusement fait remarquer l'importante différence qui existe entre les hydarthroses spontanées et celles qui sont provoquées par des coups, des chutes. Cette distinction n'est qu'un premier pas dans une excellente route où M. Roux s'est arrêté immédiatement. En effet, il fallait distinguer entre les hydarthroses spontanées celles qui sont multiples ou celles qui ne sont que locales; et parmi celles qui sont provoquées celles qui tiennent à une lésion traumatique primitive, et celles qui sont engendrées par une lésion pathologique consécutive. Ces distinctions sont capitales, étiologiques : elles tiennent à la nature même de l'affection, et décident du choix de la méthode à employer, c'est-à-dire de son efficacité. Ainsi, aux hydarthroses spontanées multiples produites par le rhumatisme et autres causes analogues, opposons l'émétique à haute dose, le calomel à l'intérieur et autres méthodes générales sanctionnées par l'expérience. La généralité de leur action va bien à la généralité du mal. C'est le sang ou le système nerveux qu'il convient de modifier; ajoutons-y le repos, voire même les frictions mercurielles. S'il s'agit, au contraire, d'une hydarthrose locale spontanée, usons des vésicatoires, des résolutifs locaux. Mais si, comme cela arrive souvent, et quelque soit la nature de l'hydarthrose, l'articulation est très douloureuse, soit à cause de la distension mécanique, soit à cause de l'action chimique du liquide épanché, dont la composition anormale est une cause de douleur et d'irritation pour les surfaces avec lesquelles il est en contact, recourons immédiatement à la méthode sous-cutanée. Il en sera de même pour toutes les hydarthroses provoquées par des lésions locales, que celles-ci soient traumatiques ou pathologiques.

On voit que, dans cette énumération des cas et des méthodes, nous n'avons pas trouvé d'indication pour les injections iodées. C'est qu'en effet cette méthode ne convient dans aucun cas, c'est que la raison, la science, l'expérience et le simple bon sens commandent qu'il en soit ainsi. Voici nos raisons.

Et d'abord, cette méthode ne pourrait être de mise que là où les ponctions sous-cutanées seraient indiquées; car elle n'a de chances de succès que celles qu'elle emprunte à cette dernière; mais l'addition à l'aide de laquelle elle croit masquer son origine en la défigurant, la rend susceptible de très grands dangers.

Relativement à la première de ces deux assertions n'est-il pas vrai, de l'aveu même de l'auteur, que les injections iodées doivent, pour ne pas donner lieu à des accidens graves, recourir à des ponctions très étroites? M. Velpeau déguise l'emprunt, il est vrai, en disant que les ponctions étroites réussissent aussi bien quand elles sont directes que quand elles sont sous-cutanées. Il ajoute que l'absence du danger résulte de la facilité de la cicatrisation des petites ouvertures et non du défaut de pénétration de l'air. L'erreur de fait est aussi grande que l'erreur de théorie. Il n'est pas exact de dire que les ponctions directes, à ouvertures égales, soient aussi innocentes que les ponctions sous-cutanées : l'expérience est matériellement contraire à cette assertion. Ceux qui ont pratiqué ou vu pratiquer les deux méthodes n'ont aucun doute à cet égard. Quant à la manière dont M. Velpeau interprète l'absence d'accidens dans les deux cas, il suffit d'une seule expérience pour en montrer le peu de fondement. Soit une ponction directe à petite ouverture, mais non cicatrisée immédiatement: les bords s'enflamment et toute la cavité se prend. Soit comparativement, une ponction sous-cutanée de même diamètre; on laisse les lèvres de la plaie écartées : elles s'enflamment, suppurent, et l'articulation reste parfaitement intacte. Voilà le fait, voilà l'expérience que tout le monde a pu voir. Il est donc de toute évidence que quand la ponction directe se cicatrise immédiatement elle le doit à l'occlusion du passage de l'air, et elle en emprunte cette condition à la méthode sous-cutanée. Cela est si vrai qu'avant que cette dernière méthode eût démontré la parfaite innocuité de ses ponctions articulaires, toute tentative de ce genre était regardée comme dangereuse et déconseillée par la presque universalité des auteurs (1).

Il est donc incontestable que la méthode des injections iodées n'a d'avantages que ceux qu'elle emprunte à la méthode sous-cutanée. Mais l'addition à l'aide de laquelle elle s'est donné un semblant d'originalité la rend, avons-nous dit, éminemment inutile et dangereuse.

Inutile, parce que l'inflammation adhésive que M. Velpeau croit indispensable à la guérison de l'hydarthrose n'est nullement nécessaire; dangereuse, parce que cette inflammation est toujours un fait grave et dont il est impossible de prévoir et de maîtriser à volonté les conséquences. Ceci n'est pas une vaine allégation. M. Velpeau peut se méprendre sur la gravité des accidens survenus à la suite de ses injections articulaires; il peut même mettre sur le compte d'une pleurésie ou autre cause quelconque les décès qui sont survenus ou qui surviendront pendant ou après l'emploi de cette méthode; toujours est-il que, dans tous les cas publiés où la méthode des injections iodées a été employée contre des hydarthroses, il y a eu des accidens plus ou moins graves. Sans aller bien loin, nous rappellerons le cas même sur lequel M. Velpeau avait à faire un rapport. Or nous entendons par accidens : une douleur plus ou moins violente et persistante, une inflammation locale plus ou moins vive, du gonflement, de la fièvre, de l'agitation, de l'insomnie, etc. ; tous phénomènes inséparables de l'emploi de la méthode, et qu'il n'est pas possible de

(1) Nous devons à cette occasion relever une légère erreur commise par M. Blandin. Suivant notre honorable confrère, Boyer aurait déjà conseillé les petites ponctions obliques dans les hydarthroses. La vérité est que Boyer dit explicitement : « Une *incision* est donc nécessaire dans la plupart des cas ; mais » elle doit être d'une étendue *médiocre*. » Parce que, suivant cet auteur, il ne suffit pas d'évacuer la synovie, mais il faut encore empêcher son accumulation ultérieure. Boyer ajoute, il est vrai, qu'il faut tendre la peau en sens contraire du bistouri dans le but de prévenir le parallélisme des plaies; mais on jugera de l'efficacité de cette précaution et de la confiance qu'elle inspirait à l'auteur par les observations particulières qu'il rapporte. Il se montre d'ailleurs très peu partisan de l'opération : « Dont les résultats, dit-il, sont toujours incertains, et qui est quelquefois accompagnée des accidens les plus graves. » Et en effet, dans tous les cas rapportés par Boyer, il y a eu des inflammations plus ou moins graves, et plusieurs fois la mort.

---

inspecteur général de l'ordre des lettres, Cayx, membre de la Chambre des députés, inspecteur général des lettres; Letronne, membre de l'Institut, inspecteur général honoraire; Naudet, membre de l'Institut, inspecteur général ordinaire, Matter, inspecteur général honoraire; l'abbé Glaire, doyen de la Faculté de théologie de Paris: Dumas, membre de l'Institut, doyen de la Faculté des sciences de Paris: Le Clerc, membre de l'Institut, doyen de la Faculté des lettres de Paris; Blondeau, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de droit de Paris; Bouillaud, membre de la chambre des députés, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Pouillet, membre de la chambre des députés, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris; Guigniaut, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des lettres de Paris; Poirson, proviseur du collége royal Charlemagne; de Wailly, proviseur du collége royal Henri IV; Bouillet, proviseur du collége royal Bourbon.

— Le Conseil royal de l'Université a tenu le 16 décembre sa première séance. MM. les conseillers ordinaires s'étaient tous rendus à l'appel du ministre, grand-maître de l'université. Le ministre a pris la parole, et dans une allocution qui a duré près de trois quarts d'heure, il a fait connaître le but de cette reconstitution du Conseil, et indiqué les principaux travaux auxquels l'assemblée serait immédiatement appelée.

— La commission des hautes études médicales s'est constituée. Elle se réunit cinq fois par semaine à l'École de médecine, les mardi, jeudi, vendredi, samedi et dimanche, sous la présidence de M. le ministre de l'instruction publique. La première réunion a eu lieu mardi dernier. Tous les membres étaient présens.

M. le ministre, dans un discours qui a duré près de deux heures, a exposé les motifs qui avaient déterminé son opinion relativement aux vœux exprimés par le corps médical. Il a fait connaître ainsi les principales dispositions de la rédaction soumise à la commission pour préparer le projet de loi qui devra être présenté aux chambres dans la session prochaine. Toutes les questions ont été successivement examinées et approfondies. La commission a résolu de commencer immédiatement ses travaux.

Dans les séances suivantes on a traité les points relatifs à l'enseignement de la médecine, à la nomination des professeurs, aux écoles secondaires, etc. Une des questions qui a le plus préoccupé la commission est celle du mode de nomination des professeurs. Le concours, quoique attaqué vigoureusement par plusieurs membres influens, a été maintenu.

— HOSPICE DES MARINS. Un riche habitant de Londres, sir Gabriel Wood, a légué la somme énorme de 80,000 livres sterling (deux millions de francs environ) pour l'érection et l'entretien à Greenock d'un hôpital destiné à recevoir les marins âgés, infirmes ou hors de service de ce port, afin qu'au terme de leurs pénibles travaux, après avoir consacré une grande partie de leur existence à affronter les dangers de la navigation, ils ne soient pas réduits à la misère. Cette institution ne sera pas seulement utile à une classe intéressante de pauvres malades; elle rassemblera sur un même point une foule de maladies et d'infirmités inhérentes à la profession de marin, et créera une nouvelle mine l'observation médicale.

n'avoir qu'à tel ou tel degré et jamais au delà. La méthode des injections iodées dans les hydarthroses nous paraît donc devoir être proscrite à toujours.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette question ; nos lecteurs trouveront, aux comptes-rendus des deux dernières séances de l'Académie, de quoi compléter nos remarques. Plusieurs membres, et M. Blandin en particulier, ont laissé peu de chose à dire sur la question de fait. Les quelques réflexions qui précèdent suffisent pour montrer dans quelle voie il convient de marcher pour arriver à une véritable solution de la question de principes.

— L'espace nous manque pour parler, comme nous l'aurions désiré, d'un débat fort animé soulevé au sein de l'Académie de médecine belge sur l'emploi du bandage amidonné. Bornons-nous à en donner provisoirement un court résumé.

On sait que, grâce aux perfectionnemens apportés aux bandages inamovibles par M. Seutin, leur usage est devenu presque général. C'est là ce dont tout le monde convient à peu près aujourd'hui. Cependant, parmi les applications les plus importantes de la méthode, il en est une qui rencontre encore des opposans : nous voulons parler du traitement des fractures comminutives et compliquées. Pour M. Seutin et un grand nombre de chirurgiens de son école, l'utilité de cette application serait aussi grande qu'incontestable. C'est sur cette question principalement que l'Académie de médecine belge avait été appelée à discuter. Mais le problème n'est pas resté posé avec cette netteté et cette simplicité. On a au contraire cherché à l'étendre outre mesure, et dès lors le débat a perdu en précision, en utilité réelle ce qu'il a gagné en étendue et en agitation. Entre autres incidences qui ont fait oublier la question principale, on a approfondi avec une certaine insistance le caractère des *perfectionnemens* apportés par M. Velpeau à la méthode de M. Seutin. Déjà nos lecteurs ont eu, dès le mois d'août, un échantillon de ce qui s'est dit à cet égard à l'Académie de médecine belge. Il paraîtrait qu'à la dernière séance on est allé bien au delà.

Nous le regretterions pour l'Académie de médecine belge : elle a quelque chose de mieux à faire qu'à mettre en évidence un acte de plagiat, d'autant plus que, dans l'espèce, il n'y a pas même l'intérêt qui s'attache à une révélation inattendue, ou à une démonstration difficile. Il est donc à espérer que le point de science positive sera repris dans une prochaine séance, et éclairé de manière à ne laisser aucun doute sur le degré de convenance et d'utilité des bandages inamovibles dans le traitement des fractures compliquées. C'est un problème assez beau et assez important pour que l'Académie belge et les praticiens éminens qu'elle renferme se donnent la mission et la gloire de le résoudre.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE LA PNEUMONIE CHRONIQUE ; par EUS. CORBIN, médecin à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Comme il ne doit pas y avoir de doute sur l'identité des faits, et que le titre de pneumonie chronique doit être en quelque sorte garanti au lecteur, mes observations n'étant pas toutes consignées ici, ou ne l'étant quelquefois que par extraits, je n'admettrai comme valables que celles qui réuniront en totalité ou en majeure partie les caractères anatomiques admis par MM. Laënnec et Chomel, et résumés dans la description de M. Grisolle. Je possède douze observations de ce genre, la précédente comprise ; six de pneumonies chroniques trouvées à l'autopsie sans que j'eusse observé pendant la vie des symptômes correspondans ; six où la maladie reconnue avec plus ou moins d'évidence a été retrouvée sur le cadavre. Je puis y joindre l'histoire détaillée d'une malade encore en traitement que j'observe depuis dix mois. Ce chiffre de douze ou treize semblera considérable, vu la rareté de l'affection ; mais il est extrait d'une collection bien nombreuse ; et il faut dire aussi que, dans le nombre, il y a six cas de pneumonie chronique secondaire beaucoup moins rare que la pneumonie chronique simple. Le lecteur peut d'ailleurs juger par échantillon sur la première observation que j'ai citée en entier, si mes faits sont conformes à la description. En les résumant voici, suivant moi, les principaux caractères anatomiques.

Le gris cendré avec endurcissement et sécheresse du tissu est pour moi caractéristique de la pneumonie chronique. Je retrouve ces caractères dans presque toutes mes observations. Il y a encore une teinte rouge, pâle, rosée, couleur de chair, tout aussi caractéristique. C'est peut-être ce que M. Grisolle entend par *rougeâtre* ; mais je ne le pense pas, cela tient le milieu entre l'hépatisation rouge et le gris cendré ; et dans les cas qui ne sont pas très anciens, on remarque sur un même poumon ces dégradations de couleur, du rouge foncé au rose ou couleur de chair et au gris.

Ce que je décris là ressemble tout à fait aux marbrures d'une pneumonie aiguë avec hépatisation rouge passant au gris. Il ne faut pas oublier qu'ici, au lieu de la friabilité de tissu de l'état aigu, nous avons une induration qu'aucune pression ne pénètre et qui différencie nettement les deux cas.

J'ai bien vu les autres nuances indiquées, le rouge foncé ou violet, l'ardoisé par prédominance de la matière noire, même une fois une nuance verte indiquée par Laënnec dans la pneumonie chronique autour des cavernes gangréneuses ; pour moi cela s'est montré dans une pneumonie compliquant une fièvre typhoïde. Mais ces dernières couleurs, rouge foncé, ardoisé (j'omets le vert qui est si rare et probablement l'effet de la putréfaction) se retrouvent dans beaucoup d'autres cas et par elles-mêmes sont peu significatives, sauf la réunion des autres caractères.

Pour l'endurcissement du tissu j'ai vu un cas, à la clinique de M. Chomel, où il était tel que les portions affectées surnageaient à peine. Cela est rare ; mais je trouve souvent dans mes notes les mots *élastique* et *coriace* qui rendent bien la sensation éprouvée par la pression ou par la traction de ces noyaux de pneumonie chronique et qui répondent au mot de Laënnec « *criant sous le scalpel.* »

A cela se rapporte l'hypertrophie des cloisons, trouvées par moi quelquefois d'une épaisseur de deux, trois, quatre et cinq millimètres. J'ai vu dans ce genre quelque chose de plus rare : il s'agit d'un homme entré à la Charité le 4 décembre 1828, dans le service de M. Lerminier, pour ces douleurs des extrémités qui régnèrent alors épidémiquement à Paris et qui furent désignées par quelques médecins sous le nom d'acrodynie. Cet homme succomba le 2 avril 1829.

OBS. II — Les deux poumons sont carnifiés, tellement durs, qu'on ne peut ni les déchirer, ni y faire pénétrer le doigt. La teinte de leur tissu est généralement d'un rouge foncé ; mais, en haut surtout, il y a des noyaux plus gros que des pommes d'api, d'un tissu blanc, fibreux, fibro-cartilagineux, *semé de points noirs*, formant des marbrures blanches sur le fond rouge du tissu pulmonaire. En devant seulement il y a des portions crépitantes et saines, à peine un sixième du poumon droit et un quart du gauche, en réunissant par la pensée tout ce qui est sain et ce qui séparent des intervalles de tissu malade.

Malgré le changement de forme, j'ai vu là, et j'y vois encore, une hypertrophie des cloisons, suite de la pneumonie chronique. Autrement dans quel tissu se serait développée cette lésion ? Pour ceux qui seraient tentés d'y voir des encéphaloïdes du poumon, à cause de la ressemblance de couleur, je dirai qu'aucun des assistans, y compris M. Lerminier, n'y vit rien de pareil.

Ce fait compris, j'ai noté seulement trois fois sur douze l'hypertrophie des cloisons. Je crains qu'il n'y ait quelque omission dans mes notes, ayant la conviction d'avoir vu cette lésion bien plus fréquemment.

Par contre je possède un cas où les cloisons semblaient détruites par la pression du tissu pulmonaire induré ; ou du moins n'ai je pu en trouver trace dans toute l'étendue de la pneumonie. Voici la note, relative à un étudiant en médecine, de 26 ans, entré à la clinique de la Charité, service de M. Chomel, le 20 janvier 1829, après un mois de maladie, et mort le 12 février 1830.

OBS. III. — POUMON DROIT. Lobe supérieur presque complètement induré, excepté peut-être dans son tiers antérieur et tout à fait au sommet. Tout le reste offre un état d'induration qui tient le milieu pour la couleur entre l'hépatisation rouge et la grise : c'est une nuance couleur de chair avec une teinte grise. A force de presser on en exprime un peu de liquide et de bouillie de même teinte. La fermeté du tissu est beaucoup plus grande aussi que dans l'hépatisation : c'est au moins la dureté du foie. En déchirant, plus encore qu'en coupant, on y distingue un aspect grenu, à grains très petits et très pressés ; *plus de trace des cloisons celluleuses*. Le reste du lobe est sain, à part quelques noyaux d'engouement en avant.

Le lobe moyen est sain. Un bon tiers du lobe inférieur en arrière est également induré, offre la même consistance ou à peu près que le supérieur. Mais la couleur est bien différente ; c'est un fond violacé, sur lequel tranchent les grains ou des marbrures couleur de chair : d'ailleurs aspect grenu du même genre.....

J'omets ce qui regarde l'autre poumon, où la même altération se retrouvait dans une moindre étendue et à un degré moindre. Je n'ai même transcrit une partie de l'observation que pour parler des granulations pulmonaires.

D'accord avec les premiers auteurs cités, j'ai généralement trouvé les granulations plus ou moins effacées, en raison de la durée du mal. Dans le fait que je viens de relater il n'y a guère eu que cinquante jours de maladie. Quand les granulations ont disparu, la pneumonie chronique avancée et gris-cendrée ressemble beaucoup, à la fermeté près qui est plus

grande, aux poumons ratatinés et refoulés par un épanchement pleurétique dans la gouttière vertébrale.

Cette même comparaison, l'état exsangue de ces poumons comprimés par un épanchement, peut aussi donner l'idée, à qui n'aurait pas vu, du *peu d'humidité* du parenchyme dans la pneumonie chronique. D'après mes souvenirs (mes notes ne me donnent pas ce mot), le tissu a quelque chose de poisseux plutôt que d'humide.

Il n'y a rien d'absolument neuf dans tous ces détails anatomiques, déjà compris en grande partie dans les descriptions citées, et je sais très bien que j'indique là seulement des nuances. La pneumonie chronique étant fort rare et n'ayant été vue que par le petit nombre, il m'a semblé bon de revenir sur les caractères anatomiques et de les donner à mon tour comme je les ai vus. Car combien de praticiens n'ont pas dû ni pu voir ce qu'avait déjà vu M. Dalmas en 1829! D'ailleurs les descriptions ne sont pas adoptées par tout le monde, de l'aveu de M. Grisolle. N'est-il pas utile que tel qui a vu de même donne son adhésion et confirme par son témoignage?

Pour achever ce point, voici, d'après mes observations classées suivant le degré de chronicité, comment se passeraient les choses dans l'ordre du temps :

Le tissu pulmonaire est engoué ou plutôt hépatisé (c'est encore de la pneumonie aiguë, ou du moins l'altération est semblable); à mesure qu'une portion de sang se résorbe, le tissu passe à la nuance rosée, couleur de chair, gris marbré de rose, gris cendré. Si cette résorption n'a pas lieu, les nuances rouge, rouge violet, lie de vin persistent. Dans la marche habituelle, le tissu se décolore, les granulations s'effacent, puis l'élément celluleux s'hypertrophie et devient fibreux, tant les cloisons interlobulaires que les parois des cellules, et il en résulte cette induration coriace et criant sous le scalpel, avec absence, ou peu s'en faut, d'humidité du tissu.

Je passe à l'étude des causes. La pneumonie chronique est souvent secondaire, comme je l'ai dit, et consécutive à la présence des tubercules, de gangrène, de noyaux hémoptoïques ou de toute autre lésion, produisant sur le parenchyme environnant l'effet d'un corps étranger. Outre le cas de phthisie cité en premier lieu, voici deux exemples que je crois remarquables.

Obs. IV. — Dans l'un, il s'agit d'un homme de soixante ans et plus, affecté d'emphysème pulmonaire depuis des années, six ans et demi au moins, qui succomba après un séjour de seize mois à la Charité (séjour exceptionnel pour une clinique), dans le service de M. Chomel, salle Saint-Jean, n° 21. Voici ce qui regarde notre sujet :

.... Le sommet du poumon gauche est induré, et ce noyau d'induration peut équivaloir à une pomme de reinette. C'est une induration qui paraît, au toucher, un peu plus consistante que dans la pneumonie aiguë. En l'incisant, on trouve le tissu pulmonaire d'un gris à peine rosé, friable, mais moins que dans l'hépatisation rouge ou peu ancienne. En le déchirant, on arrive sur une concrétion de fibrine du volume d'une fève, un peu plus alongée. Elle est ferme, peu friable, parfaitement blanche à l'extérieur, présentant à l'intérieur des marbrures rouges et violacées, irrégulières, tenant l'une à l'autre et faisant corps entr'elles. Cette concrétion est voisine du rameau principal de l'artère pulmonaire, qui se porte au lobe supérieur, ou plutôt elle est couchée sur ce rameau, comme on le constate en le suivant. S'en est-elle échappée? On n'a point découvert de rupture.

En examinant attentivement, on trouve toute la masse *indurée* parsemée de concrétions semblables, les unes du volume d'un haricot, les autres égalant à peine des têtes d'épingle et de toutes les dimensions intermédiaires. Elles ont le même aspect, la même nature et probablement la même origine que la première, comme le prouve le voisinage de vaisseaux sanguins autour de chacune d'elles : ce sont toujours des rameaux de l'artère pulmonaire.

Ces dépôts de fibrine, assez semblables aux concrétions sanguines du cœur, ont un rapport éloigné avec l'apoplexie pulmonaire, et, de même que les noyaux hémoptoïques, ont donné lieu à une inflammation peu aiguë du parenchyme environnant. Voici l'autre fait :

Obs. V. — Il est question d'un homme de quarante-cinq ans, mort le 13 février 1829, après deux jours de séjour à la Charité, dans le service de M. Lerminier, par suite d'une affection du cœur et d'une pleurésie tuberculeuse du côté gauche.

..... Le poumon droit a quatre lobes. La portion supérieure de celui d'en bas forme le lobe supplémentaire, qui est bien détaché, remarquable, d'ailleurs, en ce qu'il est fort dur, hépatisé en gris, tandis que les autres lobes sont sains. Sur la partie postérieure et interne de ce lobe supplémentaire il y a une dépression, qui pourrait presque contenir une moitié d'œuf, offrant des débris adhérens d'une matière blanchâtre.

Dans le point de l'épine qui correspond à cette dépression il existe une tumeur d'un blanc jaunâtre, entourée et enveloppée en partie d'un tissu cellulaire lardacé. Cette tumeur détachée offre une sorte de pâte d'un blanc jaune-verdâtre, ramollie dans quelques points, filamenteuse dans d'autres, contenant des noyaux osseux assez gros et durs : cela me paraît un mélange de cancer et de tubercule. (Rappelons-nous chez le même sujet la pleurésie granuleuse du côté gauche.) Cette production adhère à la tête des neuvième et dixième côtes et aux vertèbres correspondantes, toutes parties qui sont corrodées et rugueuses : la tête de la neuvième côte est détruite.

Ici l'action de la tumeur sur un lobe, seul enflammé, est évidente; c'est l'épine enfoncée dans les chairs. Je pense qu'à un moindre degré les autres productions morbides, par exemple les encéphaloïdes si fréquentes du poumon, les ossifications des plèvres et tant d'autres, citées ou non citées, produisent le même effet.

L'étude des causes est plus difficile et plus ingrate pour la pneumonie chronique simple; et, dans les faits connus de moi, il serait même difficile d'assigner aucune cause probable, si ce n'est peut-être un certain état d'atonie ou de cachexie au moment où le poumon est pris d'inflammation. Dans la plupart des cas c'est une pneumonie d'abord aiguë, qui passe à l'état chronique, sous l'influence de circonstances débilitantes variées, lesquelles en entravent le progrès ou la résolution. Voici quelles ont été ces circonstances dans mes six faits anciens, que je range ici dans l'ordre de la chronicité.

Obs. A. — Vingt-six jours de maladie connue. Pleurésie double, beaucoup plus étendue à gauche; à droite, outre la pleurésie, pneumonie chronique partielle; abcès diffus dans tout le tissu cellulaire sous-cutané du cou; angine couenneuse.

Ce malade avait été traité en ville par M. Chantourel, qui pourra se le rappeler, ayant continué de le visiter à la clinique et, je crois, assisté à l'autopsie.

Obs. B. — Un mois de maladie. Splénisation chronique du poumon droit; ramollissement de l'estomac, peut-être cadavérique; colite chronique caractérisée par injection, ramollissement; état granuleux, induration presque squirrheuse du tissu cellulaire sous-muqueux; dans la bouche muguet symptomatique.

Cette observation sera donnée tout à l'heure dans son entier.

Obs. C. — Six semaines de maladie. Pneumonie chronique partielle. Fièvre typhoïde avec lésions graves des plaques de Peyer.

Obs. D. — Cinquante-trois jours de maladie connue. C'est le fait de l'étudiant en médecine cité partiellement sous le n° 3. Sujet lymphatique, hémorrhoïdaire, ayant mené la vie d'étudiant, comme nous le sûmes de M. Pinel-Grandchamp, qui l'avait traité pendant un mois. Deux saignées, nécessitées sans aucun doute par son état, et une apposition de sangsues antérieurement à l'entrée. A l'hôpital, régime sévère, autre saignée et trente nouvelles sangsues, pour une congestion cérébrale, survenue à l'époque où la pneumonie aurait dû se résoudre.

Obs. E. — Soixante-neuf jours de dernière maladie. Pneumonie chronique partielle. Peu de temps auparavant, séjour dans le même hôpital pour une gangrène du poumon. Rentrée peu de temps après avec la diarrhée. Sur le cadavre entéro-colite couenneuse phlegmoneuse, ulcéreuse, avec production abondante de mucus gélatiniforme.

Dans les cinq faits indiqués jusqu'ici, il y a eu d'abord une affection aiguë de poitrine, caractérisée ou non pneumonie, mais avec fièvre, quelquefois avec frisson initial, même avec point de côté, ou crachats sanglants. (Je cite plus bas un exemple qui fera juger des autres cas.) La maladie a passé à l'état chronique sous l'influence des circonstances que j'ai rapportées.

Je ne saurais affirmer la même chose pour le sixième malade, entré à la Charité le 4 décembre 1828, vingt-six jours avant que je prisse comme interne le service de M. Lerminier. C'est le sujet de l'observation citée comme extrait sous le numéro 2, pour ces noyaux de tissu fibreux développés dans le parenchyme.

Voici ce qui se rapporte aux causes :

Obs. F. — Quatre mois de maladie et de séjour à l'hôpital et au lit, pour cette acrodynie, qui, par elle-même, réduisait souvent au marasme (les médecins de Paris se le rappelleront). Adhérences celluleuses des deux plèvres en totalité, adhérences si fermes en arrière qu'il fallut déchirer les poumons pour les extraire et qui supposent une pleurésie double ou deux pleurésies successives et très intenses.

Si ces pleurésies dataient de bien loin, il n'en faut pas tenir compte; comme on ne saurait l'affirmer, je rapporte le fait.

Tous ces cas, envisagés sous le rapport de l'étiologie, peuvent se résumer dans ce mot : circonstances débilitantes, atonie ou cachexie, s'opposant au développement ou à la résolution de la pneumonie; maintenant l'inflammation à un certain degré pendant un temps plus ou moins long; en d'autres termes, donnant lieu à une pneumonie chronique.

Ce qu'ils peuvent contenir de détails anatomiques un peu différens des descriptions des auteurs ayant été donné ci-dessus en résumé ou en extrait, je ne m'arrêterai plus que sur un point, et me bornerai à une seule citation.

M. Chomel, dans son premier travail (le seul que je connaisse), et surtout M. Laënnec, n'ayant cité que des pneumonies chroniques partielles, je ferai remarquer que dans les observations numéro 1 et numéro 2 (cette dernière rappelée sous la lettre F), la pneumonie chronique était double et à peu près générale.

Voici un autre fait, celui qui vient d'être indiqué sous la lettre B, dans lequel le poumon droit était affecté en entier.

Obs. VI. — Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, entrée à la clinique de la Charité, service de M. Chomel, salle Sainte-Madeleine, n. 10, le 18 janvier 1830.

Huit jours auparavant elle avait marché longtemps dans la neige et elle avait eu un refroidissement (cet hiver là fut très froid), puis des frissons et de la chaleur a ternatifs, de la toux pendant toute la nuit; le lendemain, un point de côté à droite, au-dessous du sein. Elle but de l'eau d'orge miellée, et le troisième jour on lui mit huit sangsues sur le côté malade. Le point douloureux persista, sans être aussi fort; d'abord elle ne pouvait se coucher de ce côté, elle s'y couche à présent. Aujourd'hui elle a un peu de fièvre, de quatre-vingts à quatre-vingt-dix pulsations, et elle est médiocrement oppressée. La sonorité du côté gauche est parfaite; à droite, elle est beaucoup diminuée dans la plus grande étendue, il y a presque matité; au côté gauche, il y a du râle sibilant, et, en se rapprochant de la colonne vertébrale, de la crépitation (sans doute transmise de droite). A droite, en arrière et en haut, souffle bronchique, bronchophonie; au-dessous, crépitation pressée, fine, sèche, un peu plus grosse vers le bas, s'étendant sous l'aisselle, en devant, partout enfin, excepté au sommet en avant de la clavicule, à une petite distance du mamelon.

Dans la bouche, on remarque sur la langue et sur le voile du palais une petite éruption de muguet, en d'autres termes de petites plaques blanches arrondies et pointues, assez semblables à de la semoule.

M. Chomel prescrit une saignée de trois palettes, violette miellée, potion gommeuse, un collutoire avec le miel rosat.

Le muguet disparut à peu près sans qu'il y eût aucun autre changement notable dans la maladie. Ensuite il survint de la diarrhée, qui s'aggrava malgré l'eau de riz, le diascordium et d'autres moyens appropriés; puis un peu d'œdème, presque général; un teint jaune et terreux; le muguet reparut, plus abondant que jamais; la malade alla de mal en pis et succomba a la diarrhée le 11 février.

Voici le résultat de l'Autopsie :

Extérieur; rien à noter; crane, non ouvert.

Poitrine; plèvres; adhérences celluleuses des deux côtés. Poumon gauche, sain.

Poumon droit, hépatisation ou plutôt splénisation rouge dans la presque totalité. Voici, au reste, les caractères de cette altération : La couleur est d'un rouge plus pâle que dans l'hépatisation aiguë un peu ancienne; le tissu crépite fort peu et surnage encore dans l'eau; il a une fermeté très grande, loin d'être friable, et il ne peut être déchiré que très difficilement. Cette résistance paraît tenir a l'induration des cloisons celluleuses, dont les principales se distinguent, dans la masse, sous forme de bandes blanches, *épaisses d'une ligne à une ligne et demie* dans divers points. Le poumon en totalité offre cet état; mais les caractères sont de plus en plus tranchés à mesure qu'on l'examine plus supérieurement. Dans le sommet en particulier, le tissu, très résistant, ne surnage presque plus et il a une nuance un peu grisâtre au milieu de la teinte rouge.

Je ferai remarquer ici cette dégradation de couleur de bas en haut et cet accroissement de fermeté dans le même sens, d'accord avec ce que j'ai établi ci-dessus sur le progrès des lésions dans la pneumonie chronique. Je passe d'autres détails et j'arrive aux lésions signalées tout à l'heure à propos des causes, comme ayant pu débiliter la constitution.

L'estomac se déchire en le détachant et l'on constate, dans le point correspondant à cette rupture, c'est-à-dire dans le grand cul-de-sac et dans une portion de la face postérieure, un ramollissement de toutes les tuniques. Tout cet espace est en contact avec un liquide jaunâtre qui lui a communiqué sa teinte; le reste de l'estomac est parfaitement sain, et il y a une différence extrême et une ligne tranchée entre les portions ramollies et les portions saines qui sont rosées, épaisses et consistantes.

Je rapporte cette lésion historiquement sans prétendre qu'elle ne fût pas cadavérique; j'ai même pensé qu'elle l'était. Je connaissais comme tout le monde, au sujet du ramollissement, les idées de Hunter remises en lumière par M. Carswell, et je les partageais. J'ai même publié à ce sujet une note dans la Gazette Médicale, soit avant, soit dans le même temps où M. Carswell, avec qui j'avais de fréquens rapports, publiait son beau travail dans le journal hebdomadaire.

J'achève en indiquant les lésions de l'intestin, qu'on ne saurait regarder comme cadavériques, surtout en les rapprochant de la diarrhée si rebelle.

Intestins. — Dans le grêle, injection couleur de chair par endroits et hypertrophie folliculeuse très pressée; dans le gros, d'un bout à l'autre, surface crispée, granuleuse avec injection par taches, surtout sur les parties les plus saillantes. En examinant de près on voit que la muqueuse est réduite à rien, si ce n'est détruite; et l'on ne peut détacher en râclant qu'une sanie rougeâtre, non pas même un mucus au lieu de membrane; du reste il n'y a pas d ulcération proprement dite.

Les tuniques sous-muqueuse et musculeuse surtout offrent presque partout une hypertrophie avec reflet bleuâtre et une induration squirrheuse en quelque sorte; l'épaisseur totale des membranes est au moins d'une ligne et demie.

Sans parler du ramollissement de l'estomac, il est difficile de ne pas voir dans la diarrhée et dans la colite si grave un obstacle à la résolution de la pneumonie, dont les symptômes s'étaient amendés et par conséquent la cause du passage de la phlegmasie à l'état chronique.

Sur l'étiologie, que je termine ici, je ne rapprocherai pas de ce que je viens d'établir les opinions des auteurs; car je n'y trouve presque rien. Malheureusement on n'y trouve presque rien non plus, du moins dans ceux qui me sont connus, sur l'article des symptômes, point essentiel et que j'aurais à cœur d'éclaircir. Mais je le confesse franchement, mes notes très précises sur les autopsies sont loin d'être aussi complètes sur les symptômes pour un certain nombre d'observations; de sorte que je dois me borner à donner, au lieu de chiffres que j'aurais voulu établir pour apprécier la valeur relative des symptômes, le résumé assez vague de mes souvenirs et de mes notes. Le voici en deux mots :

Les symptômes de la pneumonie chronique sont les mêmes que dans la pneumonie aiguë. Seulement, comme dans toutes les inflammations chroniques, ils sont moins tranchés, moins nombreux; de sorte qu'à moins d'avoir vu la maladie à l'état aigu, elle est souvent latente; les signes stéthoscopiques sont les mêmes que dans l'hépatisation aiguë.

Ce qui manque à cet aperçu, je vais y suppléer en donnant avec tous ses détails le fait récent dont j'ai parlé et qui m'a suggéré l'idée de recueillir et de mettre en œuvre les matériaux anciens.

Obs. VII. — Mme .... (d'Orléans), âgée d'environ 75 ans, très replète et d'un tempérament lymphatique, bien que fortement constituée, a toujours eu, même l'hiver, de fortes transpirations. Elle a depuis plusieurs années un catarrhe pulmonaire, pour lequel elle porte un exutoire au bras.

En juin 1843, une légère hémiplégie droite, et en janvier 1844, une attaque épileptiforme, nécessitèrent un traitement approprié, des sangsues, des révulsifs, des lavemens purgatifs, et atténuèrent pour un temps l'affection catarrhale.

Le 20 décembre de la même année, l'oppression habituelle, qui s'expliquait jusque-là par le catarrhe, l'embonpoint et l'âge, s'aggrava et devint une véritable dyspnée. Cet état se prolongea et ressemblait d'ailleurs tellement à ce qu'on appelle asthme, que je crus à un emphysème pulmonaire qui venait compliquer le catarrhe habituel, comme il arrive souvent. Cette conjecture ne se réalisa pas. La percussion et l'auscultation, qui n'indiquaient que du catarrhe dans les organes respiratoires, me firent reconnaître de la matité et des battemens sourds à la région du cœur. Le pouls était habituellement plein et dur, parfois intermittent; il y avait un peu d'œdème aux extrémités inférieures; je crus et je crois encore à un certain degré d'hypertrophie du cœur, état qui expliquait la dyspnée. J'en restai là, combattant le catarrhe par un emplâtre de poix, de l'eau de goudron, l'oxymel scillitique et l'éther en potion; à quoi j'ajoutai un régime assez substantiel; car la malade était faible, et il faut se rappeler son âge et son tempérament.

Le 21 janvier, je trouvai les crachats visqueux, adhérens au vase, transparens et d'un jaune d'abricot assez clair, en un mot, comme dans la pneumonie avancée et en voie de résolution. Y avait-il eu auparavant des crachats semblables ou plus sanglans qu'on aurait négligé de me faire voir ou moi de regarder? Cela est possible, mais peu probable, d'après les habitudes de la maison et les miennes.

J'avais donc affaire à une pneumonie latente jusque-là, et qui m'expliquait d'une manière plus satisfaisante l'accroissement de l'oppression. La percussion et l'auscultation n'en avaient rien dit et n'en dirent rien de longtemps. J'y revins souvent sans résultat, et je conclus que la pneumonie était sans doute centrale, peu étendue (ce que confirmait le peu d'abondance et la rareté des crachats), et par suite inaccessible à nos moyens d'exploration.

Au point où en était l'inflammation, avec un pouls non fébrile, une malade faible et âgée, je ne songeai même pas à saigner. J'insistai sur les révulsifs, notamment sur les sinapismes aux extrémités inférieures.

Le 3 et le 4 février, il y eut de nouveaux accès de dyspnée sans crachats pneumoniques. Je crus pourtant à une nouvelle congestion pulmonaire. J'eus de nouveau recours aux sinapismes, puis a l'ipécacuanha, de manière à procurer trois vomissemens qui furent suivis d'un mieux sensible.

Le 22, nouvel accès de dyspnée avec crachats pneumoniques non pas sanglans, mais rouillés et transparens comme les premiers, ce qui supposait que l'inflammation était restée au même degré ou qu'elle y était revenue, soit lors de la récrudescence des 3 et 4 février, soit depuis. Nouveaux sinapismes, emplâtre de poix sur le dos, nouvelle dose d'ipécacuanha, nouvelle amélioration à la suite.

Les deux mois suivans n'amenèrent pas d'accident. Les forces déclinant, la convalescence ne s'établissant pas, j'essayai des préparations de fer, à cause du tempérament; du sulfate de quinine, à cause d'une périodicité apparente des paroxismes; et de quelques moyens accessoires, le tout sans résultat.

La soirée et la nuit du 7 mai furent remplies par de l'agitation, de la fièvre, une oppression extrême. Mandé en hâte auprès de la malade, je la trouvai dans un état d'orthopnée qui m'inspira d'abord les plus grandes craintes, d'autant plus que les crachats pneumoniques reparurent cette fois immédiatement, toujours avec les mêmes caractères. C'était la première fois que je trouvais de la fièvre; c'est un fait à noter. Encore la fréquence du pouls ne fut-elle pas de longue durée, diminua dans le cours même de ma visite, et le lendemain elle avait disparu. La dyspnée diminua aussi sous mes yeux par une application de sinapismes, peut être plus encore par une sueur halitueuse qui s'établit naturellement. Cette sueur et les raisons déjà déduites m'empêchèrent encore de recourir à la saignée.

Une potion kermétisée qui avait purgé ayant fait du bien à plusieurs reprises,

j'eus recours pendant les semaines suivantes à la teinture aqueuse de rhubarbe, qu'on suspendait un jour ou deux, sitôt qu'elle avait produit un effet purgatif.

Le 30 mai et jours suivans, il y eut encore de la dyspnée et des crachats pneumoniques. A chaque fois cette expectoration durait de quatre à cinq jours, puis il n'y avait plus que des crachats de catarrhe. Toujours même absence de signes physiques. Je me bornai aux mêmes moyens qui m'avaient réussi jusque-là, entre autres les sinapismes et la rhubarbe, et ils me reussirent encore, en ce sens qu'ils soulagèrent la malade.

Il y eut même cette fois une suspension très longue des accidens habituels. Dans cet intervalle, un second accès épileptiforme eut lieu, vraisemblablement comme le premier, par suite d'un ramollissement autour de l'ancien foyer apoplectique.

La malade était d'ailleurs sans appétit et sans force; oppressée, incapable de mouvement, essoufflée à rester sur place si elle tentait de monter un escalier; dormant peu, d'un sommeil entrecoupé par l'oppression et par des besoins de manger, qu'elle était obligée de satisfaire la nuit, bien qu'elle fît le jour de petits repas très rapprochés. L'œdème ancien et habituel augmentait de jour en jour et ne tarda pas à gagner le haut des cuisses. Le teint, blême dès le commencement, devint d'un jaune paille.

Ce fut seulement le 30 août que reparurent les crachats pneumoniques, précédés, comme de coutume, d'une aggravation de la dyspnée. Il y avait peut-être quinze jours ou trois semaines que je n'avais exploré la poitrine. Je le fis, et cette fois je trouvai de la matité au côté gauche en arrière et en bas, presque jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Vers le haut de cette portion mate, dans une zône de trois à quatre travers de doigt, j'entendis du souffle bronchique et de la bronchophonie, plus prononcés dans un point situé un peu au-dessous et en dehors de l'angle de l'omoplate. Plus haut, dans la moitié inférieure de la fosse sous-épineuse et au même niveau de chaque côté de l'omoplate, il y avait de la crépitation un peu grosse et presque sèche. Il n'y avait pas de point de côté au niveau de la matité ni en avant; pas de fièvre appréciable.

Alors seulement je connus le siége et l'étendue de cette pneumonie, qui ne m'avait jamais paru douteuse à en juger par les crachats, car ceux qui ont été décrits ne se rencontrent dans aucune autre affection. Je couvris le centre de la matité d'un très large vésicatoire, que je fis supporter, et il y eut, pendant six ou huit jours, un mieux marqué. Les crachats, sans disparaître comme de coutume, devinrent plus pâles, la respiration un peu plus libre, et il y eut un semblant d'appétit. Ce mieux se démentit promptement. La malade retomba dans la faiblesse, mangea moins de jour en jour; l'œdème fit encore des progrès.

Au bout d'une quinzaine, le premier vésicatoire tendant à se cicatriser, j'en mis un second et bientôt, par la même raison, un troisième. vers le 10 octobre; d'autant plus que les crachats continuaient et continuent encore à l'heure qu'il est, de plus en plus pâles, mais bien caractérisés: du reste il n'y a pas eu d'accès de dyspnée.

Le 11 j'examinai attentivement la poitrine. La matité avait beaucoup diminué quant au degré et quant à l'étendue. Elle ne commençait plus qu'à quatre travers de doigt au dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. A l'auscultation, au lieu de véritable souffle bronchique, on ne retrouvait plus qu'une respiration un peu rude. Ce qui dominait e était du râle sous-crépitant, qui existait aussi disséminé çà et là de l'autre côte de la poitrine. C'est ce que j'ai constate de nouveau, avec une amelioration assez sensible, le 18 octobre.

Malheureusement l'état général reste le même, si ce n'est pire.

Il y a eu dans cette maladie de fréquentes interruptions, quelquefois assez longues; ce n'en est pas moins une pneumonie essentiellement chronique, par la durée qui date de dix mois, par l'absence de point de côté et de fièvre, par l'expectoration non sanglante, mais de prime-abord couleur de rouille, d'abricot ou plus pâle; crachats qui n'apparaissent dans la pneumonie aiguë que lorsqu'elle a perdu de sa première intensité. A en juger par tous ces signes, on peut même dire avec certitude que la pneumonie fut chronique d'emblée.

Je reviens aux symptômes. Ici l'expectoration fut d'un grand secours pour le diagnostic; elle manque assez habituellement dans la pneumonie chronique. Le point de côté manque encore plus souvent; ici il n'y en eut pas à proprement parler. Je me rappelle seulement que dans une des dernières recrudescences et un seul jour la malade indiqua la base du côté gauche comme le point d'où partaient les crachats, alors pneumoniques. La toux existe plus ou moins, mais n'a rien de caractéristique; il en est de même de la fièvre, qui fait souvent défaut.

Reste, comme symptôme dominant, l'oppression habituelle, qui se transforme, dans les recrudescences, en dyspnée ou même en orthopnée. Toutes les fois qu'on verra un malade dans cet état, il ne faut pas adopter légèrement l'idée d'asthme, de laquelle, du reste, un médecin exercé ne se paie qu'en désespoir de cause, il faut explorer. S'il n'y a pas de maladie du cœur, il se pourra qu'on ait affaire à une pneumonie chronique, que révèlera tôt ou tard quelque symptôme inaperçu ou nouveau; et, à défaut de symptômes, la percussion et l'auscultation, lesquelles donnent alors les mêmes signes que dans l'hépatisation aiguë. Il est inutile de dire que les pneumonies centrales, inaccessibles aux moyens d'exploration, sont rares et ne restent pas telles.

Pour les derniers temps de la maladie, je ne saurais mieux faire que d'emprunter à M. Bricheteau, qui lui-même dit l'avoir emprunté en partie à Broussais, un tableau en raccourci, que j'abrège encore:

« ..... Les forces diminuent peu à peu. Le malade respire avec difficulté, surtout quand il précipite sa marche ou monte un escalier; alors le teint s'anime et les pommettes se colorent comme dans l'exacerbation fébrile; si l'on percute la poitrine ou si l'on y applique un cylindre, on obtient les mêmes résultats que dans la pneumonie aiguë bien caractérisée.

» ..... Bientôt un état passif, accompagné de symptômes consécutifs très graves, succède à cette première période de la pneumonie chronique. Le teint devient pâle, jaunâtre, couleur de paille; la face se bouffit, les pieds s'œdématient, les forces tombent; enfin après six semaines, deux, trois, quatre mois, plus ou moins, le malade s'infiltre et succombe bientôt après. » (Dict. en 60 vol., art. *Pneumonie*.)

En lisant cette citation et les autres, que j'ai intercalées à dessein dans ce travail, pour être plus complet et plus clair, le lecteur jugera si je n'ai fait que confirmer ce qui est connu ou si j'ai ajouté quelque chose.

Dans tous les cas, la pneumonie chronique étant rare, il ne saurait être inutile de livrer des matériaux pour en composer l'histoire, ni d'exciter les praticiens à en amasser de nouveaux, en reportant leur attention sur ce sujet. C'est sans doute ainsi que de fait en fait et d'assise en assise s'est élevé l'édifice de la science.

Quant à présent, je pense qu'on peut, d'après les faits connus, y compris les miens, poser les conclusions suivantes:

1° L'existence de la pneumonie chronique ne saurait être révoquée en doute.

2° Anatomiquement, elle consiste dans une induration du parenchyme pulmonaire, qui du rouge passe au rose et au gris; transformation pendant laquelle les granulations s'effacent.

3° Cet état peut exister indépendamment de toute autre lésion, c'est la pneumonie chronique simple, maladie assez rare; ou bien il se développe autour des tubercules et de diverses autres productions morbides, c'est la pneumonie chronique secondaire qui est commune.

4° Symptomatiquement, la pneumonie chronique est souvent latente; quand elle cesse de l'être, les symptômes et les signes physiques sont les mêmes, au degré et au nombre près, que dans l'hépatisation aiguë.

5° La pneumonie chronique est souvent la suite de la pneumonie aiguë, entravée dans son progrès ou dans sa résolution par des causes débilitantes.

6° La pneumonie peut être chronique d'emblée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT ABORTIF DES TUMEURS PHLEGMONEUSES PAR L'INCISION SOUS-CUTANÉE; par le docteur JULES GUÉRIN.

Dès l'année 1840, en faisant connaître nos premiers essais sur la méthode sous-cutanée, nous signalions, parmi les applications réalisées de cette méthode, « l'incision sous-cutanée des tumeurs phlegmoneuses commençantes, dans le but de produire le débridement et le dégorgement de ces tumeurs (1). » Dans des temps et des conditions ordinaires, cela eût suffi pour éveiller l'attention des praticiens. Mais des circonstances qu'il est inutile de rappeler ont changé le cours naturel des choses; car, depuis lors, bien que nous ayons insisté à plusieurs reprises, dans notre enseignement et nos écrits, sur la simplicité du moyen et sur son efficacité aussi rapide que certaine, personne jusqu'ici, que nous sachions, n'a encore essayé de soumettre au contrôle de l'expérience les avantages des incisions sous-cutanées, comme méthode de traitement abortif du phlegmon commençant. Au contraire, on continue à couvrir stérilement les parties de sangsues et de cataplasmes; ou lutte pendant des semaines contre une suppuration qui n'est que retardée et modérée dans ses produits; et, sans compter les accidens spéciaux qui résultent assez souvent du siége de ces tumeurs au voisinage de certaines cavités, ou se dévoue, ou plutôt on dévoue les pauvres malades aux conséquences toujours assez longues, assez douloureuses et souvent dangereuses des phlegmons suppurans. Cependant, nous le répétons, dans la plupart des cas, sinon dans tous, il serait possible de couper court au mal, de le juguler en quelque façon dès son origine. Si cette méthode exigeait un long apprentissage, si elle tendait à substituer une pratique difficile à une routine plus simple, si, sous quelque prétexte que ce soit, elle était susceptible d'inconvéniens, on comprendrait qu'elle dût subir l'espèce de quarantaine à laquelle sont soumises toutes les pratiques nouvelles. Mais c'est une méthode aussi simple que sûre; elle n'expose à aucun danger; elle n'exige, pour être appliquée

(1) Essai sur la méthode sous-cutanée, p. 34.

avec avantage, que la connaissance des principes les plus généraux de la méthode sous-cutanée. Nous engageons donc les vrais praticiens, ceux qui n'ont d'autre souci que les progrès de la science et le bien des malades, à y recourir en toute sécurité. Pour les guider plus sûrement encore dans cette voie, nous allons rapporter quelques observations particulières empruntées aux différentes catégories de tumeurs phlegmoneuses commençantes que nous avons eu le bonheur de faire avorter à l'aide de l'incision sous-cutanée.

Le choix de ces faits détaillés, quoique peu nombreux, suffira :

1° Pour établir la réalité et l'efficacité de la méthode ;

2° Pour montrer les différens cas, les différentes périodes, les différens degrés, où elle peut être employée, et les différens résultats qu'elle est susceptible de produire ;

3° Pour régulariser le manuel opératoire, les indications et les principes de la méthode ;

4° Enfin, pour faire ressortir les circonstances qui peuvent éclairer la pathogénie du phlegmon.

§ I. — OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

PREMIÈRE SÉRIE. — PHLEGMONS PROVOQUÉS.

TUMEUR SANGUINE SURVENUE CINQ JOURS APRÈS LA SECTION DES MUSCLES SACRO-LOMBAIRE ET LONG-DORSAL, PAR SUITE D'INTRODUCTION D'AIR DANS LA PLAIE ET DE RUPTURE DE LA CICATRICE. — SYMPTÔMES D'INFLAMMATION COMMENÇANTE. — PONCTION SOUS CUTANÉE. — SORTIE D'UN SANG NOIR DEMI COAGULÉ. — GUÉRISON SANS ACCIDENS.

OBS. I. — Mlle C. L., de Rio-Janeiro, âgée de 15 ans, en traitement pour une déviation latérale musculaire de l'épine, subit, le 11 septembre 1840, la section sous-cutanée de toute la masse commune gauche. La plaie musculaire avait 5 centim. de largeur sur 2 à 3 de profondeur, et l'écartement des bouts divisés était de plus de 3 cent. Cet écartement, subitement opéré après la section, avait donné lieu à un grand espace vide dans lequel s'étaient précipités à la fois et l'air extérieur et le sang des petits vaisseaux ouverts par l'instrument. L'entrée de l'air avait été annoncée par un sifflement particulier, et sa présence se révélait par une crépitation manifeste sur le siége et à l'entour de la plaie. Cet air et ce sang furent expulsés aussi complétement que possible, la piqûre de la peau fermée avec un morceau de diachylum, et la compression exercée à l'aide d'un tampon soutenu par un bandage de corps. Aucun accident inflammatoire ne se développa. Le quatrième jour la plaie extérieure était réunie ; les fluides épanchés étaient en partie résorbés ou organisés, quand des mouvemens brusques de l'opérée ayant produit sans doute la rupture de la cicatrice déterminent tout à coup un nouvel épanchement.

Cet épanchement donne lieu à une tumeur conique du volume du poing, manifestement fluctuante. La peau qui la recouvre est très tendue, un peu douloureuse, mais exempte de rougeur. Malaise général sans fièvre proprement dite.

Les choses sont laissées en cet état pendant plusieurs jours ; mais jugeant la quantité de sang épanché trop considérable pour pouvoir espérer une résorption complète, et craignant surtout le développement des symptômes inflammatoires qui avaient commencé à s'emparer de la tumeur, nous l'évacuons dès le quatrième jour par une ponction sous-cutanée.

OPÉRATION. Large pli emprunté à la peau du flanc et ramené de dehors en dedans vers la base de la tumeur. Ponction avec une grosse sonde cannelée à dard, enfoncée à la base de ce pli. La cannelure de la sonde donne issue, avec l'aide de pressions répétées, à un sang demi-coagulé, ayant la couleur et la consistance de la gelée de groseille. Diachylum sur l'ouverture extérieure de la plaie ; compression du foyer à l'aide d'un tampon maintenu par un bandage de corps.

Le sujet a éprouvé, aussitôt après l'évacuation du foyer, un sentiment de bien-être très prononcé.

La réunion de la plaie cutanée et l'adhésion des parois du foyer ont lieu immédiatement, sans le moindre signe d'inflammation locale. La cicatrice rompue s'est reformée et a marché sans accident jusqu'à son organisation complète et définitive.

Ce cas est des plus simples. Mais si, à cause de sa simplicité, on pouvait contester qu'il y eût imminence de phlegmon, qui méconnaîtra l'innocuité et l'efficacité réelle et rapide de la méthode ? Le mal pouvait être plus grand, mais le résultat ne saurait être plus certain. C'est donc déjà un premier point établi, savoir : que la méthode est simple, efficace et sans danger. Les cas suivans prêteront d'ailleurs leur autorité à celui qui précède.

TUMEUR SANGUINE A LA RÉGION LOMBAIRE DROITE, CONSÉCUTIVE A LA SECTION SOUS-CUTANÉE DU SACRO LOMBAIRE. — INTRODUCTION D'AIR DANS LA PLAIE. — COMMENCEMENT D'INFLAMMATION DU FOYER. — PONCTION SOUS CUTANÉE. — SORTIE D'UN SANG NOIR DE CONSISTANCE LIE DE VIN — DISPARITION IMMÉDIATE DES ACCIDENS. — RÉUNION DES PAROIS DU FOYER PAR PREMIÈRE INTENTION.

OBS. II. — Mlle Hermance D...., âgée de 15 ans, constitution forte, tempérament nervoso-sanguin, présenta à la suite de la section sous-cutanée du sacro-lombaire gauche une tumeur sanguine assez considérable.

Cette section, comprenant surtout les faisceaux costaux inférieurs du sacro-lombaire, avait été faite à la hauteur de la quatrième vertèbre lombaire. Comme ces faisceaux, malgré leur tension très prononcée, étaient situés profondément et échelonnés sur une large surface, la plaie sous-cutanée dut être large et profonde. Elle avait 5 cent. dans le premier sens, et 2 à 3 dans le second. L'écartement des bouts divisés fut de 3 cent. Il en résulta donc un espace vide très considérable, qui appela simultanément une certaine quantité de sang et d'air, dont la présence donna lieu à une tumeur crépitante. Des pressions réitérées firent sortir par le trajet de la ponction une certaine quantité de sang écumeux ; mais la tumeur ne disparut pas entièrement, et une partie du gaz se répandit dans le tissu cellulaire environnant. La piqûre de la peau fut fermée avec un morceau de diachylum, et la compression exercée à l'aide d'un tampon soutenu par un bandage de corps. Trois jours après, quand on leva l'appareil, la crépitation n'existait plus, mais la tumeur sanguine était un peu augmentée de volume ; elle était de la grosseur et de la forme d'un œuf de poule. Le quatrième jour, elle était plus arrondie, mieux circonscrite et douloureuse au toucher. La malade était dans un état d'agacement nerveux qui provoquait parfois des mouvemens convulsifs. Il devenait évident qu'un commencement d'inflammation s'emparait du foyer, et il était, par cela même, urgent de le vider par la méthode sous cutanée. C'est ce que nous fîmes immédiatement.

OPÉRATION. Pli cutané sur le côté externe de la tumeur. Ponction à la base de ce pli au moyen de la sonde cannelée à dard portée de dehors en dedans jusque dans le foyer. La pression fait sortir par la cannelure de la sonde cinq à six cuillerées à bouche de sang, couleur café à l'eau, consistance lie de vin, mêlé de bulles de gaz. Pansement ordinaire ; légère compression.

A peine la poche était-elle vidée que la douleur et les accidens nerveux avaient cessé. La malade a été gaie toute la journée et a bien dormi la nuit suivante. La plaie cutanée, le trajet de la ponction et la poche elle-même se sont fermés par réunion immédiate, sans le moindre signe d'inflammation locale. La tumeur ne s'est pas reproduite.

Ici toujours même simplicité et efficacité du moyen ; en outre, l'imminence des accidens étant plus grande, la valeur de la méthode s'accroît de la plus grande somme de dangers conjurés.

Tout ce que les deux observations qui précèdent tendent à prouver, quoique avec certaines restrictions permises à cause du peu de gravité des cas, se trouve mis hors de doute par le fait qui suit : on y verra en effet un exemple de tumeur phlegmoneuse des plus considérables arrivée au point où les antiphlogistiques et autres moyens analogues n'auraient rien pu pour empêcher la suppuration.

TUMEUR PHLEGMONEUSE COMMENÇANTE DANS LA RÉGION DORSO LOMBAIRE, CONSÉCUTIVE A UNE SECTION SOUS CUTANÉE DE LA MASSE COMMUNE DROITE, ET SUITE D'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LA PLAIE. — DOULEUR LOCALE VIVE S'IRRADIANT DANS TOUT LE MEMBRE ; TENSION EXTRÊME DE LA PEAU ; TUMÉFACTION CONIQUE ; SUPPURATION IMMINENTE ; CÉPHALALGIE INTENSE ; FIÈVRE ; IMPOSSIBILITÉ DE SE MOUVOIR SANS PROVOQUER DE VIVES DOULEURS DANS LE SIÉGE DE LA TUMEUR. — PONCTION SOUS-CUTANÉE — ÉVACUATION D'UN SANG ALTÉRÉ MÊLÉ DE GAZ. — CESSATION IMMÉDIATE DES ACCIDENS LOCAUX ET GÉNÉRAUX.

OBS. III — Mlle Emma U..., âgée de 21 ans, d'une bonne constitution, tempérament bilioso-sanguin, en traitement pour une forte déviation de l'épine, a subi, le 19 novembre 1840, la section des faisceaux spinaux gauches dans la région dorsale moyenne, et des muscles de la masse commune à droite, au niveau de la première vertèbre lombaire. La peau de cette demoiselle était remarquablement épaisse et très peu mobile sur les tissus sous-jacens. Cette circonstance ne nous ayant pas permis de faire un pli cutané suffisamment étendu, il en était résulté, contre notre gré, que la ponction n'était pas très distante de la plaie intérieure, et que les vaisseaux et nerfs sous-cutanés n'avaient pas été soulevés et épargnés par l'instrument. D'un autre côté, la masse commune, très large et excessivement tendue, avait été coupée dans toute son épaisseur, d'où il était résulté une plaie sous-cutanée large, profonde, par suite du retrait des deux bouts de la masse musculaire divisée. Ces diverses circonstances avaient déterminé un épanchement de sang considérable et l'introduction de l'air dans la plaie. Cette introduction, provoquée par l'espace sous-cutané immédiatement formé entre les deux lèvres de la plaie, avait été annoncée par un sifflement très prononcé, et la présence du fluide sous la peau par une crépitation très appréciable encore au delà du siége de la plaie. Ce mélange d'air et de sang n'a pu être expulsé qu'en partie, attendu le peu de souplesse de la peau, et la profondeur de la plaie. Toutefois la piqûre extérieure avait été fermée avec le plus grand soin.

Pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'opération, les choses s'étaient passées comme de coutume. La plaie extérieure était complétement cicatrisée ; mais, au cinquième jour, la malade sentit, en voulant marcher, une douleur profonde, sourde, qui augmenta rapidement et fut suivie en très peu de temps d'une tuméfaction considérable.

Le lendemain, la douleur était très vive, s'irradiait en tous sens et se prolongeait jusque dans le membre abdominal du même côté. La peau était rouge, tendue, rénitente. La tumeur avait acquis le volume du poing et offrait, à sa partie moyenne, une saillie conique luisante, un peu violacée comme dans le phlegmon, avec suppuration imminente. Il y avait beaucoup de céphalalgie, fièvre, agitation générale, anorexie, soif ; les parties étaient excessivement sensibles au toucher.

Convaincu que tous ces accidens ne pouvaient tenir qu'à la présence d'un caillot altéré par l'air introduit et au développement des gaz résultant d'un commencement de décomposition du sang, je me déterminai à évacuer la tumeur par

une ponction sous-cutanée. J'introduisis à la base d'un large pli de la peau, à 6 centim. de la tumeur, une longue sonde cannelée à dard, et j'évacuai tout le liquide qu'elle renfermait. C'était un sang brun-noirâtre, visqueux, entremêlé de bulles de gaz, et ayant éprouvé déjà un commencement de décomposition. Je vidai le foyer avec le plus grand soin. La tumeur débarrassée du sang et des gaz qu'elle contenait s'affaissa complètement. Occlusion de la plaie avec du diachylum; compression légère sur le foyer et le trajet de la plaie sous-cutanée. Quelques heures après cette opération, tous les accidens avaient disparu comme par enchantement. Plus de mal de tête ni de fièvre; absence totale de douleur locale et de la cuisse, en un mot bien-être indicible. La ponction avait été pratiquée à une heure après midi; le soir, la malade avait faim : elle prit un potage et s'endormit jusqu'au lendemain. Aucun retour des symptômes inflammatoires, cicatrisation immédiate de la petite plaie cutanée.

La malade reprend son traitement orthopédique le troisième jour de cette opération.

Quoi de plus significatif et de plus concluant que ce fait? On dit que Scarpa a fait l'histoire des hernies au moyen de deux observations particulières : ne pourrait-on pas, avec l'observation qu'on vient de lire, faire l'histoire du phlegmon, de ses caractères, de sa marche, de ses périodes, de son étiologie, et surtout établir de la manière la plus irréfragable l'efficacité du traitement abortif? On comprend bien que, s'il est utile de signaler d'une manière générale la valeur de ce fait comme exemple de phlegmon imminent caractérisé, ce n'est pas le lieu de discuter chacun des élémens qu'il renferme. Contentons-nous d'en faire ressortir les particularités qui sont propres à mettre en lumière quelques vues, quelques idées relatives à la pathogénie du phlegmon et aux préliminaires de la suppuration de ces tumeurs.

Tout esprit non prévenu verra d'abord dans ce fait un résultat incontestable de la viciation du sang par l'air. Les circonstances de l'opération, l'époque du développement des accidens, les caractères du sang évacué, et surtout la cessation si rapide des symptômes locaux et généraux, ne permettent aucun doute à cet égard. Ce point préalable est important à établir, car il sert de base à la méthode. Si certains phlegmons sont le produit d'une espèce de morbification, de décomposition du sang au sein de nos tissus; s'ils sont dus à la présence de certains élémens hétérogènes qui font fonction d'épines, de corps étrangers, on peut très bien se rendre compte de l'efficacité immédiate d'une méthode qui élimine d'emblée le germe du mal. Or, quelque éloigné que nous soyons de toute hypothèse qui ne pent se confirmer par l'expérience, il est impossible de fermer les yeux à des faits qui portent avec eux des élemens de conviction d'un ordre équivalent. Tel est le cas de Mlle U... Qu'y voit-on, en effet? une tumeur dure, rénitente, dont le sommet conique avait déjà un aspect luisant et légèrement violacé. Tout cela disparaît par l'évacuation d'une certaine quantité de sang altéré : il n'y avait donc pas encore désorganisation morbide des parties périphériques. Signalons surtout cette particularité de la sortie d'une certaine quantité de bulles de gaz avec le sang altéré. La présence de ce gaz n'est-elle pas en parfait rapport avec la tension de la tumeor, avec son aspect luisant, sa forme conique? Car, la nature du liquide évacué et sa quantité seulement ne rendraient pas compte de l'aspect extérieur et des qualités physiques de la tumeur. Il y avait donc au sein de cette dernière un développement de gaz résultant du travail de fermentation et de décomposition du sang épanché. Peut-être tout phlegmon n'est-il, en dernière analyse, que le résultat d'une décomposition analogue. Nous nous bornons à émettre cette opinion en passant, sauf à y revenir à mesure que les faits nous en fourniront l'occasion. Nous savons bien que, pour que la base de cette assertion fût incontestable, à savoir la présence d'un gaz morbide au sein des tumeurs phlegmoneuses commençantes, il faudrait avoir établi matériellement son existence. Les yeux peuvent tromper; les bulles sorties peuvent n'être autre chose que de l'air entré pendant le débridement de la tumeur. Pour lever toute espèce de doute à cet égard, il faudrait avoir fait la ponction sous l'eau. Le gaz évacué avec cette précaution ne pourrait plus être attribué qu'à une production sous-cutanée. Mais la faible quantité d'air qui avait pu s'introduire pendant la première opération ne saurait logiquement rendre compte des effets physiques survenus plusieurs jours après, effets du reste en disproportion d'étendue et de volume (tumeur et gonflement) avec la présence de quelques bulles d'air. Si, d'ailleurs, cette difficulté pouvait, dans le cas particulier dont il s'agit, nous être objectée, nous dirions, par anticipation, qu'elle sera levée complètement par les cas de phlegmons spontanés où il n'y a pas eu pénétration d'air, et dans lesquels cependant l'opération du débridement sous-cutané a toujours été suivie de l'évacuation d'une certaine quantité de gaz. Mais n'anticipons pas sur les faits.

La conclusion légitime, rigoureuse, fournie par l'observation qui précède est donc : qu'une tumeur phlegmoneuse revêtue de ses caractères les plus accentués (tumeur, douleur, rougeur, chaleur), et déjà accompagnée de symptômes généraux très prononcés, peut être, en quelque façon, supprimée immédiatement par l'incision sous-cutanée et l'évacuation de son contenu.

Voilà pour le cas particulier.

Les trois faits que nous venons de rapporter sous la rubrique de *phlegmons provoqués*, offrent ceci de commun qu'il s'agit dans tous de tumeurs produites, provoquées par une action physico-chimique, en un mot par une cause extérieure. Cette circonstance doit être prise en considération pour ne pas confondre, sous prétexte d'un certain degré d'analogie extérieure, des faits de nature fort différente. Il n'est pas permis, en effet, de mettre absolument sur la même ligne des phlegmons ainsi produits avec des phlegmons spontanés, c'est-à-dire avec ceux qui se développent sans le concours de causes locales appréciables; car s'il est permis, dans les premiers, de considérer le mal comme le résultat d'une modification locale toute matérielle et en quelque façon étrangère à l'individu, on ne peut méconnaître, dans les seconds, un produit de l'économie même, le résultat d'un travail général attesté par le malaise, la fièvre, le trouble des fonctions digestives, la céphalalgie, qui en précèdent souvent l'évolution. Aussi n'est-ce pas seulement avec les faits rapportés plus haut que nous entendons généraliser la méthode. Jusqu'ici nous ne nous croirions fondé à en conseiller l'application, qu'aux seuls cas de tumeurs phlegmoneuses *provoquées*.

Mais voici quelques faits d'une autre catégorie, qui viendront sans doute compléter ce qui manquerait à ceux de la première, pour faire de notre méthode une méthode absolue et générale.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(SUITE.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1845 renferment les travaux originaux suivans : 1° *Coup d'œil sur l'histoire de la médecine depuis son origine jusqu'à nos jours*; par M. Renouard. 2° *Mémoire sur les phénomènes physiologiques qu'on observe en s'élevant à une certaine hauteur dans les Alpes*; par M. Lepileur. 3° *Résultats d'expériences sur les effets du sulfate de quinine*; par le docteur Desiderio. (La REVUE MÉDICALE ne donne que les conclusions de ce travail, qui lui avait été adressé de Venise, par M. Desiderio. Il y est dit que l'acétate de morphine accélère les effets toxiques du sulfate de quinine; que la saignée et les autres moyens antiphlogistiques sont le meilleur moyen contre l'intoxication quinique; que le sulfate de quinine ne guérit pas le rhumatisme par hyposthénisation.) 4° *Mémoire sur un cas d'amputation sus-malléolaire*; par M. L. Boyer. (Exemple de succès complet obtenu sur un enfant de sept ans. L'opération fut faite selon le procédé de M. Blandin : incision circulaire; plus deux petites incisions longitudinales sur les côtés externe et interne du membre.) 5° *Classification et généralités sur les maladies de la peau; discours d'ouverture du cours de M. Gibert.* 6° *De quelques espèces d'atrésies du vagin et de la vulve, considérées sous le point de vue obstétrical*; par M. Devilliers fils. 7° *De la cautérisation dans le traitement des maladies de la peau*; par M. Duchesne-Duparc. 8° *De l'iodure de potassium dans le traitement des maladies syphilitiques; rapport fait à la Société de médecine*; par M. Gibert. 9° *De la morve et du farcin; maladies contractées par l'homme auprès des chevaux*; par M. Audouard. 10° *De la vertu anthelmintique de l'écorce de grenadier et de la possibilité de communiquer la syphilis par la vaccination (extrait d'une lettre du professeur Cerioli de Crémone)*; par M. Lepileur.

DE QUELQUES ESPÈCES D'ATRÉSIES DU VAGIN ET DE LA VULVE, CONSIDÉRÉES SOUS LE POINT DE VUE OBSTÉTRICAL; par M. DEVILLIERS fils.

Après avoir classé méthodiquement les espèces si nombreuses et si diverses d'atrésies ou de rétrécissemens qui peuvent affecter la vulve et le vagin, M. Devilliers aborde la question du traitement à employer dans ces cas. On sait que les praticiens sont assez généralement divisés d'opinion sur ce point, les uns agissant dès qu'il leur a semblé reconnaître un obstacle un peu prononcé, les autres voulant qu'on abandonne ce travail à la nature et qu'on ne le seconde par la dilatation ou avec l'instrument tranchant qu'en désespoir bien constaté de cause. Voici, entre ces deux partis, la règle que M. Devilliers se croit autorisé à établir.

Lorsque le rétrécissement provient d'une cause accidentelle (cicatrice

de brûlures, de plaies ou d'ulcérations), que les parties molles sont réduites à un état de dureté, de callosité presque semblable au cartilage, on ne pourra guère espérer de modification qui soit favorable à la dilatation spontanée et ou sera contrait d'agir, après avoir cependant attendu jusqu'aux dernières périodes de l'évolution maternelle et fœtale.

Dans les cas contraires, il est de principe d'attendre. Souvent, beaucoup plus souvent qu'on ne pourrait se l'imaginer, le travail se termine sans les secours de l'art, dans les cas meme les plus graves en apparence. Simon, Plenck, Merriman, Portal, Barbant, MM. Moreau et Chailly citent des exemples de cette terminaison, auxquels M. Devilliers en a lui-même ajouté un très concluant. La raison de cette différence si fréquente entre le résultat que l'accoucheur craignait et celui qu'il voit arriver tient en grande partie aux changemens que l'état de gestation amène progressivement dans la structure, la mollesse et la dilatabilité du vagin, changemens dont en général on ne tient pas assez de compte et dont M. Devilliers indique parfaitement les causes et le mécanisme. « Quelle que soit, dit-il, l'organisation du vagin, il n'en est pas moins vrai qu'il offre entre ses lamelles fibro-celluleuses une grande quantité de ramifications vasculaires venant des hypogastriques et des utérines et beaucoup plus abondantes au tiers inférieur ; ses nerfs, comme ceux de l'utérus, viennent des plexus sacré et hypogastrique. Or le plus simple raisonnement n'indique-t-il pas que des parties placées dans des rapports si intimes de circulation, d'innervation et de fonctions avec l'utérus, doivent nécessairement subir en même temps que lui des modifications importantes pendant la grossesse ?... C'est aussi ce qui a lieu ; un accroissement, une nutrition très active se font dans l'épaisseur des parois vaginales ; toutes leurs parties, les vaisseaux entr'autres, acquièrent des dimensions considérables en longueur et en diamètre, au point que quelques-uns prennent alors le volume du petit doigt ; ils deviennent aussi plus flexueux. Les artères donnent par leurs pulsations un indice de leur développement ; c'est même là pour Osiander un signe de la grossesse (pouls vaginal) ; le vagin prend cette teinte violacée dont M. Jacquemin a fait aussi un moyen de diagnostic. — Par le fait de cette nutrition plus active, les parties constituantes du vagin reçoivent une augmentation réelle de molécules qui leur permet de devenir plus extensibles, plus flexibles qu'auparavant. Ces changemens sont frappans, non seulement dans les organes externes de la génération ; mais quel est celui qui, ayant un peu d'habitude du toucher n'a pas constaté pendant la grossesse, outre des différences dans la longueur, des changemens dans la consistance, l'épaisseur de ses parois ? Celles-ci, au neuvième mois, ne sont-elles pas ramollies au point que la muqueuse donne parfois au doigt la sensation d'une gelée ? Tous ceux qui ont dû introduire la main dans la cavité vaginale au commencement et à la fin de la grossesse chez la même femme savent bien à quoi s'en tenir sur les progrès de l'extensibilité de ses parois. »

DE LA MORVE ET DU FARCIN ; par M. AUDOUARD.

Ce travail repose sur une observation pleine d'intérêt dont la conséquence principale est que la morve et le farcin contractés par l'homme auprès d'animaux morveux peut être ensuite transmise par inoculation à plusieurs individus, chevaux et mulets ; et le sang est propre à cette transmission, comme le mucus morveux et la matière des pustules farcineuses.

Un capitaine dans le train des équipages militaires, âgé de 48 ans, d'une constitution délabrée, chargé de surveiller une infirmerie de chevaux morveux à Alger, y contracta d'abord le farcin. Au bout de deux mois, les symptômes devinrent plus intenses et une véritable *morve aiguë* se déclara. La mort eut lieu vers le douzième jour de cette dernière affection. L'autopsie présenta toutes les lésions propres à la morve et au farcin. Nous ne faisons qu'indiquer ce fait de transmission, sur lequel la science paraît aujourd'hui fixée. Mais les expériences suivantes faites douze heures après la mort, méritent d'être rapportées en détail.

Exp. I. — Du mucus des fosses nasales ayant été inoculé à une jument fournie par l'artillerie ne détermine aucun phénomène particulier.

Exp. II. — Du pus de pustules morveuses fut inoculé à une très forte mule du train des équipages militaires. Cette mule présenta d'abord des symptômes de morve ; ceux du farcin vinrent bientôt s'y joindre et les deux maladies marchèrent ensemble jusqu'à la mort de l'animal, qui eut lieu au bout d'un mois.

Exp. III. — Du pus d'un abcès intra-musculaire ayant été inoculé sur une très forte jument des chasseurs d'Afrique, elle éprouva des symptômes de morve très prononcés, tels que l'écoulement par les narines, avec ulcération commençante, engorgement considérable des glandes de la ganache, etc. ; parvenus à un certain degré d'activité, ces accidens se calmèrent insensiblement et l'animal finit par se rétablir.

Exp. IV. — Du sang des cavités du cœur fut inoculé sur un cheval des chasseurs d'Afrique. Cet animal mourut le dix-septième jour, avec tous les symptômes d'une morve aiguë.

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

DEUX OBSERVATIONS DE LUPUS GRAVES ; GUÉRISON PAR UN TRAITEMENT LOCAL ; par M. PAYAN.

La communication du savant et habile chirurgien d'Aix a surtout pour objet de fixer l'attention des praticiens sur l'importance du traitement local dans la cure du lupus. Des deux malades qu'il a traitées et guéries par l'emploi seul des caustiques, l'une avait déjà, et maintes fois, été soumise à l'usage des dépuratifs, des anti-dartreux, des anti-scrofuleux, des anti-syphilitiques, sans le moindre résultat avantageux. Chez la seconde, les médications internes n'avaient pas été non plus négligées ; M. Payan les avait lui-même réitérées, insistant pendant longtemps sur l'arséniate de fer, l'oxide d'or, etc. Et cependant, ajoute-t-il, nous n'avançâmes franchement vers la guérison dans l'un et l'autre cas que lorsque, cessant en quelque sorte de tenir compte des remèdes généraux, nous en vînmes à attaquer énergiquement le mal avec des caustiques. Le nitrate acide de mercure appliqué à plusieurs reprises suffit dans la première observation. Dans la seconde, il fut impuissant, de même que la solution caustique de chlorure d'or, en raison de l'action trop superficielle et trop passagère de ces caustiques ; la pâte arsénicale de Rousselot, et la poudre de sublimé corrosif appliquées en nature sur les surfaces altérées, achevèrent la guérison.

Il n'entre néanmoins ni directement ni indirectement dans les intentions de M. Payan de proscrire de la thérapeutique du lupus les médications internes variées qui si fréquemment ont amené ou concouru à amener des résultats favorables dans la marche de cette affection rebelle. Il pense au contraire qu'il sera souvent avantageux d'ordonner aux malades un genre de vie meilleur, une alimentation plus réparatrice, une plus grande propreté, et de leur faire prendre l'iodure de fer, et surtout l'iodure de potassium, peut-être aussi l'huile de foie de morue. Mais l'emploi combiné de ces moyens généraux ne doit pas faire perdre de vue qu'indépendamment de la modification constitutionnelle qu'on en espère et qui peut préparer les voies à la guérison, il existe un mal local qui a son existence propre, et qu'il ne faut pas négliger, comme on le fait trop souvent, d'attaquer par un traitement topique énergique consistant principalement dans l'emploi convenablement dirigé des caustiques.

DE L'EMPLOI AVANTAGEUX DES CATAPLASMES FROIDS ; par M. REVEILLÉ-PARISE.

Un préjugé assez bizarre l'emporte en médecine sur les déductions les plus rationnelles relativement à ce qui concerne la température des topiques employés pour combattre un état phlegmasique. Si l'on se propose de rougir la peau d'une partie, d'y attirer le sang, d'y déterminer une congestion vasculaire active, on la plonge dans l'eau chaude : témoin les bains de pieds. Veut-on, au contraire, y diminuer l'inflammation, y abattre la violence du raptus sanguin, y faire avorter une phlegmasie imminente, c'est encore aux applications chaudes, aux cataplasmes dits *émolliens* qu'on donnera la préférence. Comment se fait-il donc que le même moyen, très évidemment excitant, soit employé ensuite dans les cas où l'état de phlogose est prononcé, actif, inquiétant ? Et comment, des mêmes principes, quand leur vérité est démontrée, ne tire-t-on pas des conséquences identiques ?

M. Reveillé-Parise signale cette contradiction avec autant de force que de justesse ; mais il ne se borne point à la signaler. L'application suit immédiatement le principe : il n'hésite pas à proposer comme sédatif à la fois plus rationnel et plus efficace l'usage de cataplasmes froids ou presque froids. Le calorique qu'ils enlèventà la partie congestionnée devient alors une cause incessante et continue qui sollicite puissamment la résolution. Chez un coiffeur qui, porteur d'un violent panaris à l'index droit, avait vu la douleur redoubler par suite de l'application d'un cataplasme émollient chaud, un topique de même composition, mais beaucoup plus froid, amena en peu de temps un soulagement marqué. M. Reveillé-Parise a obtenu des effets aussi encourageants dans deux cas d'inflammation phlegmoneuse au bras, dans plusieurs lésions de continuité par armes tranchantes ou contondantes, ainsi que dans d'autres faits analogues qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Quelques précautions sont importantes à observer dans le maniement de cette médication. Ainsi, il ne faut pas que le cataplasme soit tout à fait froid ; quelques personnes sensibles et irritables ne pourraient en aucune manière le supporter ; tandis que, à la longue et en abaissant par gradation la chaleur, elles s'y habituent peu à peu.

En second lieu, quand on met le cataplasme tout à fait froid, il ne faut pas le laisser longtemps en place; l'auteur a observé qu'il peut alors causer une sensation désagréable aux malades.

Enfin, il convient de ne pas recouvrir de flanelle ces cataplasmes; tout au plus pourrait-on se servir de taffetas ciré pour entretenir leur humidité. On doit comprendre qu'il est utile de les laisser se refroidir librement sur la partie malade; car c'est précisément par cette réfrigération successive du topique qu'on obtient le résultat qu'on en attendait, celui de diminuer la chaleur et concurremment l'inflammation de la partie malade.

— En admettant même que, aux yeux de quelques personnes, M. Reveillé-Parise n'ait pas complétement prouvé la thèse qu'il a défendue avec sa raison et son esprit habituels, on ne pourra disconvenir que cette discussion n'ait rendu un service réel à l'art, en corrigeant un des excès les plus fréquens de la pratique usuelle. Si donc l'on éprouve encore quelque répugnance à recourir aux cataplasmes froids ou presque froids que préconise l'auteur, du moins sera-t-on ramené par ses raisonnemens à s'abstenir désormais des cataplasmes *très chauds* dont on ne manque jamais de couvrir les parties enflammées, et qui, selon la judicieuse remarque de notre confrère, y produisent nécessairement le même effet excitant qu'un pédiluve.

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros de juillet, août et septembre 1845 se composent des articles originaux suivans : 1° *Considérations sur la gale*; par M. Gibert. 2° *Cinq cas de hernie crurale étranglée*. (Ancun fait bien saillant.) 3° *Thérapeutique du croup*; par M. Godefroy. 4° *Fracture diaphysaire du fémur*; observée dans le service de M. Nélaton. (Blessé par un coup de pied de cheval, un homme robuste âgé de 42 ans, présenta au tiers supérieur de la cuisse gauche une solution de continuité du fémur, laquelle tenait à la fois de la fracture longitudinale, de la fracture en rave et de la fracture comminutive. Trois fragmens existaient : l'un détaché selon l'épaisseur de l'os, esquille longue de 8 à 10 centimètres, très mobile, était placé latéralement à la façon d'une attelle, répondant par son milieu à la rupture transversale. Au bout de deux mois, pendant lesquels fut maintenu l'appareil de Scultet avec l'attelle de Boyer, la guérison a eu lieu sans difformité et presque sans raccourcissement du membre.) 5° *Castration faite à l'âge de 2 ans chez un homme aujourd'hui fort âgé*. 6° *Observations pratiques de rhumatisme articulaire traité par les émissions sanguines répétées*; par M. Gorré. (Emissions sanguines larges et répétées; guérison rapide. L'auteur ne rapporte que deux observations; mais il en possède un grand nombre, et il n'a jamais vu la maladie se prolonger au delà de dix à douze jours.) 7° *Observations de rougeole; réflexions*; par le même. (Emploi également avantageux de la saignée employée avant l'établissement de congestions viscérales.) 8° *Réflexions sur les cataractes congéniales, leur diagnostic différentiel, leur traitement; observations*; par M. Desmarres. 9° *Considérations pratiques sur la lithotritie, avec des observations de ce genre d'opération*; par M. Payan. 10° *Kyste pileux de l'ovaire droit guéri radicalement par l'incision après plusieurs accidens*; par M. Chéreau. 11° *Observation de variole développée huit jours après une vaccination*; par M. Hahn. 12° *Un cas de phlébite traumatique; infection purulente et mort; et un cas de résorption purulente avec autopsie*; recueillis dans le service de M. Blandin. 13° *Compte-rendu de la clinique d'accouchemens de l'Ecole de médecine de Rennes pour l'année 1844*; par M. Godefroy. 14° *De l'iodure de potassium dans le traitement de la pneumonie*; par M. Upshur. (Traduit du PHILADELPHIA MEDICAL EXAMINER.) 15° *Quelle est la nature du miasme producteur de la fièvre intermittente?* par M. Berard.

THÉRAPEUTIQUE DU CROUP; par M. GODEFROY.

L'incertitude où nous sommes sur le mode d'action de la plupart des médicamens, ou, ce qui est bien pis, les fausses idées que nous nous formons sur ce point, nous font souvent méconnaître les utiles enseignemens de l'empirisme. L'esprit aime naturellement à comprendre le *pourquoi* de chaque chose, et quand il s'est une fois bien persuadé que telle substance guérit par telle ou telle action spéciale, purgative, émétique ou autre, il attribue aussitôt la même vertu curative à tous les purgatifs, à tous les vomitifs, et le plus facile à se procurer ou le plus *à la mode* est celui qu'il choisit. C'est peut-être ce qui est arrivé dans le traitement du croup. Hoffmann, Zimmermann et d'autres praticiens ont vanté l'usage du sulfate de cuivre, à la dose d'un quart de grain ou d'un demi-grain toutes les demi-heures, contre cette affection. Zimmermann affirme n'avoir perdu que deux malades sur quinze cas, pour la plupart très graves, où il a employé ce moyen. Mais le sulfate de cuivre est un émétique; c'est un médicament énergique; ne peut-on pas le remplacer par le tartre stibié? Voilà ce qu'on dit et ce qu'on fait; et malgré les ravages exercés par le croup, vous voyez peu de praticiens songer à tenter l'emploi de quelque autre substance. M. Godefroy a fait longtemps comme les autres. « Autrefois, dit-il, j'employais pour combattre le croup à la deuxième période, le séjour au lit, des boissons chaudes, des sangsues au devant du cou, des cataplasmes chauds au même lieu, l'émétique souvent répété, des révulsifs aux extrémités inférieures et la cautérisation des fausses membranes, s'il en apparaissait. A la troisième période, j'ajoutais à ces moyens des révulsifs sur le thorax et sur le canal intestinal. *Avec ce traitement, la plupart de mes petits malades succombaient.* »

Depuis peu, M. Godefroy a voulu profiter de l'expérience d'Hoffmann et de Zimmermann, et les résultats ont été des plus heureux. Seulement, comme ces médecins employaient la digitale concurremment avec le sulfate de cuivre, il s'est posé cette question : Est-ce au coivre ou à la digitale ou à l'association des deux médicamens que les guérisons doivent être rapportées? Il s'assura bientôt que l'honneur en revenait tout entier au sulfate de cuivre; et comme il employait simultanément les mêmes moyens qu'antrefois (sangsues, cataplasmes, etc.), que par conséquent la substance vomitive seule a été changée, il en résulte que c'est à ce changement qu'il faut attribuer tous les succès.

L'auteur rapporte 17 observations recueillies dans un intervalle de huit années et dans lesquelles le croup était presque toujours arrivé à la deuxième période. Dans tous les cas, le sulfate de cuivre a été employé; dans tous, la terminaison de la maladie a été heureuse. Dans ce laps de temps, sur un total de 23 cas, la mort n'a eu lieu que cinq fois. Mais dans ces 5 cas, le croup était arrivé à la troisième période quand M. Godefroy fut appelé, et les enfans n'ont pas survécu plus de vingt-quatre heures. « Avant d'avoir recours au sulfate de cuivre, dit M. Godefroy, je regardais tout enfant qui avait la voix, la toux et la respiration croupales, comme voué à une mort presque certaine; et maintenant grâce à ce médicament, la mort me paraît ne devoir être que l'exception lorsque nous aurons pu l'employer au début de la deuxième période. »

CASTRATION FAITE A L'AGE DE 2 ANS CHEZ UN HOMME AUJOURD'HUI FORT AGÉ.

A l'Hôtel des Invalides, dans le service chirurgical de M. Pasquier, se trouve un sujet dont l'histoire abregée peut offrir de l'intérêt sous plusieurs rapports. Il s'agit d'un vieillard de 71 ans, du nommé Monelet, qui, à l'âge de 2 ans, a été châtré à Sens par un charlatan pour obtenir la cure radicale de hernies inguinales. Ce malheureux mutilé est d'une petite taille. Ses membres sont grêles, ses os faibles, sa voix aiguë, son menton sans barbe. Il n'a point détesté les femmes, mais près d'elles il n'a eu que des désirs très fugitifs; ses jouissances dans le coït ont toujours été presque nulles; sa verge, comme tous les organes qui ne fonctionnent pas, est restée atrophiée; le prépuce dépasse le gland de plus d'un centimètre. Dans ce corps rabougri, qui a été évidemment arrêté dans son développement, il y a eu cependant de l'énergie et du courage. Monelet, quoique exempt du service militaire, a voulu aller à l'armée; il a fait une partie des guerres de l'empire, et les blessures qu'il porte sont des certificats authentiques de sa bravoure et de son ardeur au combat.

Aujourd'hui, et c'est ce qui frappe surtout en passant près de son lit, ce vieillard a tous les traits d'une vieille femme, sa pose, ses mouvemens, son inquiétude, sa voix glapissante, son caquetage. Malgré son âge avancé, il a la mémoire fraîche; il raconte avec précision les événemens auxquels il a assisté, il a un fonds de bonté naturelle dont toutes ses paroles sont empreintes. Tout en lui pourtant respire la tristesse, a un certain cachet vague de mélancolie; un regret s'est attaché à chaque pas de sa vie, regret qui a son point de départ dans l'affreuse mutilation qu'on lui a fait subir au berceau.

DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE; par M. UPSHUR.

L'auteur a récemment publié dans le MEDICAL EXAMINER de Philadelphie un cas de pneumonie *au troisième degré*, assurait-il, guéri par l'emploi de l'iodure de potassium. Il ajoutait qu'il possédait encore plusieurs observations semblables; mais il ne donnait alors à ce sujet aucun détail stéthoscopique. Voici maintenant trois observations plus circonstanciées dans lesquelles les malades *expectoraient du pus en abondance*. Dans deux cas, l'auscultation faisait entendre en un point circonscrit un craquement épais; dans le troisième, on n'entendait que la respiration bronchique accompagnée d'un *rhonchus muqueux rude*.

Dans ces circonstances, l'iodure de potassium a été employé à la dose de 1 gramme (terme moyen) par jour, et les trois malades ont guéri.

Malgré la louable résolution qu'a prise l'auteur d'apporter des faits à l'appui de ses assertions, peut-être en présence des résultats insolites qu'il annonce, ne trouvera-t-on pas ces faits encore assez détaillés. Nous lui paraîtrons bien difficile sans doute en ne nous rendant pas immédiatement à une affirmation aussi précise que celle-ci : *les malades crachaient du pus*. Les médecins qui croient guérir fréquemment la phthisie pulmonaire au troisième degré disent aussi avoir constaté chez leurs malades des signes de cavernes et l'expectoration de matières tuberculeuses : voulons-nous dire que M. Upshur a commis des erreurs de diagnostic? En aucune manière. Nous aurions seulement désiré qu'il insistât davantage sur les caractères physiques des matières expectorées et sur leurs variations depuis le début jusqu'à la terminaison de la maladie, aussi bien que sur les variations des signes stéthoscopiques. Les sujets ne nous paraissent pas avoir présenté ce cachet de dépression profonde des forces, qui est inséparable de la suppuration du poumon. Puis la rapidité de la guérison a quelque chose d'extraordinaire. Au bout de trois ou quatre jours, la convalescence était commencée. Un malade put au bout de dix jours reprendre ses occupations. Ce serait déjà un résultat fort rare pour une pneumonie au deuxième degré ; on a peine à l'admettre pour une pneumonie au troisième degré.

Au surplus, les expériences de M. Upshur méritent d'être rapportées et nous y engageons sérieusement les praticiens.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE.

ANATOMIE COMPARÉE.

M. Duvernoy présente le huitième volume des Leçons d'anatomie comparée par G. Cuvier et G.-L. Duvernoy, et lit une note dans laquelle il résume les points principaux qui sont traités dans ce volume, et qui sont relatifs aux organes de la génération et des sécrétions.

Cette communication a été l'occasion d'une assez vive discussion qui s'est élevée entre MM. Serres, Duvernoy et Flourens.

M. Serres : Je désire savoir si la note que vient de lire M. Duvernoy sera imprimée dans les Comptes-rendus. Si elle ne doit pas être imprimée, je n'aurais rien à dire; mais s'il doit en être autrement, je ne puis m'empêcher de protester hautement, au nom des anatomistes qui sont dans cette enceinte, contre une manière aussi incomplète de présenter l'état de la science en anatomie comparée. Je ne saurais, pour mon compte, laisser passer sans observation un travail dans lequel les immenses progrès qui ont été faits en anatomie comparée depuis Cuvier sont entièrement méconnus, où il n'est nullement tenu compte d'une méthode, je ne dirai pas contraire, mais collatérale à celle de Cuvier, méthode qui explique un grand nombre de faits entièrement omis par ce grand naturaliste. Il n'y est question ni des progrès de l'embryogénie, qui nous montre, dans les embryons des grands animaux, la répétition transitoire des conditions d'organisation permanentes des animaux inférieurs, ni des progrès que l'anatomie comparée doit à l'étude des développemens successifs des êtres, ni de cette anatomie d'ensemble qu'on ne trouve dans aucune des coupes de l'ouvrage dont M. Duvernoy présente une nouvelle édition.

M. Duvernoy : Je prierai M. Serres de remarquer que je n'ai eu nullement la prétention, dans cette note, de faire l'histoire de l'anatomie comparée. Le plan de Cuvier était essentiellement physiologique. Ses divisions étaient fondées d'après les grandes fonctions. En décrivant la méthode de mon illustre maître, il n'entrait point dans mon objet d'y faire entrer aucune considération relative à l'anatomie philosophique. Je me plais à reconnaître hautement tout ce que la science doit, sous ce rapport, à plusieurs anatomistes célèbres, et en particulier à M. Serres. Cuvier lui-même, d'ailleurs, n'avait pas méconnu entièrement les services que l'anatomie philosophique pourrait rendre à la science ; on trouve dans ses ouvrages quelques indications de cette belle science dont un autre génie s'est occupé depuis avec tant d'éclat. Mais, je le répète, je n'ai pas cru qu'il fût nécessaire de rappeler ces faits à l'occasion de la présentation que je viens d'avoir l'honneur de faire à l'Académie.

M. Serres : Il s'agit de savoir s'il ne doit y avoir qu'un seul ordre de faits en anatomie; si l'on ne doit tenir compte que des faits d'anatomie matérielle; si l'homme et les animaux ne doivent être considérés qu'à l'état adulte, tout formés, ou bien en même temps dans la série des diverses périodes de leur formation. Je le répète, méconnaître l'importance de cette dernière manière d'envisager l'anatomie, c'est faire reculer la science, c'est nier les progrès immenses qu'a faits l'anatomie matérielle elle-même depuis plus vingt ans.

M. Duvernoy se défend de nouveau d'avoir eu l'intention ni de critiquer, ni de méconnaître, par son silence, la philosophie anatomique et l'histoire des développemens et des transformations organiques. S'il n'en a point parlé, c'est que cela ne pouvait être renfermé dans le volume qu'il vient de publier.

M. Isid. Geoffroy-St-Hilaire : M. Serres n'a pas cru que M. Duvernoy eût l'intention de critiquer les travaux d'anatomie philosophique; mais il a voulu faire des réserves. Il a voulu dire seulement qu'il n'y a pas qu'une seule anatomie, que toute la science anatomique n'est pas comprise dans Cuvier, qu'il y a une autre anatomie, non opposée, mais collatérale à celle de Cuvier, et la complétant.

M. Milne-Edwards : Je ferai remarquer à M. Serres que l'impression dans les Comptes-rendus n'implique nullement l'approbation ou l'improbation de l'Académie. L'Académie n'a point à porter un jugement comme s'il s'agissait d'un rapport. Le Compte-rendu, qui n'est que le procès-verbal officiel de nos séances, doit admettre tout ce qui a été lu par un membre, soit titulaire, soit correspondant, n'importe l'opinion qui y est soutenue. Tout membre a le droit d'exposer ici ses opinions. Libre à ceux d'entre nous qui ne les partageraient pas de les combattre et d'émettre leur manière de voir.

M. Flourens (avec vivacité) : Je proteste de toutes mes forces contre l'espèce de tyrannie que l'on voudrait, au nom d'un système très contestable, exercer dans le sein de l'Académie. Est-ce à dire que désormais aucun travail ne pourra être imprimé dans les Comptes-rendus s'il n'a préalablement obtenu l'assentiment de M. Serres ? Je comprends d'autant moins pour ma part une pareille prétention, que rien n'est moins démontré, à mon avis, que les opinions que l'on voudrait faire prévaloir au nom d'une certaine philosophie anatomique à laquelle je n'ai, je l'avoue, jamais rien pu comprendre. L'insertion dans les Comptes-rendus n'a jamais été refusée à aucun membre de l'Académie; et ce serait envers M. Duvernoy, l'un de ses correspondans les plus illustres, qu'on voudrait pour la première fois exercer une semblable rigueur! M. Duvernoy qui, je lui demande pardon de m'exprimer ainsi en sa présence, alors que beaucoup d'entre nous étaient encore enfans, avait déjà acquis une célébrité européenne par sa collaboration si utile aux œuvres de cet homme de génie, notre maître à tous, qui frayait alors les routes où les sciences naturelles n'ont cessé de marcher depuis quarante ans.

La note lue par M. Duvernoy sera insérée dans le Compte-rendu, et si M. Serres le juge à propos, ses réflexions y seront insérées aussi.

M. Serres : J'ai été mal compris sans doute dès qu'on a cru que je m'opposais à l'insertion de la note de M. Duvernoy dans le Compte-rendu. J'ai voulu seulement, dans le cas où cette insertion serait ordonnée, qu'on sût que les opinions qui y sont exprimées ne sont pas partagées par tous les membres de cette assemblée.

Cet incident n'a pas eu d'autre suite; l'Académie reprend son ordre du jour.

Parmi les pièces de la correspondance, nous avons remarqué les suivantes :

EMPLOI DE L'IODE POUR DISTINGUER LES PLUS PETITES TACHES ARSÉNICALES DES TACHES ANTIMONIALES DANS LES RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES.

M. Lassaigne après plusieurs tentatives a été conduit à imaginer un procédé destiné à constater la présence de l'arsenic et de ses composés en quantités très minimes. Ce procédé consiste à exposer les taches d'arsenic ou d'antimoine à l'action de la petite quantité de vapeur que forme l'iode à une température de 12 à 15° centigrades. Les premières taches se colorent en jaune brun pâle, qui devient jaune citron à l'air en moins de quelques minutes. Cette coloration disparaît ensuite par une exposition à l'air ou à une douce chaleur. Les secondes, ou taches antimoniales, placées dans les mêmes conditions, se colorent en jaune carmélite foncé, et cette couleur passe à l'orangé au contact de l'air et persiste ensuite. Pour obtenir cette réaction qui se développe à la température ordinaire en moins de 10 à 15 minutes, il faut renverser la capsule de porcelaine où se trouvent les taches faites avec l'appareil de Marsh sur une soucoupe au milieu de laquelle on a placé une petite quantité d'iode sec en cristaux lamelleux.

Divers autres faits que l'auteur rapporte viennent, suivant lui, démontrer le nouvel emploi que l'on peut faire de l'iode comme réactif et ajouter un caractère de plus à ceux qu'on possédait déjà sur les taches arsénicales et antimoniales.

CHAULAGE DES BLÉS A L'ARSENIC ET AU SULFATE DE CUIVRE.

M. Girardin, professeur de chimie à Rouen, adresse une note relative à la recherche de l'arsenic et du cuivre dans les blés chaulés avec l'acide arsénieux et le sulfate de cuivre. Existe-t-il de l'arsenic dans les blés provenant de semences chaulées avec l'acide arsénieux? Telle est la question en dissidence sur laquelle M. Girardin a fait de nouvelles recherches. Il a soumis à plusieurs reprises une certaine quantité de blé (2 kilog au moins) à l'analyse chimique, en variant chaque fois le mode de traitement, et soumettant toujours la liqueur définitive à l'appareil de Marsh; jamais il n'a pu constater dans les grains la moindre trace arsénicale.

Il résulte donc de cette première série d'expériences que les blés chaulés par lui-même en 1843 et 1844, au moyen de l'acide arsénieux, ont produit des semences absolument dépourvues d'arsenic.

M. Girardin a voulu vérifier, en outre, si les blés provenant de semences chaulées avec le sulfate de cuivre contiennent quelques traces de ce dernier métal. On sait, d'après les recherches de plusieurs chimistes, que les plantes cultivées dans un terrain qui a reçu de petites quantités de sulfate de cuivre renferment manifestement du cuivre dans leurs différens organes. En conséquence, il a incinéré plusieurs kilogrammes de blé venant de sa culture chaulée au sulfate de cuivre. Les cendres ont été épuisées par l'acide azotique bouillant; et les liqueurs ont été évaporées jusqu'à siccité. Le résidu a été repris par une très petite quantité d'eau, et dans cette liqueur légèrement acidulée il a fait tremper pendant vingt-quatre heures une grosse aiguille d'acier poli. Au bout de ce temps, l'aiguille s'est recouverte d'une enveloppe rougeâtre qui, détachée, lui a offert, au moyen des réactifs appropriés, tous les caractères du cuivre.

Du blé, provenant de semences non chaulées, traité de la même manière, ne lui a fourni que des traces insignifiantes de cuivre.

Ainsi donc, contrairement à ce qui a lieu avec l'acide arsénieux, le blé qui a été chaulé avec le sulfate de cuivre donne des semences dans lesquelles il y a toujours une proportion de cuivre très sensible.

NOUVEL INSTRUMENT A CATARACTE.

M. Magne adresse une note relative à un instrument destiné à simplifier et rendre plus facile l'opération de la cataracte.

La meilleure des trois méthodes, à l'aide desquelles on remédie aux opacités de l'appareil cristallin, serait sans aucun doute l'extraction qui, ne laissant pas dans l'œil les fragmens opaques, n'expose pas aux récidives. Mais un grand inconvénient de l'extraction, c'est de produire une plaie qui, lorsqu'elle ne se cicatrise pas, détermine la fonte de l'œil. A l'aide de l'instrument qu'il a imaginé, la cornée et la capsule sont ouvertes dans un même temps ; l'opération consiste pour ainsi dire dans une seule ponction et l'ouverture de la cornée n'est pas assez large pour que la cicatrisation ne puisse avoir lieu.

DU SEL DE BAYONNE, DU SEL DE CUISINE.

Dans la précédente séance, M. Magendie a fait, en son nom et au nom de M. Pelouze, un rapport sur un nouveau sel destiné aux usages domestiques, et connu sous le nom de sel de Bayonne. Le rapporteur, après avoir fait connaître la composition chimique et les propriétés physiques de ce sel, qui, suivant lui, serait d'une très grande pureté comparé au sel en usage à Paris, qui contient environ 25 pour 100 de matières étrangères, concluait et proposait à l'Académie de déclarer que le sel de Bayonne peut être introduit avec avantage dans le commerce.

Une vive discussion s'est élevée sur ce rapport. M. Balard s'est récrié sur la manière dont a procédé le rapporteur en comparant un sel pur donné comme échantillon avec le sel du commerce qui au su et vu de tout le monde contient une grande proportion de substances étrangères qui y sont frauduleusement introduites. Pour être juste, dit M. Balard, il eût fallu au moins comparer les deux sels au même degré de pureté. M. Magendie se serait convaincu alors que le sel des salines du Midi ne contient pas plus de 1 1/2 à 2 pour 100 tout au plus de matières étrangères.

M. Dumas a exprimé la crainte que les conclusions du rapport ne devinssent le texte d'un prospectus compromettant pour la dignité de l'Académie.

MM. Dupin, Payen, Robinet et quelques autres membres ont, sous diverses formes, exprimé la même crainte et demandé que les conclusions fussent modifiées. Suivant MM. Flourens et Regnault, il n'y avait pas lieu à proposer des conclusions.

M. Magendie défend ses conclusions, qu'il croit conformes aux intérêts de la classe pauvre et particulièrement de la population des hospices, qu'il a eu surtout en vue.

M. Pelouze étant absent, M. le président a invité M. Magendie à s'en entendre avec lui et à proposer dans la séance suivante les conclusions que la commission aurait arrêtées.

Aujourd'hui M. Magendie revient avec de nouvelles conclusions consistant à déclarer que le sel de Bayonne peut être employé pour les usages domestiques au même titre que le meilleur sel ordinaire.

Une nouvelle discussion s'engage. M. Pelouze déclare ne pas partager l'opinion de M. Magendie, et propose des conclusions différentes. Sur la proposition du président, l'Académie passe à l'ordre du jour.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Après quelques rectifications demandées par M. Blandin relativement à la discussion du rapport de M. Velpeau, le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

— M. le secrétaire annuel donne lecture des deux pièces suivantes de la correspondance.

OPÉRATION DE BEC-DE-LIÈVRE.

M. Boudon, médecin des épidémies à Clermont (Oise), annonce qu'il vient de pratiquer avec succès l'opération du bec-de-lièvre, sur un nouveau-né, en suivant les erremens et d'après les principes de M. le professeur P. Dubois. Il s'agissait d'un bec de lièvre congénial double avec scissure profonde de la voûte palatine, qui rendait l'allaitement impossible. On avait même beaucoup de peine à faire boire l'enfant à la cuillère ; les liquides étaient en grande partie rejetés hors des lèvres. L'enfant n'avait que quelques jours lorsqu'il fut présenté à M. Boudon. J'hésitai quelque temps, dit-il, à opérer à un âge aussi tendre, et je ne m'y serais peut-être point déterminé, si je n'avais eu connaissance de la communication faite récemment sur ce sujet à l'Académie par M. le professeur Dubois. L'opération commencée quatre jours après la naissance a été faite en deux temps.

Le procédé opératoire a été exécuté de point en point d'après les prescriptions de M. Dubois : les bords de la division labiale, rendus saignans par une incision, ont été réunis par la suture entortillée. Les premiers fils ont été retirés au bout de vingt-quatre heures et remplacés par d'autres fils moins serrés que les premiers. Ce pansement a été renouvelé chaque jour jusqu'au retrait des épingles, en diminuant de plus en plus la constriction. Les épingles n'ont été retirées que lorsque la cicatrice a paru assez solide. L'opération n'a déterminé aucun accident et a été couronnée d'un plein succès.

INCONVÉNIENS DE L'ÉMÉTIQUE A HAUTE DOSE ET EN SOLUTION.

M. Ernest Boudet adresse une note relative aux inconvéniens graves qui résultent souvent de l'administration de l'émétique à haute dose et en solution, et aux moyens d'obvier à ces inconvéniens. Ces inconvéniens consistent, d'après M. E. Boudet, en ce que l'émétique ainsi administré détermine ordinairement une inflammation couenneuse ou pseudo-membraneuse sur la muqueuse digestive et en particulier sur la muqueuse buccale ; il en résulte souvent aussi une gêne notable de la respiration. Cette complication est assez commune pour que M. Boudet ait pu l'observer sur vingt-cinq sujets dans un assez court intervalle de temps. Le moyen qu'il propose pour prévenir ces accidens consiste à administrer le tartre stibié, lorsque son emploi à haute dose est indiqué, sous forme pilulaire, au lieu de le faire prendre en solution. Sous cette forme, le tartre stibié conserve la même efficacité, sans avoir les mêmes inconvéniens. Il fait confectionner à cet effet des pilules qui contiennent chacune un décigramme d'émétique.

M. Boudet assure avoir expérimenté ce nouveau mode d'administration de l'émétique et s'être convaincu de ses bons effets.

— M. le président annonce que l'Académie se formera en comité secret à cinq heures et quart.

Mardi prochain, l'Académie procédera au renouvellement du bureau.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Velpeau.

La parole est à M. Rochoux.

INJECTIONS IODÉES.

M. Rochoux : M. Velpeau, en faisant l'histoire des différentes méthodes proposées contre les hydarthroses, a parlé du contro-stimulisme. Cette méthode est, suivant moi, aussi décevante que tout ce qu'on dit depuis si longtemps des propriétés vitales. J'ai voulu l'essayer dans le traitement de la pneumonie, et je n'ai pas tardé à reconnaître qu'elle ne produisait que des insuccès et des accidens. Je ne crains donc pas de dire, *à priori*, qu'elle doit être sans efficacité contre les hydarthroses.

Après avoir critiqué la définition que M. Velpeau donne des cavités closes, M. Rochoux aborde la question du traitement des hydarthroses et de l'hydrocèle par les injections iodées. Il a traité un grand nombre d'hydrocèles aux Antilles ; il a constamment eu recours aux injections vineuses, et n'a eu qu'à se louer de leur emploi. Il ne conçoit pas, dès lors, pourquoi l'on chercherait à substituer une médication nouvelle à une médication éprouvée et dont le succès est presque constant. Quant aux hydarthroses, c'est sans doute parce que l'iode échoue souvent dans le traitement de l'hydrocèle, qu'il réussit quelquefois dans celui de l'hydarthrose. Ici, en effet, il n'est pas nécessaire, comme dans l'hydrocèle, d'obtenir l'adhérence complète des parois, et l'on peut s'expliquer ainsi comment les injections iodées, insuffisantes dans le premier cas, peuvent suffire dans celui-ci. J'ai eu l'occasion, ajoute M. Rochoux, de traiter un grand nombre de vieillards de Bicêtre atteints d'hydarthrose ; presque tous ont guéri sous l'influence de quelques évacuations sanguines et du repos. Les injections iodées feraient-elles mieux ? Il est permis d'en douter.

M. Rochoux pense en définitive que cette discussion n'aura pour effet que de faire ressortir quelques faits de détail.

M. Gimelle, contrairement à l'opinion émise dans le rapport, considère l'hydarthrose comme une affection grave ; non qu'elle puisse occasionner la mort, mais parce qu'il en résulte presque toujours une rigidité incurable de l'articulation, l'atrophie du membre, et quelquefois une véritable tumeur blanche qui nécessite l'amputation. C'est pour s'opposer à cette dégénérescence que M. Velpeau propose un moyen qu'avaient déjà tenté sans succès quelques chirurgiens, et qu'un seul peut-être dans cette enceinte persiste à croire innocent. L'hydarthrose guérit quelquefois seule, lorsqu'elle n'est pas grave. Dans le cas contraire, on obtient presque sûrement, à l'aide des ventouses scarifiées, des vésicatoires plus ou moins grands, les résultats que se propose M. Velpeau avec les injections iodées ; enfin dans les cas les plus graves, où les moyens que je viens d'indiquer, dit M. Gimelle, ont paru insuffisans, j'ai retiré de bons résultats de l'émétique à haute dose.

En ce qui concerne l'hydrocèle, j'ai employé quelquefois l'iode ; j'ai remarqué que les injections iodées sont en général moins douloureuses, dans la première application, que les injections vineuses. Cependant dans un cas je les ai vues déterminer des douleurs tellement vives, que le malade fut pris de convulsions. Chez un vieillard de 66 ans la guérison s'est maintenue pendant dix mois, mais au bout de ce temps la collection séreuse s'est reproduite dans la même tunique vaginale où avait été pratiquée l'injection. Au mois de mai dernier j'ai opéré un jeune homme de 20 ans ; il paraissait guéri, lorsqu'au mois de novembre dernier il est revenu me trouver avec un nouvel hydrocèle. J'avais cru jusqu'alors que l'adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale était nécessaire pour la guérison. Ces faits portent à penser qu'on peut obtenir sans adhérence une guérison au moins temporaire.

M. Gerdy : Les injections d'iode que M. Velpeau préconise dans les hydropisies de toutes les cavités séreuses ont déjà été employées par plusieurs chirurgiens dans le même but, sinon d'une manière aussi générale que le propose M. Velpeau. Tout le monde sait que M. Lugol se sert depuis longtemps d'injections iodées dans les articulations chez les sujets scrofuleux. Pour ma part, je n'ai jamais employé les injections iodées dans les hydarthroses, parce qu'il est d'autres moyens qui sont tout au moins aussi efficaces et plus innocens. Il faudrait bien se garder de croire, en effet, que les injections iodées soient dépourvues d'inconvéniens ; bien loin de là, il en est résulté souvent des suites graves et même des accidens d'empoisonnement. Un malade, qui avait été opéré par M. Velpeau, mourut quelque temps après, et l'on trouva à l'examen nécroscopi-

que les cartilages de l'articulation qui avait été opérée érodés et profondement altérés.

En examinant les motifs qui ont déterminé M. Velpeau à faire choix de l'iode dans le traitement de l'hydrocèle, M. Gerdy est conduit à reconnaître que ces motifs sont, en général, peu fondés. L'iode aurait, suivant M. Velpeau, l'avantage de ne point nécessiter d'être porté à une température élevée; il ne serait pas non plus nécessaire de pousser l'injection jusqu'à la distension; enfin le vin chaud, n'étant point absorbable, peut donner lieu à la gangrène; mais il paraîtrait que l'iode que M. Velpeau regarde comme incapable de produire la gangrène, peut très bien amener ce résultat, ainsi que le constatent des expériences consignées dans une thèse récemment soutenue à la Faculté par M. Bavot et un fait observé par M. Jobert. Ces mêmes expériences démontrent en outre que l'iode, par suite de la facilité avec laquelle il est absorbé, produit quelquefois des effets vénéneux très graves: M. Bavot, ayant injecté de l'iode dans les articulations sur des chiens, a vu un chien succomber en peu de temps à des symptômes d'empoisonnement. Il a retrouvé ensuite à l'analyse chimique l'iode qui avait été absorbé.

Je pourrais citer encore, ajoute M. Gerdy, le fait qui s'est passé à Calcutta, d'un sujet qui a succombé avec tous les symptômes d'un empoisonnement à la suite d'une injection iodée.

Il résulte donc de tous ces faits, d'une part, que les injections d'iode ne sont pas plus avantageuses que les autres moyens thérapeutiques, puisqu'elles ne donnent pas une plus grande proportion de guérisons, et d'autre part, qu'elles sont plus fécondes en accidens.

J'ai fait de mon côté des expériences pour le traitement de l'hydrocèle; j'ai fait des injections d'eau chaude, et j'ai obtenu des guérisons en vingt jours; j'ai injecté de l'eau alcoolisée; dans un cas, il en est résulté la gangrène; chez un autre opéré il y a eu récidive. J'ai essayé aussi l'eau alumineuse, et j'ai obtenu des guérisons; j'en ai obtenu quelques-unes aussi avec de l'eau salée. Ne pourrait-on pas tenter encore des injections avec une décoction d'écorce de chêne? Pourquoi, quand il y a tant de substances innocentes qui présentent des chances de succès, ne pas multiplier avec leur secours des essais qui ne peuvent avoir aucun inconvénient, plutôt que d'en venir à une substance qui, ainsi que l'expérience l'a démontré, peut si facilement déterminer des accidens d'empoisonnement?

Pour me résumer, je crois que les termes du rapport sont beaucoup trop absolus, et que l'Académie s'avancerait et courrait le risque de se compromettre en approuvant la méthode des injections iodées. Je vote contre les conclusions du rapport.

M. Blandin: Dans les quelques mots de réponse que M. Velpeau m'a adressés dans la dernière séance, il a supplié les chirurgiens de ne pas s'occuper de mes objections et de ne pas prendre mes paroles au sérieux. Messieurs, c'est très au sérieux que je me suis exprimé, et ce que vient de dire M. Gerdy vient à l'appui de mes paroles. J'ai dit à M. Velpeau que s'il n'avait pas eu encore d'accidens, il en aurait infailliblement. J'ignorais alors, ce que je sais maintenant, l'accident qui est consigné dans le mémoire même de M. J. Roux, ceux que M. Gerdy vient de rappeler et qui ont été observés par M. Bavot, par M. Jobert et par M. Velpeau lui-même. Voilà donc des faits nouveaux qui viennent confirmer les craintes que j'exprimais dans la dernière séance. J'en connais un encore qui s'est passé dans le service de M. Gerdy, où il s'agissait d'un malade portant un grand kyste de la région cervicale et qui a succombé aux suites d'une injection iodée. J'en pourrais citer quelques autres encore, mais je n'ai pas à leur égard de notion assez précises. Cependant M. Velpeau présente ces injections comme innocentes; il a dit qu'il ne se ferait pas faute, au besoin, de pratiquer l'injection iodée dans un hydrocèle congénital, communiquant par conséquent avec le péritoine. J'avoue qu'après les faits qui viennent d'être cités je ne saurais partager cette sécurité.

Une dernière remarque: M. Velpeau a écrit quelque part, qu'à la suite de ces injections les malades peuvent dès le lendemain, ou peu de jours après, se lever, marcher et vaquer à leurs affaires. Cette circonstance ne pourrait-elle pas expliquer comment des malades sortis peu de jours après l'opération et n'ayant pas reparu depuis à l'hôpital, auraient été considérés comme guéris, alors que leur guérison n'était qu'apparente?

M. Gerdy (pour un fait personnel): Je n'ai aucun souvenir du fait que M. Blandin a cité comme s'étant passé dans mon service. Il est probable qu'il s'est passé pendant mon absence. Il serait par conséquent imputable au chirurgien qui me remplaçait et non à moi-même.

M. Velpeau: L'Académie conviendra qu'on a invoqué assez de faits contre moi, pour que je doive user enfin du droit de les réfuter. Vu l'heure avancée, je consens toutefois à ajourner la discussion; on me permettra cependant de relever quelques faits particuliers que je ne puis laisser plus longtemps sans réponse. Et par exemple je ne puis m'empêcher de relever l'insinuation que vient de faire M. Blandin en dernier lieu, que mes opérés n'ayant pas été revus, je n'ai pu m'assurer s'ils avaient été guéris ou non. Il s'est fondé sans doute sur ce que j'ai parlé dans mon rapport d'un malade qui a été opéré à la consultation; mais ce malade a été revu par moi en ville. Les autres ont tous été gardés à l'hôpital jusqu'à complète guérison. Quant aux récidives dont on a parlé, il est évident que si elles ont eu lieu un an ou plus après l'opération, elles ne sauraient être imputées à la méthode; peut-on d'ailleurs les appeler des récidives?

On a cité le fait d'un jeune homme traité pour une hydarthrose avec carie de l'articulation. Il y a eu effectivement un peu d'inflammation à la suite de l'injection iodée; mais la résolution s'en est opérée, lentement il est vrai, mais elle n'en a n'en pas moins été réelle. Il y avait deux mois et demi qu'il avait été opéré et plus de deux mois qu'il ne souffrait plus, et qu'il n'y avait plus de trace d'épanchement dans l'articulation, lorsqu'il fut pris d'une hémoptysie effrayante, suivie de tous les symptômes d'une fièvre typhoïde, et transporté dans un service de médecine. Où y a-t-il là la moindre raison de soupçonner l'influence toxique de l'iode, lorsque deux ou trois mois après ce malade était très bien portant? Qu'on dise qu'il n'était pas guéri; soit. C'est discutable. Mais qu'on vienne dire qu'il y a eu des accidens d'empoisonnement par absorption, c'est trop fort.

Il y a des dangers très grands, a-t-on dit, à faire des injections iodées dans les grandes cavités closes. On s'autorise à cet égard d'expériences sur les animaux. Ces craintes sont loin d'être justifiées par ma propre expérience. J'ai hésité, il est vrai, à faire des injections iodées dans le péritoine; mais d'autres plus hardis, l'ont fait, et leur tentative a été couronnée de succès. Je citerai, entre autres, un chirurgien recommandable à qui une semblable hardiesse a parfaitement réussi, M. Dicolafoy, de Toulouse.

M. Gerdy s'oppose à ce qu'on loue le travail de M. J. Roux. Je ne saurais consentir à un pareil déni de justice.

Je demande à l'Académie la permission de revenir sur d'autres points de la discussion à la séance prochaine.

Il est près de cinq heures, la séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS RELATIVES A L'EMPLOI DE LA SUTURE DANS LE TRAITEMENT DES TENDONS DIVISÉS; par E. Bertherand, chirurgien aide-major au 22e léger.

Obs. I. — Un individu de 24 ans environ, d'une forte constitution, travaillant aux champs pendant l'été de 1843, se divisa, d'un coup de faucille, le tendon extenseur de l'annulaire. La plaie, située obliquement de dedans en dehors, vers le bord radial de la main gauche, s'étendait depuis le milieu de la phalange jusqu'à 3 centimètres vers la ligne médiane de la face dorsale du métacarpe. Le tendon était complètement coupé, son extrémité digitale paraissait seule dans la plaie; l'autre portion avait fui à la distance de deux centimètres sous les tégumens. La solution de continuité, assez largement ouverte, était baignée par une très petite quantité de sang. Après avoir appliqué un gantelet à la main blessée, je disposai contre la face palmaire de l'avant bras et de la main une planchette large de quatre travers de doigt, longue de 45 centimètres et recouverte d'une couche de ouate. Quelques jets de bande, commencés par l'articulation radio-carpienne, et terminés au pli du coude, la fixèrent à l'avant-bras. Je plaçai deux compresses longuettes sur la portion musculaire supérieure du tendon divisé, et par dessus une deuxième attelle de 12 à 15 centimètres de long, maintenue parallèle à la planchette au moyen d'une autre bande roulée, et serrée avec assez de force pour exercer en même temps une compression énergique, mais non douloureuse, sur le trajet de la corde musculaire du doigt blessé.

Le bout supérieur du tendon, qui avait été ramené avec des pinces au niveau de la plaie, avant la compression de la racine du membre, fut traversé à quelques lignes de la division avec une fine aiguille, dont le chas portait un fil ciré. Même manœuvre sur l'extrémité digitale du tendon. Je rapprochai les deux bouts et les maintins en contact en nouant sans efforts les fils de la suture, que je coupai très près de leur réunion. Ablation des matières étrangères couvrant les lèvres et l'écartement de la plaie tégumentaire; pour tout pansement, compresses imbibées d'eau froide, maintenues en permanence sur la plaie.

Le dos de la main et les doigts furent ensuite relevés le plus possible, de manière à former avec la longue planchette un angle aigu, que je remplis avec des compresses et de la charpie. Le tendon était alors dans le relâchement le plus complet. Le membre ainsi enveloppé, je le plaçai dans le milieu d'une cravate, pliée en deux et nouée autour du cou du malade, qui, avec cet appareil à suspension, pouvait se promener. — Traitement général antiphlogistique.

Le troisième jour, le rapprochement adhésif des bouts des tendons était presque complètement opéré, la plaie très belle, légèrement rouge. Ablation du fil de la suture.

La cicatrisation complète eut lieu le huitième jour. Pendant les deux derniers jours, l'extrémité digitale de la main fut graduellement abaissée et soumise à quelques mouvemens destinés à détruire les adhérences qui auraient pu se former entre le tendon et les tissus voisins.

Le quinzième jour, ablation de l'appareil; les muscles sont rendus à leurs fonctions. Il ne reste plus de l'accident que la cicatrice cutanée; l'extenseur recouvra bientôt toute l'intégrité de ses mouvemens.

Obs. II. — M. M..., en se battant en duel, reçut un coup de sabre sur la face dorsale de la main droite. Il en résulta une plaie assez profonde, diagonalement située à la surface trapézoïde du métacarpe, et comprenant la peau, le tissu cellulaire et le tendon extenseur du médius. Je procédai au pansement comme dans le cas précédent; seulement, la section du tendon étant peu régulière et très oblique, deux points de suture furent placés aux deux angles de chaque extrémité tendineuse. Même pansement que ci-dessus.

Au dix-huitième jour, l'appareil fut enlevé, et quelques jours après M. M... se servait de son doigt pour écrire aussi bien qu'avant l'accident.

De l'examen attentif de ces faits et de l'appréciation des réflexions des auteurs qui ont écrit sur le traitement des solutions de continuité, je crois pouvoir arriver aux conclusions suivantes:

1° La suture est pour la réunion des tendons divisés un moyen rationnel, permettant le mieux de conserver au muscle toute son intégrité matérielle et fonctionnelle, toutes les fois que le contact immédiat des extrémités de la solution de continuité ne peut être obtenu par la position seule. En effet, si l'on coupe sur les deux membres abdominaux d'un

animal, comme je l'ai fait, les tendons de deux muscles correspondans, que l'on réunisse les deux bouts de l'un par la suture, et que l'on abandonne l'autre à lui même, après avoir un peu écarté ses extrémités saignantes, l'on remarquera, au bout d'un certain temps, que le premier reprend beaucoup plus vîte ses fonctions; le membre auquel il appartient reste toujours plus fort, doué de mouvemens plus énergiques. Après la mort de l'animal, le tendon, dont la suture, ou un rapprochement immédiat, n'avait pas mis en contiguïté exacte les extrémités, a toujours paru moins robuste, offrant aux efforts et aux tractions exercés sur les bouts une résistance bien moindre.

D'autre part, pour beaucoup de professions, la culture de certains arts manuels surtout, la perfection des mouvemens est d'une incontestable et majeure utilité, et tient uniquement à l'intégrité des organes qui les déterminent. Il y a donc importance capitale à ne point la perdre de vue dans le choix et l'application des moyens de traitement. Cette précision de la locomotion des cordons musculaires relève non seulement de la liberté de leur jeu, mais encore de la conservation intacte de la longueur qui leur a été normalement dévolue, condition que la suture permet de remplir avantageusement lorsque l'inosculation des bouts du tendon n'a pas lieu d'elle-même.

2° La combinaison des deux planchettes avec la position de l'extrémité digitale répond bien aux indications toutes spéciales de tenir le membre immobile, de prévenir toute contraction musculaire, d'écarter enfin toute cause tendant à déranger l'œuvre de la réunion. La suture, en effet, pour pouvoir rendre tous les services qu'elle promet, ne doit pas être appliquée seule. Si, d'une part, elle permet de maintenir dans un contact immédiat les extrémités tendineuses divisées, elle exige, d'un autre côté, que l'on corrobore son efficacité en paralysant le plus possible l'action des causes qui pourraient contrarier le travail de réunion qu'elle favorise.

3° Au moyen de la disposition de l'appareil, on peut suivre le travail de la cicatrisation, laisser le malade vaquer à ses occupations, et surtout éviter l'emploi des bandages, redoutables par les inconvéniens de leur réapplication et de leur compression, parfois exagérée. Ainsi, il y a quelques années, un de mes amis eut le tendon du médius de la main droite divisé par son voisin de table, qui, faisant simulacre de lui couper la main avec le dos d'un couteau, avait, à son insu, agi avec la partie tranchante. Le chirurgien eut recours à l'appareil ordinaire, entoura la main et l'avant-bras d'un bandage roulé, qu'il solidifia avec une solution concentrée de gomme. Le malade ne put trouver de sommeil pendant plusieurs nuits; quelques accès de fièvre s'étant montrés, des douleurs atroces obligèrent à lever l'appareil, à la suite de l'application duquel l'avant-bras s'était énormément tuméfié. Le même bandage roulé fut replacé et maintenu pendant plusieurs semaines. La cicatrisation s'opéra parfaitement au moyen d'une substance intermédiaire assez étendue entre les bouts du tendon, dont le muscle toutefois conserva une faiblesse de mouvemens aussi restreints que douloureux. Le malade ne pouvait baisser la main et même écrire sans que celle-ci s'engorgeât aussitôt. Ces désordres durèrent plusieurs mois à ma connaissance, et, n'ayant plus eu de nouvelles de ce camarade, j'ignore s'ils ont persisté.

Je crois que la suture et l'appareil employés dans les deux observations citées plus haut n'auraient point été suivis ici de pareils accidens.

4° La suture, en favorisant une réunion par première intention, soustrait les plaies tendineuse et tégumentaire à toutes les chances d'accidens qui accompagnent la réunion médiate : elle conduit à une guérison plus prompte que cette dernière.

DE LA SENSIBILITÉ DE L'URÈTRE; par J.-J. CAZENAVE, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

La sensibilité de l'urètre, dans l'état normal, est très variable chez les hommes d'âge, de constitution et d'idiosyncrasie divers; aussi la pratique offre-t-elle des cas dans lesquels tels individus ne peuvent pas supporter le passage ou la présence, dans l'urètre, d'une sonde ou d'une bougie, sans éprouver les plus vives douleurs, suivies assez fréquemment de lipothymies ou de syncopes, tandis que tels autres paraissent ne rien sentir de désagréable par la même manœuvre, si ce n'est un léger chatouillement, comme la sensation de quelque chose de râpeux qui parcourrait le trajet du canal.

Mais ces nuances de sensibilité disparaissent en quelque sorte, ou du moins ne sont plus aussi tranchées, quelle que soit l'impressionnabilité ou la constitution nerveuse des sujets, dès qu'on se sert de tels ou tels instrumens pour avoir des données sur la sensibilité de l'urètre.

Arguons de faits et d'expériences qui sont concluans à cet endroit de nos études.

Tous les corps introduits dans l'urètre causent de la douleur; l'irritation nerveuse se propage aux réseaux capillaires sanguins, la membrane muqueuse rougit, se gonfle, souffre, *s'échauffe*; mais il y a plus que cela chez les jeunes gens, chez les sujets irritables et nerveux; les phénomènes d'irritation du canal sont exagérés par le contact des corps les plus doux, et tout le reste du pénis participe bientôt de cet état si la cause persiste. De là résultent les spasmes de ce même canal, son resserrement, sa réaction, ses douleurs intolérables, un sentiment de déchirement qui se propage sur tous les points de la membrane muqueuse au fur et à mesure que le corps étranger avance; de là résultent encore de fortes contractions du col de la vessie.

Malgré toutes les précautions prises avant de procéder et pendant qu'on procède au cathétérisme, on n'est cependant pas encore parvenu à diminuer assez les douleurs, parfois très fortes, que fait éprouver cette opération, et à s'affranchir de toutes les difficultés qu'il faut surmonter.

Tous les praticiens qui sondent souvent des malades, mais plus particulièrement ceux qui se sont sondés eux-mêmes, savent que la membrane muqueuse de l'uretre embrasse assez étroitement le cylindre métallique ou tout autre qu'on y introduit, et s'engage dans les yeux de l'algalie. Eh bien! au fur et à mesure qu'on pousse l'instrument vers la vessie, cette même membrane pénètre dans les yeux et s'en dégage, s'y rengage et s'en délivre : et comme le plus ordinairement il n'y a pas d'intervalle marqué pour la progression de la sonde, que la main de l'opérateur pousse incessamment, il n'y a pas de trève non plus pour la douleur, qui ne cesse que lorsqu'on est parvenu dans la vessie; mais c'est bien pis encore quant à la douleur qu'on fait éprouver aux malades et quant aux difficultés qu'on rencontre pour procéder au cathétérisme lorsqu'il existe un spasme de l'urètre.

J'ai souvent essayé sur des malades peu sensibles, et supportant l'introduction et la présence d'une algalie dans l'urètre, sans mot dire, de me servir alternativement d'une sonde en argent dont j'avais eu soin d'oblitérer les yeux avec de la cire ne dépassant pas le calibre de l'instrument, et d'une sonde pourvue seulement d'un stylet ordinaire ou d'un stylet renflé au niveau des yeux. Eh bien! tous ces malades, sans exception, m'ont dit sentir à peine le passage de la sonde dont j'avais bouché les yeux, et éprouver un sentiment, sinon de douleur vive, du moins une impression fort désagréable ressemblant assez au frottement d'un corps dépoli sur la langue, lorsque je me servais d'un instrument pourvu d'yeux. La même expérience, répétée sur des malades souffrant beaucoup lors du cathétérisme, et ne consentant à se laisser sonder qu'avec beaucoup de peine, m'a donné de to t autres résultats. Chez ces individus, en effet, le corps le plus poli, la bougie creuse en gomme élastique la plus souple, la mieux calibrée, la plus glissante, la mieux huilée, produit une sensation douloureuse. L'urètre presse, étreint l'instrument qu'on pousse, et ce n'est qu'en usant d'une certaine force qu'on parvient à le faire avancer. Si, au lieu d'une bougie en gomme élastique, on se sert d'une sonde de la même matière, tout aussi polie, oh! alors les douleurs sont bien plus fortes, le malade sent le passage rude, râpeux, déchirant et saccadé des yeux de cette sonde au fur et à mesure qu'on la fait cheminer.

LETTRE SUR LES INSTITUTIONS, LES UNIVERSITÉS ET L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN ALLEMAGNE; par MM. les docteurs STROMEYER et C. VOGT.

M. le Rédacteur,

A l'appui de vos réflexions judicieuses sur les délibérations du Congrès médical, nous avons l'honneur de vous adresser, avec prière de les insérer dans la GAZETTE MÉDICALE, les renseignemens qui suivent. Ce sont quelques rectifications indispensables aux assertions émises fort légèrement dans la discussion sur la question des *médecins etrangers*. Nul doute que l'Assemblée, si elle n'avait pas été induite en erreur par des prémisses controuvées, n'aurait pas adopté les conclusions qu'elle a adoptées, et contre lesquelles vous vous êtes si libéralement et si justement élevé.

On a dit : « Il y a en Allemagne une grande quantité d'Universités; il y en a quelques-unes qui valent quelque chose; il y en a beaucoup plus qui n'ont pas la moindre valeur, qui ne valent pas la dernière de nos écoles secondaires. » Cette phrase est suivie d'autres dans lesquelles on cite les universités de *Giessen*, *Wurtzbourg* et *Marbourg* comme exemples de ces universités qui ne valent pas la dernière de nos écoles secondaires. Comparons donc une de ces universités, celle de Giessen, par exemple, non pas à une école secondaire, comme on l'a fait,

mais à la Faculté de Paris. Veut-on parler des instituts? L'université de *Giessen* possède: un jardin botanique très vaste avec trois serres-chaudes, dont une pour les palmiers (voir au Luxembourg le jardin de la Faculté); une collection d'anatomie comparée, qui comprend celle du célèbre Soemmering, un laboratoire d'anatomie magnifique, combiné avec un institut physiologique, et qui certes est supérieur aux pavillons qu'on appelle l'école pratique; une bibliothèque excellente fondée par Senkenberg, et enfin des laboratoires de chimie dont vous chercheriez en vain un seul pareil dans toute la France.

Des cours d'anatomie comparée y sont professés depuis trente-cinq ans; l'histoire de la médecine a son professeur depuis la fondation de l'université; le professeur d'obstétrique dirige depuis presque plus d'un quart de siècle une vaste clinique d'accouchement. Voulez vous parler des professeurs? Les noms de MM. Liebig, Bischoff, Wilbrand, Buff, Ritgen, Schmidt serai nt-ils inconnus à l'auteur du rapport?

Or de quel côté est ici l'avantage? Ce qu'on a fondé récemment à Paris, un ce que réclame aujourd'hui le Congrès, une petite université allemande le possède depuis longtemps, et on pourrait même y trouver des institutions qui seront réclamées peut-être plus tard.

L'orateur dit plus loin: « L'université de Wurtzbourg a cessé d'exister; tant ses diplômes étaient tombés en discrédit. » En vérité, nous ne comprenons rien à cette assertion. L'éclat de cette université, soutenu par MM. Schœnlein, Textor et d'Ontrepont, n'a pas encore pâli; elle existe et, malgré l'ostracisme de M. M...., elle existera encore longtemps.

Nos universités se soutiennent, d'après lui, uniquement par la rétribution que paient les élèves pour les cours, et par la vente des diplômes. Rien n'est plus faux! L'élève en Allemagne ne paie pas un sou au gouvernement; les inscriptions y sont inconnues; la rétribution payée pour les cours appartient uniquement aux professeurs; mais elle ne forme *qu'une partie de leur revenu*. Le traitement des professeurs, qui est payé par le gouvernement, est encore, en dehors du produit des cours, bien plus considérable que le traitement des professeurs en France. Beaucoup d'universités sont richement dotées; le gouvernement ajoute alors seulement une somme plus ou moins considérable aux revenus de l'établissement. Mais il sera nécessaire de rappeler en peu de mots la constitution de nos universités, qui est très différente, heureusement, de la constitution universitaire en France.

Nos universités sont fondées sur l'émulation réciproque. Toutes offrent un enseignement complet. Les professeurs en chaire (*publici ordinarii*), largement rétribués par l'État, ont des émules dans les professeurs agrégés (*publici extraordinarii*) et dans les docteurs qui ont acquis le droit d'enseigner (*privatim docentes*). Ces derniers sortent sont les concurrens des professeurs. Pour faciliter cette concurrence on accorde aux certificats donnés par ces docteurs la même valeur légale qu'à ceux des professeurs; mais en revanche, pour éviter une concurrence non scientifique, on ne leur permet pas de faire leurs cours à un prix moins élevé que les professeurs. Le gouvernement nomme aux chaires vacantes sur rapport motivé de la Faculté. Les différens gouvernemens se disputent les professeurs distingués. La carrière de ces derniers n'a, par conséquent, aucune limite. Les gouvernemens ne connaissent pas de mesquines considérations de localités. Les jeunes professeurs allemands sont répandus en Suisse, en Belgique, en Hollande, dans tous les pays du Nord; on les rappelle lorsqu'ils se sont distingués par leurs travaux scientifiques ou par un enseignement brillant. Les étudians des différens pays de l'Allemagne peuvent suivre les cours de telle université qu'ils préfèrent. La fréquentation d'une université dépend ainsi uniquement de la renommée de ses professeurs, et l'on comprend que le gouvernement est intéressé lui-même à ne pas faire mauvais choix. Il résulte de ces institutions que le zèle du professeur est constamment stimulé par l'émulation, et qu'il ne peut pas se reposer sur ses lauriers à moins de voir ses cours déserts et son avancement détruit. Aussi chercheriez-vous en vain en Allemagne de ces professeurs coureurs intrépides de clientèle qui sont malades pour la Faculté, morts pour la science, mais très bien portans pour le public consultant. Les revenus des cours et le traitement régulier suffisent largement pour permettre aux professeurs allemands de se passer de clientèle. Pour ne vous citer qu'un exemple, les revenus de M. Jean Müller de Berlin sont estimés à 50 ou 60,000 francs par an.

Le même orateur du Congrès s'est encore efforcé de démontrer que le diplôme de docteur obtenu en Allemagne ne donne pas de garanties suffisantes pour la pratique; mais il paraît ignorer que le diplôme de docteur n'est en Allemagne qu'un grade universitaire, et qu'il n'y a pas un seul état dans lequel on puisse pratiquer la médecine sur la seule garantie du diplôme. Nous avons en Allemagne un *examen d'État* que l'on ne peut passer qu'après avoir obtenu le diplôme; c'est cet *examen d'État* qui confère la faculté d'exercer. Il ne nous appartient pas de faire ici une comparaison entre la valeur des garanties exigées en France et en Allemagne; nous ne pouvons que vous engager, pour votre édification particulière, à visiter un jour la Prusse et à y assister à un de ces *examens d'État*: cela modifierait peut-être vos idées sur l'importance de ces épreuves, et nous croyons que vous trouveriez encore quelques points de la science sur lesquels l'examen pourrait vous paraître un peu sévère.

Trois universités seulement: *Marbourg*, *Giessen* et *Erlangen* (que l'on pourrait confondre avec Wurtzbourg, parce qu'elle appartient aussi au royaume de Bavière), possèdent un ancien privilège dont temps du saint empire romain: ces universités peuvent faire des promotions *in absentia*; elles ont le droit de conférer le titre de docteur, sur la présentation d'une thèse seulement. Ce grade, qui ne donne aucunement le droit d'exercer la médecine dans le pays, a été recherché par les Anglais, parce que la promotion en Angleterre entraîne à des frais si considérables, que la plupart des étudians doivent se contenter du titre de *surgeon*; c'est à des *surgeons* que le titre de docteur a été le plus souvent conféré. Toutes nos universités enfin ont le droit de donner les titres de docteur *honoris causa* à des hommes éminens. C'est ainsi que l'université de Goettingue a promu Charles Bell et sir Benjamin Brodie qui n'étaient tous les deux que *surgeons*. Vos officiers de santé se trouveront sans doute bien flattés d'avoir des collègues à l'Institut de France. Quant au diplôme de M[me] Boivin, nous croyons savoir que c'était un diplôme d'honneur; M[mes] Lachapelle et Siebold ont aussi eu le grade de docteurs; cette dernière même après avoir soutenu une thèse à l'université de Giessen. Nous ne croyons pas, quant à nous, que ces diplômes aient été indignement portés: le sexe ne fait pas la science.

Nous nous résumons, monsieur, en disant que tout ce que l'on a avancé sur l'état des universités en Allemagne est complètement erroné; les raisonnemens sur les garanties que peut présenter un diplôme de docteur allemand portent à faux, puisque ce diplôme n'est pas même regardé dans le pays comme une garantie suffisante. Une connaissance plus approfondie des institutions allemandes aurait donc probablement conduit l'assemblée à d'autres jugemens sur l'ordre médical en Allemagne qui, grâce à ces institutions, n'a pas encore eu besoin d'un Congrès pour relever sa dignité. Nous croyons pouvoir assurer avec la plus entière conviction que les examens d'État dont on paraît n'avoir pas même soupçonné l'existence, présentent tout autant de garanties pour l'exercice de la médecine que les examens des Facultés de France, et que les médecins allemands n'ont nullement besoin des examens arrêtés par le Congrès, pour s'élever à la hauteur de la science médicale, attendu qu'en matière de science, ils ne le cèdent à aucune nation.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

COMPTE-RENDU DE DIFFÉRENS MÉMOIRES RELATIFS A L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE EN FRANCE, PUBLIÉS A L'OCCASION DU CONGRÈS MÉDICAL.

La GAZETTE MÉDICALE a reçu, depuis l'ouverture du congrès, plusieurs brochures sur l'organisation de la médecine et de la pharmacie en France. Nous allons en donner une analyse succincte, dans laquelle la critique aura peu de choses à faire, notre opinion sur toutes les questions qui y sont examinées ayant été suffisamment développée et motivée dans un article sur les *délibérations du congrès médical*. (Voir le feuilleton de la GAZ. MÉD., n° 48.)

1° DE LA RÉFORME MÉDICALE EN FRANCE; par le docteur AGNÉLY, de Dijon.

En ce qui concerne l'enseignement médical, l'auteur emprunte à un travail publié en 1843, par le docteur Tourniet (de Besançon), la formule suivante, qu'il adopte entièrement: « Multiplier les centres d'instruction médicale élémentaire, pour que celle-ci ait toute l'efficacité désirable, et centraliser le haut enseignement médical, pour qu'il puisse être complet.» Il demande, en conséquence, une seule Faculté et douze écoles préparatoires, fortement constituées sur des bases qu'il développe avec quelques détails. Les sujets inscrits en première ligne, par ordre de mérite, sur la liste des réceptions au grade de docteur, seraient envoyés dans les écoles préparatoires, pour y remplir pendant deux ans les fonctions de chefs de clinique ou de chefs des travaux anatomiques; on leur donnerait ensuite, au concours, les mêmes positions près de la Faculté. Les professeurs de ces écoles préparatoires seraient aussi nommés au concours, et ce concours aurait lieu devant l'une des écoles, désignée chaque fois par le doyen de la Faculté.

Tout professeur d'école ou de Faculté résignerait ses fonctions à l'âge

de 60 ans, conservant, pour la vie, le titre de professeur honoraire, avec droit de présence au conseil de l'école et la moitié de son traitement.

En ce qui concerne l'*exercice* de la médecine, l'auteur demande, en termes absolus, la suppression des officiers de santé et l'institution des médecins de circonscription, qui deviendraient ensuite médecins de canton. Un autre vœu dont la réalisation serait plus difficile est celui de voir imposer à tout nouveau médecin l'obligation d'exercer pendant quelques années à la campagne.

Les fonctions médicales d'utilité publique seraient divisées en trois ordres : 1° fonctions *d'épreuves*, dans les bureaux de bienfaisance et les dispensaires ; 2° fonctions *d'attente*, modestement rétribuées, comprenant la vérification des décès, l'inspection des salles d'asiles, etc.; 3° fonctions de *rémunération*, comprenant le service des épidémies, de la maternité, des prisons, hôpitaux et hospices. Tout chef-lieu de Cour royale aurait un médecin chargé en chef des actes de médecine légale ; il serait nommé dans un concours spécial.

Les fonctionnaires de tous ordres, en s'élevant d'un degré, conserveraient sur leurs successeurs immédiats un droit de surveillance, ou mieux, de conseil. A l'expiration de leur temps de service, ces praticiens, mûris par l'expérience, formeraient, dans la ville, le *conseil de l'ordre*.

2° LETTRE SUR LES MEILLEURS PRINCIPES A ADOPTER POUR SERVIR DE BASE A L'ÉTABLISSEMENT DE LA NOUVELLE LÉGISLATION SUR L'ENSEIGNEMENT ET LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE EN FRANCE ; par le docteur DES ALLEURS.

A l'encontre de l'auteur précédent, qui demandait la suppression de deux Facultés, M. Des Alleurs demande l'institution de trois Facultés nouvelles. Chacune de ces Facultés aurait dans sa circonscription plusieurs écoles préparatoires, dans lesquelles seraient enseignés, pendant deux années d'études, *les élémens* des sciences médicales, chirurgicales et pharmaceutiques. Tous les élèves devraient commencer leurs études dans une école préparatoire à leur choix. A la fin de la première année, des examens constateraient l'aptitude à commencer les cours de seconde année. A la fin de cette dernière, nouveaux examens pour obtenir un premier grade, qui serait celui de *bachelier ès sciences médicales*. Admis ensuite dans une Faculté, le bachelier y resterait deux ans au moins. Après la première année (troisième d'études), il deviendrait, au moyen de nouveaux examens, *licencié en médecine*. Enfin, le titre de *docteur* viendrait après la seconde année (quatrième d'études).

La Faculté actuelle de Paris ne ferait pas partie des six demandées par l'auteur. Elle serait transformée en *Ecole pour les études médicales supérieures*. Elle ne conférerait pas de grades pour la *pratique de l'art*, mais seulement des *degrés scientifiques*. Les docteurs seuls pourraient s'y faire inscrire. La durée légale des études dans l'école supérieure serait de deux années au moins, pendant lesquelles les aspirans devraient prendre huit inscriptions. Moyennant de nouveaux examens, on obtiendrait, après la première année, un premier degré analogue à celui que l'Université accorde aux agrégés pour les classes élémentaires ; et après la seconde année, un second degré analogue à l'agrégation pour les classes supérieures. Nul ne pourrait prétendre au titre ou aux fonctions de professeur, d'agrégé, d'adjoint ou de suppléant dans une école préparatoire ou dans une Faculté, sans avoir pris ses degrés à l'école supérieure de Paris.

Ces propositions, qui n'expriment pas rigoureusement tous les vœux formulés par M. Des Alleurs dans sa brochure, suffisent cependant pour faire comprendre le système d'enseignement médical qu'il voudrait voir introduire en France.

3° RÉPONSE AUX QUESTIONS DU PROGRAMME PRÉSENTÉ PAR LA COMMISSION PERMANENTE DU CONGRÈS MÉDICAL, par le docteur CHRESTIEN, de Montpellier.

M. Chrestien tranche dans le vif. Il demande la suppression des écoles préparatoires, et, ce qui ne laissera pas que d'étonner beaucoup de personnes, *la suppression des chaires de pathologie médicale et chirurgicale*. Notre honorable confrère ne comprend que les chaires de clinique. Relativement au nombre des Facultés de médecine, il désire le *statu quo*. Le concours lui paraît le meilleur mode à suivre pour la nomination des professeurs, mais à condition qu'on fera concourir d'abord les docteurs en médecine pour l'agrégation dans les Facultés, puis les agrégés pour le professorat dans les écoles préparatoires, puis enfin les professeurs des écoles préparatoires pour le professorat dans les Facultés.

Les fonctions de professeur doivent être à vie, parce que c'est le seul moyen d'acquérir cette expérience dont l'utilité est si généralement reconnue, surtout en médecine.

Les agrégés devraient participer à l'enseignement ; ils devraient être non seulement les *suppléans*, mais encore les *adjoints* des professeurs, et s'entendre avec ces derniers pour les aider à compléter l'enseignement de chaque chaire pendant le temps durant lequel l'élève est tenu de suivre cet enseignement.

M. Chrestien demande encore que le nombre des examens dans lesquels trop de matières se trouvent accumulées soit augmenté ; que le nombre des docteurs soit fixé pour chaque localité ; qu'ils soient classés comme les élèves sortant de l'École polytechnique, de telle manière que les premiers numéros seraient autorisés à pratiquer partout où bon leur semb'erait, et que les autres ne pourraient exercer que dans des villes de 40,000 ames, de 20,000, de 10,000, etc., suivant le numéro obtenu. Il est bien entendu que les officiers de santé seraient supprimés.

Enfin l'auteur propose, 1° la conservation de l'arbitraire qui règne sur les honoraires dus au médecin ; 2° l'augmentation des honoraires attribués par la loi au médecin qui agit en vertu d'une réquisition judiciaire ; 3° le maintien de la prescription annuelle (l'auteur croit à tort qu'il en est de même pour les autres professions indistinctement) ; 4° l'aggravation des peines réservées à l'exercice illégal de la médecine, et quelques autres modifications de moindre importance.

4° LETTRE A MESSIEURS LES MEMBRES DU CONGRÈS MÉDICAL DE PARIS, par M. PENNES, pharmacien.

M. Pennes est, à l'endroit des médecins, d'une générosité d'autant plus méritoire, qu'il est, en sa qualité de pharmacien, tout à fait désintéressé dans la question. Il demande pour chaque médecin un traitement annuel de 8,000 francs et une retraite de 5,000 francs après trente années de services. Il voudrait que le nombre des médecins dans chaque commune fût fixé d'après le chiffre de la population, et (comme l'un des auteurs précédens) que les élèves restassent casernés pendant deux ans dans les écoles préparatoires. Le diplôme se délivrerait dans les Facultés au concours, de manière à pouvoir classer les nouveaux docteurs par ordre de mérite. Ici se rencontre un vœu semblable, en principe du moins, à l'un des vœux exprimés par M. Chrestien. Le premier quart des médecins reçus choisirait sa résidence, le deuxième exercerait dans les villes de 20,000 ames et au-dessous ; les autres seraient envoyés par le ministre indistinctement dans toutes les localités.

Eu égard à la pharmacie, M. Pennes émet un très grand nombre de vœux, dont les principaux sont les suivans : — Conservation des écoles préparatoires. Les élèves y resteraient deux ans, après quoi ils seraient examinés et classés, par ordre de mérite, dans les officines du royaume pour y faire un stage obligatoire de trois ans, avec un traitement d'au moins 600 francs, la table et le logement. Le premier tiers sortant aurait droit d'entrer dans les officines des villes qui ont plus de 30,000 ames, et les derniers iraient partout où ils seraient appelés. — Nomination des professeurs par voie ministérielle. Ils seraient choisis parmi les agrégés, lesquels ne pourraient être nommés par concours. — Obligation du titre de bachelier ès-lettres par les élèves. — Institution d'une chaire de thérapeutique dans chaque école de pharmacie. — Institution d'un tarif légal. — Décharge de toute responsabilité pour les pharmaciens, quand la faute a été commise par l'élève seul. — Interdiction de la vente de toute substance vénéneuse, sous peine de 2 à 10,000 francs d'amende et de deux à dix ans de prison. — Révision et application plus sévère de la législation relative à la répression des abus et délits. — Limitation du nombre des pharmaciens.

L'auteur demande, en terminant, que les vétérinaires et les sœurs de charité ne puissent pas préparer et délivrer d'agens médicamenteux.

5° APERÇU SUR LA RÉORGANISATION DE LA MÉDECINE EN FRANCE ; par le docteur SAUCEROTTE.

M. Saucerotte a limité son examen aux questions relatives à l'exercice de la médecine. Il croit qu'à l'abaissement continu de la profession il faut surtout opposer deux mesures qui sont : 1° la création de *comices médicaux*, constituant le corps médical tout entier en une vaste association ; 2° la suppression des officiers de santé combinée avec la création d'élèves boursiers et l'organisation de la médecine cantonnale.

Les comices médicaux ou assemblées générales se réuniraient à certains intervalles au chef-lieu de l'arrondissement. Elles nommeraient un comité permanent chargé du travail courant, des rapports avec l'administration, des convocations, etc. Deux espèces d'attributions leur seraient dévolues : attributions scientifiques consistant spécialement à éclairer l'autorité locale sur les mesures de police sanitaire ; attributions disciplinaires qui leur donneraient le droit de prononcer l'admonition, la censure, la radiation temporaire ou illimitée. Dans le cas où les actes incriminés seraient de nature à provoquer la *suspension temporaire des fonctions*,

cette peine pourrait être prononcée, après enquête et sur les rapports des comices réunis en assemblée générale par *l'autorité judiciaire*.

Dans la pensée de l'auteur, la création d'élèves boursiers auxquels l'état donnerait l'enseignement gratuit serait de nature, avec l'institution des médecins cantonnaux, à assurer le service médical des campagnes après la suppression des officiers de santé.

Effleurant ensuite rapidement quelques autres questions, toujours dans le cercle de l'exercice de la médecine, M. Saucerotte demande qu'on établisse à côté des agrégés actuels un second ordre d'agrégés, dits *praticiens*, lesquels pourraient seuls prétendre aux emplois publics et au professorat dans les écoles préparatoires; qu'on nomme auprès de chaque tribunal de première instance un docteur assermenté, un *juré aux rapports*, comme on disait autrefois; enfin qu'on augmente le traitement des médecins d'hôpitaux.

6° RAPPORT DE M. DESLANDES A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU HUITIÈME ARRONDISSEMENT DE PARIS.

Ce rapport répond à toutes les questions du programme de la commission permanente. C'est assez dire qu'il nous est impossible de le suivre dans tous ses développemens ni tous ses détails. Voici seulement ses conclusions sur les questions les plus générales et les plus importantes.

1° Les questions au candidat pour le doctorat en médecine doivent être exclusivement *posées* par les membres du corps enseignant; mais le *jugement* des candidats doit appartenir à un jury de docteurs en médecine formé en dehors du personnel des Facultés.

2° Il y a lieu de supprimer les officiers de santé.

3° Il est urgent de créer des médecins cantonnaux qui recevraient d'une ou de plusieurs communes réunies, avec ou sans le secours du département ou de l'état, une indemnité, à charge par ces médecins de remplir, au profit de ces communes, certaines obligations déterminées.

4° Le nombre des médecins ne doit être limité, ni d'une manière absolue, ni relativement aux localités.

5° Il n'y a pas lieu de fixer un taux légal pour les honoraires dus aux médecins; mais le tarif des honoraires attribués par la loi au médecin expert est insuffisant. La prescription, en ce qui concerne les médecins, devrait être triennale. Enfin, le privilége accordé par l'art. 2101 du Code civil devrait être absolu.

6° Ce n'est pas par la loi, mais par l'action du corps médical sur luimême, action *disciplinaire* ou *non disciplinaire*, que l'on peut espérer de prévenir et de réprimer certains *abus* non susceptibles d'être prévus et définis par la loi.

7° Il faut renoncer à l'idée d'organiser en un seul corps tous les médecins de France; mais il y a lieu de donner une organisation aux médecins de chaque département, sous le nom de *colléges médicaux*.

7° PLAN D'UNE ORGANISATION MÉDICALE, PROPOSÉ A L'ASSOCIATION DE LA SARTHE; par le docteur CHAMAILLARD.

L'idée principale de ce travail est la division des médecins en trois catégories : les *professeurs*, les *médecins consultans* et les *praticiens* ou *licenciés*.

Les professeurs formeraient, au point de vue administratif: 1° un conseil général de santé chargé de la direction des affaires médicales dans tout le royaume, et dont les différentes sections, résidant au chef-lieu des Facultés de médecine actuellement existantes, correspondraient entre elles et avec le ministre de l'instruction publique; 2° les jurys d'examen dans chaque Faculté; 3° un tribunal d'appel en dernier ressort, pour tous les faits médicaux dont les tribunaux ordinaires ne peuvent connaître.

Les médecins consultans ou docteurs, en nombre varié, suivant la population, auraient pour attributions: 1° de former un conseil de salubrité chargé de tout ce qui regarde la médecine légale et publique, les mesures de salubrité générale ou privée, la surveillance des hôpitaux, la correspondance avec les sections du conseil général de santé, etc.; 2° de constituer un tribunal de première et de seconde instance pour tous les faits médicaux de leur compétence; d'appliquer les peines disciplinaires, sauf l'appel en dernier ressort; 3° de servir de consultans dans tous les cas de quelque gravité, sur la demande d'un praticien ou licencié.

Les licenciés, disséminés sur tout le territoire, en raison directe de la population, auraient pour fonctions: 1° de visiter tous les malades de leur circonscription; d'appliquer, sous leur responsabilité, tous les remèdes que la science enseigne ou que leur propre expérience leur indiquerait; 2° de tenir un registre d'observations de tous les cas qui se présenteraient dans leur pratique (les observations les plus importantes en seraient extraites et formeraient l'objet d'un rapport spécial au conseil de salubrité dont ils relèveraient); 3° d'appeler en consultation un ou plusieurs docteurs délégués par le conseil de salubrité, dans tous les cas qui peuvent entraîner la mort.

8° UN MOT SUR LE CONGRÈS MÉDICAL; par le docteur MOULIN.

Les mémoires précédens avaient pour objet de présenter des vues particulières destinées à faciliter les travaux du congrès. Voici, pour finir, une petite brochure écrite tout exprès pour démontrer l'inutilité et les inconvéniens d'un congrès médical. Nous nous sommes assez franchement exprimés sur ce point pour nous dispenser d'y revenir.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

SUR LE PRINCIPE ACTIF DE LA DIGITALE.

M. le professeur Pietro Peretti annonce dans les *Nuovi annali delle scienze naturali di Bologna*, qu'il a découvert, dans le suc exprimé de la digitale pourprée, une nouvelle substance qui avait échappé jusqu'ici à l'attention des chimistes. Cette substance, isolée de la matière colorante jaune de la digitale, est volatile et peut être dissoute dans l'alcool. M. Peretti suppose que la partie active de ce végétal peut être formée par le principe dont il s'agit et le résinate de potasse contenu dans la digitale et formant la partie amère de cette plante.

SUR L'ACIDE VALÉRIANIQUE.

Le même chimiste a confirmé par de nouvelles recherches ce que plusieurs chimistes français ont déjà constaté, savoir : que l'acide valérianique qui existe dans la valériane, et que l'on en retire par la distillation de l'eau sur cette racine, se forme qu'une minime partie de l'acide contenu dans cette plante, parce que la proportion la plus considérable s'y trouve à l'état de combinaison avec la potasse. M. Peretti a retiré le valérianate de potasse de l'extrait alcoolique de valériane; puis en distillant le valérianate avec l'acide oxalique, il en a séparé l'acide valérianique.

SAVON MERCURIEL D'APRÈS LA FORMULE DE M. HÉBERT.

On prend :	Mercure pur............	125 grammes.
	Acide nitrique...	125.
	Graisse de veau bien lavée.	530.

On retire du feu la graisse fondue, et on y ajoute la dissolution mercurielle, puis on agite jusqu'à ce que le mélange ait acquis la consistance d'un emplâtre.

Ces opérations terminées, on prend la pommade mercurielle, à l'acide nitrique, préparée comme on vient de le dire, 150 grammes; soude caustique à 36° (lessive des savonniers), 60 grammes, on mêle, puis on porphyrise ces substances avec une molette, sur un porphyre ou sur un marbre, de manière à obtenir un savon qui doit être parfaitement soluble dans l'eau.

Le savon mercuriel ainsi préparé s'emploie, dit l'auteur, avec succès contre les affections cutanées, lorsque celles-ci ont leur siége à la face, à la main, aux avant bras; lorsqu'elles affectent les autres parties du corps, ou s'en sert soit comme savon, soit à l'état de pommade, soit à l'état de solution dans l'eau.

MOYEN DE RECONNAITRE L'EFFICACITÉ DE LA DIGITALE.

Suivant M. Falken, pharmacien à Aebo, le moyen suivant permet de reconnaître d'une manière certaine si la digitale possède ou non toute son efficacité.

On fait infuser 50 centigrammes de poudre de feuilles de digitale dans de l'eau bouillante, et après une heure de contact on passe. On ajoute ensuite à la colature refroidie 20 à 30 gouttes d'un soluté de ferro-cyanure de potassium préparé avec 75 centigr. de ce sel pour 15 grammes d'eau distillée.

Si la digitale est active, l'infusé se trouble peu à peu; mais si ce trouble ne se manifeste pas dans l'espace de 10 à 15 minutes, on peut considérer la digitale essayée comme ne possédant pas un degré suffisant d'activité.

D'après M. Falken, c'est la digitale récoltée en Suisse qui s'est montrée la plus active.

NOTE SUR LE GUARANA, PAULLINIA SORBILIS.

Un médicament nouvellement découvert et employé à l'état de poudre contre les gastralgies, le paullinia sorbilis, fournit, selon Martins un suc qui, amené à l'état d'extrait, est connu sous le nom de *guarana*.

Le guarana se présente sous la forme d'un cervelas du poids de 125 à 250 grammes; sa couleur est brune; mais la masse qui est formée de cet extrait est mêlée de grumaux plus ou moins colorés, plus ou moins durs.

Le guarana a une saveur légèrement amère, il est usité au Brésil contre la diarrhée, les maladies des voies urinaires par relâchement. On en râpe de 4 à 8 grammes que l'on prend dans un verre d'eau.

Quelques auteurs prétendent que le guarana n'est pas l'extrait par du paullinia sorbilis, et qu'on y mêle un peu de pâte de cacao.

Cadet, qui a expérimenté sur ce produit l'a trouvé composé d'une matière soluble dans l'alcool, d'une matière soluble dans l'eau et d'un résidu insoluble dans ces liquides. Batka a annoncé qu'on avait découvert dans le guarana un alcaloïde qu'on avait désigné par le nom de *guaranine*.

NOUVEAUX USAGES THÉRAPEUTIQUES DE L'ARNICA MONTANA.

Le JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE signale trois nouveaux usages thérapeutiques de l'arnica montana : le premier contre les tumeurs hémorrhoïdales douloureuses; le second contre les varices des femmes enceintes; le troisième contre le tremblement des doreurs et l'amblyopie amaurotique.

Suivant M. Szerlecki, qui en a fait l'essai, la teinture alcoolique d'arnica (préparée avec le suc fraîchement exprimé de la plante) et délnée avec quatre parties d'eau et quelquefois plus, appliquée en topique sur les tumeurs hémorrhoïdales douloureuses, aurait eu un succès constant.

M. Liedbeck (d'Upsal) prescrit avec avantage contre les varices des femmes enceintes l'arnica à l'intérieur. Il fait infuser 1 gramme de fleurs d'arnica dans 250 grammes d'eau et y ajoute quelques grammes d'alcool. Il fait prendre une cuillerée à bouche de cette infusion quatre fois par jour. L'effet ordinaire de cette médication est la diminution des douleurs qu'occasionnent les varices et la disparition graduelle de ces tumeurs.

Enfin M. Thielmann (de St-Pétersbourg) prescrit contre le traitement des doreurs une infusion de 12 grammes de fleurs d'arnica dans 200 grammes d'eau, et il en fait prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

ANTIDOTE DE L'ACIDE PRUSSIQUE.

Il résulte d'un grand nombre d'essais faits par M. J. Smith sur des chiens que le mélange suivant est un excellent antidote de l'acide prussique. Il prend sept parties de sulfate de protoxyde de fer, dont il transforme quatre parties en persulfate. Au mélange de ces sulfates dissous, il ajoute, pour chaque partie de ceux-ci, trois à quatre parties de carbonate de soude. Ce médicament est mis dans un flacon, où il se conserve parfaitement.

On comprend que les oxydes de fer sont dans de telles proportions, qu'il suffit d'une simple substitution du cyanogène à leur oxigène pour qu'il se forme du bleu de Prusse. Mais hâtons-nous de le dire, ce n'est que sous l'influence du sel alcalin que cette transformation a lieu. Il nous suffira de citer l'expérience suivante pour prouver que l'on combat les empoisonnements avec quelques avantages au moyen de cette préparation. Ayant donné trente gouttes d'acide anhydre à un chien, puis au bout d'une minute ayant donné le contrepoison, le chien survécut : le contrepoison a donc une grande puissance, puisqu'il détruit l'effet d'une dose aussi forte d'acide prussique.

MODE D'ACTION DU SULFATE DE QUININE.

Les propositions suivantes sont extraites d'un travail dans lequel M. A. Désiderio, médecin à Venise, a consigné le résultat d'un grand nombre d'expériences qu'il a faites sur des animaux et d'observations recueillies pendant différentes constitutions médicales sur le mode d'action de plusieurs médicamens et en particulier du sulfate de quinine.

1° Un scrupule de sulfate de quinine, administré en pilules formées avec le miel, tue les lapins ordinaires.

2° Les symptômes que l'on observe constamment chez les animaux, à la suite de l'empoisonnement par le sulfate de quinine, sont l'assoupissement, la difficulté de conserver la station habituelle, l'immobilité, l'obscurcissement de la vue, l'abaissement des paupières.

3° La mort instantanée produite par l'emploi du sulfate de quinine ou bien par toute autre substance, ne nous permet de tirer aucune conséquence rigoureuse de l'action du remède ingéré. Il en est de même lorsque le contrepoison est administré en même temps que le poison.

4° L'acétate de morphine et l'alcool viennent en aide à l'action du sulfate de quinine; et par conséquent ils augmentent les effets de l'empoisonnement;

5° L'eau de laurier-cerise, donnée méthodiquement à une dose plus ou moins élevée, suivant les circonstances (ordinairement 4 scrupules), agit en sens inverse de l'action intoxicante du sulfate de quinine, conséquemment retarde l'empoisonnement et peut même aller jusqu'à paralyser entièrement l'action du poison;

6° La saignée produit des effets encore plus efficaces dans le même genre d'empoisonnement que ceux exercés par l'eau de laurier-cerise.

7° La poudre de digitale pourprée a également une action salutaire sur l'empoisonnement par le sulfate de quinine, bien que les expériences faites avec ce médicament aient été moins multipliées à cause de la difficulté que l'on éprouvait à la faire avaler aux animaux.

8° De ces expériences on peut conclure que la saignée, la digitale, l'eau de laurier-cerise exercent une action diamétralement opposée à celle du sulfate de quinine;

Que l'alcool et l'opium en exercent une analogue à celle du sel de quinine.

9° L'action excitante du sulfate de quinine est également confirmée par les expériences faites sur l'homme en santé.

10° Les symptômes constamment observés chez l'homme dans l'empoisonnement avec le même médicament, sont la lassitude, l'assoupissement, la surdité, la dilatation de la pupille, le trouble de l'intelligence, la perte du brillant des yeux et leur expression de langueur, l'abaissement des paupières, l'irritation gastro-intestinale. (Phénomènes qui ont été également observés par MM. Monneret et Mélier.)

11° Deux faits d'empoisonnement par le venin de la vipère et qui ont été guéris par le sulfate de quinine, tendraient à prouver que ce médicament agit à peu près de la même manière que l'ammoniaque.

12° Des observations nombreuses attestent que des malades, soumis au traitement antiphlogistique pendant différentes périodes de leur affection, et qui avaient été fortement débilités par suite de ce traitement, ont été guéris par le sulfate de quinine. (D'où l'auteur conclut que ce médicament agit en sens inverse des antiphlogistiques.)

13° L'action thérapeutique du sulfate de quinine sur l'homme a toujours présenté une grande analogie avec l'action de l'opium, de l'acétate de morphine et du vin, et une vertu opposée à celle de la digitale.

14° L'hydropisie qui survient à la suite des fièvres intermittentes n'est sans doute pas de nature inflammatoire; aussi la voit-on souvent céder sous l'influence du remède en question.

15° L'auteur insiste enfin sur l'importance, en toxicologie, d'établir que l'antidote du sulfate de quinine doit être choisi parmi les antiphlogistiques.

IODE, EXTRAIT DE FEUILLES DE NOYER ET PRÉPARATIONS DE FER DANS LES MALADIES SCROFULEUSES.

Indépendamment des moyens accessoires que les circonstances intercurrentes peuvent réclamer, M. Sandras emploie contre l'état général scrofuleux trois moyens principaux qu'il introduit par les voies gastriques; ce sont l'iode, l'extrait de noyer et le fer. L'iode sous quelque forme qu'il ait été employé ne lui a pas paru avoir l'efficacité spécifique qu'on lui a longtemps attribuée. Il pense qu'il peut être presque toujours remplacé avantageusement par l'extrait de feuilles de noyer, médicament plus commun et plus facile à administrer. Il l'administre tous les jours dans son service sous forme de sirop, par cuillerées à bouche à une ou plusieurs reprises, ou combiné avec le chocolat. Cette préparation prise matin et soir, à jeun, ne lui a jamais paru causer de dégoût, ni déranger l'estomac. Sous l'influence de cette médication l'appétit se conserve ou s'augmente, la digestion se fait bien, les forces et les couleurs reviennent, l'aspect scrofuleux fait place à une apparence meilleure.

Quant au fer, M. Sandras le regarde comme un auxiliaire utile dans un très grand nombre de cas, à cause de l'efficacité incontestable dont il jouit contre l'état chronique qui complique si souvent les scrofules. Il l'emploie en conséquence chez tous les sujets anémiques, étiolés et particulièrement chez les jeunes filles scrofuleuses mal réglées ou qui touchent à l'époque où la menstruation va s'établir. Il conseille le fer, dans ce cas, au commencement de chaque repas. La préparation ferrugineuse qu'il préfère est la formule des pilules de Vallet; il donne deux ou quatre de ces pilules chaque jour.

VARIÉTÉS.

— SÉANCE SOLENNELLE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER. — M. le professeur Bonisson a remplacé cette année à la tribune M. le doyen de la Faculté de médecine, empêché par suite d'une indisposition.

M. Bonisson a trouvé le moyen (dit le journal de la société de médecine pratique de Montpellier), de faire un excellent discours tout en se conformant au cadre obligé. Il a su vivifier son compte-rendu par des considérations d'une haute portée, et donner ainsi à ses paroles un sens et des conclusions tout à fait en dehors des arides détails de la statistique. Il a tracé une esquisse remarquablement vraie de la Faculté; il l'a montrée vouée avant tout et par dessus tout à l'enseignement, et ne consentant à travailler pour sa propre gloire que lorsque les besoins des élèves sont surabondamment satisfaits. A ce sujet, M. Bonisson a donné une série de résumés où l'on trouve la caractéristique des leçons de chaque professeur. Ces résumés révèlent une originalité de vues qui, loin d'exclure les choses du domaine commun, les fait au contraire concourir, par des arrangemens et des voies inconnus ailleurs, à une meilleure exposition des vérités médicales. Rien de piquant, de varié, d'animé, d'instructif tout à la fois, comme ces portraits qui reproduisent l'idée première, l'idée synthétique de tout un système de leçons saisie avec une remarquable sagacité et exposée en quelques traits d'un facile souvenir.

Ces diverses expositions ont été faites avec une verve entraînante et un bonheur d'expressions qui ont jusqu'à la fin tenu le public sous le charme de l'orateur.

— ÉLÈVES INSCRITS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le nombre total des inscriptions prises, du premier au quinze novembre dernier, est de 839. Le chiffre des premières inscriptions est de 186.

— ÉLÈVES INSCRITS DANS LES ÉCOLES SECONDAIRES DE MÉDECINE. Voici le relevé officiel du nombre des élèves existant en 1845 dans les vingt écoles préparatoires :

NOMS des écoles.	ÉLÈVES nouveaux.	TOTAL des élèves.	BACHELIERS ès lettres.	BACHELIERS ès sciences.	OBSERVAT.
Grenoble	8	20	15	5	5 élèves ne prennent pas d'inscription.
Caen	13	27	10	6	
Lyon	32	94	19	3	
Limoges	10	18	4	0	
Besançon	20	41	20	4	
Marseille	12	40	12	3	
Poitiers	14	27	15	1	
Reims	8	20	2	1	
Toulouse	41	64	12	2	
Arras	8	30	0	0	
Angers	6	33	17	6	
Nantes	8	34	22	2	
Orléans	5	26	12	1	
Nancy	14	27	10	0	
Rouen	10	24	14	4	
Amiens	13	35	1	0	
Rennes	25	75	30	3	
Bordeaux	18	36	13	1	
Dijon	7	21	7	0	
Tours	13	38	17	1	
	285	728	252	43	

— SOCIÉTÉ VÉTÉRINAIRE. — Par décision de M. le ministre du commerce et de l'agriculture, la société vétérinaire de la Seine, formée par les principaux vétérinaires de Paris et par le corps enseignant de l'école royale d'Alfort, sous la présidence de M. Barthélemy aîné, est autorisée à prendre le titre de Société centrale de médecine vétérinaire.

— PRIX DÉCERNÉS. — A la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Montpellier, quatre prix et une mention honorable ont été accordés aux auteurs des meilleures thèses.

PRIX POUR LES SCIENCES MÉDICALES. — A M. Sonty, auteur de la thèse n° 73, intitulée : CONSIDÉRATIONS SUR LES MALADIES DES EUROPÉENS DANS LES CLIMATS CHAUDS, ET SPÉCIALEMENT SUR LA DYSSENTERIE, L'HÉPATITE, LA FIÈVRE JAUNE.

PRIX POUR LES SCIENCES CHIRURGICALES. — A M. Dubreuilh, auteur de la thèse n° 34 : DE LA NÉVRITE, COUP D'OEIL HISTORIQUE ET RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR CETTE MALADIE.

PRIX POUR LES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES. — A. M. A. Courty, auteur de la thèse n° 68 : DE L'OEUF, ET DE SON DÉVELOPPEMENT DANS L'ESPÈCE HUMAINE.

M. de Comeiras, auteur de la thèse n° 56 : TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE L'ARCHIPEL, a obtenu une mention honorable.

— PRIX PROPOSÉS. Dans la séance du 1er juillet dernier, la société médico-chirurgicale de Montpellier a mis au concours la question suivante :

Recherches sur la nature et le traitement de la chorée.

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 200 francs.

Les mémoires devront être adressés, avant le 15 juin 1846, à M. le docteur Hubert Rodrigue, rue Aiguillerie, n° 20, à Montpellier.

— Sont nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur, MM. Valet, chirurgien-major de 2e classe au 2e hussards, et Varlet, chirurg. aide-major de 1re classe au 6e léger.

— M. Lafranque, chirurgien-major de 1re classe au 27e de ligne, passe au 5e de ligne, en remplacement de M. Dortholan, nommé au 1er de ces régimens.

— Sont admis à la retraite, MM. Laporte, chirurg.-major de 1re classe au 1er lanciers, et Baral, chirurg. aide-major de 2e classe au 7e de ligne.

— ACADÉMIE DES SCIENCES DE BELGIQUE. — L'académie des sciences et belles-lettres de Bruxelles, fondée par l'impératrice Marie-Thérèse, vient d'être réorganisée sur de nouvelles bases. Elle sera dorénavant divisée en trois classes distinctes : la première classe s'occupera spécialement des sciences physiques, mathématiques et des sciences naturelles; la seconde classe, portant le nom de classe des lettres et des sciences morales et politiques, aura dans ses attributions l'histoire, l'archéologie, la philosophie, la littérature; la troisième classe sera consacrée à la peinture, la sculpture, la gravure, l'architecture, la musique, et aussi aux rapports des sciences et des lettres avec les beaux-arts.

Chaque classe nommera son directeur annuel et se réunira séparément; mais tous les membres de l'Académie pourront assister aux séances des classes dont ils ne feront pas partie. La bibliothèque, les archives et les collections seront la propriété commune de l'Académie, qui n'aura non plus qu'un seul secrétaire perpétuel.

Cette organisation, comme on le voit, a beaucoup de rapport avec l'organisation de l'Institut de France; c'est un perfectionnement dont il faut rendre justice à qui de droit: au ministre actuel, M. Van de Weyer d'abord, ami sincère du progrès; puis à son habile prédécesseur, M. de Nothomb, qui en avait eu la première idée.

— PROCÈS DES DENTISTES. — En attendant que nous discutions dans le prochain numéro la question soulevée par ce procès, voici, contrairement aux conclusions de M. l'avocat du roi, le jugement rendu par le tribunal.

« Attendu que la loi du 19 ventose an XI est intervenue pour organiser et réglementer l'exercice de l'art de guérir ;

» Que les dentistes ne sont pas littéralement nommés dans cette loi ;

» Que l'ancienne législation qui les soumettait à des conditions spéciales n'existant plus, la question est de savoir si aujourd'hui chacun peut, sans études et sans titre, exercer l'art du dentiste ;

» Attendu que la loi de ventose est générale dans ses termes : qu'elle comprend sous une même dénomination tous ceux qui exercent une branche quelconque de l'art de guérir ;

» Que si on veut aller plus loin, dans une susceptibilité assez naturelle quand il s'agit de l'application d'une loi pénale, on se convainct qu'en se servant des dénominations de *docteur-médecin, docteur en chirurgie* ou *officier de santé*, la loi n'a pas entendu se servir de termes purement abstraits, mais d'expressions sous lesquelles vinssent se ranger tous ceux qui exercent *in extenso* ou dans l'une de ses parties de l'art de guérir ; qu'ainsi se dire dentiste c'est se dire chirurgien dentiste, médecin dentiste; comme se dire oculiste, c'est se dire médecin oculiste ;

» Que dans ce sens il est vrai de dire que les dentistes sont nominativement compris dans la loi de ventose an XI ;

» Que le décider ainsi c'est d'ailleurs le décider conformément aux besoins de l'humanité, l'exercice de cet art intéressant la santé publique ;

» Que cependant, comme il n'est pas établi que les prévenus aient pris la qualité de *docteur* ou d'officier de santé, que dès lors les peines correctionnelles réservées à ceux qui usurpent ces qualités ne leur sont pas applicables ;

» Que, toutefois, il y a prohibition d'exercer la profession de dentiste en dehors des conditions fixées par la loi précitée ;

» Que dès lors les prévenus ont commis une contravention ;

» Les condamne chacun en 15 fr. d'amende et aux dépens. »

Ce jugement va être déféré en appel à la Cour royale.

— LETTRES DE GUI PATIN. Nouvelle édition, revue et augmentée de lettres inédites, avec une notice biographique, des remarques scientifiques, historiques, philosophiques et littéraires; par J. H. REVEILLÉ-PARISE, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine; enrichie d'un portrait et d'un *fac simile*. — Sous presse. — Cet ouvrage paraîtra par livraisons.

Il y a bien longtemps qu'on parle de Gui Patin et qu'on le cite, mais on peut dire avec M. Reveillé-Parise, que cet illustre médecin n'est pas connu. Nous pouvons assurer qu'il le sera désormais entièrement et complètement par l'édition que nous annonçons. Non seulement le texte a été soigné, revu, corrigé, émendé, ce qui n'était pas un léger travail, mais la vie de l'auteur, les notes très nombreuses et très variées ajoutées par M. Reveillé-Parise donnent beaucoup d'intérêt à cette édition. Nous nous empressons de l'annoncer comme un ouvrage appelé à un grand succès et qui doit tenir sa place dans toute bibliothèque de quelque valeur, notamment pour celle d'un médecin.

— HYGIÈNE DES FAMILLES, OU DU PERFECTIONNEMENT PHYSIQUE ET MORAL DE L'HOMME, CONSIDÉRÉ PARTICULIÈREMENT DANS SES RAPPORTS AVEC L'ÉDUCATION ET LES BESOINS DE LA CIVILISATION MODERNE; par le docteur Francis Devay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — 2 vol. in-8°, Prix 12 fr. 1846. — Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine. Lyon, chez Dorier, libraire éditeur, quai des Célestins, 51. — Nos lecteurs connaissent déjà par quelques extraits insérés dans la GAZETTE MÉDICALE, l'intéressant ouvrage de M. Devay; ils ont été à même d'apprécier la plupart des mérites qui le distinguent. Nous en ferons prochainement l'objet d'une analyse détaillée.

— Nous annonçons aujourd'hui LES PRINCIPES D'HYGIÈNE de M. Jacquez, ouvrage dont nous avons apprécié le mérite dans notre numéro du 8 novembre dernier.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

ANNONCES.

GAZETTE MÉDICALE. — Grande réduction de prix des collections et des années antérieures. — Dans le but de faciliter aux nouveaux abonnés et à ceux des anciens souscripteurs qui n'auraient pas fait collection l'acquisition des années antérieures, on donnera au prix de 140 fr., au lieu de 480 fr., prix de vente habituelle jusqu'à ce jour, la collection *complète de la deuxième série de la* Gazette Médicale, 1833 à 1844 inclusivement, 12 vol grand in-4° cartonnés. Il n'en reste plus que 174 exemplaires : il reste aussi, en sus des collections complètes, un certain nombre d'exemplaires des années 1831, 1832, 1833, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, qui pourront être vendus séparément, au prix de 15 fr. l'année, au lieu de 40 fr. — Enfin, on met à la disposition des souscripteurs un certain nombre de numéros séparés de la plupart de ces années.

REVUE SCIENTIFIQUE ET INDUSTRIELLE, publiée sous la direction du docteur Quesneville et avec la collaboration des principaux savans français et étrangers. — Contient une analyse complète de tous les journaux étrangers et des journaux français. Ce journal, qui paraît tous les mois par cahiers de 10 à 12 feuilles texte serré, contient un tiers plus de matériaux que les Annales de physique et de chimie, dont il est un des supplémens indispensables.

Depuis mai 1844, il a paru une seconde série, les volumes antérieurs, au nombre de 16, étant complètement épuisés. Ceux qui souscriront à partir de mai 1844 à l'année 1846 qui va commencer, recevront donc de suite avec le numéro de janvier 7 volumes in-8°. — Prix de l'année 1846 pour Paris 20, et pour les provinces par la poste 25 francs. Les 7 volumes de 1844 et 1845, prix 28 fr. au lieu de 35 fr. en souscrivant immédiatement à 1846. — Paris, chez Louis Colas, libraire, rue Dauphine, n° 32.

PRINCIPES D'HYGIÈNE appliqués à l'éducation primaire et à la construction des écoles, par M. Jacquez, docteur en médecine, membre du comité supérieur d'instruction primaire de Lure (Haute-Saône). — 1 vol. in-8°. Prix, broché, 1 fr. 50 c. — Chez L. Hachette, libraire, rue Pierre-Sarrasin, n° 12, à Paris.

MEDICAL TIMES (nouvelle série). Depuis le 1er janvier 1844; ce journal a été augmenté de quatre pages in-4° et contient chaque semaine la matière d'un volume in-8°. Par cette importante addition, les lecteurs du Médical Times seront toujours tenus au niveau de la science; car chaque découverte, chaque nouveau fait seront enregistrés, et la coopération des autorités telles que Guthrie, Brodie, Brande, Williams, Hancoch, Healey, Fergusson, Wharton Jones, etc., est une garantie que les promesses faites seront fidèlement tenues, et permettra aux abonnés à l'étranger de suivre les progrès de l'art médical en Angleterre.

Prix de l'abonnement, pour 3 mois, 8 fr. 50 c.; 6 mois, 16 fr.; un an, 26 fr.

S'adresser au bureau du Médical Times, 49, Essex street, Londres; et rue Montmartre, 177, Paris.

MAISON DE SANTÉ DU DOCTEUR DESCHAMPS. — Rue du chemin de Versailles, 2 et 4, aux Champs-Elysées. (On y arrive par la Grande-rue de Chaillot et la rue Pouquet.)

M. le docteur Deschamps vient d'ouvrir une maison de santé aux Champs-Elysées. Cette maison est très convenablement située. Placée à 100 mètres environ de l'avenue de l'Etoile, loin du bruit, elle conserve tous les avantages de sa position, sans en avoir les inconvéniens. Son étendue, le nombre et la variété des logemens permettent d'y recevoir des malades de toute espèce et de toutes les fortunes. Les aliénés seuls n'y sont point admis. Les appartemens sont décorés avec goût et meublés à neuf. On y jouit d'une vue admirable. Il y a un très joli jardin. — Bains et douches d'eau de Seine et d'eau minérale.

LIBRAIRIE DE M. LABÉ. — Nouvelles publications chez Labé, libraire de la Faculté de médecine de Paris, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, ancienne maison Béchet jeune.

COMPENDIUM DE CHIRURGIE PRATIQUE, ou Traité complet des maladies chirurgicales, etc.; par M. A. Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et M. Ch. Denonvilliers, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de Lourcine. — Sixième livraison. Prix : 3 fr. 50 c.

L'ouvrage se composera de 15 à 16 livraisons, de chacune 160 pages, format grand in-8° à 2 colonnes, équivalant à 40 feuilles en caractères ordinaires in-8°; c'est-à-dire à 640 pages. Prix des 6 livraisons publiées : 21 fr.

B. BOYER. — TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES et des opérations qui leur conviennent. — Cinquième édition, publiée par le baron Ph. Boyer, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. — Tome III, de plus de mille pages. Prix : 8 fr.

L'ouvrage du baron Boyer, qui est regardé à juste titre comme le meilleur Traité de chirurgie, avait cependant besoin, depuis la mort de son illustre auteur, d'être mis au niveau des connaissances actuelles; c'est ce que son fils, le baron Ph. Boyer, a entrepris. Les additions nombreuses qu'il a faites dans les trois premiers volumes publiés sont une garantie que les notes du fils seront dignes des œuvres du père. Ces additions importantes sont d'ailleurs séparées du texte de l'ouvrage original, auquel on n'a pas voulu toucher.

Cette cinquième édition, imprimée sur beau papier, formera 7 à 8 vol. in-8° au plus. Chaque volume n'aura pas moins de 800 pages; les trois premières parties forment déjà plus de 3,000 pages, en sorte que cette nouvelle édition équivaudra à 16 vol. in-8° de plus de 600 pages, chacun d'un caractère semblable à la quatrième édition, actuellement épuisée et d'un prix fort élevé dans le commerce.

On souscrit à cet ouvrage chez Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, et chez tous les libraires de province. Prix de chaque volume : 8 fr.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, ou Répertoire général des sciences médicales considérées sous les rapports théorique et pratique; par MM. Adelon, Béclard, P. Bérard, A. Bérard, Biett, Blache, Breschet, Calmeil, Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Dance, Desormeaux, Dezeimeris, P. Dubois, Ferrus, Georget, Gerdy, Guérard, Guersant, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Laugier, Littré, Louis, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier (d'Angers), Orfila, Oudet, Pelletier, Pravaz, Raige-Delorme, Reynaud, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeyran, Trousseau, Velpeau, Villermé. — 2e éd entièrement refondue.

Conditions de la souscription. Cette seconde édition du Dictionnaire de médecine, en raison des additions faites aux articles de médecine et de chirurgie pratiques et des parties toutes nouvelles qui y sont traitées, et particulièrement de la bibliographie, se compose de 30 vol. in-8°. Prix : 180 fr.

L'ouvrage est complet : le 30e et dernier vol. vient de paraître.

CAZENAVE. — LEÇONS PRATIQUES SUR LES MALADIES DE LA PEAU, professées à l'Ecole de médecine en 1841-1844, publiées par fascicules avec planches gravées et coloriées. L'ouvrage paraît par livraisons, tous les deux mois; chaque livraison est composée de 3 à 4 feuilles de texte format in-folio, et de 5 planches gravées et coloriées avec beaucoup de soin. Prix : 12 fr. chaque livraison; les deux premières livraisons sont en vente. (L'ouvrage se composera de 10 à 12 livr.)

L'IRRIGATEUR du docteur Eguisier, fabrique et dépôt, rue Cadet, 28. Fonctionnant seul et se montant comme une pendule. — Adopté par grand nombre d'hôpitaux de France et de l'étranger. — Les injections se font d'elles-mêmes, sans mouiller le lit; on peut prendre les lavemens seul dans le lit, sans se mouiller ni se déplacer. — Force et vitesse du jet graduées à volonté. — On fabrique aussi des gouttières à irrigations, pour recevoir la jambe ou le bras dans les cas de fracture, plaie, etc. — Prix : 50 fr.

Cuvettes à double courant, — étain, 5 fr., — gomme, 6 fr., — pour faire les injections sans se mouiller.

CEINTURES HYPOGASTRIQUES de Mme Girard, sage-femme, rue St-Lazare, nos 3 et 5. — Brevet d'invention et de perfectionnement (sans garantie du gouvernement). Malgré les nombreux essais tentés jusqu'à ce jour pour la fabrication des ceintures destinées aux femmes affectées d'abaissement de l'utérus, d'antéversion ou des hernies de la ligne blanche, ces sortes de bandages ont toujours laissé quelque chose à désirer, soit dans les indications à remplir, soit pour la solidité de l'appareil ou la facilité de son application. La ceinture d'un nouveau modèle que Madame Girard vient d'inventer est présentée comme exempte des inconvéniens communs aux autres bandages de ce genre.

Elle est fabriquée tout entière d'un tissu de caoutchouc (de l'invention de Madame Girard) léger, mince, souple et solide à la fois; elle ne porte ni pièce d'acier ni lacets, et se boucle au moyen de deux pattes qui se croisent en devant au-dessus du pubis.

Dès le premier jour elle se moule exactement sur la forme du ventre qu'elle soutient également dans toutes les parties; elle s'adapte de suite aux tumeurs qu'il peut présenter, telles que hernies, éventrations, tumeurs fibreuses ou graisseuses des parois, ou tumeurs des ovaires; elle se prête aux accroissemens de volume qui dépendent, soit du progrès de la grossesse, soit du développement de gaz intestinaux, au travail de la digestion, et soulage l'utérus du poids des viscères. Dans les cas d'antéversion pendant le cours de la grossesse, on y adapte avec avantage une pelote, soit ordinaire, soit à air, qui refoule doucement le bas-ventre en haut et en arrière sans échauffer l'abdomen et ce, au moyen d'une vis de pression très simple qui dirige la pelote.

Madame Girard croit que cette ceinture peut remplacer avec avantage les pessaires; elle convient parfaitement aux dames qui sont incommodées d'un trop grand embonpoint; elle leur procure un soulagement notable et leur facilite la marche; aux dames se livrant à la danse; elle prévient également les inconvéniens de l'équitation; elle est surtout utile aux dames récemment accouchées.

Les dames peuvent placer elles-mêmes leur ceinture sans le secours d'un aide, avantage que ne présente aucune autre ceinture.

Le prix de la ceinture est de 25, 30 fr. et au-dessus.

Se vend chez l'inventeur, rue Saint-Lazare, 3 et 5.

Un dépôt est établi chez M. Darbo, inventeur du biberon en liége, passage Choiseul, 86, à Paris, et chez tous les principaux pharmaciens des départemens.

Toutes les ceintures portent le cachet de madame Girard.

Les personnes qui se trouvent en province sont priées de vouloir lui envoyer leur mesure, elles auront soin de prendre la circonférence du corps à la hauteur de l'ombilic et à la hauteur du bas-ventre; la hauteur du bas-ventre à l'ombilic. Elles auront également soin de faire indiquer par leurs médecins le genre de maladie dont elles sont atteintes, attendu que la forme de la ceinture varie selon les cas de la maladie.

— On expédie pour la France et l'Etranger.

CAISSE CENTRALE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS. — La caisse centrale des médecins et pharmaciens, 25, rue Neuve-Saint-Denis, s'occupe spécialement du recouvrement des notes d'honoraires ou de mémoires de pharmacie, à Paris et dans les départemens.

Elle s'occupe également de procurer des positions ou clienteles médicales, des pharmacies, maisons de santé, cabinets de dentistes et autres établissemens médicaux. S'adresser à M. Auguste Crenet, directeur gérant, chargé en ce moment de vendre plusieurs maisons de santé d'un bon produit.

TRADUCTION DE LANGUES ÉTRANGÈRES. — Un médecin étranger désire traduire en français des ouvrages allemands, anglais et italiens de médecine et des sciences; il se charge également de traduire en anglais. S'adresser au bureau de la Gazette Médicale.

CHANGEMENT DE DOMICILE. — Les magasins et ateliers de M. Luer, fabricant d'instrumens de chirurgie, de la rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 12, viennent d'être transférés, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 3.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

La table de la Gazette Médicale pour 1845 est envoyée avec ce numéro. On remarquera que nous avons joint cette année, à la table des matières, une table alphabétique des auteurs. — Nous prévenons nos Souscripteurs que les deux premiers numéros de l'année 1846 leur seront adressés comme spécimen de la Gazette Médicale, troisième série. Nous prions ceux qui n'auraient pas l'intention de continuer leur abonnement de vouloir bien nous renvoyer ces deux numéros par la poste, pour ne pas décompléter nos collections.

Ceux de MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs de postes et de messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. — Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES POINTS DES PRODUITS ANORMAUX, CONNUS SOUS LE NOM DE VÉGÉTATIONS, QUI SE DÉVELOPPENT SUR LES VALVULES ET SUR LES PAROIS DES CAVITÉS DU COEUR; par M. le docteur Julia (de Cazères), médecin de l'hôpital militaire de Lyon.

Les productions charnues et globulaires qui se développent sur les valvules et sur les parois des cavités du cœur ont été divisées, par la plupart des auteurs qui se sont occupés d'anatomie pathologique, en celles dont la consistance est telle qu'on ne peut les diviser et les enlever des parties sur lesquelles elles sont comme implantées qu'avec le secours d'un instrument tranchant, et en celles qui se présentent sous la forme de vésicules à très petit diamètre et qui se laissent facilement écraser en les pressant légèrement avec le manche d'un scalpel, par exemple; l'analogie qu'ont les premières avec les excroissances poracées qui viennent le plus ordinairement sur les mains et qu'on nomme verrues les a fait appeler verruqueuses, et on désigne les autres par la dénomination de vésiculaire

Feuilleton.

AUX ABONNÉS DE LA GAZETTE MÉDICALE.

C'est une vieille coutume de la Gazette Médicale de prendre, à la fin de l'année, congé de ses chers souscripteurs et lecteurs, et d'inaugurer en quelque sorte, par un petit discours officiel, l'ouverture de ses travaux pour l'année qui commence. Cette habitude est bonne. Elle est conforme à l'usage universel qui, à l'époque où nous sommes, prescrit un échange de démonstrations fondées sur les rapports généraux de bienveillance, d'amitié, de respect, de déférence, déjà établis entre les individus, mais qui sont par là comme consacrés d'une manière expresse, renouvelés et ravivés. Quoi de plus naturel, de plus convenable, de plus légitime pour nous, humbles éditeurs et rédacteurs de la Gazette, que d'épancher les sentimens d'affection tendre, de gratitude profonde, d'estime singulière dont notre ame déborde à l'égard des honorables confrères sans l'appui desquels toute notre œuvre s'écroulerait instantanément comme un édifice dont on abattrait les colonnes? Quiconque douterait de la vivacité et de la sincérité de notre émotion ne connaîtrait guère le cœur humain d'un journal.

Ce besoin est d'autant plus impérieux cette année que la Gazette subit en cet instant une de ces metempsychoses qui, depuis plus de soixante-dix ans, viennent, à certaines périodes, renouveler son sang, modifier ses formes et infuser dans sa vieille constitution les principes d'une vie nouvelle. Ce n'est pas certes dans un pareil moment de crise et de danger qu'elle s'aviserait de manquer à l'étiquette, et son premier soin, très chers confrères, est de vous porter elle-même en personne sa carte de visite ornée de son adresse.

Vous avez reçu, avec le précédent numéro, le programme véridique des travaux sans nombre auxquels la Gazette va se livrer pour vous plaire. Elle vous a dit comment elle se proposait de traiter les questions de science, de doctrine, de profession, de critique, et donné des détails pleins d'attrait sur la classification des matières, sur son format, sur ses caractères. On vous ferait même remarquer, si le feuilleton avait le droit de parler du reste du journal, que cette préface est, pour le fond comme pour la forme, un excellent specimen du caractère général de la rédaction future. Parmi les innovations qu'on vous a promises, il en est une dont l'originalité vous aura sans doute frappés. Vous savez que notre littérature est passablement militante. Les duels de plume y sont très fréquens, très longs, très acharnés. Les journaux sont le terrain sur lequel les combattans aiment surtout à se rencontrer. Ils demandent d'abord humblement une toute petite place pour se porter une seule estocade que chacun d'eux assure devoir être infailliblement mortelle pour son adversaire. Mais une fois entrés et campés sur le terrain, ils se mettent à le parcourir en long et en large, refoulant sans gêne et sans pitié tout ce qui pourrait s'opposer à leurs évolutions, et ferraillent indéfiniment au lieu de se tuer promptement comme ils l'avaient promis. Pour se débarrasser de ces hôtes indiscrets, on n'a d'autre moyen que de leur fermer la porte au nez: mesure violente et illibérale, féconde en rancunes et quelquefois en représailles. Or, oyez et admirez le savant expédient inventé par

ou albumineuses (Bertin et Bouillaud), parce qu'elles sont constituées par une sorte de globule qui est « tantôt du sang liquide ou caillé, tantôt une matière semblable à la lie du vin, et le plus souvent une matière purulente qui, d'après quelques auteurs recommandables, ne serait que de la fibrine décolorée et altérée. »

A peu près inconnues des anciens et vaguement indiquées par les écrivains du siècle dernier, elles n'ont été réellement étudiées qu'à une époque assez rapprochée de nous. Corvisart, le premier, en a décrit les principaux caractères ; mais, depuis lui, elles ont été fréquemment observées, et les descriptions faites par Laënnec d'abord, et par M. le professeur Andral ensuite, sont, sans contredit, l'expression la plus vraie de ces produits pathologiques sur la nature desquels règne encore, selon nous, l'obscurité la plus profonde.

Ainsi Corvisart regardait les premiers de ces produits, ceux sur lesquels nous venons de nouveau rappeler l'attention des anatomo-pathologistes, comme symptomatologiques d'une syphilis; Laënnec, lui, qui repoussait cette idée, n'y voyait que des précipitations de la fibrine du sang qui se coagulerait pour s'organiser ensuite; et, de nos jours, M. le professeur Andral, dont les idées à ce sujet se rapprochent de celles du savant et regrettable praticien que nous venons de citer, les fait également provenir des concrétions sanguines qui se forment du vivant des individus dans les cavités du cœur, et, pour lui, l'adhérence intime qui en est la conséquence « ne serait que le résultat de cette loi générale en vertu de laquelle deux parties vivantes ne peuvent pas être mises en contact sans que l'une ne vienne à s'unir à l'autre, en vertu d'un procédé qui rappelle celui de la greffe végétale. »

Kreysig, Bertin et M. le professeur Bouillaud les attribuent, eux, à l'inflammation; d'autres font jouer le principal rôle à la fibrine qui, dans le cas qui nous occupe, aurait le privilége de s'organiser et de vivre comme le ferait un tissu nouveau, et de là la formation des végétations verruqueuses; mais, quoique fortement soutenue, cette opinion ne nous paraît pas, quant à nous, devoir mériter plus de créance que celles des observateurs distingués que nous venons de reproduire.

Est-il rationnel, physiologique d'admettre, en effet, nous le demandons, que les caillots sanguins proprement dits soient le point de départ de ces masses polypeuses à tissu érectile, sans analogue dans la structure normale du corps humain, qui se développent, ici, dans l'utérus, là dans les fosses nasales, et dans quelques rares circonstances dans les cavités de l'organe central de la circulation sanguine; rationnel de ramener sous les mêmes lois de composition et de structure des produits aussi disparates que le sont les concrétions sanguines en caillots et les végétations? C'est ce que nous ne pensons pas, ce que sont loin de démontrer l'observation, le scalpel et le microscope, et ce que nous nous efforcerons de prouver dans le courant de ce travail.

Il y a conséquemment lieu d'être étonné de voir, suivant nous, dans l'état actuel de nos connaissances en chimie et en anatomie pathologique, la dénomination de concrétion conservée ou mieux donnée aux productions qui adhèrent aux parties vivantes, ou auxquelles on a reconnu une organisation ; exemple : les excroissances charnues qu'on rencontre dans les cavités du cœur. Si tant on veut, et puisque dans lien des cas il ne nous est pas permis de dénaturer le langage de la science que nous avons reçu de nos pères dans l'art de guérir les maladies, comme un legs que nous devons transmettre intact aux générations futures, conservons ce nom de concrétions aux corps étrangers et solides que les ouvertures cadavériques nous dévoilent, le plus souvent à notre insu, dans l'épaisseur des tissus après certaines inflammations chroniques, ou qui se forment dans certaines cavités articulaires et dans les réservoirs des fluides excrémentitiels; exemple : les calculs, les dépôts de phosphate calcaire, voire même les amas plus ou moins considérables de fibrine et de sang caillé séparé de son sérum, il n'y aura là rien qui ne soit admissible, puisque « les concrétions (*concrementa*) sont essentiellement inorganiques, et puisqu'elles consistent dans la superposition de matières hétérogènes en une masse plus ou moins compacte et volumineuse; mais ce qui ne le serait pas, c'est si on persistait à la conserver aux polypes et aux excroissances charnues, quelles que soient la disposition et la forme qu'ils affectent. »

Toutefois, de cette conséquence découle une métamorphose qu'il est impossible d'expliquer *à priori*, et qui répand un peu de confusion dans le groupe des productions anormales que nous venons de dire être inorganiques et essentiellement privées de vie. Ainsi, il est une espèce de caillots sanguins qui se forme, d'après les plus grandes probabilités, pendant la vie des sujets, qui quelquefois, mais dans de très rares circonstances, paraît adhérer à la substance même du cœur à laquelle elle semble avoir emprunté les élémens qui lui sont nécessaires pour vivre et s'accroître, et à laquelle des praticiens justement écoutés revendiquent une organisation en bonnes formes, lorsqu'elle n'est regardée par d'autres que comme un composé « de lanières fibrineuses résultant de la stase du sang dans les cavités où ce liquide se trouve. » Nous répondrons à cela, avec M. le professeur Andral, que s'il est patent, avéré qu'il y ait vie propre, organisation palpable et telle que le scalpel l'ait mise hors de doute, nous ne la comprendrons pas dans la catégorie des caillots et des concrétions; aussi, loin d'admettre comme exceptionnelles ces masses fibrineuses dures, consistantes et plastiques qu'on rencontre si souvent dans le ventricule droit du cœur et dans l'oreillette du même côté à l'autopsie des individus qui ont succombé à une violente inflammation des méninges ou à des obstacles en quelque sorte subits et imprévus au cours du sang, et auxquelles masses on a cru reconnaître, dans plusieurs circonstances, une organisation, nous ne les considérons que comme faisant partie de la section des caillots ou des concrétions; car, s'il est vrai d'avancer qu'elles ont ordinairement un volume et une cohésion rares, nous croyons qu'il l'est encore davantage de dire qu'il a toujours été impossible d'y voir, nous ne dirons pas à l'œil nu, mais avec le secours des meilleurs microscopes, la plus légère trace de vascularité.

Toutes ces productions pathologiques ne peuvent et ne doivent être considérées, d'après cela, que comme une matière inerte, inorganique et comme le résultat de la stase du sang. Par le seul fait de leur formation et de leur présence, elles donnent naissance à un obstacle tellement puissant que la circulation sanguine se trouve ralentie ou enrayée; elles y déterminent ce que nous sommes convenus d'appeler concrétions ou caillots, mais avancer qu'elles sont le noyau déterminant des excroissances vraiment charnues, assez consistantes pour crier sous le tranchant d'un scalpel, et assez adhérentes pour ne céder qu'à l'incision, comme nous en trouvons un exemple dans les polypes et dans les végétations porracées, est, ce nous semble, avancer une assertion, sinon erronée, au moins plus qu'hypothétique; car, comment s'effectuerait cette métamorphose, à l'aide de

---

votre bonne GAZETTE pour s'opposer à l'envahissement de ses colonnes par ces intrus, tout en leur laissant la liberté de guerroyer à leur aise aussi longtemps que le jeu pourra leur plaire. Il consiste en deux mesures parallèles, marquées toutes deux au coin de la plus haute sagesse : 1° à l'extrémité et en dehors de notre territoire propre, loin de la sphère paisible où s'agitent les problèmes de la science, on disposera un emplacement destiné à servir de champclos aux combattans; on donnera à cette lice toute l'étendue que les parties belligérantes jugeront nécessaire pour le déploiement de leurs manœuvres; elles y entreront et en sortiront à leurs heures, et y resteront tant qu'il leur conviendra. Dans ce lieu écarté, elles n'auront que des spectateurs volontaires; mais la foule ne leur manquera pas si elles savent l'attirer par le bruit de leur choc, l'adresse de leurs coups, et surtout par l'importance du but et de l'objet de la lutte. 2° La concession de ce terrain ne sera pas gratuite. Comme on ne le donne pas pour rien à la GAZETTE, elle sera obligé de le louer; car il ne serait pas juste, qu'indépendamment du dérangement qu'on lui causera et de la peine qu'elle prendra, on voulût encore lui faire payer les frais de la guerre (1). Cette clause aura, nous l'espérons, pour effet, d'abord, de mettre parfaitement à l'aise les intéressés qui, se sentant ainsi chez eux et maîtres de la place, pourront se livrer sans gêne aucune à tous leurs ébats, et ensuite de tempérer un peu, chez quelques-uns du moins, les ardeurs belliqueuses, en forçant les polémistes les plus diffus et les plus loquaces à condenser leurs argumens, à donner de la concision à leur style, et à éviter les divagations; et c'est là un résultat littéraire qui n'est pas à dédaigner. Cette mesure a aussi l'avantage d'être en harmonie avec la loi qui règle le droit de réponse et de réclamation dans les journaux, loi dont en ce moment on discute avec vivacité le sens et la portée, et sur laquelle nous aurions bien la velléité de vous dire notre sentiment, car la presse scientifique a le plus grand intérêt dans les questions qu'elle soulève; mais la matière est trop importante pour la mêler aux propos décousus d'une visite de jour de l'an.

La GAZETTE aurait bien voulu vous envoyer pour étrennes l'annonce d'une réduction de prix; elle y supplée en quelque façon en vous donnant pour le même prix une addition de matières. Elle avoue du reste être incapable de résoudre le problème d'un bon journal scientifique hebdomadaire à bon marché. Il y a journaux et journaux, comme dit Sganarelle; on pourrait sans doute à l'aide d'une paire de bons ciseaux rassembler et vous expédier à moitié prix, tous les mois ou même toutes les semaines, un fatras quelconque d'observations, de recettes, de lambeaux décousus, d'idées incohérentes, bref une compilation telle quelle de matériaux relatifs à la science et à la pratique médicales. Mais si vous voulez des travaux originaux, des discussions approfondies, un plan suivi et méthodique dans l'arrangement des matières, une critique vigilante, consciencieuse et raisonnée des faits et des idées, une rédaction dirigée par des vues communes, et un peu soucieuse des qualités littéraires; si vous voulez un journal qui ne se contente pas d'être un écho indifférent et confus de ce qui se fait et se dit dans la science, mais qui ait l'ambition d'avoir une

(1) « A l'égard des articles de polémique, nous aurons soin, toutes les fois qu'ils occuperont un trop grand espace, de les insérer en *supplément* et aux frais des *intéressés*. » (INTROD. A LA NOUVELLE SÉRIE DE LA GAZ. MÉD., p. 825.)

quelles lois, par suite de quel concours de circonstances? C'est ce que ne sauraient nous apprendre l'observation la plus soutenue, les dissections les plus savantes, les meilleurs instrumens d'optique et les préceptes physiologiques les mieux élaborés.

Imbu que nous sommes, quant à nous, qu'elles sont le résultat d'une sorte d'exubérance morbide, d'un travail particulier, inexplicable jusqu'à présent, et auquel n'ont aucune part l'inflammation des parties sur lesquelles se manifestent ces productions, ainsi que la prétendue organisation des dépôts de fibrine; qu'un agent inconnu, agent viciateur, une fois introduit dans le torrent circulatoire, peut donner naissance à de tels phénomènes; et, qu'entr'autres, le virus syphilitique peut et doit être la cause initiale du développement des excroissances valvulaires qui font le sujet de ce travail; nous dirons plus, il est dans nos croyances que c'est à lui seul qu'on devrait attribuer tout l'honneur dans la production de ces végétations qui, comme l'ont énoncé la plupart des anatomo-pathologistes, ont une ressemblance parfaite de forme et de structure avec les *crêtes de coq* et des *choux-fleurs vénériens*; telle était, du reste, l'opinion de Corvisart et de Sénac; et si nous venons soulever de nouveau une telle question, ce n'est pas dans le but de la résoudre *à priori*, mais bien pour susciter de nouvelles recherches et pour donner de la publicité à celles qui nous sont personnelles.

Obs. I et II. — Vers la fin de l'année 1844, nous assistâmes à deux autopsies qui eurent lieu à l'hôpital militaire de Bordeaux; l'une dans le mois de septembre et l'autre en décembre, et dans lesquelles le cœur, outre son état considérable d'hypertrophie, avait le bord libre des trois valvules semi-lunaires de l'aorte surmonté d'excroissances dures et charnues, et dont la parfaite analogie avec les végétations qui se forment, à la suite d'un coit impur, sur le gland, à l'intérieur du prépuce et des petites lèvres, nous frappa au point d'en rechercher de pareils exemples dans les auteurs qui avaient écrit sur les maladies du grand appareil de la circulation sanguine. L'un de ces malades, mort de tuberculisation pulmonaire, était entré, huit mois avant cette époque, dans le service des vénériens, pour des chancres au pourtour du gland; il nous fut tout à fait impossible d'avoir des renseignemens sur les antécédens de l'autre; mais il n'en avait pas moins des végétations valvulaires, et elles étaient en tout point semblables à celles que nous trouvâmes à l'autopsie du premier.

Malgré l'attention que nous apportâmes aux ouvertures cadavériques que nous fîmes par la suite, ces lésions ne se montraient plus à notre observation; nous désespérions même de les trouver plus tard, quand un infirmier du même établissement, mort de maladie organique du cœur, vint nous en offrir le plus bel exemple que nous ayons vu depuis.

Obs. III. — Cet homme, âgé de 23 ans, d'une constitution forte et robuste, avait éprouvé à l'âge de dix-huit ans des douleurs rhumatismales qui lui firent faire un long séjour dans un hôpital civil, et dans les premiers jours de février 1844 il contracta une blennorrhagie qui fut guérie avec le poivre cubèbe associé au copahu. Dans le mois d'avril de la même année, dix jours après un coït impur, il se déclara un bubon droit et des chancres à la partie interne et au pourtour du prépuce; deux mois furent nécessaires pour en obtenir la guérison; mais il retomba malade le 22 du mois d'octobre, et, cette fois, ce fut une pleuro-pneumonie gauche avec une hypertrophie naissante du cœur qui le firent entrer à l'hôpital. Il en sortit pour aller en congé de convalescence le trente-septième jour; il resta à peu près un mois et demi dans sa famille, mais il rentra pour ne plus en sortir, et cette fois le diagnostic porté par M. le docteur Lavallée, médecin en chef, fut une hypertrophie du cœur avec obstacle mécanique à la circulation et catarrhe pulmonaire.

Comme on le pense, la médication que ce praticien mit en usage fut aussi énergique qu'elle fut rationnelle; mais elle ne produisit aucun amendement dans les symptômes; le malade arriva graduellement à cet état d'anxiété extrême qui prélude ordinairement à une asphyxie imminente; on le plaça vainement en face d'une croisée ouverte pour qu'il pût aspirer l'air qu'il demandait avec les signes du plus violent désespoir et il mourut dans la nuit du douzième jour.

A l'autopsie, qui eut lieu trente heures après la mort, nous trouvâmes le cœur doublé de volume et d'une mollesse extrême, ayant un aspect lardacé et neuf ulcérations, dont quatre en pleine suppuration ayant 2 centimètres environ de profondeur, pénétrant conséquemment dans le tissu charnu de l'organe, taillées à pic comme le sont les ulcérations syphilitiques et occupant plutôt le côté droit que le gauche, reportèrent immédiatement notre pensée aux cas de végétations que nous avions observés l'année avant. Un assez grand nombre d'autres ulcérations tout à fait superficielles, à très petit diamètre, blafardes et comme privées de vie occupaient la presque totalité de la circonférence extérieure du cœur: on eût dit des plaies aphteuses en tout point semblables à celles qui se développent sur la membrane muqueuse de la cavité buccale et sur celle du tube digestif et avec l'état considérable d'hypertrophie dont nous avons parlé l'organe était évidemment rempli de nombreux caillots.

Dans ces conditions il nous donna le poids énorme de 911 grammes; une fois ouvert et séparé des masses de fibrine et de sang caillé qui étaient emprisonnés dans ses ventricules, il n'en pesa plus que 562, mais toute la substance charnue avait un épaississement anormal et toutes les cavités ventriculaires, notamment la droite, étaient dilatées outre mesure.

L'orifice auriculo-ventriculaire gauche était rétréci, comme chagriné, dur, mais non cartilagineux; les valvules mitrale et semi-lunaires étaient le siége de neuf végétations charnues, pédiculées, dures, résistantes et évidemment organisées; elles étaient frangées à leur limbe et d'une coloration rosée, ayant, jusqu'à un certain point, l'aspect mamelonné qu'on trouve à l'éminence qui orne la tête des coqs. Leur consistance se rapprochait de celle des condylômes et elles avaient l'analogie la plus frappante avec les excroissances qui sont produites par une infection syphilitique. C'est en vain que nous cherchâmes ces productions sur les valvules de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, nous ne pûmes y trouver la plus légère saillie, et, sauf un épaississement assez marqué des parties environnantes, il nous parut être dans les conditions physiologiques, ainsi que les sigmoïdes de l'artère pulmonaires. Quant aux autres points, ils ne nous offrirent rien de particulier; seulement, il est une circonstance que nous avons omis de faire connaître, en mentionnant les masses fibrineuses qui occupaient la presque totalité des ventricules, c'est qu'elles affectaient la forme digitée que nous leur voyons si souvent, et que leurs appendices étaient logés dans les cavités cylindriques des artères et des veines, phénomène assez commun du reste dans les cas de mort violente.

Quant à la cavité thoracique, elle contenait une quantité de sérosité citrine que nous évaluâmes à 1000 grammes; les poumons, sans être hépatisés, étaient fortement congestionnés; mais rien ne nous parut anormal dans les autres organes, et il nous fut impossible de trouver la plus légère trace de lésion syphilitique, soit aux parties génitales, à l'anus, dans la cavité buccale, aux paupières et sur quelque partie du corps que ce fût.

Obs. IV. — Bien plus tard, c'était dans les premiers jours du mois d'avril 1836, un officier, sur la vie privée duquel nous ne pûmes nous procurer que des renseignemens insignifians, mais desquels il résulte pour nous qu'il avait souvent été maltraité par dame Vénus fut porté mort à l'hôpital d'instruction de Lille pour qu'on put en faire l'autopsie et pour rechercher la cause qui l'avait pour ainsi dire foudroyé. Pour le chirurgien-major du corps auquel il appartenait, il était affecté d'anévrisme.

Il y avait dix heures que la mort avait eu lieu; elle avait été instantanée et déterminée par un violent accès de colère; aussi le facies était-il fortement congestionné et encore sous l'impression pénible que les contractions musculaires lui avaient sans nul doute imprimée.

A l'ouverture du corps, qui eut lieu dans la soirée, toutes les parties extérieu-

---

pensée à lui, de représenter quelque chose, d'exercer une influence sur les esprits; soyez certains que ces résultats ne peuvent pas être obtenus, ou du moins consciencieusement poursuivis, sans de grands sacrifices. La Gazette n'a pas la ridicule vanité de se croire à cet égard dans une position exceptionnelle; d'autres organes de la presse médicale aspirent aussi par d'autres voies, sous d'autres formes, à un but élevé; nous louons leurs efforts et nous nous y associons. Nous répétons seulement que le bon marché ne peut s'obtenir dans notre presse spéciale que par des sacrifices proportionnels dans la quantité et la qualité des produits; nous n'avons pas besoin de l'apprendre à nos confrères en journalisme; aussi est-ce à vous seuls, très chers abonnés, que nous adressons cette allocution, à vous que des conseils pervers, des amorces perfides, des suggestions diaboliques pourraient écarter du bon chemin, celui qui conduit aux bureaux de la Gazette.

En voilà assez sur nos affaires de famille. Veuillez maintenant accepter en guise de bonbons trois ou quatre nouvelles dont nous espérons que vous aurez la primeur.

Sachez d'abord que la haute commission des études médicales a commencé et poursuit le cours de ses travaux avec un zèle et une activite dignes de la grande tâche qu'un ministre non moins diligent et non moins laborieux lui a imposée. Cette commission n'a à s'occuper exclusivement que de l'enseignement. Parmi les mesures qui ont déjà passé dans le projet de loi qu'elle élabore, une des plus importantes est celle du maintien du concours pour la nomination des professeurs. La discussion de cet article a offert un phénomène singulier. La plupart des membres ont parlé contre le concours et puis ont voté pour; et la commission, qui était presque unanime pour rejeter en principe ce mode de nomination, comme essentiellement vicieux et condamné par l'expérience, a été également presque unanime pour le maintenir, en considération de la popularité dont il jouit encore et de son apparence libérale. Ce vote serait ainsi tout politique et la haute commission pourra dire: *video meliora proboque, deteriora sequor.*

On a aussi décidé la création de quelques nouvelles chaires dans les Facultés. Pour Paris, il s'agit, dit-on, d'une chaire d'histoire et philosophie médicales et d'une autre d'anatomie et physiologie comparées; cette dernière a dû être suggérée par le magnifique muséum dont l'école vient d'être dotée et qui ouvre un vaste champ d'études nouvelles. On parle aussi de quelques chaires spéciales sur la nature desquelles nous n'avons aucun renseignement précis.

Lorsque la commission des hautes études médicales a été instituée, nous n'avons pu retenir un cri d'alarme et de défiance. Nous croyions que la loi médicale était par ce seul fait renvoyée de nouveau aux kalendes; car nous trouvions, en comptant sur nos doigts, que cette commission était la *trente-troisième* chargée directement ou indirectement, depuis près de vingt ans, d'accomplir ce grand œuvre. L'attitude de cette commission et surtout celle du ministre, qui paraît décidément résolu à ne pas se présenter cette fois aux chambres les mains vides, commençait à nous rassurer; mais voilà qu'on annonce que concurremment à cette commission, une, deux, trois, quatre autres commissions, sont instituées aux départemens de la justice, de la guerre, de l'intérieur, du commerce, pour compléter le travail de la première, et statuer sur des questions spéciales de juridiction, d'administration, etc. Rien de plus sensé assuré-

res parurent être sous l'influence d'un état emphysémateux; les poumons furent trouvés gorgés de sang, le péricarde rempli de sérosité sanguinolente, et le cœur, très volumineux, était couvert par un tissu graisseux, comme le sont certaines coquilles par leur drap marin. Il présentait à la partie inférieure de la face externe du ventricule gauche une déchirure de 3 centimètres de long sur 1 de large, déchirure qui communiquait et qui avait son analogue à la face interne et au point correspondant du même ventricule, circonstance qui suffit pour nous expliquer la cessation immédiate de tous les phénomènes vitaux; mais, outre une altération évidente de la substance propre du cœur, nous trouvâmes le calibre de l'aorte notablement rétréci, et les valvules mitrale et semi-lunaires parsemées de végétations verruqueuses dures, résistantes et adhérant intimement à leur substance, comme celles dont le cœur de l'infirmier nous avait donné un si remarquable exemple deux années auparavant. Elles étaient, pour la plupart, pédiculées, longues de 2 à 3 lignes et frangées à leur sommet; seulement elles étaient plus mobiles, ce qui s'explique en raison de leur plus grande dimension, et légèrement confluentes.

Obs. V. — Le 13 du mois d'août 1838, vingt mois environ plus tard, nous fûmes appelé pour donner des soins à une dame sur le quai Bourneuf, à Lyon; nous la trouvâmes dans un état d'anxiété extrême, sous l'influence d'une hydropisie générale, reconnaissant pour cause l'hypertrophie du cœur et une gêne mécanique à la circulation; le pouls était si petit qu'il fuyait pour ainsi dire sous les doigts, mais vite; et avec cela on eût dit que l'air, ne pouvant plus s'assimiler les élémens de l'hématose, allait se refuser à tout instant à pénétrer dans cette poitrine, qui ne se contractait en quelque sorte plus que d'une manière mécanique.

Comme on le pense, les moyens curatifs que nous déployâmes, tels que vésicatoires, scarifications sur les parties les plus œdématiées, frictions avec l'huile de croton et préparations de digitale, servirent peu; la maladie marcha rapidement vers une terminaison fatale, et Mme G... mourut dans la nuit du 22.

Elle n'avait jamais eu d'affection syphilitique, nous dit le mari, mais elle perdait en blanc depuis plus de six années, elle avait eu des taches hépatiques sur diverses parties du corps, et elle s'était plainte, à plusieurs reprises, de douleurs sourdes dans la matrice.

Quoi qu'il en soit, nous en fîmes l'autopsie, et les lésions qui se présentèrent à notre observation furent si remarquables, que nous croyons devoir les reproduire, persuadé qu'elles viendront, elles aussi, appuyer le point de doctrine que nous avons pris à tâche d'élucider.

Avant toutes choses, nous commençâmes par pratiquer une ponction à la partie postérieure gauche du thorax. Il s'en écoula une assez grande quantité de sérosité citrine, et lorsque cette cavité fut ouverte, nous trouvâmes de nombreuses adhérences entre la plèvre et les côtes des deux côtés. Le poumon gauche était ramassé sur lui-même, dense et sans crépitation; mais le droit, crépitant au contraire dans toutes ses parties, n'était que gorgé de sang, et çà et là piqué de points noirs.

Quant au péricarde, il était libre de toute adhérence, il renfermait un peu de sérosité, en tout point semblable à celle de la cavité thoracique; mais le cœur, but principal de nos recherches, nous parut énorme, et, pesé avec les caillots, il nous donna le poids extraordinaire de 800 grammes. Une fois ouvert et dégagé des masses de sang caillé et de fibrine, il n'en pesa plus que 517; son diamètre transversal était de 15 centimètres, le vertical de 12 et la totalité de la circonférence en avait 38.

Cet organe était conséquemment dans un état d'hypertrophie manifeste; mais cette hypertrophie se décéla d'une manière beaucoup plus tranchée après l'ouverture des ventricules. Le droit avait une dilatation anormale; les lames de la valvule tricuspide étaient triplées de volume, ridées et parsemées de nombreuses granulations vésiculaires qui se laissèrent facilement écraser sous la simple pression du manche d'un scalpel. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche était rétréci et cartilagineux; les valvules semi-lunaires de l'aorte supportaient onze végétations verruqueuses, cinq sur les bords libres et six vers le centre, toujours dures, essentiellement charnues et résistantes; nous leur trouvâmes la plus grande analogie avec les choux-fleurs vénériens, et, comme ces derniers, elles criaient sous le tranchant des ciseaux. Il nous fut impossible d'en trouver la plus petite trace ailleurs, nos recherches à cet égard furent vaines.

Obs. VI. — Le nommé Anger, âgé de 23 ans, fusilier au 7e régiment de ligne, entra à l'hôpital militaire de Lyon le 12 février 1844; il avait de nombreux abcès froids aux jambes, aux cuisses et le long de la colonne vertébrale, et il fut placé dans une des salles du service des blessés. Des soins habilement donnés par M. le chirurgien en chef Delocre amendèrent l'abondance de la suppuration et réparèrent promptement cette constitution, que le vice scrofuleux et des souffrances excessives avaient délabré; mais le trente-deuxième jour de séjour à l'établissement, des symptômes d'endocardite vinrent intervertir le bien-être dans lequel commençait à se trouver le malade, et on dut recourir, malgré son grand état de faiblesse, aux antiphlogistiques puissans.

Pendant le temps que nécessita cette médication, quoique les pansemens des plaies et des abcès se fît avec la plus grande régularité et avec le plus grand soin, ces derniers se multiplièrent à l'infini; plusieurs escarres se formèrent sur plusieurs parties du corps, notamment au sacrum, et le malade arriva insensiblement au marasme le plus avancé. A dater du 10 avril, il resta dans la plus grande immobilité, il était toujours couché sur le côté droit, ne parlait presque pas et n'accusait aucune douleur locale, quoique son facies portât l'expression de l'anxiété la plus vive, et il mourut le 18, soixante-six jours après son entrée.

A l'autopsie, qui fut faite vingt-huit heures après, les poumons furent trouvés crépitans; seulement, au fur et à mesure qu'on les incisait, il s'en écoulait un liquide sanguinolent et écumeux; le péricarde avait contracté de légères adhérences avec la face postérieure du corps; il contenait une petite sérosité, et le cœur, beaucoup plus volumineux qu'il l'est dans l'état physiologique, était graisseux, flasque, blafard et parsemé de nombreuses ulcérations taillées à pic, s'enfonçant profondément dans le parenchyme et généralement en suppuration. La perte de substance, plus étendue en largeur qu'en profondeur, existait sans que le tissu de l'organe présentât la moindre trace d'altération autour d'elle; ces petites plaies, qu'on aurait dit de prime-abord avoir été le résultat d'un emporte-pièce, et auxquelles les personnes présentes à l'autopsie trouvèrent la plus grande ressemblance avec les ulcérations syphilitiques, étaient comme creusées dans la chair, à bords durs et à surface grisâtre; et, mesurées avec le plus grand soin, elles donnèrent pour la plupart 1 centimètre et 1 centimètre et demi de circonférence et 2 et 3 millimètres de profondeur. En outre, il existait çà et là d'innombrables petites taches blanchâtres qui laissaient échapper une sérosité roussâtre, et qui n'étaient évidemment que l'état primitif, le début, le principe des ulcérations. Le ventricule droit présenta la même lésion pathologique; seulement les ulcérations étaient plus superficielles, et elles se faisaient principalement remarquer sur les valvules. On en compte sept, toutes parfaitement analogues à celles de la surface extérieure; le ventricule gauche en offrit seulement deux, mais elles s'étendaient assez avant dans la couche musculaire sous-jacente. En outre, l'orifice auriculo-ventriculaire droit était rétréci, et six végétations porracées, en tout point semblables à celles que nous avons mentionnées, existaient sur le bord libre des valvules semi-lunaires (1). Mais il ne fut trouvé nulle part de lésion syphilitique.

Ce militaire n'étant pas mort dans nos salles, nous ne possédions aucun renseignement sur ses antécédens; mais le régiment duquel il faisait partie se trouvait encore à Lyon, et, grâce à l'empressement que mit l'un de ses aides-majors, M. le docteur Barudel, dans les recherches que nous le priâmes d'avoir l'obligeance de faire, nous apprîmes qu'Auger était au service depuis cinq ans et qu'il était entré trois fois dans les hôpitaux, la première pour un rhumatisme articulaire, la deuxième pour un bubon et un chancre, ce dont nous acquîmes la certitude en compulsant les registres de M. le docteur Poullain, chirurgien-major, traitant spécialement les vénériens de l'hôpital, et la troisième pour une affection organique du cœur qui le fit envoyer en congé de convalescence. Il est, d'après ce-

(1) Le cœur dont il s'agit se trouve parmi les pièces d'anatomie pathologique de l'hôpital.

---

ment que cette division du travail qui distribue aux hommes compétens les diverses parties de la loi à faire. Nous avions regretté déjà que la haute commission ne fût composée que de médecins et qu'on n'y eût pas joint des administrateurs, des légistes, etc. Nous voyons que le ministre avait pourvu à cette insuffisance en ne laissant à la commission, exclusivement scientifique que les questions de l'enseignement et des études, et en chargeant du reste des hommes spéciaux. Tout ce que nous craignons donc, c'est que ces projets de loi, qui s'élaborent dans tant d'officines, ne soient pas prêts à temps, comme il est arrivé déjà plus d'une fois, et que nous n'ayons une vingtième représentation du *parturient montes*.

Il faut rendre cette justice au congrès médical que c'est probablement son intervention qui a déterminé ce grand mouvement. Lorsque deux mille personnes crient à la fois, il est difficile de faire la sourde oreille. Le congrès a donc fait l'office d'un excellent pétitionnaire. On ne se servira guère des projets de loi qu'il a fait fabriquer par ses vingt-quatre commissions; mais ses vœux généraux d'amélioration et de réforme seront exaucés, dans les limites du possible et du raisonnable, bien entendu, lesquelles sont toujours fort étroites.

Nous sommes un peu plus en peine sur le succès de la tâche ingrate dont est investie la commission, dite permanente, laissée par le congrès comme une arrière-garde pour continuer son œuvre. Cette commission prétend réaliser ce qu'elle appelle l'association médicale, ce qui veut dire, sans qu'elle le sache peut-être bien elle-même, reconstituer pour nous l'ancien régime des corporations. Nous vous entretiendrons prochainement de ce beau projet, ainsi que de quelques autres dont les commissions ministérielles s'occupent, tous destinés, dit-on, à relever la dignité de la profession, et à mettre un frein au charlatanisme. Nous rechercherons ce qu'il faut penser de ces mesures de haute police, et nous vous soumettrons notre humble avis.

En attendant que toutes ces choses et d'autres arrivent, la Gazette vous envoie à travers l'espace ses remercîmens pour l'année qui finit, ses vœux pour l'année qui commence, et pour toutes les années passées et futures, l'assurance de l'inaltérable affection qu'elle a vouée à tous ses abonnés anciens et nouveaux.

— Hopitaux et hospices de France. — Voici quelques renseignemens que l'on peut regarder comme certains sur les établissemens hospitaliers de la France.

86 chef-lieux de départemens et 254 chef-lieux d'arrondissemens qui sont par conséquent chefs-lieux de cantons, possèdent des hôpitaux. 825 chefs-lieux de cantons en possèdent également. 160 autres cantons sont compris dans le nombre des chefs-lieux de départemens. Il existe, en France, 2,846 cantons; il y a donc 1,325 chefs-lieux de cantons qui renferment au moins un hôpital ou hospice et 1,521 qui en sont privés. Ces localités sont naturellement les plus pauvres.

---

le, notoire qu'il avait eu une maladie vénérienne, considération capitale, la seule même qui puisse être de quelque poids pour le sujet qui nous occupe.

Obs. VII. — Bordeu était le nom du malade qui va faire le sujet de ce qui va suivre. Il était également militaire; il était dans sa vingt-troisième année, sous les drapeaux depuis vingt mois et sa constitution était forte et robuste. Avant l'arrivée de son régiment à Lyon, il n'était entré qu'une fois dans les hôpitaux pour des douleurs rhumatismales qui, d'après ce qu'il nous apprit, n'altérèrent en rien sa santé; mais dans les premiers jours de septembre 1843, il contracta une blennorrhagie, qui fut guérie avec le copahu; en décembre de la même année, après un refroidissement subit, se déclara une toux opiniâtre avec enrouement et enflure des extrémités; transporté à l'hôpital il y fut traité pour une affection organique du cœur avec obstacle à la circulation sanguine, et il n'en sortit qu'à la fin de janvier 1844 non pour reprendre son service, mais pour aller respirer l'air natal et y jouir d'un long congé de convalescence.

Trois mois s'étaient à peine écoulés que la maladie reparut avec une symptomatologie inaccoutumée; cette fois, il fut placé au n° 56 de la salle 14 qui faisait partie de ma division, et à ma contre visite, qui eut lieu à deux heures et demie, je le trouvai presque assis dans son lit et présentant l'état suivant.

Le visage, profondément altéré, était bouffi, la respiration haute et pénible; il toussait de temps à autre et expectorait une matière pituiteuse et abondante. Les mains, les jambes et les pieds, surtout les malléoles, étaient œdématiés et infiltrés; le pouls, qui avait de la fréquence, était dur, inégal et irrégulier; la percussion donna une matité de beaucoup plus étendue qu'elle ne l'est dans l'état physiologique dans tout le côté gauche de la poitrine; elle était plus prononcée dans le triangle qui se trouve compris entre le mamelon, la partie moyenne du sternum et le bord libre des fausses côtes, et sans accuser précisément de la douleur à la région précordiale, le malade y portait involontairement les mains, comme s'il avait voulu appeler toute notre attention de ce côté. Nous y sentîmes des mouvemens tumultueux et irréguliers; l'application de l'oreille ne tarda pas à nous convaincre que le timbre des battemens du cœur avait notablement diminué; ils étaient plus sourds, plus obscurs et plus tumultueux qu'à l'état normal, et un bruit de soufflet légèrement râpeux suivait immédiatement la première impulsion et ne s'éteignait qu'à la seconde.

A peu près convaincu d'après cette symptomatologie que Bordeu avait une hypertrophie du cœur avec une maladie des orifices et des valvules de cet organe, nous mîmes tout en œuvre pour dégorger le système circulatoire. Sous l'influence de cette méthode, qui consista en de fortes émissions sanguines générales et locales, les symptômes de suffocation s'amendèrent. A la visite du lendemain matin, le malade n'accusait plus que des palpitations, une certaine gène à l'épigastre et une dyspnée qui lui était, disait-il, habituelle. Cependant nous le trouvâmes toujours assis, toussant par saccades et à des intervalles assez rapprochés; les crachats de la nuit étaient rouillés, ils contenaient même quelque peu de sang liquide légèrement écumeux, dont nous nous expliquâmes la présence par les modifications profondes qu'avait dû nécessairement subir la fonction respiratoire par suite du trouble survenu dans la circulation pulmonaire, et l'état des pulsations artérielles ainsi que les battemens du cœur n'offraient pas de différence sensible d'avec ceux de la veille. Nous nous bornâmes conséquemment ce jour-là et le lendemain à l'usage des boissons diurétiques, et en même temps nous prescrivîmes diverses préparations de digitale, voulant, par ce moyen, ralentir les battemens du cœur et diminuer la gravité des accidens. Toutefois, au sixième jour, craignant que l'état de pléthore du sujet et sa constitution forte ne fournissent des élémens à l'irritation chronique de la membrane interne du cœur, nous réitérâmes l'ouverture de la veine. Soit que la maladie eût fait des progrès ou que l'organisme se fût habitué à ces soustractions de sang, Bordeu ne put trouver par la suite la rémission de la dyspnée et des autres troubles qu'à la condition de perdre une plus ou moins grande quantité de ce fluide; cette remissission ne fut même que de courte durée, et arrivé au douzième jour du traitement la respiration devint tout à coup haute et anxieuse, et le bruit de soufflet de plus en plus râpeux remplaça la deuxième impulsion du cœur; il avait son maximum d'intensité à la partie moyenne et gauche du sternum entre la troisième et la quatrième côtes. La peau du visage se revêtit d'une coloration livide et violacée, l'œdème devint général, les battemens du cœur se voilèrent, les battemens artériels devinrent d'une petitesse et d'une fréquence remarquable et les mouvemens respiratoires étaient si rapprochés qu'on eût dit à tout instant que le malade allait périr suffoqué. Toutefois, une application de vingt sangsues sur la région même du cœur enraya pour quelques instans cette symptomatologie alarmante; mais le sixième jour le besoin extrême que le malade éprouva de respirer annonça la vive réaction à laquelle le cerveau était en proie; malgré les frictions avec l'huile de croton qui nous avaient réussi dans des cas désespérés, les scarifications et les vésicatoires desquels nous avons également eu à nous louer dans des cas analogues, le malade tomba dans le collapsus, et un état sub-apoplectique mit fin à ses jours le 22 avril 1844, dix-sept jours après son entrée dans notre service.

Le lendemain 23, nous en fîmes l'autopsie, assisté de M. le docteur Bonnarie, et en présence de MM. les sous-aides et élèves de l'hôpital.

Le cadavre était généralement infiltré; il avait la bouche remplie d'écume et le visage complètement cyanosé. Nous trouvâmes un peu de sérosité épanchée dans les cavités de la poitrine; les poumons nous parurent à peu près sains; mais le péricarde contenait un peu d'eau, et le cœur, fortement distendu, nous parut avoir un volume énorme. Pesé avec le plus grand soin, il nous donna 726 grammes; il n'en pesa plus que 467 lorsque nous l'eûmes séparé des caillots de fibrine et de sang coagulé qu'il emprisonnait, et, avec un épaississement marqué de toute la substance charnue, son diamètre était de 14 centimètres, le vertical de 10 et quelques fractions, et il en avait 34 dans toute sa circonférence. Les cavités ventriculaires étaient en outre beaucoup plus dilatées qu'elles le sont dans la très grande majorité des cas; cette dilatation s'étendait même jusqu'aux oreillettes, et l'orifice auriculo-ventriculaire gauche nous parut notablement rétréci, dur et presque cartilagineux, modifications pathologiques que nous ne rencontrâmes pas dans le droit. L'extrémité du doigt auricolaire pouvait à peine y pénétrer, et la partie de la valvule mitrale qui s'adapte à l'orifice de l'aorte et sur laquelle nous trouvâmes huit végétations verruqueuses comme implantées dans son tissu, ne s'y appliquait que d'une manière très irrégulière. Un nombre indéterminé de ces mêmes productions existait sur tous les points des valvules semi-lunaires, sur celles de l'orifice auriculaire droit surtout, où elles faisaient en quelque sorte l'office de soupape, suivant que nous emplissions ou que nous désemplissions le ventricule d'eau, ainsi que sur les sigmoïdes de l'artère pulmonaire; mais différant un peu de celles qui font le sujet des précédentes observations, elles formaient de toutes petites tumeurs allongées, plutôt coniques que fusiformes, ayant de 2 à 3 lignes de longueur, ressemblant toujours du reste à des crêtes de coq, à des excroissances vénériennes. Celles qui étaient fixées sur le bord libre des valvules opposaient un tel obstacle au libre passage de l'eau que celle-ci restait emprisonnée dans le ventricule; leur tissu, à toutes, était d'un rouge pâle, dur et résistant au tranchant d'un scalpel, et, comme sur celles dont nous avons parlé, nous y trouvâmes une analogie frappante avec les végétations qui sont symptomatologiques d'une infection syphilitique. Disséquées du reste avec le plus grand soin, nous leur trouvâmes une structure polypeuse à fibres intriquées ayant des traces évidentes d'organisation, et, comme nous venons de le dire, leur adhérence aux parties sous-jacentes était telle que nous ne pûmes les en séparer qu'en les excisant.

Pour ce qui est des gros vaisseaux, ils ne nous offrirent rien de particulier, et il nous fut impossible de trouver la plus légère trace de dégénérescence et de lésions pathologiques dans les autres tissus ainsi que dans les autres organes. Il en fut de même des parties de la génération, que nous examinâmes avec le plus grand soin; elles étaient saines, et les recherches les plus minutieuses ne purent nous faire découvrir, soit dans la cavité buccale, soit dans les fosses nasales, soit aux yeux, à l'anus et sur quelque partie du corps que ce fût, le plus léger indice de l'existence antérieure d'une affection vénérienne.

Rappelons cependant que le malade qui fait le sujet de cette intéressante observation avait eu une blennorrhagie, et que ces sortes d'excroissances, qui étaient longues et comme greffées sur le bord libre des valvules, avaient l'analogie la plus parfaite de forme et de structure avec les poireaux vénériens qui se manifestent sur les organes génitaux après un coït impur.

Obs. VIII. — Le nommé Masson, entré le 12 août 1845 pour une dysenterie des plus intenses, mourut le 22 du même mois.

A l'autopsie, nous trouvâmes les désordres anatomiques localisés dans le gros intestin et la valvule iléo-cœcale, établissant ainsi une ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades; mais, circonstance curieuse, le cœur, que nous explorâmes par le plus grand hasard, avait les valvules mitrale et les semi-lunaires de l'aorte parsemées de végétations! Comme on le pense, nous nous empressâmes de vérifier les parties génitales, et nous trouvâmes à l'aine droite la cicatrice d'un bubon.... Une heure après, nous lisions dans le registre de M. le docteur Poullain, que « Masson avait séjourné dans son service de vénériens pendant six semaines, et qu'il y avait été traité effectivement pour un bubon et un chancre. »

Que conclure de ces faits? C'est que l'assertion de l'immortel Corvisart « que la nature de ces végétations pourrait être syphilitique » est une vérité qu'on devait substituer à l'hypothèse.

Quoi qu'il advienne d'une telle proposition, reprenons un à un les points des observations que nous venons d'esquisser et qui peuvent plaider chaleureusement en faveur de cette thèse.

Et d'abord, que dire des nombreuses ulcérations qui existaient sur la presque totalité de la surface extérieure du cœur des sujets des observations troisième et sixième, qui avaient tant de ressemblance avec les chancres, et qui, comme eux, n'avaient aucune trace d'altération autour d'elles? Bien plus, les bords de ces petites plaies étaient taillés à pic, comme le sont ceux des chancres; et le tissu charnu, qui leur était immédiatement contigu, était plus dur et plus consistant que celui des autres parties du cœur !...

Les faits de ce genre sont rares; le plus remarquable est, sans contredit, celui dont l'observation se trouve consignée dans les mémoires de la Société royale de médecine, année 1775, et qui a trait à une fille de 22 ans, qui mourut après avoir présenté les symptômes les plus graves de la syphilis constitutionnelle, et sur la surface extérieure du cœur de laquelle l'autopsie fit découvrir d'énormes ulcérations, qui s'étendaient bien avant dans le parenchyme de l'organe. Olaüs Borrichius, Payer et Graëtz en rapportent six exemples, qui peuvent être placés à côté de celui-là, tant sous le rapport de la lésion que sous celui de la symptomatologie; mais ceux signalés par MM. Rostan, Scoutetten, Bland, Bertin, Bouillaud et Hope, et bien avant eux par Morgagni, Senac et Laënnec, ont coïncidé avec un ramollissement général ou partiel, et plus souvent avec la rupture de l'organe, d'où nous pouvons conclure que les causes différaient essentiellement et qu'ici elles étaient totalement étrangères au virus syphilitique.

Pareille chose a lieu pour les végétations; elles se développent de préférence dans les cas qui nous occupent, sur les valvules et, dans quelques rares circonstances, sur les parois des cavités du cœur; mais elles n'ont jamais coïncidé, du moins que nous sachions, avec la désorganisation totale ou partielle de l'organe central de la circulation sanguine, et

les parties qui avoisinent ces excroissances ont été trouvées jusqu'à présent dans toutes les conditions physiologiques, comme le sont, du reste, celles sur lesquelles sont implantés les poireaux et les choux-fleurs, auxquels personne ne conteste une nature syphilitique.

Or, le virus vénérien, dont les effets sont à la fois si variés et si extraordinaires, nous paraît être le seul agent morbifique qui ait le privilége de donner vie à de semblables phénomènes; des milliers d'exemples ont prouvé et démontré que le gland peut être rongé par des chancres, sans qu'il ait perdu pour cela sa consistance et sa coloration rosée; que le prépuce et les nymphes se recouvrent d'innombrables végétations porracées, sans que les tissus environnans et sous-jacens soient le moins du monde altérés; et, puisque les végétations valvulaires et les ulcérations cardiaques, mais principalement les végétations, ont été trouvées sur les parties profondes du cœur d'individus qui avaient été infectés par la syphilis, et qu'en outre elles avaient l'analogie la plus parfaite de forme et de structure avec les crêtes du coq, les condylômes et les choux-fleurs vénériens, nous ne voyons pas quels sont et quels peuvent être les motifs pour lesquels on ne leur revendiquerait pas la même origine et pourquoi on s'obstinerait à leur refuser une nature syphilitique.

Car, si ce virus, dont la présence se décèle, après un temps souvent trop long, ici par une ophthalmie et là par des douleurs qui ont pour siége le tissu même des os, pourquoi ne pas admettre que ses effets se font également sentir, où qu'ils peuvent se faire également sentir sur des parties profondément situées et tout à fait hors de nos atteintes, sur le cœur, par exemple, qui doit, de toute nécessité, se trouver influencé par le fluide qui sert de vésicule à ce même virus, par le sang qui l'imprègne et qui le traverse? Cette opinion a été et sera encore, nous n'en doutons pas, le sujet de nombreuses controverses; cependant le vice scrofuleux et le vice cancéreux, voire même le vice scorbutique, portent quelquefois leur action délétère sur le même organe; des praticiens justement recommandables, et qui font autorité, y ont constaté des tumeurs tuberculeuses; le cancer y a été pareillement trouvé; et, d'après Chicoyneau, dans la peste qu'il a eu occasion d'observer « le cœur était distendu par une énorme quantité de sang noir putréfié, et il était dans un tel état de ramollissement que sa rupture détermina plusieurs fois la mort. » Comment nous refuser, d'après cela, nous le demandons, à admettre les effets du virus syphilitique dans les cas de végétations cardiaques, lorsque le vice scrofuleux, que nous prenons entre tous les autres, porte son action désorganisatrice sur le même appareil? Ce qu'il y a de démontré pour tout le monde, c'est que les excroissances charnues dont nous parlons ont une analogie parfaite de forme, de couleur, de volume et de structure avec celles qui sont symptomatiques d'une infection syphilitique, et qui sont comme greffées sur le gland, l'anus et les lymphes, et que ce n'est que par analogie qu'on a admis les dégénérescences scrofuleuse, cancéreuse et scorbutique du cœur. Car la loi des dernières transformations où est-elle? Nulle part; c'est une simple possibilité, une vérité substituée à l'hypothèse. Or, nous le répétons, puisque l'induction seule en a fait admettre l'existence, ne serait-il pas aussi rationnel de conclure, et cela par l'enchaînement des mêmes lois qui ont présidé au développement des vices scrofuleux, etc., etc., à la nature syphilitique des végétations valvulaires? Nous savons qu'un esprit sage ne devrait résoudre par l'affirmative des questions d'une aussi haute importance que lorsque l'expérience, une masse imposante de faits, les divers procédés analytiques et le raisonnement, ce puissant levier de l'esprit humain, les ont cent fois confirmées; mais nous redirons jusqu'à satiété que, puisqu'il est admis que les vices scrofuleux et scorbutique portent leur influence maladive sur les appareils le plus profondément placés, et entr'autres sur le cœur, nous devons admettre le transport du virus syphilitique dans le même organe, comme nous pensons que cela peut également avoir lieu pour les virus variolique et rabique.

Nous livrons ces faits à la sagacité et à l'impartialité des hommes spéciaux qui ont qualité pour résoudre définitivement cette grave question; car, en les recueillant, nous ne nous sommes proposé qu'un seul but, celui de dissiper les épaisses ténèbres qui pèsent sur ce point encore obscur de pathogénie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT ABORTIF DES TUMEURS PHLEGMONEUSES PAR L'INCISION SOUS-CUTANÉE; par le docteur JULES GUÉRIN.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

SECONDE SÉRIE. — PHLEGMONS SPONTANÉS.

PHLEGMON IMMINENT DE LA RÉGION AXILLAIRE DU BRAS, CONSÉCUTIF A UN MALAISE GÉNÉRAL ET A UN ÉTAT GASTRIQUE CARACTÉRISÉ. — DOULEUR, TUMÉFACTION ET ROUGEUR PROGRESSIVES DEPUIS TROIS JOURS. — PONCTION ET SAIGNÉE SOUS-CUTANÉES. — CESSATION IMMÉDIATE DE LA DOULEUR. — EAU DE SEDLITZ, RETOUR DE L'APPÉTIT. — INDURATION INDOLORE PENDANT HUIT A DIX JOURS. — RÉSOLUTION. — GUÉRISON.

OBS. IV. — Mlle Hélène P..., 17 ans, tempérament bilioso-sanguin, souffrait depuis trois jours d'un gonflement de la région axillaire du bras gauche. Ce mal s'était développé après plusieurs jours de malaise, de perte d'appétit : langue saune, sale, teint bilieux, autour de la bouche surtout. La tuméfaction était considérable et générale; toutefois, on sentait au centre des parties gonflées une espèce de noyau plus consistant dont le moindre attouchement provoquait une douleur très vive. Mouvemens du bras très sensibles. La malade le tenait constamment écarté du tronc. Céphalalgie, fièvre par intervalles; insomnie; absence totale d'appétit.

Je fais immédiatement la ponction sous-cutanée du point le plus malade; il sort par l'ouverture beaucoup de sang mêlé à quelques bulles de gaz. Je crois être certain que ce n'est pas de l'air introduit par la piqûre, car le sang a d'abord coulé par jet continu, et ce n'est qu'en second lieu que ces bulles sont sorties. Après l'écoulement de quatre à cinq cuillerées de sang environ, la tuméfaction et la douleur avaient presque entièrement disparu : il ne restait qu'une espèce de noyau de 2 à 3 cent. de diamètre. Diachylum gommé sur la piqûre; repos absolu; diète.

Le sommeil fut bon.

Le lendemain, eau de Sedlitz qui produit beaucoup d'effet. L'après-midi la malade se dit complètement débarrassée et demande à manger. — Un potage.

Les jours suivans, persistance d'un peu d'engorgement central; pression à peine sensible. Je fais recouvrir la partie d'un large emplâtre de diachylum gommé, qui reste appliqué pendant quatre à cinq jours, après quoi il est enlevé. Il reste encore un peu de tissu cellulaire induré, mais indolore; je fais réappliquer l'emplâtre, et huit jours après mademoiselle P... avait recouvré une parfaite santé.

Les quelques jours de malaise, de perte d'appétit, d'embarras gastrique, qui avaient précédé le développement du phlegmon, et l'apparition de ce dernier sans cause appréciable, disent tout ce qu'il faut dire pour le distinguer de ceux de la catégorie qui précède. C'est un *phlegmon spontané* proprement dit.

La seconde particularité utile à signaler, c'est la sortie de bulles de gaz avec le sang évacué; c'est la disproportion du sang évacué avec le volume de la tumeur, dont l'excès, la tension, l'élasticité se trouvaient si bien en rapport avec le gaz qu'elle contenait, et expliqués par la présence de ce dernier. L'ouverture de la tumeur sous l'eau, ainsi que nous l'avons dit déjà, satisferait plus encore les esprits rigoureux, nous n'en disconvenons pas; mais nous n'avons songé à cette expérience confirmative et complémentaire que postérieurement aux opérations citées dans ce mémoire. Nous la ferons ou d'autres la feront pour nous; unos n'avons nul souci du résultat; car d'après les faits et les preuves d'un autre ordre que nous avons eus sous les yeux, il ne peut nous rester de doute à cet égard. L'expérience ne sera pourtant pas inutile : elle ajoutera aux élémens de la conviction générale.

Quoi qu'il en soit, la rapidité du résultat était bien propre à encourager d'autres applications du même genre. Telles sont celles relatées dans les observations suivantes.

GONFLEMENT INFLAMMATOIRE SPONTANÉ DE LA FACE PALMAIRE DU MÉDIUS, DEPUIS DEUX JOURS. — TENSION CONSIDÉRABLE, DOULEURS LANCINANTES AU NIVEAU DE LA PREMIÈRE PHALANGE. — SENSIBILITÉ GÉNÉRALE DE LA MAIN, MOUVEMENT IMPOSSIBLE; FIÈVRE PAR INTERVALLES; INSOMNIE. — PANARIS IMMINENT. — INCISION ET DÉBRIDEMENT SOUS-CUTANÉ. — CESSATION IMMÉDIATE DES SYMPTÔMES AIGUS. — POINT DE SUPPURATION. — RÉSOLUTION DE L'ENGORGEMENT CONSÉCUTIF.

OBS. V. — Madame C..., 40 ans, constitution bonne, tempérament nervoso-sanguin, était depuis quelques jours assez souffrante. Elle ressentit tout à coup des douleurs vives au niveau de la première phalange de l'index. En quelques heures, tension considérable des parties. Madame C..., ayant employé sans aucun soulagement divers topiques, eut recours à mes soins.

Toute la face antérieure du doigt, surtout la partie correspondant à la première phalange, était très gonflée, tendue, rénitente, et le siége d'une douleur lancinante des plus intenses. La peau n'était pas encore manifestement injectée, mais toute la main était sensible et le mouvement du doigt complètement aboli.

Je plongeai le long du bord radial du doigt, parallèlement à la face antérieure de la première phalange, un bistouri en forme de lance à deux tranchans, et je divisai dans toute son étendue la partie du tissu cellulaire qui paraissait le siége de l'engorgement inflammatoire. Je pris soin de ne pas intéresser la gaîne des fléchisseurs. Il s'écoula une quantité notable de sang. L'ouverture cutanée qui avait été faite très petite, et le plus loin possible du siége de la douleur, fut recouverte d'un morceau de diachylum gommé. Le gonflement avait considérablement diminué; plus d'élancemens; la malade éprouve un bien être général; elle dîne et dort bien.

Le lendemain et les jours suivans, il reste un peu d'engorgement et de sensibilité au niveau du point malade. La flexion du doigt est encore impossible; mais tout travail d'inflammation phlegmoneuse a cessé. Le doigt fut encore plus d'un mois avant de revenir à son volume, et de récupérer sa souplesse. Cepen-

dant de simples applications de bandelettes de diachylum gommé suffirent pour dissiper le reste de l'induration celluleuse, et ramener la parfaite souplesse des mouvemens.

Ce fait confirme celui qui précède, et ouvre de plus la voie à des applications différentes. Le panaris est un phlegmon dont les caractères ne diffèrent de ceux des phlegmons sous-cutanés ordinaires qu'à cause de leur siége. Ils sont confinés, étranglés par des aponévroses étroites, une peau résistante; ils siégent dans des points très sensibles, très nerveux; ils reposent sur les gaînes des tendons, par conséquent ils sont très douloureux et fertiles en accidens qu'il est inutile d'énumérer. Eh bien! n'est-il pas permis de croire que ces complications dangereuses ajouteront bien plus aux indications de la méthode, à son utilité et à ses bienfaits, qu'à ses contr'indications? L'expérience décidera.

Nous n'avons eu jusqu'ici que cette seule occasion d'employer l'incision sous-cutanée dans le panaris proprement dit. Mais l'observation suivante, beaucoup plus remarquable et plus concluante à tous égards, nous paraît devoir encourager les praticiens dans les différens détours de la voie que nous leur signalons.

PHLEGMON INTENSE DE LA FACE DORSALE DU POIGNET GAUCHE, DATANT DE SIX JOURS. — GONFLEMENT CONSIDÉRABLE; ROUGEUR; DOULEURS VIVES, LANCINANTES. — SUPPURATION COMMENÇANTE. — MOUVEMENS DU POIGNET ET DES DOIGTS IMPOSSIBLES. — FIÈVRE CONTINUE; CÉPHALALGIE; INSOMNIE. — PONCTIONS SOUS-CUTANÉES. — CESSATION IMMÉDIATE DES ACCIDENS. — GUÉRISON.

OBS. VI. — Madame C..., âgée de 36 ans, tempérament bilioso-sanguin, fut prise le 26 juillet 1845, après quelques jours de malaise général et perte d'appétit, de douleurs au niveau de la face dorsale du poignet. Ces douleurs, d'abord sourdes, s'irradièrent dans toute la main. Après un jour de rémission apparente, elles augmentèrent au point de devenir intolérables. Pendant les deux dernières nuits, la malade n'eut pas un instant de sommeil. Fièvre par intervalles; céphalalgie; absence d'appétit. Cet état durait depuis six jours. Malgré le repos, les embrocations huileuses narcotiques, le mal n'avait fait qu'augmenter, lorsque madame C... réclama mes soins. Je la vis le samedi 2 août; elle était dans l'état suivant:

Toute la main gauche est rouge et énormément tuméfiée; la face dorsale surtout est considérablement gonflée et tendue, et le siége d'une rougeur érysipélateuse intense; douleurs, élancemens continuels. En explorant la région dorsale du carpe, on sent, à travers la tuméfaction des parties, dans l'étendue de 2 cent. environ, comme une portion de tissu cellulaire plus consistante et bridée par le ligament annulaire du carpe. Ce point est extrêmement douloureux à la pression; la main et les doigts, incapables de tout mouvement, sont maintenus à demi fléchis. La face est rouge; céphalalgie; peau chaude; pouls plein et fréquent.

Ponction *sous-cutanée* avec un perforateur à deux tranchans: l'instrument est plongé à la racine du pouce vers le foyer du mal. A peine a-t-il pénétré à 3 ou 4 cent. qu'il sort du sang rouge, en abondance et par jet continu, comme si une artère avait été ouverte. Une palette de sang environ est ainsi sortie sans interruption. Aussitôt la main se détuméfie; la douleur locale diminue, dit la malade, à mesure que le sang s'écoule. La rougeur est aussi beaucoup moindre; la malade remue un peu les doigts et le poignet, mais toujours avec des douleurs intolérables au niveau de la gaîne des extenseurs. Une pression modérée exercée sur ce point fait mieux apprécier la nature et la circonscription du foyer du mal. J'exprime à M. le docteur Kuhn, présent à l'opération, l'idée qu'il y a dans ce point une suppuration commençante ou imminente. Encouragé par les résultats obtenus dans les cas qui précèdent, je fais une seconde ponction *sous-cutanée*, en pénétrant par le bord cubital du poignet. L'instrument est enfoncé au centre de la partie consistante. Aussitôt il s'échappe deux ou trois gouttes d'un pus limpide ressemblant à de la lymphe mêlée à un peu de synovie. Une légère pression favorise l'expulsion d'un peu de sang, après quoi la tuméfaction et l'induration celluleuse laissent à peine des traces. La malade est dans l'enchantement; elle dit que le mal lui a été *enlevé comme avec la main*. Les piqûres des ponctions sont recouvertes d'un morceau de diachylum gommé.

Je ne prescris aucun topique, aucune application locale; repos absolu du membre; diète. Pour le lendemain, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Je revois la malade le lendemain; elle a dormi la plus grande partie de la nuit. La tuméfaction du poignet et de la main s'est un peu reproduite; je retrouve aussi un peu de gonflement induré et un peu de rougeur au niveau du foyer du mal. Plus de douleur spontanée, mais sensibilité marquée à la pression. Il s'écoule un peu de sérosité sanguinolente par la seconde piqûre. Plus de fièvre ni de céphalalgie; point d'appétit. (Bouillon de veau; bains et cataplasmes émolliens; eau de Sedlitz.)

Le 4 août, je trouve la malade levée; plus de fièvre. Elle a dormi presque toute la nuit. La main est toujours tuméfiée, mais elle n'est pas plus rouge que celle du côté opposé. Toutefois la face dorsale du carpe est toujours un peu plus tendue, plus consistante, plus douloureuse à la pression que le reste de la main. Les piqûres sont fermées; absence d'appétit. (Bains locaux; cataplasmes; eau de Sedlitz pour le lendemain.)

Quatrième jour: Sommeil excellent, appétit prononcé; le gonflement a beaucoup diminué; la main est toujours un peu empâtée, engourdie; mouvemens difficiles; toujours un peu de gonflement et d'induration derrière le poignet. La malade se lève et vaque à ses affaires. (Bandelettes de diachylum gommé autour du poignet; alimentation modérée.)

Les jours suivans, l'empâtement de la main disparaît, l'engorgement du poignet se dissipe peu à peu; les mouvemens se rétablissent, et la malade en est quitte pour continuer pendant une quinzaine de jours à garder quelques ménagemens.

Ainsi que nous le disions à la suite de l'observation qui précède, ce cas est fertile en conséquences de toutes sortes.

C'est un cas de phlegmon des mieux caractérisés;

Un cas de phlegmon spontané;

C'est un cas de phlegmon situé au voisinage d'une articulation importante, reposant sur des gaînes tendineuses, accompagné de symptômes locaux et généraux des plus développés;

C'est enfin un cas de phlegmon à suppuration commençante.

Ce cas rapproché du troisième de la première série (cas de Mlle U...), ne pourrait-il pas suffire à faire l'histoire complète du phlegmon imminent et de son traitement abortif? Par l'un, on en aurait les premiers linéamens, très tranchés, très accentués; par l'autre, on en aurait le commencement, le milieu et la fin.

Mais voyons parmi les particularités de l'observation de Madame C..., celles qui portent avec elles l'enseignement le plus direct et le plus immédiat.

Ce phlegmon reposait sur l'articulation du poignet, sur les gaînes des tendons extenseurs. Ce serait le *panaris du poignet*, si l'on voulait rappeler par cette dénomination la condition pathologique principale du phlegmon. Et ici cela est bien important, car la suppuration sur les gaînes des extenseurs et autour de l'articulation du poignet peut donner lieu à deux ordres d'accidens, équivalens au moins à ceux qui caractérisent le panaris proprement dit, c'est-à-dire à des accidens immédiats très graves, et, consécutivement, à la perte du mouvement des parties par suite d'adhérences ou d'exfoliation des tendons. Il importe donc de montrer, sous ce double rapport, l'immense avantage de l'incision sous-cutanée.

Cet avantage croîtra nécessairement avec les dangers inhérens à certains phlegmons, tant sous le rapport de leur diffusion, de leur étendue, que sous celui de leur situation profonde, sous-aponévrotique, ou au voisinage des grandes cavités. Ainsi, le phlegmon si douloureux du cuir chevelu, celui qui siége sous l'expansion aponévrotique de la gaîne du sterno-mastoïdien, et même celui qui s'annonce sous l'aponévrose cervicale profonde au delà du plan formé par les muscles scalènes et l'omo-hyoïdien, tireraient les plus grands bienfaits de la ponction sous-cutanée. Si quelques unes de ces applications étaient susceptibles, d'éloigner l'opérateur, à cause des difficultés anatomiques, on peut indiquer, comme plus faciles et comme destinées à conjurer des accidens incalculables, tous les phlegmons sous aponévrotiques et sous-musculaires de la paroi abdominale, des membres, des bras, de la fesse, de la cuisse, etc. Dans la plupart de ces phlegmons, l'étranglement centuple les accidens primitifs du mal, soit en distendant très douloureusement des parties résistantes et très sensibles, soit en forçant les fluides, et plus tard le pus, à se creuser des voies plus faciles vers les cavités importantes.

Tous ces dangers existaient dans le cas de Mme C.... On pourrait d'autant moins le contester qu'ils étaient plus imminens. Outre l'inflammation violente qui menaçait l'articulation, le pus n'allait-il pas s'y faire jour? Le mal, sous ce double rapport, n'était-il pas arrivé au dernier degré de gravité? Mais nous touchons ici à une difficulté nouvelle, une des plus importantes de la question.

Jusqu'à quelle époque de la maladie, jusqu'à quel degré de suppuration pourra-t-on recourir avec succès, c'est-à-dire avec chance de faire avorter le mal, à l'incision sous-cutanée? La réponse est tout entière dans le fait que nous analysons. Pour la *date*, le mal existait depuis six jours; pour le *degré*, il était arrivé au degré le plus intense; toute la main était envahie: tension énorme, rougeur, chaleur, douleur des plus considérables; pour la *période*, il y avait un commencement de suppuration. Car, qu'on le remarque bien, la seconde ponction avait amené quelques gouttelettes de pus. Ce n'était sans doute que les premiers linéamens de la suppuration, mais c'était déjà de la suppuration. Ainsi donc la méthode réussit jusqu'au commencement de la formation du pus. Ce fait, que nous ne voulons pas porter au delà de ses limites, prouve au moins d'une manière incontestable, que l'incision sous-cutanée prévient réellement la suppuration dans les cas où elle n'est pas encore matériellement réalisée, puisqu'elle a pu l'enrayer alors qu'elle était commencée. C'est le cas de dire: « Qui peut le plus peut le moins. » Il ne faut pas s'abuser pourtant, et c'est un devoir pour nous dans l'intérêt même de la méthode, de n'en pas exagérer les avantages. Si, dans le cas de Mme C...., une suppuration commençante a été réellement arrêtée, nous ne donnons ce résultat que comme un résultat exceptionnel. Nous avons employé plusieurs fois l'incision sous-cutanée dans d'autres cas de phlegmons à suppuration commencée, et nous n'avons pas réussi à arrêter le travail de la pyogenie. Nul doute cependant que si la méthode était rigoureusement employée dans

des cas parfaitement identiques à celui de Mme C...., on n'obtiot toujours un résultat aussi favorable. Mais la difficulté est de tracer la limite précise de ces cas. Nous préférerions rester en deçà, et dire que la méthode abortive ne réussit à coup sûr que lorsque la suppuration n'est pas encore établie. Tant mieux si la pratique a plus de succès que la théorie n'en promet.

Ayant ainsi fait nos réserves pour la méthode, essayons d'entrer dans le cœur du fait considéré au point de vue de la puogénie proprement dite.

Nous avons réussi dans ce cas à enrayer un travail de suppuration commençante, et, dans beaucoup d'autres cas où le pus était également formé, nous n'avions fait que des tentatives stériles. Pourquoi? c'est que pour nous, et pour le fait expérimental, il y a deux périodes dans la suppuration : la première, caractérisée par la formation du noyau purulent, si je puis m'exprimer ainsi; la seconde, par la suppuration des zones du tissu cellulaire ambiant. Lorsque la première période existe seule, on peut espérer que les parties dégagées, au moyen de l'incision sous-cutanée, de ce noyau, espèce d'épine, de molimen, de corps étranger, seront exemptes de la suppuration secondaire. Mais si le travail de celle-ci est commencé, si la zone suppurante déborde le noyau primitif, il n'y a pas possibilité d'en enrayer le travail. C'est ainsi du moins que nous nous rendons compte des faits. Les cas de phlegmons de la première catégorie, dans lesquels un liquide altéré a été évacué avec cessation immédiate de tout accident, nous paraissent propres à confirmer notre manière de voir. Dans ces cas, ce sont bien évidemment des matières étrangères dont la présence provoque l'inflammation suppurative ambiante, et dont l'évacuation en temps opportun arrête ce travail imminent ou déjà commencé. A nos yeux, le molimen ou noyau primitif du phlegmon spontané n'est qu'un diminutif indéterminé, dans son origine et sa nature, des matières plus constatables du phlegmon provoqué; mais ce que l'on voit si clairement, si matériellement dans l'un, peut faire logiquement déduire la conséquence de ce qui se passe moins visiblement dans l'autre.

Si maintenant nous reportons, sur l'ensemble des faits que nous venons de citer, un regard général propre à embrasser ce qu'ils ont de commun, nous trouvons plusieurs conséquences utiles à mettre en lumière et propres à éclairer la cause même de l'efficacité de notre méthode, c'est-à-dire sa valeur essentielle.

Dans chacun des six cas précités, dans ceux de la première comme dans ceux de la seconde catégorie, la méthode a produit matériellement deux résultats différens :

1° Elle a produit l'évacuation d'une certaine quantité de sang accumulé autour du point malade : elle a effectué *une saignée sous-cutanée;*

2° Elle a produit l'évacuation du sang et de la matière confinés dans le point malade, et plusieurs fois avec sortie de quelques bulles de gaz.

Le premier résultat est incontestable. Dans plusieurs cas, notamment dans les observations IV et VI de la seconde catégorie, le sang est sorti en abondance et par jet. On remarquera que, dans ces cas, les parties étaient très tuméfiées et la peau rouge, congestionnée. Ce premier résultat de la méthode se résout incontestablement dans une *saignée sous-cutanée* proprement dite, saignée qui désobstrue le système capillaire sous-cutané et la peau elle-même. A ce point de vue, elle agirait déjà comme *décongestif*, comme *déplétif*, à la façon des sangsues, des ventouses scarifiées, avec cette différence qu'elle agirait plus profondément, plus immédiatement et mieux. La juste confiance attribuée à ces méthodes extérieures ne peut qu'ajouter à celle que mérite au même titre, et avec des moyens plus sûrs et plus directs, la saignée sous-cutanée.

Mais à nos yeux l'action déplétive de l'incision sous-cutanée n'est que secondaire, accessoire, parce que, pour nous, la congestion du phlegmon n'est que son enveloppe matérielle. La phlogose du phlegmon, c'est la rougeur, le gonflement qui entourent l'épine, le corps étranger; c'est l'aréole du bouton de la petite vérole, de la pustule stibiée. Dans l'un et l'autre cas, les accidens congestifs ne sont que la vestiture, la forme du mal, son accompagnement obligé. Le phlegmon, comme ces pustules, a son noyau, son épine, son foyer essentiel qu'il faut atteindre et détruire sous peine de n'obtenir qu'un amoindrissement dans la forme, dans les effets du mal, mais non la cessation immédiate et complète de celui-ci. A cet égard il est impossible de ne pas faire remarquer que les effets ordinaires des antiphlogistiques, sangsues, scarifications et cataplasmes, sont bien d'accord avec cette manière d'envisager le rôle et l'importance de la phlogose. Combien compte-t-on de phlegmons enrayés par cet ordre de moyens? De combien de sangsues n'a-t-on pas recouvert ces tumeurs à leur début, sans parvenir à les enrayer? Il faut donc quelque chose de plus que l'action déplétive : ce quelque chose, l'incision sous-cutanée le réalise; c'est ce qui la caractérise essentiellement suivant nous; et nous le répétons, parce que c'est le point le plus important de la question, l'incision sous-cutanée ne fait avorter le phlegmon, que parce que, indépendamment de son action déplétive, elle produit la destruction du foyer morbide et favorise l'évacuation de son molimen, de son élément générateur.

Telles sont les remarques qui résultent le plus immédiatement de l'analyse des faits ci-rapportés. Nous aurions pu multiplier ces faits, car nous avons eu dans maintes occasions analogues obtenu les mêmes résultats. Mais à quoi bon ces répétitions, quand les cas cités renferment à peu près les conditions qui peuvent faire varier la méthode, ses applications et ses résultats? Nous nous sommes contenté d'un exemple concluant pour chaque catégorie, convaincu que bientôt les chirurgiens qui voudront nous imiter ne manqueront pas de compléter cette partie de notre démonstration. Pour aider autant que possible au succès de leurs tentatives, nous allons résumer d'une manière générale les principes, les notions qui doivent constituer la méthode proprement dite.

§ II. — REMARQUES GÉNÉRALES.

Le traitement abortif du phlegmon consiste à faire, au moyen d'une ponction sous-cutanée, l'incision du noyau du phlegmon, à le traverser de part en part, en ayant soin de ne pas intéresser la face interne de la peau.

Le but de l'opération est d'abord de produire la déplétion de la tumeur, de combattre son élément phlogistique; en second lieu, de favoriser l'évacuation du ou des principes morbides qui en sont le point de départ; il importe donc que l'instrument atteigne et divise dans toute son épaisseur la portion du tissu cellulaire qui en est le siége principal. Si l'incision horizontale ne réalisait pas ce double but, si une quantité notable de sang provenant de l'engorgement périphérique et du noyau central ne faisaient pas présumer que l'instrument a donné une issue facile aux matériaux de l'un et de l'autre, il faudrait joindre à l'incision horizontale la section verticale et transversale de la tumeur. Cette pratique est surtout utile lorsque le développement de la tumeur est considérable. Dans les cas de cette nature, on s'exposerait, si on se bornait à l'incision horizontale, à ne produire que la moitié du résultat. Il est superflu d'ajouter que l'opération doit être faite avec les précautions recommandées pour toutes les applications de la méthode sous-cutanée, savoir : que l'ouverture soit petite et éloignée du foyer du mal, et autant que possible pratiquée à la base d'un pli cutané. Par la même raison, on ne négligera pas de recouvrir la piqûre d'un morceau de taffetas ou de diachylon gommé.

L'instrument propre à cette opération n'est pas indifférent. Le bistouri ordinaire et tout instrument à lame *large* et à tranchant *continu* est tout à fait contr'indiqué. Il faut, ou la *sonde cannelée à dard*, ou mieux, le *bistouri en fer de lance à double tranchant*, qui n'est que la sonde montée sur un manche (1).

Il convient de laisser en place la sonde ou le bistouri tout le temps que dure l'écoulement du sang. Celui-ci peut être facilité en renversant la cannelure. Si une seule ponction n'amenait pas la quantité de sang suffisante pour produire l'affaissement de la tumeur, on en ferait une seconde, une troisième et toujours en des points différens. Enfin, si le lendemain d'une ponction on trouvait les parties regonflées et de nouveau douloureuses, nul doute qu'il ne fallût réitérer l'opération, en ayant grand soin de ne pas reprendre les routes parcourues la veille.

Les indications à l'emploi de cette méthode ont à peine besoin d'être rappelées et précisées. Toutes les fois qu'une douleur se sera développée dans un point du tissu cellulaire sous-cutané, avec gonflement, tension, chaleur, fluxion profonde ou superficielle, on pourra y recourir sans le moindre danger. C'est ordinairement du deuxième au quatrième jour du mal que le succès est certain. Au cinquième ou sixième, il est à présumer que la suppuration a commencé. Cependant on peut encore y avoir recours; n'eût-on d'autre résultat qu'un soulagement produit par la déplétion du système capillaire sous cutané, on ne l'aurait point pratiquée en pure perte. N'a-t-on pas vu (obs. VI) qu'une suppuration commençante peut être enrayée immédiatement par cette méthode? Dès que la suppuration est complètement établie, il ne faut plus rien attendre de l'incision sous-cutanée, et il est inutile d'y avoir recours.

On a vu que les phlegmons spontanés, aussi bien que les phlegmons provoqués, s'en trouvent également bien. Ajoutons que pour les cas où l'engorgement est sous aponévrotique, comme dans le panaris ou autres gonflemens inflammatoires avec étranglement, il conviendra de faire la section transversale ou perpendiculaire de l'aponévrose d'enveloppe, à moins que la tuméfaction ne soit modérée et que l'incision horizontale n'ait produit un dégorgement immédiat suffisant.

L'incision sous-cutanée ne contr'indique l'emploi d'aucun moyen com-

(1) On trouve les deux instrumens chez M. Charrière.

mandé par l'état local des parties, ou l'état général du sujet. Les cataplasmes, les bains locaux, les onctions huileuses et narcotiques peuvent concourir nullement à dissiper les restes de la phlogose et de l'irritation. On a vu qu'après l'opération il reste plus ou moins d'induration chronique du tissu cellulaire, soit comme suite de l'engorgement primitif, soit comme résultat de la plaie sous-cutanée. On doit toujours se conduire comme nous l'avons fait, c'est-à-dire recouvrir la partie de bandelettes ou d'un emplâtre de diachylum gommé. Ce moyen résolutif fort simple ne nous a jamais fait défaut. Si, comme cela est très fréquent, le phlegmon est lié à un état gastrique, bilieux, saburral, les purgatifs sont indispensables, car l'incision sous-cutanée ne réussirait qu'à amoindrir le mal local, lequel restant sous l'empire de la cause générale aurait une tendance à se perpétuer ou à se reproduire. Ces préceptes sont anciens et connus; il est bon pourtant de les rappeler, afin qu'on ne prête pas à un moyen bon en soi, et dans de certaines limites, des prétentions qu'il n'a pas et qu'il se flatte de ne pas avoir.

En élevant à leur signification la plus générale les résultats produits par le traitement abortif du phlegmon, c'est-à-dire, en considérant ces résultats comme une expérience pathologique propre à éclairer le mécanisme de la maladie et de la pyogénie sous-cutanée, on en peut tirer des conséquences fort utiles que nous avons déjà fait pressentir à l'occasion des observations particulières. Qu'est-ce en effet que cette suspension immédiate de la maladie, cette suppuration empêchée? sinon l'ablation de la cause même du mal, sa soustraction ou sa neutralisation. Ici les doctrines de l'irritation, du stimulisme et du contro-stimulisme ne sont plus de mise: cette seule expérience en fait à jamais justice. Comment concilier avec ces systèmes la cessation d'une inflammation, d'une irritation par une pratique qui n'a rien en soi d'adoucissant? Une plaie, un coup de bistouri dans des tissus déjà enflammés ne peuvent à coup sûr être considérés comme un moyen calmant. Que les partisans de ces doctrines se retranchent derrière l'évacuation sanguineque procure toujours l'incision sous-cutanée, cette évacuation dont nous avons apprécié la signification et les effets peut-elle être mise en balance avec les saignées infiniment plus copieuses, avec celles produites par les sangsues dont on couvre souvent les tumeurs? Or les effets abortifs de ces méthodes sont loin d'être en rapport avec l'énergie de leurs efforts et de leurs moyens. L'incision sous-cutanée du phlegmon produit donc autre chose que l'action déplétive générale, et surtout elle produit un autre effet qu'un effet antiphlogistique, anti-irritatif. Cet effet, nous l'avons dit, c'est la destruction du noyau générateur, l'évacuation directe ou la disparition, par voie de résorption, du molimen morbide. Ces mots peuvent ne pas être bien nouveaux, et surtout bien en rapport avec les doctrines et les croyances actuelles; mais qu'est-ce que cela fait pourvu qu'ils représentent des idées nouvelles et justes, ou même des idées anciennes entourées de preuves nouvelles?

Il résulte donc invinciblement de l'expérience réalisée par l'incision sous-cutanée, que le phlegmon, considéré d'une manière générale, n'est pas, comme on le professe encore aujourd'hui presque partout, un simple engorgement inflammatoire, mais un engorgement inflammatoire, plus quelque chose qui le produit, l'entretient, et constitue son existence propre, essentielle. D'après cette doctrine, le phlegmon serait, à certains égards, comme le bubon vénérien, une tumeur à noyau propre, avec cette différence que, dans ce que nous appelons phlegmon, l'essence du principe serait moins distinct que le principe vénérien; d'où il résulte que, malgré cette différence dans l'évidence de l'élément générateur, cet élément existe et persiste dans les deux cas, indépendamment des accidens de la congestion, qui n'en sont que la forme et des conséquences générales.

La doctrine pathogénique du phlegmon que nous venons d'indiquer en passant prête une base si essentielle à la méthode du traitement abortif, que nous ne pouvons résister à la fortifier de quelques preuves nouvelles. Il suffit pour cela de rappeler des faits vulgaires. Quoi de plus probant à ce point de vue que le phlegmon des mamelles qui survient pendant l'allaitement des nourrices? Tous les auteurs sont d'accord pour attribuer ces tumeurs si caractéristiques et si fréquentes à la présence d'une certaine quantité de lait épanché et infiltré dans le tissu cellulaire du sein. N'est-ce pas là un molimen morbide matériellement, physiquement démontré? Tous les chirurgiens ne sont-ils pas d'accord, en outre, pour conseiller des efforts de succion dans le but de ramener dans ses voies naturelles ou d'évacuer ce germe provocateur de la maladie? n'est-ce pas ce que nous disons à un autre point de vue, et ce que nous conseillons par une autre voie? Combien d'autres exemples encore? et l'urine tombée dans le tissu cellulaire du périnée à la suite de l'opération de la taille? Partout, n'est-ce pas une matière antipathique à l'organisme qui engendre l'inflammation suppurative; et partout n'est-on pas convaincu que la soustraction de cette matière, quand cette soustraction est possible, est le moyen le plus sûr et le plus naturel de combattre l'inflammation? La méthode de l'incision sous-cutanée et la doctrine pathogénique qui lui sert de base ne sont donc, en quelque sorte, que la généralisation de ces faits, et l'application des données qui en résultent à des espèces plus obscures, plus délicates, et par cela moins accessibles à la connaissance et à la conviction de tous.

Le fait de la cessation de l'inflammation phlegmoneuse par l'incision sous-cutanée a une autre portée: il éclaire encore le caractère général des plaies sous-cutanées. Les personnes qui persistent à méconnaître, dans l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées, un ordre de phénomènes à part, continuent à n'y voir qu'un travail *d'inflammation* faible, amoindri, c'est-à-dire les préliminaires de l'inflammation suppurative. Comment concevoir, dans le cas qui nous occupe, qu'une inflammation faible, c'est-à-dire, une inflammation nouvelle ajoutée à celle qui existe, ait la vertu d'arrêter brusquement cette dernière? En bonne logique, l'une pourrait tout au plus se joindre à l'autre, ou l'une et l'autre marcher pour leur propre compte. Il faut donc admettre, comme nous croyons l'avoir établi par une multitude d'expériences et d'opérations, que le travail propre aux plaies sous cutanées constitue bien un ordre de phénomènes à part: *l'organisation immédiate*. Le fait de la cessation des inflammations phlegmoneuses par l'incision sous-cutanée en est donc une preuve nouvelle et sans réplique.

Cette conséquence physiologique du fait pathologique peut donner lieu elle-même à de nouvelles applications, et rendre en quelque façon à la thérapeutique les services qu'elle vient d'en recevoir. Et en effet, nous n'avions cherché jusqu'ici, dans nos expériences, nos opérations et tous nos travaux relatifs aux plaies sous-cutanées, qu'à établir ce principe, savoir: que tous les tissus *sains*, divisés sous la peau, ont la propriété de s'organiser immédiatement, sans le préalable obligé des plaies à découvert, sans l'inflammation suppurative. Nos observations relatives au traitement abortif du phlegmon viennent ajouter un nouveau fait à cette doctrine. Ce fait est celui-ci: *La section sous cutanée des tissus qui sont le siége de l'inflammation congestive ne donne pas lieu à l'inflammation suppurative; elle tend plutôt à prévenir qu'à développer cette dernière.* Ce résultat nouveau de physiologie pathologique peut donner lieu à quelques applications pratiques nouvelles; nous allons en indiquer quelques-unes.

Il est généralement admis que toutes les inflammations parenchymateuses et autres ont leur siége immédiat dans le tissu cellulaire qui unit leurs élémens agglomérés. Que cette doctrine soit absolue ou non, elle est incontestable en et vraie dans beaucoup de cas et dans certaines limites. C'est là ce qui nous importe pour le moment. Partant de cette donnée, nous dirons que partout où il y aura inflammation tendant à la suppuration, on pourra tenter l'incision sous-cutanée, pourvu que l'instrument puisse pénétrer jusqu'au foyer du mal, sans traverser des parties à respecter, sans ouvrir des communications dangereuses, et sans provoquer des épanchemens nuisibles. Le sens de ces restrictions n'a pas besoin d'être précisé davantage. On comprend, en effet, que là où l'instrument ne pourrait pénétrer sans semer sur sa route des dangers nouveaux, comme des lésions d'artères, de nerfs, des perforations d'intestins, ou bien des épanchemens péritonéaux et autres, il faudrait s'abstenir. Mais là où l'instrument n'aura à traverser que le tissu cellulaire, nul doute que l'opération ne doive être tentée avec toute chance de succès, et sans risque aucun d'ajouter à l'intensité des phénomènes de congestion inflammatoire. Car c'est là le point important à rappeler, à savoir: *que l'incision sous-cutanée des tissus enflammés n'ajoute pas à l'intensité de la phlogose ni à ses accidens*. Appuyé sur cette donnée nouvelle, on pourra diviser sous la peau *toutes les glandes enflammées*. Déjà notre excellent ami, M. Diday, a indiqué et pratiqué l'incision sous-cutanée des *ganglions de l'aine* comme moyen abortif du *bubon*. Ce cas particulier peut et doit être généralisé. On a cherché récemment à faire revivre *l'incision* à découvert *du scrotum, de la tunique albuginée* et même *du testicule*, dans *l'orchite blennorrhagique*. Cette opération, pratiquée comme on l'a fait jusqu'ici, n'avait peut-être pas grande chance de vivre plus longtemps cette fois qu'avant sa résurrection. Et en effet, les avantages qu'elle procure étaient bien compensés par ses dangers propres. Il n'en sera plus de même à l'avenir. Elle sera facilement convertie en incision innocente et beaucoup moins douloureuse, par la méthode sous-cutanée. Elle conservera donc ses avantages en perdant ses inconvéniens. Il en sera de même de *l'épidymite*, de la *parotite*, de la *mammite* et, en un mot, de toutes les *inflammations commençantes des glandes sous-cutanées*.

Si des glandes nous passons aux organes plus compliqués, nous trouvons l'œil. Il sera possible, dans le cas d'inflammation profonde du tissu cellulaire ambiant ou du globe lui-même de recourir à l'incision sous-cutanée de l'un ou de l'autre. *L'incision sous-cutanée ou sous-conjonctivale du globe oculaire* aura de fréquentes applications. N'est-elle d'autre

avantage que d'opérer le débridement de la sphère et l'évacuation des liquides qui, dans certains cas, produisent une tension douloureuse et dangereuse, qu'il y aurait lieu d'y avoir recours. Il en serait de même de l'*incision sous-cutanée des capsules articulaires dans l'arthrite rcente; du périoste dans la périostite*, en un mot de toute partie où il y aura douleur, congestion, tension et tuméfaction, avec possibilité d'y faire parvenir l'instrument sans aucun des obstacles précités plus haut.

Ces diverses applications, que l'expérience portera sans doute bien au delà de nos prévisions, sont toutes la conséquence directe du fait physiologique, de l'*innocuité des plaies sous-cutanées des tissus enflammés*, et de l'efficacité reconnue de l'*incision sous-cutanée des tumeurs phlegmoneuses commençantes*. Les tentatives à faire dans cette nouvelle voie pourront n'être pas toutes aussi efficaces que celles que nous avons réalisées, mais nous avons la certitude qu'aucune au moins ne sera dangereuse.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(SUITE.)

V. JOURNAL DE CHIRURGIE.

Les numéros de juin, juillet, août et septembre 1845 contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *Du taxis combiné avec l'irrigation continue et la douche d'eau froide, pour la réduction des hernies étranglées*; par M. Moreau-Boutard. (Ce moyen, dont l'auteur cite trois exemples de réussite, agit, selon lui, principalement en sollicitant par l'effet du froid la contraction du crémaster et du dartos.) 2° *Mémoire sur l'insufflation de l'air dans les voies aériennes chez les enfans qui naissent dans un état de mort apparente*; par M. Depaul. 3° *Sur les fractures de l'acromion*, observations communiquées par M. Nélaton. 4° *De la méthode opératoire qu'il convient de choisir quand des cicatrices de la cornée compliquent la cataracte*; par M. Sichel. 5° *Observations sur la position de l'avant-bras dans le traitement des fractures du radius et du cubitus*; par M. Bidart. 6° *Nouvelles observations sur les luxations des phalanges des doigts entre elles*. 7° *Recherches sur certaines causes de mort après les lésions traumatiques et les opérations chirurgicales dans les hôpitaux de Londres*; par M. Norman Chevers. (Ce travail a déjà été reproduit en partie du texte anglais dans la GAZETTE MÉDICALE de cette année.) 8° *Sur un cas de mort prompte après un accouchement naturel, sans cause connue, avec présence de l'air dans les veines*; par M. Lionet. (Une femme, déjà affaiblie avant l'accouchement, mourut pâle, épuisée, et sans cependant avoir perdu beaucoup de sang, cinq heures après la délivrance. La prostration avait augmenté graduellement. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion autre que quelques bulles de gaz dans les deux ventricules du cœur, et une plus grande quantité dans les veines qui rampent entre les circonvolutions cérébrales. La nature de ce gaz n'a pas été constatée par l'analyse. L'autopsie avait été faite trente heures après la mort par une température de 12 à 14 degrés.) 9° *Remarques pratiques sur la pâte de chlorure de zinc et la cautérisation en général*. (Article emprunté au PRÉCIS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE de M. Lisfranc, ouvrage déjà en partie publié et dont nous rendrons prochainement compte.) 10° *Note sur un nouveau procédé pour appliquer les ventouses*; par M. Heulhard d'Arcy. 11° *Mémoire sur les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus*; par M. Malgaigne. (Premier article.) 12° *Mémoire sur de nouveaux procédés d'entéroraphie, par excision de la muqueuse intestinale*; par M. Moreau-Boutard. (Voir, pour l'analyse et la discussion de ce travail, GAZ. MÉD., 1845, p. 574.) 13° *Observations et réflexions sur l'emphysème des paupières*; par M. Desmarres. (Deux faits bien observés de cet emphysème de la paupière déjà signalé par Dupuytren, qui survient après une fracture de la paroi orbito-nasale.)

MÉMOIRE SUR L'INSUFFLATION DE L'AIR DANS LES VOIES AÉRIENNES CHEZ LES ENFANS QUI NAISSENT DANS UN ÉTAT DE MORT APPARENTE; par M. DEPAUL.

L'objet de ce travail est de réhabiliter l'insufflation ; et l'on peut dire par anticipation que l'auteur a bien rempli son but. La tâche qu'il s'était proposée ne manquait pas du mérite de l'opportunité. En consultant les auteurs qui ont écrit sur ce moyen de rappeler les asphyxiés à la vie, Marc, MM. Leroy, Albert, Piédagnel, on s'assure que la plupart l'ont considéré comme capable de produire l'emphysème pulmonaire ou la déchirure des vésicules. On peut voir en particulier dans plusieurs traités d'accouchement qu'on n'accorde aucune confiance à cette respiration artificielle et qu'on la considère comme entourée de dangers sérieux. Et cependant personne a-t-il fait des expériences directes sur l'enfant naissant? N'a-t-on pas, dans ce cas, conclu et condamné par analogie?.... M. Depaul a suppléé par des recherches approfondies à ce silence des auteurs. Son mémoire se compose de deux parties : 1° expériences sur la réalité des accidens attribués à l'insufflation pulmonaire ; 2° observations sur ses effets et sur le meilleur procédé à employer.

1° La première série de ces recherches se compose des cas où l'insufflation ayant été pratiquée sur des nouveau-nés, on put constater ensuite sur leur cadavre que les poumons n'avaient subi aucune lésion. Nous en citerons deux exemples.

OBS. I. — Une primipare, dont le travail se ralentissait, prit du seigle ergoté. L'enfant, qui fut dès lors rapidement expulsé, offrait en naissant les caractères d'une violente congestion vers la tête. On laissa saigner le cordon ; mais la vie ne revenant pas, M. Depaul insuffla de l'air dans les poumons pendant plus d'une heure avec le tube laryngien de Chaussier. Malgré ses efforts, les battemens du cœur se rétablirent bien, mais la respiration naturelle ne put être restituée.

A l'autopsie qu'il fit avec soin, il ne trouva aucun désordre ni dans la trachée ni dans le larynx. Les poumons avaient une couleur rose uniforme ; ils avaient été pénétrés par l'air dans toutes leurs parties. Plongés dans l'eau, ils surnageaient en totalité et n'offraient aucune trace ni de déchirure ni d'emphysème. De nouvelles insufflations faites avec beaucoup de force laissèrent encore ces organes dans le même état d'intégrité.

Le cas suivant est beaucoup plus remarquable ; car l'enfant ayant été rendu à la vie par l'insufflation, et n'étant mort que douze jours après, et par suite d'une cause étrangère, non seulement le bon état des poumons constaté à l'autopsie, mais la santé du sujet pendant ce laps de temps, prouvent bien que l'insufflation n'avait déterminé aucune lésion sérieuse.

OBS. II. — En juin 1841, M. Depaul fit voir à la Société anatomique les deux poumons d'un enfant qui avait été rappelé à la vie par l'insufflation pulmonaire continuée pendant quarante-cinq minutes. Au bout de douze jours, cet enfant succomba à une affection tout à fait étrangère aux organes respiratoires.

A l'autopsie faite avec une scrupuleuse attention, le tissu pulmonaire n'offrit aucune trace d'emphysème ; il ressemblait complètement à celui des poumons d'un autre enfant qui avait respiré naturellement. Un examen comparatif montra entre eux une similitude parfaite. Enfin, j'ajouterai, dit l'auteur, que de nouvelles insufflations ne laissèrent aucun doute sur l'intégrité des vésicules, dont l'élasticité suffisait après chaque insufflation pour expulser la plus grande partie de l'air introduit.

A la suite de ces essais assurément très probans, M. Depaul s'est livré à d'autres expériences. Il a pris cinq enfans qui avaient succombé pendant l'accouchement, et dont les poumons parfaitement sains n'avaient pas été insufflés au moment de la naissance. Dans trois cas, il a détaché les poumons, et les a laissés en place dans les deux autres. Sur tous, il a pratiqué des insufflations avec le tube de Chaussier ou une canule introduite dans le larynx, soufflant d'abord avec douceur, puis avec plus de force ; et enfin il a constamment terminé ces opérations, qui duraient au moins une demi-heure, par une vingtaine d'insufflations beaucoup plus énergiques encore. Il a toujours été frappé de la force avec laquelle il fallait pousser l'air pour produire la dilatation de toutes les vésicules.

M. Depaul a aussi expérimenté sur des poumons d'enfans qui avaient vécu de trois à huit jours et chez lesquels on n'avait pratiqué aucune insufflation au moment de la naissance. Il en a insufflé plus de vingt, tantôt en les laissant dans la poitrine, tantôt après les avoir préalablement extraits. Quant à la force employée en soufflant, il dit avoir certainement dépassé celle qui aurait été nécessaire pour dilater toutes les vésicules pulmonaires et qui aurait convenu s'il s'était agi d'un enfant à ranimer.

Après ces diverses expériences, l'auteur a attentivement examiné, soit à l'œil nu, soit à la loupe, les poumons, soit de nouveau-nés, soit de très jeunes enfans, qui avaient été insufflés, et sur aucun il n'a constaté ni soulèvement de la plèvre, ni déchirure vésiculaire à leur surface. Ayant toujours à côté un poumon qui avait respiré naturellement, il n'a trouvé aucune différence entre les deux. Puis, après les avoir fait dessécher lentement, et les avoir fait couper par tranches minces, il les a examinés à l'aide du microscope, et a reconnu plus exactement encore leur parfaite intégrité. M. Lebert a aussi exploré au microscope plusieurs de ces poumons et confirmé tous ces résultats. (Pour le dire en passant, et quoique ces preuves nous semblent aussi concluantes qu'il est possible de les obtenir dans l'espèce, il nous semble que l'intégrité absolue des poumons n'est pas tout à fait démontrée par là, et que quelques bulles d'emphysème interlobulaire dans la profondeur du parenchyme pulmonaire (lésion à la vérité fort minime) auront bien pu échapper à l'œil, même *armé*, des deux observateurs.)

En définitive, soit qu'on ait soufflé dans les bronches, dans la trachée, ou le larynx, les poumons ont résisté à toutes les tentatives, de manière à convaincre M. Depaul que, pour intéresser leur tissu, il faudrait opérer avec la volonté bien arrêtée d'obtenir ce résultat et souffler avec deux ou trois fois plus de force qu'il n'en faut pour faire pénétrer l'air dans les dernières ramifications bronchiques.

2° Les faits anatomiques qui précèdent montrent l'innocuité de l'insufflation. Voici maintenant de quoi mettre hors de doute son utilité dans les cas, soit d'asphyxie, soit d'apoplexie des nouveau-nés. Plusieurs fois, M. Depaul, en insistant auprès d'enfans que d'autres auraient abandonnés, a pu, à l'aide de l'insufflation artificielle, rétablir chez eux d'abord la circulation, puis les mouvemens respiratoires. Mais il avertit sagement de ne pas se décourager si, au bout d'une demi-heure, de trois-quarts d'heure, d'une heure même, on n'a encore obtenu d'autre résultat que le retour des battemens cardiaques. Bientôt après, on voit souvent revenir quelques mouvemens respiratoires, isolés et distans d'abord, puis plus rapprochés. Il faut alors continuer les insufflations jusqu'à ce que les inspirations naturelles soient au nombre de six à huit par minute. En suivant ce procédé, M. Depaul a parfois réussi au bout d'une demi-heure, d'une heure, d'une heure et demie de soins continus.

Le fait suivant est un frappant exemple du pouvoir de la persévérance dans ces cas.

Obs. III. — M. Depaul, appelé auprès d'une dame qui venait d'accoucher et que son médecin croyait dans un péril imminent, la rassura sans peine sur le peu de gravité de son état. S'étant alors informé de l'enfant qui était né depuis une demi heure, on lui apprit qu'il était venu au monde mort, et on le lui montra enveloppé dans un drap et déposé sous une table. En l'examinant, M. Depaul crut remarquer que la région précordiale était le siége de quelques frémissemens. Il pratiqua alors l'insufflation pulmonaire. Bientôt la circulation se ranima; des battemens devinrent évidens au cœur et au cordon. Une première inspiration spontanée se fit au bout d'un quart d'heure; une seconde survint quelques instans après. Dès ce moment, elles se rapprochèrent de plus en plus; la peau se colora; quarante minutes s'étaient écoulées à peine depuis la première insufflation, que la respiration était à peu près aussi fréquente et aussi régulière que dans l'état normal, et cet enfant fut définitivement rappelé à la vie.

Passons maintenant au procédé opératoire. Parmi tous les instrumens proposés pour introduire l'air dans les voies respiratoires, M. Depaul préfère le tube de Chaussier. Seulement, il y remplacerait les deux ouvertures latérales par une seule terminale, afin de pouvoir pousser l'air sans craindre que la muqueuse vienne s'appliquer sur les ouvertures et les boucher. Pour l'introduire, il faut que l'enfant soit placé la tête plus haute que le bassin, mais cependant un peu inclinée en arrière pour rendre saillante la partie antérieure du cou. Les mucosités de la bouche et du pharynx ayant été enlevées avec le doigt, il faut, avec l'indicateur gauche, suivre le milieu de la langue jusqu'à l'épiglotte. Alors, de la main droite, on saisit le tube et on le fait pénétrer dans la bouche en le conduisant le long de ce doigt. Quand il est parvenu au niveau de l'entrée du larynx, on l'incline vers la commissure gauche des lèvres et par quelques légers mouvemens, on réussit en général à soulever l'épiglotte. Il suffit alors de redresser l'instrument et de le porter en même temps vers la ligne médiane, pour que son extrémité traverse la glotte. Avant de commencer les insufflations, il faut s'assurer, en promenant le doigt sur le larynx et sur la trachée, que le tube est bien dans les voies aériennes et non dans l'œsophage.

Avant de souffler, il est encore indispensable de prévenir le reflux de l'air. On peut y parvenir de deux manières, ou en fermant l'entrée du larynx avec le doigt porté au fond de la bouche, ou bien en fermant la bouche et les narines.

Maintenant, faut-il insuffler de l'air atmosphérique pur ou bien l'air qui sort de la poitrine de l'opérateur? Cette question a été longuement controversée. M. Depaul préfère ce dernier. Les légères modifications chimiques qu'il a subies n'ont rien qui puisse faire redouter de sa part une action délétère ou la perte de qualités suffisamment stimulantes. On peut d'ailleurs, par une très simple précaution, augmenter ses propriétés vivifiantes. Il suffit pour cela que, avant chaque insufflation, l'opérateur fasse une grande inspiration, de manière à remplir dans son appareil respiratoire, non seulement les divisions bronchiques, mais encore la bouche et la trachée. Il peut de la sorte se passer ensuite de l'air qui a pénétré dans les vésicules, et ne pousser que celui qui n'a rien perdu de ses propriétés par son contact avec le sang.

Les vésicules pulmonaires, bien que plus solides qu'on ne le croit généralement, ne sont pourtant pas à l'abri de toute cause de rupture; pour s'habituer à connaître et à respecter leur degré normal de résistance, il est nécessaire de faire des expériences en insufflant de l'air sur des cadavres de nouveau-nés. Cet exercice serait très utile à ceux qui veulent pratiquer l'insufflation sur le vivant.

De même aussi, la persévérance que recommande tant M. Depaul doit cependant avoir un terme, et il importe de le connaître. Lorsqu'après avoir réveillé les battemens du cœur et même obtenu quelques contractions du diaphragme et des muscles intercostaux, on voit tout cela s'affaiblir et disparaître, quoiqu'on n'ait pas discontinué les insufflations, on peut, après dix ou douze minutes, abandonner définitivement les enfans: il n'est pas d'observation que, dans ces cas, on soit parvenu à les ranimer.

On peut faire de dix à douze insufflations par minute, en y faisant succéder une pression opérée avec les mains sur les parois thoraciques, pour simuler l'expiration; mais il importe beaucoup, quand la respiration naturelle commence à se rétablir, de ne pas pousser de l'air au moment où l'enfant aspire. Cette coïncidence occasionerait une dilatation trop considérable et non sans danger de la cavité pulmonaire.

Enfin, il est presque toujours nécessaire de retirer le tube une ou plusieurs fois pendant l'opération, pour le débarrasser des mucosités qui l'obstruent, et s'assurer de temps en temps qu'il est toujours placé dans le larynx.

Sur les fractures de l'acromion; observations communiquées par M. Nélaton.

Les auteurs classiques ont tous tracé l'histoire de ces fractures; mais elles sont tellement rares qu'il n'est point étonnant de trouver de temps en temps plusieurs points de ce tableau symptomatologique démentis par l'expérience. Sans prétendre pour cela qu'ils se soient trompés de tout point, qu'ils aient écrit d'imagination, qu'ils aient fait du roman au lieu d'histoire, nous dirons donc seulement que l'observation journalière peut fournir sur cette lésion si peu étudiée jusqu'ici des données différentes des caractères qui avaient servi de base à leurs descriptions; et là où d'autres se plaisent à signaler des contradictions, nous nous contenterons d'enregistrer un progrès. Ainsi, pour Boyer et Sanson, l'inclinaison de la tête vers le côté malade, l'immobilité du bras correspondant qui pend sur le côté, la douleur vive qui suit les mouvemens d'élévation du coude seraient les symptômes ordinaires de cette fracture. Ils manquaient complètement dans l'observation suivante, dont le diagnostic ne saurait être soupçonné d'inexactitude, puisque c'est M. Nélaton lui-même qui a pris soin d'en relever les détails.

Obs. — Un vieillard de 75 ans entra, le 20 février 1843, à l'infirmerie de Bicêtre, pour les suites d'une chute qu'il avait faite la veille sur un trottoir. Il portait à l'épaule gauche une déformation notable, suite d'une ancienne fracture de la clavicule, vicieusement consolidée.

En examinant l'omoplate gauche, on s'aperçut que l'épine de cet os était interrompue dans sa continuité au niveau de la base de l'acromion. Il y avait là une dépression capable de loger la pulpe du doigt. En saisissant l'acromion de la main droite, l'omoplate de la gauche, et leur faisant exécuter des mouvemens en sens inverse, on trouvait ces deux parties mobiles, indépendamment l'une de l'autre. Le malade portait la tête droite, le bras dans une position entièrement normale. L'épaule n'était que très légèrement déformée et même plus élevée que l'autre. Les mouvemens du bras et de l'épaule s'effectuaient tous librement, sans douleur et sans crépitation. Si le malade portait le bras en avant, l'acromion suivait tous les mouvemens de l'extrémité externe de la clavicule; et en même temps l'écartement entre les deux fragmens augmentait de près du double; il diminuait au contraire quand le bras se portait en arrière et en dehors. Dans tous ces mouvemens, l'acromion ne changeait pas de direction, il se transportait parallèlement à lui-même. Entre l'acromion et l'épicondyle, la mensuration montra une distance de 1 centimètre et demi plus courte à droite qu'à gauche. Une vaste ecchymose s'étendait du lieu fracturé sous l'aisselle et en dedans du bras.

Le malade, indocile, ne voulut conserver aucun appareil. Il succomba au bout de soixante jours, par suite d'une contusion grave du genou provenant de la même chute qui avait déterminé la fracture.

Autopsie. L'acromion fut trouvé fracturé transversalement à sa base, et s'éloignant de l'épine en dehors et en bas de plus d'un travers de doigt; la portion répondant à l'épine était taillée en biseau aux dépens de la table supérieure. L'acromion était uni au reste de l'os par une bandelette fibreuse de formation nouvelle, aussi large que la surface fracturée, composée de fibres irrégulièrement dirigées. Le pourtour de la capsule articulaire scapulo-humérale était arraché du col anatomique de l'humérus, dans une étendue de 8 millimètres, au niveau de l'insertion du sus-épineux, dont le tendon s'était nettement détaché au point même de son insertion, sans faire éclater l'os, sans y rien laisser de sa substance. Un stylet introduit par l'éraillure qui en résultait ne pénétrait pas dans l'articulation.

Chez un second malade, où la fracture de l'acromion avait été prise par l'interne pour une luxation de l'humérus, on trouva, pendant la vie, les signes suivans: le moignon de l'épaule était déformé, la tête de l'humérus abaissée et portée en dedans, les mouvemens du bras faciles. Une traction dirigée en dehors et en haut ramenait la tête à sa place et rendait sa forme au moignon de l'épaule, ce qui avait causé l'erreur de diagnostic. Le malade avait aussi une commotion cérébrale qui empêcha

d'obtenir des renseignemens plus précis sur son état et qui le fit succomber au bout de deux jours. — A l'autopsie, on reconnut une fracture très simple, presque rectiligne, située à 2 centimètres et demi du sommet de l'acromion; le périoste supérieur était incomplétement déchiré, l'inférieur tout à fait intact, de telle sorte que le seul déplacement possible était un mouvement d'abaissement de l'extrémité libre du fragment.

OBSERVATIONS SUR LA POSITION DE L'AVANT-BRAS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU RADIUS ET DU CUBITUS; par M. BIDART.

Parmi les auteurs qui ont écrit sur les fractures de l'avant-bras, les uns veulent qu'on réduise et qu'on applique l'appareil en plaçant le membre dans la supination, qu'ils convertissent ensuite en demi-pronation, et les autres conseillent de faire la réduction, le membre étant tenu en demi-pronation, et de conserver cette attitude pendant toute la durée du traitement. M. Bidart fait remarquer que la demi-pronation favorise justement l'espèce particulière de déplacement qu'on a spécialement pour but de prévenir en plaçant des attelles sur les faces dorsale et palmaire du membre, c'est-à-dire la convergence réciproque des fragmens et par suite l'effacement de l'espace interosseux. En effet, dans la supination, les corps du radius et du cubitus sont aussi distans que possible l'un de l'autre; leur parallélisme et l'intervalle qui les sépare sont donc aussi prononcés qu'ils peuvent l'être; mais dans la demi-pronation, au contraire, le radius tend à croiser la direction du cubitus vers son extrémité inférieure; le parallélisme qui existait entre les os est par conséquent détruit en grande partie. On comprend aisément que si la consolidation s'effectue dans cette attitude, elle laissera beaucoup à désirer, soit pour la forme, soit pour les fonctions du membre.

Pour remédier à cette cause d'insuccès, M. Bidart propose de mettre l'avant-bras en supination pendant l'application du bandage, et de le maintenir ensuite dans cette position durant tout le temps du traitement. Il est persuadé qu'une semblable précaution donnerait des résultats beaucoup plus beaux que ceux obtenus généralement, et cite deux cas où les malades, d'abord placés en demi-pronation, n'ont vu cesser la douleur causée par l'appareil que lorsqu'on les a mis en supination. Mais, dira-t-on peut-être, la supination n'est pas une attitude *naturelle* !... A cela, l'auteur répond que, dans beaucoup d'autres fractures, les malades se trouvent également bien de s'écarter des positions naturelles. Enfin, il spécifie soigneusement que l'avant-bras placé en supination ne devrait pas être tenu appliqué au devant de la poitrine; le malade ne pourrait garder cette attitude. Mais on doit le lui faire porter horizontalement sur la partie latérale du tronc, de telle sorte qu'il forme un angle droit avec le bras, dont la direction reste verticale; inutile de dire que les chefs de l'écharpe qui le soutiennent montent obliquement en avant et en arrière de la poitrine et se fixent sur l'épaule du côté opposé.

— Les observations de M. Bidart sur les inconvéniens de la demi-pronation sont extrêmement justes; et, sans prétendre pour cela à aucune espèce de priorité, nous rappellerons que ces inconvéniens nous avaient également frappé, dès 1834, et que nous les signalâmes dans l'une des conférences instituées à cette époque par Sanson entre les internes de l'Hôtel-Dieu. Mais nous cessons d'être d'accord avec l'auteur dès qu'il s'agit du remède. Evidemment la supination ne saurait remplir le but; ce n'est pas seulement une attitude *non naturelle*; elle est de plus incommode et presque impossible à conserver un peu longtemps sans efforts continuels et sans douleur, ainsi que chacun peut s'en assurer à l'instant sur lui-même. Placera-t-on l'avant-bras horizontalement et à angle droit sur le bras, comme le veut M. Bidart? Mais alors, pour peu que le malade marche, l'extrémité du membre sera à chaque instant accrochée par les objets environnans; et, au lit, la supination tendra bien vite à se convertir en pronation plus ou moins complète.

Le remède est donc ailleurs, et nous l'avions indiqué nous-même. C'est à la pronation qu'il faut donner la préférence, mais en prenant certaines précautions indispensables. Il est très vrai, comme le remarque M. Bidart, que, à mesure qu'on change la supination en pronation, on voit le radius et le cubitus se croiser, de telle sorte que la pronation pure et simple, loin de constituer une attitude plus favorable, serait, au contraire, la pire de toutes pour la régularité de la consolidation. Mais si, après avoir placé le membre en pronation, vous avez soin, sans rien modifier à cette position, d'*élever le coude en l'écartant du tronc*, vous voyez peu à peu ce chevauchement, ce croisement du radius et du cubitus, diminuer, puis disparaître, et les deux os devenir aussi écartés, aussi parallèles qu'on le désire. (Pour s'assurer de ceci, il est nécessaire de répéter l'expérience avec un squelette. Un simple coup d'œil jeté sur la nature remplacera avec avantage la plus longue démonstration.)

Ainsi, premier point hors de contestation, c'est à la *pronation*, *le coude fortement relevé*, qu'il faut donner la préférence pour la situation à faire prendre pendant l'application de l'appareil. Mais, convient-il ensuite de la maintenir pendant la durée du traitement? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative. Cette attitude se conserve très aisément et très commodément au lit, avec la simple précaution de coucher le membre demi-fléchi et écarté du tronc sur un coussin un peu épais de balle d'avoine. Il sera bon de laisser le blessé au lit pendant les premiers jours. Lorsqu'il se lèvera ensuite, d'abord le pli sera pris, et la consolidation déjà commencée; puis on pourrait, au besoin, perpétuer la même situation en tendant plus fortement avec des épingles la partie de l'écharpe qui répond au coude ou par l'interposition permanente d'un coussinet épais entre le coude et le tronc.

NOTE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR APPLIQUER LES VENTOUSES; par M. HEULHARD D'ARCY.

Rien de plus simple que ce moyen; et l'auteur, qui assure l'avoir souvent employé il y a dix-huit ans à l'Hôtel-Dieu de Paris, s'étonne avec raison que l'idée n'en soit pas venue simultanément à plusieurs personnes. On détermine en général le vide dans les cloches de verre en y faisant brûler du papier ou quelques fragmens d'étoupe imbibés d'alcool; mais ce procédé très lent et ennuyeux donne fréquemment lieu à des brûlures circulaires produites par le contact de la circonférence du verre sur la peau. D'un autre côté, les ventouses à pompe sont trop susceptibles de se déranger pour que, à de très rares exceptions, on ne les rejette pas de la pratique, et surtout de celle des hôpitaux. Frappé de ces inconvéniens, M. Heulhard imagina de jeter dans la cloche deux à trois gouttes d'éther, de l'approcher ainsi de la partie sur laquelle elle devait être appliquée et d'y mettre alors le feu avec un morceau de papier enflammé. De cette manière, on obtient très rapidement un vide complet, et on peut poser en quelques instans un nombre considérable de ventouses.

VI. JOURNAL DE MÉDECINE.

Articles originaux contenus dans les numéros de juillet, août et septembre 1845 : 1° *Des indications de l'anémie*; par M. Trousseau. 2° *De la rougeole*; par le docteur Bouchut. (Quelques considérations sur une épidémie de rougeole observée en 1843, dans le service de M. Trousseau.) 3° *De l'asthme thymique dans ses rapports avec les convulsions*; par M. Trousseau. (L'asthme thymique n'est qu'une convulsion du larynx, de la nature de l'éclampsie.) 4° *Sur les maladies du foie en Algérie*; par M. C. Broussais. (Douleur locale, tuméfaction et teinte ictérique sont des signes certains de l'hépatite. Pas d'autre signe de la suppuration que la saillie extérieure de l'abcès avec fluctuation. Traitement antiphlogistique.) 5° *Colique de cuivre*; par M. Blandet. (Deux observations à l'appui des opinions antérieurement exprimées par l'auteur; pas de considérations nouvelles.) 6° *Observation de courbature des fondeurs en cuivre*; par le même. 7° *Observation de paralysie idiopathique et de contracture rhumatismale*; par M. Chapel; *suivies de quelques observations de rhumatalgie et de névralgie, guéries par l'acupuncture*; par M. Bordes.

DES INDICATIONS DE L'ANÉMIE; par M. TROUSSEAU.

L'anémie n'est jamais qu'un symptôme. En vain l'expérience apprend-elle que dans l'anémie chlorotique l'emploi du fer rétablit la santé générale à mesure qu'il relève le chiffre des globules sanguins; ceux qui ont pu observer la chlorose à son origine, qui l'ont vue naître dans des circonstances dont l'anémie ne peut guère être la conséquence directe, qui l'ont vue surtout résister opiniâtrement à l'emploi des martiaux sous toutes les formes, ceux-là restent persuadés que la science est loin encore d'avoir dit son dernier mot sur ce point. Le travail de M. Trousseau a pour but de démontrer que trop souvent on assimile à tort, sous le point de vue thérapeutique, l'anémie qui accompagne des lésions organiques connues à l'anémie dite essentielle qui constitue la chlorose.

Ainsi, dans le cancer, le fer, dit M. Trousseau, ne peut rien à la cachexie caractérisée par la couleur jaune paille et dans laquelle le sang est pourtant appauvri; il n'est utile qu'à l'anémie qui, chez les cancéreux, succède aux grandes hémorrhagies. Dans l'albuminurie, les ferrugineux n'ont presque jamais d'avantage et ils sont quelquefois nuisibles en augmentant la disposition aux phlegmasies si fréquentes dans cette affection. Il en est de même dans la phthisie pulmonaire. M. Trousseau admet même, entre l'anémie chlorotique et l'anémie tuberculeuse, une sorte d'antagonisme, analogue à celui que M. Boudin croit exister entre la phthisie pulmonaire et les fièvres paludéennes; antagonisme qui, à lui seul,

établirait une différence radicale de nature et partant des indications thérapeutiques différentes.

On voit qu'en ce qui concerne le traitement de la maladie de Bright, l'auteur est en opposition formelle avec M. Rayer qui conseille les martiaux contre cette maladie et dont l'autorité en cette matière est des plus graves. C'est à l'expérience ultérieure à prononcer entre ces deux pathologistes distingués. Quant à l'anémie tuberculeuse, nous ne croyons pas en effet qu'elle soit directement accessible à l'action des ferrugineux. Mais ce n'est peut-être pas une raison pour en faire une sorte de contr'indication à l'emploi de ces médicaments. S'il est vrai, comme le dit l'auteur, que l'anémie peut retarder l'explosion des phlegmasies tuberculeuses et que le fer à haute dose peut provoquer ces phlegmasies en communiquant au sang des qualités excitantes, il ne l'est pas moins que le fer en stimulant l'appétit, en activant la digestion, en donnant plus de vigueur aux fonctions réparatrices, peut par cela même prévenir ou détruire les conditions pathologiques internes, encore peu connues, qui donnent naissance aux tubercules. C'est au praticien de diriger l'emploi de ce médicament avec prudence, et d'en proportionner les doses à la susceptibilité spéciale de l'individu.

OBSERVATION DE PARALYSIE IDIOPATHIQUE ET DE CONTRACTURE CONSÉCUTIVE; par M. LOUIS CHAPEL.

CINQ OBSERVATIONS DE RHUMATALGIE MUSCULAIRE ET DE NÉVRALGIE; GUÉRISON AU MOYEN DE L'ACUPUNCTURE; par M. BORDES.

OBS. — L'observation de M. Chapel est relative à un homme de 25 ans, d'une constitution moyenne, qui, ayant été exposé au froid pendant une nuit passée tout entière sur un bateau, pendant l'hiver de 1840, en est sorti avec une paralysie des deux membres thoraciques. (Le froid avait été de — 3°, à quatre heures du matin.) M. Chapel ne vit le malade que quinze heures après l'accident. La paralysie du sentiment était complète, le mouvement était en partie conservé. Peau chaude au toucher, pouls développé, battant quatre-vingt-dix fois par minute. Céphalalgie, figure colorée, yeux animés.

La saignée et tout l'appareil des moyens antiphlogistiques, les bains, les douches, etc., n'eurent aucun succès. L'électro-puncture amena une légère amélioration qui disparut bientôt. Le malade, au bout de plusieurs mois, cessa tout traitement. Peu à peu, avec le retour de la chaleur, la paralysie diminua et finit par disparaître entièrement. Mais en septembre 1843, à la suite d'une immersion des mains dans une eau courante, le bras gauche et surtout la main ressentirent une démangeaison et devinrent violacés. Une heure plus tard, il y avait contracture. Les parties furent, dès ce moment, le siége de vives douleurs, surtout pendant la nuit ou lorsque le bras était porté dans l'extension. Les doigts étaient fortement fléchis dans la main, le poignet sur l'avant-bras, le pouce appliqué contre le doigt indicateur. On sentait une saillie du cubital interne et du radial antérieur. La main était un peu bleuâtre, froide et très sensible par places au toucher. Quelques vomitifs et d'autres moyens n'amenèrent qu'une amélioration passagère; mais le temps finit par triompher de ces nouveaux symptômes comme il avait triomphé des premiers.

Cette observation est particulièrement importante au point de vue suivant. Elle offre l'exemple d'une paralysie et d'une contracture douloureuse prenant naissance successivement chez le même individu, sur le même membre, sous l'influence de deux causes dont le mode d'action, à peu près identique, se résume dans l'*impression du froid*. Cette circonstance vient à l'appui des idées depuis longtemps professées par M. J. Guérin sur le rapport intime, essentiel, qui lie la contracture et la paralysie. Suivant lui, ces deux états pathologiques représentent, malgré la différence de leur phénoménalité extérieure, deux modes, deux *momens* d'une seule et même cause, dont la source primitive est dans une lésion du système nerveux.

L'observation de M. Chapel vient encore déposer en faveur de la distinction établie par M. J. Guérin entre la *contracture* et la *rétraction* proprement dite. Le radial antérieur et le cubital interne étaient saillans, tendus et tenaient le poignet fléchi sur l'avant-bras. Or, le raccourcissement de ces muscles s'était produit en *une heure* et a disparu spontanément. Cela seul démontre que ces muscles n'avaient pas subi une réduction réelle et absolue de leur longueur, mais bien une réduction relative, dépendant uniquement du plissement de leurs fibres. Le raccourcissement relatif, par simple plissement de la fibre musculaire, voilà la *contracture*; le raccourcissement absolu, lié à une nutrition vicieuse du muscle dans la condition de brièveté déterminée par le plissement, voilà la *rétraction*.

— Dans le cas qui précède, M. Chapel n'avait tiré aucun bénéfice de l'électro-puncture. M. Bordes rapporte cinq observations de rhumatisme musculaire chronique et de névralgie, dans lesquelles l'emploi de l'acupuncture seule a eu les meilleurs résultats. Ces faits ne sont accompagnés d'aucune considération.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE.

EMBRYOLOGIE.

M. COSTE lit la deuxième partie de ses RECHERCHES SUR LES PREMIÈRES MODIFICATIONS DE LA MATIÈRE ORGANIQUE ET SUR LA FORMATION DES CELLULES. Ce second mémoire a trait au développement des sphères organiques.

Il y a, dit M. Coste, avant la forme cellulaire que revêt la matière amorphe, un autre état de cette matière qui n'est pas moins important à connaître, c'est le fractionnement progressif à la faveur duquel la matière amorphe est employée à former des sphères organiques qu'il faudra considérer désormais comme des élémens spéciaux des tissus vivans. Ce travail est destiné à étudier le mode de génération de ces sphères dans le vitellus des mammifères.

Le vitellus, suivant M. Coste, n'est point, comme on l'a supposé, une vésicule ou une cellule remplie de granules, mais tout simplement une sphère granuleuse homogène dont tous les grains sont maintenus agglutinés par une matière inter-titielle diaphane, matière dont la rétraction donne à la masse totale la régularité et quelque sorte géométrique qu'elle affecte... Lorsque chez les mammifères le fluide séminal est parvenu à travers la matrice jusque sur les trompes utérines pour envelopper l'œuf de ses molécules mouvantes, on voit, à mesure que ces molécules en pénètrent la substance, le vitellus subir les premières modifications qui vont amener l'organisation du germe. Il commence par se limiter en un globe granuleux, régulièrement sphérique, enveloppé d'une matière visqueuse qui a été prise à tort pour une membrane distincte.

Au bout de quelques heures, la sphère vitelline primitive se partage en deux moitiés à peu près égales et chacune de ces moitiés est immédiatement ramenée à la forme sphérique par la rétraction centripète de la viscosité intergranulaire. A peine cette première division est-elle accomplie, qu'il s'en exécute d'autres successives sur chaque segment nouveau jusqu'à ce que le vitellus se résolve en un nombre considérable de sphères d'un volume décroissant.

Lorsque la segmentation du vitellus est parvenue à son terme, il s'opère dans chacune des sphères granuleuses qui en résultent un travail qui va les convertir en véritables cellules. Il y a donc entre l'état amorphe de la matière vivante et son appel à la réalisation des parois cellulaires, une forme organique distincte que l'on peut considérer comme un premier acte d'individualisation, comme une première manifestation de la vie.

Un examen plus attentif montre qu'il existe au milieu de chaque sphère vitelline un globule diaphane homogène d'une apparence graisseuse et qu'on ne pourrait mieux comparer qu'à une goutte d'huile.

On observe ces sphères organiques dans le vitellus des mammifères, des batraciens, des poissons osseux, des mollusques, des insectes et des vers. C'est à leurs dépens que se forme la membrane muqueuse blastodermique, c'est-à-dire qui deviendra plus tard la base de l'organisme tout entier.

NERFS DES MEMBRANES SÉREUSES.

M. BOURGERY adresse une note en réponse à la dernière publication de M. Pappenheim.

M. Pappenheim, dit-il, l'un des micrographes les plus distingués de l'Allemagne, a écrit dernièrement à l'Académie une lettre lue dans la séance du 24 novembre, pour réclamer, en son nom d'abord, puis au nom de ses compatriotes, MM. Remak et Volkmann, l'antériorité de la découverte des nerfs dans les séreuses. Assurément j'ignorais, comme ici tout le monde, que des savans, en Allemagne ou ailleurs, eussent rien vu et publié à ce sujet. M. Pappenheim aurait, dit-il, signalé en 1840 l'existence de *nerfs dans le péritoine*. Depuis, lui et M. Volkmann auraient trouvé *des filets nerveux dans l'arachnoïde de l'homme et du bœuf*; enfin M. Remak en aurait poursuivi jusqu'à la *surface extérieure de la plèvre*.

Quelle qu'ait pu être, de l'autre côté du Rhin, la notoriété de ces faits restés inconnus en France, et dont le mode de publication en Allemagne n'est même pas signalé (au moins dans le compte-rendu de l'Académie), quelle portée nos savans confrères d'Allemagne ont-ils reconnu à cette découverte; quelle suite ont-ils donnée à leurs recherches en anatomie, et quelles applications en ont-ils tirées en physiologie et en pathologie?

Dans un premier mémoire à l'Académie, lu dans les séances des lundis 1er et 8 septembre, où j'annonçai cette découverte en ce qui me concerne, j'ai dit comment j'avais été amené à reconnaître des nerfs dans le feuillet pariétal lombaire du péritoine, et comment après cette première observation je les ai poursuivis sur tous les points du péritoine et dans toutes les séreuses et les synoviales. Ne pouvant embrasser dans toute son étendue un sujet aussi vaste, j'ai décrit au moins sur toutes les surfaces les nerfs du péritoine, dont plus de trois mois auparavant (le lundi 26 mai) j'avais montré publiquement, dans la salle d'attente de l'Académie les pièces au microscope. Dans ce mémoire j'établis d'après l'observation, et c'est là le fait essentiel, que les séreuses paraissent être de vastes surfaces d'anastomoses périphériques des deux systèmes nerveux cérébro-spinal et ganglionnaire. Enfin huit jours après cette double lecture à l'Académie des sciences sur l'anatomie microscopique des nerfs des séreuses, le mardi 16 septembre j'en ai fait une autre à l'Académie de médecine sur les applications à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique, qui me paraissent se déduire de cet anastomose par milliers des nervules cérébro-spinaux et ganglionaires dans les séreuses.

Que résulte-t-il de ces faits? Que des savans en Allemagne et moi à Paris, nous aurions trouvé, à l'insu les uns des autres, des nerfs dans les séreuses; seulement, suivant M. Pappenheim, ce serait à tort que j'en aurais déclaré un aussi grand nombre. Mais les ayant vus tels, je ne sais pas comment j'aurais pu me permettre d'altérer les faits pour en diminuer le nombre.

Et quant à ce que suppose M. Pappenheim, que j'aurais pris des filamens celluleux pour des nerfs, dans ma manière de voir ce sont précisément les nerfs revêtus de leur enveloppe fibreuse que lui-même prend tout simplement pour du tissu cellulaire.

Au reste ce débat n'aura pas été inutile. Ce que l'on contestait ici, c'était avant tout *l'existence même des nerfs dans les séreuses*. Or, je prends acte comme d'une constatation authentique du fait principal de cette réclamation de M. Pappenheim. Dès aujourd'hui, d'après l'assertion de trois des micrographes qui font le plus autorité en Allemagne, l'existence des nerfs dans les séreuses est un fait qui paraît devoir être prochainement acquis à la science. Le débat, entre nous, n'est donc plus qu'une *question de quantité*.

Absorbé dans ce moment par des préoccupations graves et par des travaux impérieux d'une tout autre nature, je prie l'Académie de suspendre tout jugement sur le seul point désormais en litige, et de vouloir bien m'accorder un sursis dont j'ai besoin pour démontrer positivement ce que j'ai avancé. En temps et lieu la savante commission qui est saisie de cette question en jugera.

ANTHROPOLOGIE AFRICAINE. — RACE BLANCHE DES AURÈS.

M. GUYON adresse d'Alger une note sur la race blanche des Aurès. On s'est beaucoup enquis depuis l'occupation du nord de l'Afrique d'une race blanche signalée dans les Aurès par les voyageurs Peysonnel, Bruce et Shaw. Par suite de la dernière expédition faite dans les Aurès sous le commandement du général Bedeau, M. Guyon a été mis à même d'acquérir de nouvelles connaissances sur ce sujet.

Il existe en effet dans les Aurès une race blanche aux yeux bleus et aux cheveux blonds. Le fils du cheitsh de la belle et riche vallée de l'*Oued* (rivière) *Adji*, en offre un exemple remarquable. Les blancs des Aurès sont d'une taille moyenne, plutôt grands que petits; ils s'allient avec les Kabyles et les Arabes, mais rarement. Les Kabyles au milieu desquels ils vivent les disent très anciens dans le pays; ils s'y maintinrent, selon eux, alors qu'à différentes époques d'autres Européens, leurs contemporains dans d'autres parties de l'Afrique, en furent chassés.

Les blancs des Aurès sont toujours assez nombreux à Constantine. Leur origine est rapportée par les anthropologistes aux Vandales qui, pendant un siècle (429 à 534), occupèrent le nord de l'Afrique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau pour l'année 1846.

Avant de procéder au scrutin, M. le président tire au sort le nom des membres qui devront composer la députation chargée de présenter au roi les hommages de l'Académie, à l'occasion de la nouvelle année. Cette députation est composée de douze membres. Les douze noms sortis de l'urne sont ceux de MM. Husson, Louis, Baron, Oudet, Renault, Thillaye, Patissier, Chevallier, Burdin, Guibourt, Ségalas et Devilliers.

— L'Académie procède successivement au scrutin pour la nomination d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire annuel et de trois membres du conseil d'administration.

1° *Président*. — Le dépouillement du scrutin donne 79 votans; majorité 40.

MM. Roche (actuellement vice-président) obtient	70 suffrages.
Bégin	5
Velpeau	2
Husson	1
Forestier	1

En conséquence, M. Roche ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé président pour 1846.

2° *Vice-Président*. — Nombre des votans 82; majorité 42.

MM. Bégin obtient	73 suffrages.
Velpeau	7
Jobert (de Lamballe)	1
Duméril	1

M. Bégin est élu vice-président.

Secrétaire annuel. — Votans 84; majorité 43.

MM. Mélier obtient	70 suffrages.
Dubois (d'Amiens)	6
Prus	3
Louis	2
Longet	1
Bricheteau	1
Bourdon	1

M. Mélier est élu secrétaire annuel, en remplacement de M. Dubois (d'Amiens), dont la durée des fonctions était expirée.

Membres du conseil. — Les trois membres qui réunissent la majorité et qui sont en conséquence nommés membres du conseil d'administration pour l'année prochaine, sont MM. Caventou, Delens et Bouley jeune.

Il est cinq heures, la séance est levée.

L'Académie procédera mardi prochain à la nomination des commissions permanentes susceptibles d'être réélues cette année.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UN ÉCOULEMENT REMARQUABLE DE SÉROSITÉ LIMPIDE PAR LE MÉAT AUDITIF A LA SUITE D'UNE CHUTE SUR LA TÊTE; par le docteur J. KUHN, à Niedermann.

La GAZETTE MÉDICALE du 18 décembre dernier publie l'analyse d'un travail de M. Laugier sur les écoulemens aqueux qui se font quelquefois par l'oreille à la suite de lésions traumatiques. J'ai observé, il y a dix ans, un cas de ce genre. L'impossibilité où je me trouvais d'expliquer d'une manière satisfaisante l'écoulement de ce liquide aqueux, m'a empêché jusqu'à présent de publier mon observation. Cependant comme je vois que des cas semblables ont été publiés dans ces derniers temps, et qu'on n'en est encore qu'à des conjectures plus ou moins probables, je pense devoir également mettre au jour l'observation qui m'est propre; ce sera un fait de plus à ajouter à ceux dont l'ensemble pourra un jour éclairer la science et la fixer à cet égard.

OBS. — Le 27 octobre 1835, je fus appelé chez un cultivateur d'Engwiller, Jacob Martin, dont le fils âgé de quatre ans, et bien constitué, venait de faire une chute sur la tête, en voulant sortir par une fenêtre. L'enfant était tombé d'une hauteur de huit pieds environ sur un sol dallé; le coup avait porté sur la région temporale gauche, un peu au dessus de l'oreille: c'est du moins la seule partie de la tête qui ait présenté des traces de contusion.

Immédiatement après la chute, l'enfant essaya de se relever; mais il lui fut impossible de se maintenir debout. Il n'eut plus de force dans les membres inférieurs et trébucha toutes les fois qu'il essayait de marcher; aussi fut-on obligé de le porter, parce que seul il n'aurait plus pu rentrer. Outre ces symptômes de paralysie on remarqua tout aussitôt des vomissemens répétés et l'écoulement d'un peu de sang par l'oreille gauche. Mais, malgré tout cela, les facultés intellectuelles restèrent intactes; l'enfant parla comme par le passé, s'occupa de ses jeux de prédilection et raconta même les détails de sa chute.

L'accident avait eu lieu le 27 au soir. Comme la distance, qui me séparait du malade, ne me permit plus de le voir le même jour, je prescrivis en attendant une application de sangsues aux tempes et derrière les oreilles ainsi que des fomentations froides sur la tête, et je remis ma visite au lendemain matin, 28 octobre.

A mon arrivée, je trouvai à la région sus-auriculaire gauche la contusion déjà mentionnée. Il n'y eut pas de signe appréciable de fracture du crâne, ni de solution de continuité au cuir chevelu. L'intelligence était intacte et la parole facile; mais, ce qu'il y avait de remarquable, c'est qu'il s'écoulait par l'oreille gauche, de laquelle on avait d'abord vu sortir un peu de sang, une eau claire, aussi limpide que de l'eau distillée; il en tombait à peu près six grosses gouttes par minute. Cet écoulement avait commencé six heures après l'accident; il a continué au même degré pendant quatre jours entiers, pour cesser subitement avec des symptômes dont je parlerai plus bas. D'après mon calcul, le petit malade peut avoir perdu passé deux litres de cette sérosité. L'étroitesse du conduit auditif m'empêcha de voir la rupture qui devait nécessairement exister du côté de la membrane du tympan. L'audition du côté malade semblait abolie; elle était du moins très difficile. De temps à autre il y avait des vomissemens; le ventre était resserré; l'urine allait bien; pouls subfréquent. J'ordonnai une nouvelle application de sangsues aux tempes, ainsi que la continuation des fomentations froides, et je prescrivis une potion nitrée avec l'appareil simple.

Le 29 et le 30, le petit malade fut toujours dans l'impossibilité de se tenir sur les jambes, et, quand on le levait, il laissait pencher la tête à droite ou à gauche, comme s'il était trop faible pour la relever. Les vomissemens devinrent plus rares et cessèrent peu à peu; néanmoins, l'appétit était tombé, et l'enfant avait déjà sensiblement maigri le troisième jour, évidemment par suite de la grande déperdition de sérosité, dont l'écoulement continuel mouillait les différentes pièces du lit et en exigeait un renouvellement très fréquent. Depuis la chute, enfin, le malade n'a plus pu avoir de selles sans lavement, ce qui n'était jamais arrivé auparavant, et ce qui dénotait une faiblesse paralytique du gros intestin. Mais, en général, l'enfant se plaignait peu, et ce n'est que quand on le questionnait qu'il accusait des douleurs, soit dans la tête, soit dans le dos ou dans le ventre. Il était gai et alerte dans son lit, comme si rien ne lui fût arrivé. Seulement, et cela avait été observé tous les jours depuis l'accident, vers quatre ou cinq heures du matin on le vit plus triste, plus souffrant et plus assoupi que de coutume.

Vers le milieu de la nuit du 31 octobre au 1er novembre, l'écoulement par le conduit auditif cessa d'une manière brusque, et dans le même moment le malade jeta plusieurs cris, en se plaignant vivement de la tête, et en voulant se précipiter hors du lit. Il accusa également des douleurs dans le ventre. Mais, chose remarquable, toutes ces douleurs ne furent pas de longue durée, et, vers le matin, il n'en fut plus question; aussitôt mieux-être sensible; le malade, quoiqu'encore chancelant, put se tenir sur ses jambes et recommença à marcher, absolument comme si le principe de l'action musculaire eût dépendu de la conservation du liquide en question. Vers le 3 novembre le rétablissement était complet pour ce qui concerne la paralysie. L'appétit était aussi revenu; mais il restait encore de la pâleur. Il est à remarquer qu'à partir de ce moment l'enfant est devenu peureux et qu'il n'a plus voulu rester seul nulle part.

Il y a plusieurs années que je l'ai revu; il ne lui reste plus de traces de son accident sinon un peu de surdité du côté gauche.

On sait déjà, par des autopsies qui ont été faites, que l'écoulement d'un liquide aqueux par l'oreille, à la suite de percussions du crâne, indique une félure du rocher pénétrant de la cavité crânienne dans la

caisse du tympan ou dans le conduit auditif externe. Mais ce que l'on connait moins bien, c'est la source de ce liquide. D'où peut provenir, en effet, un écoulement aussi abondant d'une eau aussi limpide?

M. Laugier l'attribue au sérum du sang épanché entre la dure-mère et la boîte osseuse du crâne, et, de plus, à la sérosité fournie secondairement par les vaisseaux déchirés à la surface de la solution de continuité des os et des parties molles auxquelles ils adhèrent.

Sans vouloir méconnaître le mérite de cette explication, je ferai cependant observer qu'il serait difficile d'attribuer un écoulement aussi copieux que celui dont je viens de relater l'histoire uniquement à la sérosité de la masse du sang (proportionnellement très petite) qui a pu être épanchée dans l'intérieur du crâne : car on peut estimer que le volume de l'eau qui s'était écoulée par le méat auditif était au moins le centuple du caillot de sang épanché qu'on peut rationnellement admettre. Et, quant à la question d'attribuer une partie de l'écoulement aqueux aux petits vaisseaux déchirés près de la solution de continuité des os, on peut objecter que ces petits vaisseaux lésés n'auraient pas fourni une sérosité aussi limpide (ceci n'est l'attribut que d'une membrane sécrétante ou d'un organe sécréteur) et n'auraient pas commencé leur sécrétion d'une manière aussi brusque.

Je dirai donc que l'explication de M. Laugier ne me semble suffisamment rendre compte, dans le cas présent, ni de la quantité ni de la limpidité du fluide épanché, ni enfin du mode d'écoulement de ce fluide.

L'idée qui vient tout d'abord, l'idée à laquelle je me suis toujours arrêté, c'est celle de M. Bodinier, qui attribue l'écoulement de cette sérosité par l'oreille au liquide céphalo-rachidien échappé par voie accidentelle. En effet, dès qu'il y a fracture du rocher, il peut aussi y avoir, en même temps, éraillure ou entamure des méninges, et surtout dans les cas où la fracture s'est faite à travers le conduit auditif interne ou à travers l'un des deux aqueducs du labyrinthe (on sait que ces aqueducs sont beaucoup plus marqués dans le jeune âge).

La dure-mère, qui accompagne les nerfs et les vaisseaux sanguins dans ces orifices, se divise, au fond de ces conduits, pour donner passage aux uns et aux autres, de manière à former une sorte de membrane criblée très adhérente à la substance osseuse. Dès que celle-ci se fend ou se divise d'une manière accidentelle, la dure-mère se déchire forcément aussi, et le liquide encéphalo rachidien peut trouver une issue pour s'épancher au dehors.

Pour ce qui concerne l'apparition ou la cessation brusque de l'écoulement, on peut facilement s'en rendre compte par le simple changement de rapport entre les parties dures et les parties molles, par l'engorgement ou le dégorgement de ces dernières; car on conçoit qu'il suffit du moindre déplacement ou du moindre changement de volume d'une portion de tissu pour fermer ou pour dégager la faible solution de continuité qui avait donné passage au fluide.

PROJET D'INSTITUTION D'ÉLÈVES-MÉDECINS COMMUNAUX; lettre adressée à M. le ministre de l'instruction publique, par M. le docteur JULES FOURNET.

Monsieur le ministre,

Le deuxième ordre de médecins excite dans tous les esprits une extrême répugnance. Chacun se dit que c'est déjà bien assez des différences inévitables qu'introduit dans l'art la hiérarchie naturelle des esprits, sans y ajouter la différence officielle du degré de culture de ces esprits. La société, pour ses intérêts, la médecine, pour sa dignité, appellent de tous leurs vœux la suppression du second ordre de médecins. Déjà cette réforme serait accomplie, si l'on avait trouvé le moyen d'assurer aux campagnes un nombre suffisant de médecins, si l'on n'avait craint que les dépenses plus grandes qu'entraînent de plus longues études, que les goûts polices et ambitieux que développe la double épreuve des lettres et des sciences n'éloignassent de la carrière médicale ceux que le régime actuel invite à la modeste position des campagnes.

Il est évident que ce n'est pas l'intelligence, que c'est la fortune qui pourrait manquer aux études fortes et uniformes. La question de suffisance du nombre des médecins de campagne se réduit donc, monsieur le Ministre, à une question d'argent.

On vous propose de la résoudre en attachant un certain nombre de médecins à la fortune des communes par le titre et les honoraires de médecins communaux. On vous a proposé d'autres mesures encore; mon but n'est pas, monsieur le Ministre, de faire ressortir les vices et les inconvénients de ces mesures. Ils ne sauraient avoir échappé au ministre du Roi, qui frappe tous ceux qui l'approchent, les médecins eux-mêmes, par sa connaissance approfondie de toutes les questions qui touchent à la réforme et à l'organisation médicales.

Je veux seulement vous soumettre une mesure qui me semble pouvoir concilier les hauts intérêts qui sont en cause.

L'état pourrait dire aux cantons : vous craignez de manquer de médecins? choisissez, à la majorité de vos conseils municipaux, ceux de vos enfans qui ont montré, dans les diverses épreuves de l'instruction primaire et de l'instruction secondaire le plus de zèle et d'aptitude. Prenez pour juges les notes officielles de leurs professeurs; proportionnez à vos besoins le nombre de vos élus; et moi, gouvernement, je dirai à ces jeunes hommes, ou à leurs familles : je suis prêt à faire tous les frais de votre éducation médicale; vous n'aurez d'autre sollicitude que celle de conquérir et de mériter votre grade de docteur en médecine. Mais, pour prix du sacrifice que j'impose à l'état en votre faveur, vous vous obligez à consacrer aux communes l'instruction dont je vous aplanis les chemins. Pour nous assurer de ce juste retour, votre liberté d'exercice de la médecine, statuée sur votre diplôme, se bornera aux circonscriptions des communes; ou bien, pour plus de libéralité, vous pourrez suivre jusque dans les villes le rayon de votre réputation, mais avec obligation à la résidence fixe dans la commune de votre choix; cela, au péril de vos droits d'exercice, ou, si vous préférez, et si votre talent et votre bonne conduite vous ont ouvert des ressources, aux périls de votre bourse, qui fera retour à l'état des frais par lui déboursés. Cette juste restitution servira à combler dans une commune le vide de votre retraite.

Si je ne me fais illusion, Monsieur le ministre, cette mesure aurait tous les avantages de l'institution des médecins communaux, aurait plus que ses avantages, et n'en aurait pas les inconvéniens :

Elle vous fournirait assurément un nombre de sujets suffisant aux besoins des populations. Vous auriez lieu plutôt de resserrer que d'agrandir le cercle d'admission. Tant d'intérêts puissans, de famille, de cœur, de fortune, etc., rattachent les membres d'une même famille au sol qui les a vu naître et grandir, que cette condition de résidence dans les communes ne rebuterait personne.

Elle maintient le principe de la liberté d'exercice de la médecine sur toute la surface du royaume, puisqu'elle déclare rachetables par le prix du savoir les conditions auxquelles ce savoir a été acquis.

Elle choisit les sujets. Quel intérêt serait plus digne de ce choix!

Elle resserre les liens de la famille, en rattachant un plus grand nombre de ses membres au même foyer. Elle produit le même effet sur la famille communale, en destinant d'avance un certain nombre d'hommes au théâtre même où se passent leur premier âge; en appelant l'attention paternelle des uns sur ceux qui doivent avoir un jour la garde de leur santé; en obligeant les autres à se faire des titres à une confiance d'où dépend leur avenir.

Elle relie autour d'un centre d'intérêts, au moins pour quelques hommes, les diverses phases de la vie universitaire; car elle fait dépendre du zèle, de la moralité, de l'aptitude manifestée dans les premières périodes, les espérances d'un âge plus sérieux.

Quoique fixe dans son principe, elle se prête, dans ses applications, à toutes les différences, à toutes les éventualités d'extension ou de diminution que peuvent présenter les besoins des communes.

Elle exclut les rivalités et les discordes qu'enfanteraient les places de médecins communaux, et ne charge pas l'Etat d'une classification qui n'appartient qu'à la confiance.

Une autre considération, qui ne sera pas indifférente aux chambres, est le chiffre comparé des dépenses où l'Etat s'engagerait par l'institution des médecins communaux, ou par la mesure que je propose. Ce calcul est facile à faire. Je ne veux pas en réunir les élémens dans une lettre déjà longue; mais il est clair que la somme des frais, dans le cas que je propose, est diminuée de tous les droits universitaires, et que ce qui reste ne peut pas équivaloir à la somme des rentes perpétuelles que l'Etat entretiendrait dans toutes les communes de France.

A propos de l'institution des médecins communaux, monsieur le ministre, j'aurais pu vous dire : l'institution ne va pas au but. Dans l'incertitude d'être nommés médecins cantonnaux, communaux, ceux que la fortune oblige à reculer devant les frais et la longueur de la carrière, n'en reculeront pas moins. Quelle famille sage voudrait se ruiner pour courir une espérance que plusieurs autres partagent avec elle et qu'une seule peut réaliser? Quoi! vous éveillez des appétits, et vous n'avez de pain que pour un! Mais si la société était assez peu morale pour faire ce calcul, ses enfans seraient assez sages, ou assez égoïstes, à leur tour pour ne pas s'exposer aux conséquences. Dans la mesure que j'ai l'honneur de vous proposer, ce vice disparaît.

Permettez-moi d'ajouter, monsieur le ministre, que la société et la médecine ne verraient qu'avec chagrin la main de l'état venir comprimer, sur l'une de ses extrémités, la plus utile, mais la plus rapprochée de l'urne électorale, un ressort, un rouage qui n'a toute son utilité que dans la liberté la plus complète. Or, toutes deux croiraient surprendre une

vue politique dans l'institution de médecins communaux soldés par l'état. La mesure que j'ai l'honneur de vous soumettre respecte en la médecine cette virginité politique qui fait son caractère, unique peut-être dans le monde, qui fait sa gloire et sa force.

Quant aux jeunes aspirans au doctorat, que cette mesure remettrait aux mains, non plus seulement de l'Université, mais de l'administration, on pourrait les réunir dans celle des trois Facultés de médecine qui a le moins d'élèves, et les soumettre, dans une même enceinte, à une vie commune. Cette vie commune serait, pour les familles, une garantie de travail et de moralité, un motif de plus de confiance pour les populations, et de paix pour l'Etat.

Telle est, Monsieur le ministre, la mesure qui me semble répondre au but de la réforme que vous méditez. Je l'ai déjà fait connaître à des membres éminens de la haute commission instituée par vous; mais j'ai cru devoir à la sollicitude si éclairée, si active que vous nous témoignez, cet hommage respectueux, de vous la présenter directement.

Daignez agréer, etc.

Paris, 21 décembre 1845.

BIBLIOGRAPHIE.

DE MALPIGHIANIS PULMONUM VESICULIS; auct. JAC. MOLESCHOTT. Heidelberg, 1845. Brochure in-8°, IV-42 pages, avec une planche lithographiée.

Quand on réfléchit au nombre considérable d'anatomistes qui s'occupent avec zèle et intelligence de la structure intime de nos organes, et surtout quand on compare nos moyens d'investigation à ceux qu'on possédait autrefois, on est étonné de voir que la science n'ait pas fait plus de progrès et qu'il reste encore tant d'incertitudes à dissiper, tant de lacunes à combler, tant d'erreurs à rectifier. Sans parler des tissus nerveux et musculaires, sur la structure desquels les opinions sont partagées, que savons-nous sur le thymus, la glande thyroïde, les capsules surrénales, la rate? A-t-on une opinion arrêtée sur le foie, sur les reins, sur les poumons? De beaux travaux ont été faits, des résultats satisfaisans en apparence ont été obtenus; mais on est loin encore d'être arrivé à ce degré de certitude qui enlève tous les doutes, qui entraîne unanimement toutes les convictions; et c'est là cependant le but que nous devons atteindre si nous voulons asseoir la physiologie sur des bases solides.

Le travail du docteur Moleschott est, pour la structure du poumon, une preuve frappante de ce que nous venons d'avancer. Malpighi, il y a deux siècles, avait décrit cet organe comme composé de canalicules terminés par une multitude de petits renflemens vésiculeux. Depuis cet anatomiste célèbre, une foule d'hommes distingués se sont occupés des mêmes recherches; les uns ont vu comme Malpighi, d'autres ont trouvé le poumon de l'homme comparable à celui des reptiles; d'autres, au contraire, ont affirmé que non seulement les canalicules bronchiques ne s'ouvrent pas dans des espaces celluleux, mais que ces canalicules conservent leur diamètre jusqu'à leur terminaison et ne se renflent pas en vésicoles. Quelques-uns, enfin, ont décrit des tubes capillaires très déliés, infléchis sur eux-mêmes et ouverts au fond des canalicules bronchiques et sur leurs parois. Malpighi, Helvétius, Reisseissen et M. Bourgery sont les noms auxquels se rattachent ces quatre opinions principales relatives à la structure intime du tissu pulmonaire. Parmi ces opinions, celle de Reisseissen a surtout prévalu dans ces derniers temps; elle compte en effet pour elle, non pas seulement la consécration d'une académie célèbre, mais plutôt l'excellence dans les méthodes d'investigation et l'habileté, le soin consciencieux, la clarté des descriptions, qui caractérisent l'œuvre remarquable de l'anatomiste alsacien.

Le docteur Moleschott s'est livré à de nouvelles recherches sur l'organisation du poumon, sous le patronage du professeur Henle, dont le nom se rattache à tant de bons travaux d'anatomie microscopique. Il a été conduit à reconnaître que Malpighi ne s'était pas trompé et qu'il n'y avait, pour ainsi dire, rien à changer aux descriptions de cet illustre anatomiste. Les bronches, d'après l'auteur allemand, se terminent par des boyaux renflés, à leur extrémité et sur leurs parois, en un certain nombre de vésicules généralement très apparentes, mais de dimensions très variables, et quelquefois tellement petites qu'on serait tenté d'en nier l'existence. Ces vésicules ne sont jamais perforées; aussi l'opinion de M. Bourgery est-elle sans fondement. La grandeur des vésicules varie suivant l'âge: dans un fœtus de trois mois, elles n'ont pu être mesurées, mais elles égalaient à peu près, dit l'auteur, le diamètre des corpuscules sanguins. Dans un fœtus de cinq mois, elles avaient 0,0354''' (ligne). Dans des enfans morts peu de temps après la naissance, il a trouvé des vésicules ovales, larges de 0,0105''' à 0,0718''', sur une longueur de 0,0244''' à 0,0724'''; les vésicules rondes avaient un diamètre de 0,0435'''. Chez les adultes, les vésicules avaient de 0,05''' à 0,1'''; les moyennes avaient un diamètre de 0,0567''', c'est-à-dire à peu près 1/20 de ligne. De même que Home et Bauer, l'auteur a observé que les vésicules superficielles sont plus grandes que celles situées dans la profondeur du poumon: la différence était de 0,01''' environ. Comparant le diamètre des bronchiales à celui des vésicules terminales, il a mesuré 0,008''' pour les premières, tandis que les vésicules avaient presque 0,0277'''.

Le docteur Moleschott s'est aussi occupé de la structure intime des bronchiales et des vésicules. Il a reconnu dans des bronchiales de 0,06''' de diamètre, après les avoir humectées d'acide acétique, des fibres nucléaires (Kernfasern), de la nature de celles que Henle regarde comme formées par l'allongement et par la coalescence des noyaux des cellules. Ces sortes de fibres sont encore inconnues dans leur nature et dans leurs usages; l'explication de Henle sur leur mode de formation est purement théorique, et elle n'est pas admise par tous les anatomistes. Ces fibres sont-elles musculaires? Les recherches chimiques, pas plus que les observations morphologiques, n'ont pu encore résoudre la question. M. Moleschott s'adresse donc à la physiologie pour chercher à l'éclaircir. Il annonce préalablement qu'il a vu, dans les poumons des enfans et dans ceux des jeunes veaux, des fibres musculaires tout à fait semblables aux fibres organiques, former la base et comme l'enveloppe des vésicules. Pour arriver ensuite à la détermination de la nature des fibres en question, il rappelle les expériences de M. Longet qui a vu l'irritation du pneumo-gastrique, suivie de la contraction des bronchiales, et la section de ce nerf, déterminer un emphysème vésiculaire, ce qu'il n'est guère possible d'expliquer que par la paralysie des fibres musculaires. Ces fibres terminales des bronches ne sont pas de nature élastique; l'auteur se range de l'avis de M. Henle qui dit positivement, dans son ANATOMIE GÉNÉRALE, que lorsque les bronches deviennent membraneuses, les fibres élastiques longitudinales se changent en fibres lisses. Pour mieux encore expliquer sa manière de voir sur la nature musculeuse des fibres terminales, l'auteur rappelle les paroles suivantes de M. Henle, que nous reproduisons à cause de leur justesse: « Celui qui connaît l'analogie qui existe, sous les rapports anatomique et chimique, entre les fibres de la peau, du dartos, des veines et des lymphatiques, et celles des tendons et des membranes fibreuses entre les fibres des artères et celles de la cornée ou même des cheveux, n'attachera pas une grande importance à la ressemblance morphologique de deux tissus. Il ne dira pas qu'un organe est contractile, parce qu'il est formé de fibres analogues aux fibres musculaires, mais plutôt il appellera musculaires les fibres que l'on rencontre dans les tissus contractiles. » (Henle, ZEITSCHRIFT, I, 251.) Or, ajoute M. Moleschott, il est démontré par les expériences que l'irritation des vésicules et des bronchiales détermine leur contraction; on peut donc regarder comme musculaires les fibres qui entrent dans la composition de ces organes. C'est ainsi qu'on arrive à démontrer que, dans l'expiration, le poumon n'est pas passif et que le retrait des vésicules ne dépend pas uniquement des parois thoraciques.

Nous avons exposé avec quelques détails les recherches de M. Moleschott sur la structure des extrémités de l'arbre aérien, parce que ces recherches sont importantes pour la physiologie et pour la pathologie. Quant à la question de savoir si les ramuscules bronchiques se terminent ou non par des renflemens vésiculeux, elle ne nous paraît pas résolue par les recherches de l'auteur. Sa méthode d'exploration est trop vicieuse pour qu'on puisse accorder une entière confiance aux résultats qu'il annonce. M. Molesehott, en effet, insuffle de l'air dans un poumon, applique une ligature sur une portion de ce poumon insufflé, laisse sécher cette portion, la coupe ensuite par tranches et examine ces dernières au microscope après les avoir humectées. Or, il est évident que la dessiccation qui suivra l'insufflation devra nécessairement déformer les tubes aériens et devenir une cause d'erreurs. Il est fâcheux que l'auteur n'ait pas jugé à propos d'examiner les poumons tels que la nature nous les présente, en suivant les procédés si bien décrits par Reisseissen dans sa thèse inaugurale. Malgré ce reproche, les physiologistes liront avec plaisir et avec fruit la thèse du docteur Moleschott, et il serait à désirer que l'on publiât plus souvent des travaux faits avec la même conscience.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᴱ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.